

Relato Oficial

Año 2024 | Suplemento

94º Congreso Argentino de Cirugía

Síndrome de *burnout* en la práctica quirúrgica

Marcelo F. Figari¹

Axel F. Beskow²

Colaboradores

Julián A. Mur

Fabiana Reboiras

Roberta Ladenheim

Carolina Roni

Rocío Deza

María I. Fernández Cedro

Catalina Poggi

Franco G. Ortigueira

1 Especialista en Cirugía General (AAC) y Cirugía de Cabeza y Cuello (AACCyC).

Ex Jefe Sector de Cirugía de Cabeza y Cuello, Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Rector Honorario Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires.

Ex Secretario General AAC y Ex Presidente Comisión de Residencias AAC.

Ex Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía de Cabeza y Cuello y de la Academia Argentina de Cirugía.

2 Jefe de Sección de Cirugía Esofagogastroduodenal y Bariátrica, Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Especialista en Cirugía General (AAC).

Profesor Adjunto Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires.

Coordinador Residencia de Cirugía General Hospital Italiano de Buenos Aires.

Ex Presidente Comisión de Residencias AAC.

Vocal titular y Coordinador del Comité de Acreditación, Admisión y Base de datos de la Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad, enfermedad metabólica y otras relacionadas con la obesidad (SACO).

Prólogo

Ante la tarea de conocer el impacto del *burnout* en la práctica quirúrgica, propuesta por la Asamblea de nuestra Asociación, nos cuestionamos cuál sería el aporte significativo del presente Relato. Por un lado, resultaba interesante conocer la prevalencia del problema en nuestra profesión, saber qué características particulares podría tener el *burnout* en los cirujanos, e incluso identificar factores protectores o determinantes del síndrome, pero concluimos que, además, sería de inmenso valor identificar situaciones o grupos en riesgo y proponer conductas de prevención o contención del problema.

Asumimos que el *burnout* era más prevalente de lo que se estima cotidianamente, a la vez que, pensábamos, no existía un conocimiento colectivo preciso de esta entidad, y que frecuentemente sería confundido con emociones y situaciones ajenas, que pueden estar relacionadas pero no ser precisamente parte del tema en cuestión. Por ello, se hacía necesario definir con claridad el problema.

También consideramos que la valoración del *burnout* conlleva una gran subjetividad, más aún cuando existen concepciones diferentes de lo que es el *burnout* y las diferentes herramientas para mensurarlo; que no sería sencillo evaluar su verdadero impacto, valorado como consecuencias directas de su presencia, y que resultaría incompleto nuestro análisis si no tomábamos en cuenta los factores contextuales que influyen en su génesis, manifestación, perpetuación y control.

En el presente estudio se optó por la utilización del marco teórico de Maslach y Leiter (1984), en tanto brinda un modelo validado empíricamente de manera global, a partir del cual se siguen estableciendo otros modos de interpretación tales como el modelo de *clusters* y perfiles latentes, formatos prácticos y actualizados para agrupar individuos por sus respuestas sobre las que varios investigadores han incursionado recientemente¹. Con el propósito de analizar aspectos contextuales de este fenómeno, como se mencionó, incorporamos variables sociodemográficas, laborales y factores organizacionales como elementos que consideramos clave en su entendimiento. En efecto, la complementación del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) con el Inventario de Virtudes Organizacionales (IVO) nos permitió ampliar el marco interpretativo desde una perspectiva diversificada, incorporando los elementos del apoyo y respeto, significado e inspiración y perdón desde las organizaciones en las cuales se generan los contextos que resultan eventualmente nocivos para el bienestar de las personas que trabajan en el ámbito de la salud.

Es así como, en el presente trabajo, nos ceñimos a la definición tridimensional del *burnout*, la definición original de Maslach y colaboradores, basada en el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. Y aunque existen estudios que lo definen a través de la combinación de puntajes de corte en cada una de las variables, pareció más representativo estudiar también cada dimensión por separado y en cada subgrupo, y determinar patrones de respuesta al estrés laboral a través de la identificación de perfiles.

Es real que existen otros modelos de análisis que pueden incluir valoraciones del bienestar general, resiliencia, satisfacción laboral, análisis sociológicos del *burnout*, etc. Sin embargo, se decidió utilizar la metodología más transversal y difundida en la investigación de este problema, y que, además, cuenta con validaciones en nuestro país². Ciertas cuestiones como el grado de competencia profesional, aspectos de la recompensa (en particular la remuneración), percepciones de equidad y disparidad, cuestiones específicas relacionadas con la estructura y organización de las instituciones sanitarias, la cultura institucional, los perfiles del rol adjudicado a los cirujanos en cada ámbito, las tareas desarrolladas por cirujanos que no son propias de la especialidad, las acreditaciones de servicios y residencias, los conflictos gremiales, las demandas legales, las características de las poblaciones atendidas, la violencia verbal y no verbal en ciertos ámbitos, entre múltiples otras variables, no llegaron a ser valoradas directa o precisamente y dejan lugar a futuras investigaciones, lo que habla de la magnitud de los factores intervinientes en la problemática.

Es muy importante destacar que la Asociación Argentina de Cirugía (AAC) se ha interesado por este tema desde tiempo atrás. Ya hace 18 años, en 2006, el Relato Oficial "Relación entre la Calidad de Vida del Cirujano y su Actuación Profesional" del Dr. Jorge Luis Manrique (77º Congreso Argentino) planteó por primera vez la idea de lo que hoy analizamos. Dicho Relato realiza una extensa revisión del accionar médico y del concepto de calidad de vida, donde describe el síndrome de *burnout* como una "lesión producida por la respuesta disfuncional a agresiones reiteradas provenientes del medio laboral". El Dr. Manrique elaboró y difundió una muy completa encuesta, incluyendo las 22 preguntas del cuestionario MBI utilizado en nuestro estudio, la que fue respondida en esa oportunidad por 298 colegas. En dicho Relato, los conceptos clave y otros relacionados tuvieron un pormenorizado análisis histórico y conceptual, mientras que el análisis específico del *burnout* resulta complementario. En 2023, el Relato Oficial "Situación laboral y económica del

cirujano argentino del nuevo milenio", de los Dres. Caturel y Palmisano, centró su atención en los cirujanos jóvenes y su particular situación profesional. En él, más de 400 cirujanos de todo el país aportaron información sobre las características de su vida profesional. Para el análisis del *burnout* en esta muestra, los autores utilizaron también el cuestionario MBI con el propósito de evaluar cómo estaban afectados los cirujanos en cada esfera, encontrando que un alto porcentaje de profesionales jóvenes presentaba preocupantes índices en todas las dimensiones.

Los resultados del presente Relato ponen de manifiesto la dimensión de la problemática del *burnout* en el ámbito quirúrgico, particularmente en ciertas personas y situaciones, y dejan en evidencia el desconocimiento y la falta de intervenciones efectivas hasta la fecha

para su abordaje en términos preventivos y de acción.

A través de este Relato pretendemos aportar nuevos enfoques al problema del *burnout* en la práctica quirúrgica y, aun mejor, efectuar recomendaciones para su prevención y manejo desde quienes ejercen la cirugía, desde las instituciones que los albergan y desde la Asociación Argentina de Cirugía, como entidad rectora de nuestra especialidad.

Queremos agradecer profundamente a quienes colaboraron con motivación y profesionalismo en la realización de este Relato, desde el Hospital Italiano y la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires: el Mg. Julián Andrés Mur, las Mgs. Fabiana Reboiras y Roberta Ladenheim, la Dra. Carolina Roni, las Lic. Rocío Deza y María Isabel Fernández Cedro y los residentes de Cirugía General Catalina Poggi y Franco Gastón Ortigueira.

Introducción

La actividad del profesional que ejerce la cirugía siempre ha sido un tema de análisis. Son múltiples los puntos de vista desde los que puede ser analizada y, en este sentido, existe una gran cantidad de bibliografía con respecto a la formación y capacitación del cirujano, innumerables publicaciones sobre los aspectos técnicos de nuestra profesión, salas completas de archivos referidos a complicaciones y formas de prevenirlas y resolverlas, importantes análisis sobre aspectos éticos en determinadas situaciones, pero escasos trabajos que aborden la problemática personal del cirujano. La carrera profesional, la construcción de un perfil profesional destacado, el bienestar, los objetivos a largo plazo, las dificultades, penas y pérdidas secundarias a la profesión, los conflictos personales que pueden generar ciertas situaciones de la práctica asistencial, las situaciones extremas que más de una vez ponen a prueba el máximo de sus capacidades, el error quirúrgico y sus consecuencias, la forma de inserción del cirujano y su rol definido en diferentes contextos, la construcción de equipos quirúrgicos e interdisciplinarios con cirujanos como integrantes, el abandono de la práctica, el *burnout*, entre muchos otros, son cuestiones mucho menos desarrolladas y estudiadas, aunque resultan vitales para una actividad profesional plena y saludable.

El *burnout*, también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del "quemado" o síndrome de fatiga en el trabajo, se considera actualmente un problema prevalente en salud pública y constituye una preocupación dentro de estructuras organizacionales de distinto tipo.

Si bien existe un uso previo del término *burnout* en la literatura (Graham Greene, *A Burnt-out Case*, novela de 1961)³, el término "síndrome de Burnout" fue utilizado por primera vez en el área de la salud por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974 para describir a personas con una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión⁴. En 1976, la psicóloga social Cristina Maslach utilizó la misma expresión en un estudio sobre las respuestas emocionales descritas como sobrecarga, agotamiento, distanciamiento, dilución de responsabilidades, etc., en personas que se desempeñaban en diversas profesiones que implican asistir a otras personas⁵.

En efecto, este tipo de respuesta al estrés laboral inicialmente estuvo ligado a profesiones que brindan servicios a personas, como la salud, la educación y el trabajo social, entendiendo que la interacción humana

en el contexto de situaciones de necesidad genera un compromiso diferente de aquel de otras profesiones e impacta emocionalmente en los trabajadores de manera particular. El síndrome, tal como lo había descrito Freudenberger, resumido en el sentimiento de agotamiento, conduce al desinterés por la actividad laboral y se asocia a síntomas emocionales, como frustración, cinismo, desilusión, sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, irritabilidad y depresión; a síntomas físicos como dolores, molestias digestivas, alteraciones del sueño; y a manifestaciones conductuales como conflictos interpersonales, abuso de alcohol o sustancias, ausentismo, abandono de la profesión o hasta suicidio. Dicha situación no solo perjudica la salud de la persona, sino también su rendimiento profesional. Este impacto cobra especial trascendencia en el terreno de los profesionales de la salud, donde las consecuencias de hallarse "quemado" pueden conducir a tomar decisiones inapropiadas o inoportunas, y a actitudes negligentes o imprudentes.

Esta idea es retomada por Carlin y Garcés, quienes señalan: *todas las actividades laborales que necesiten de una gran dedicación por parte de los implicados, donde las exigencias físicas y psicológicas sean constantes, pueden contribuir para que los síntomas clásicos del burnout estén presentes*⁶.

Durante la década del 80, y especialmente a partir del desarrollo analítico de Maslach, el concepto de *burnout* obtuvo una amplia aceptación social, en tanto las personas afectadas se sentían fácilmente identificadas con este término descriptivo, que al mismo tiempo no implicaba un carácter estigmatizador como ocurre con los diagnósticos psiquiátricos⁷. Desde ese momento hasta la actualidad se han desarrollado múltiples estudios y escalas de medición, entre los cuales la escala de Maslach (Maslach Burnout Inventory - MBI) es la de mayor difusión mundial y con más cantidad de validaciones^{8,9}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el *burnout* desde hace décadas. En la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11 (CIE-11), el denominado "Síndrome de desgaste ocupacional" es descrito como un fenómeno ocupacional, subrayando su importancia como problema de salud pública (Código QD85). Allí se lo describe como "un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo, que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o

sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere de forma específica a los fenómenos en el marco laboral, y no debe utilizarse para describir experiencias en otras áreas de la vida¹⁰.

Son amplias la investigación y la discusión sobre la causalidad del síndrome, en particular la dicotomía entre factores personales o individuales (personalidad, edad, nivel educativo, resiliencia, etc.) y factores externos o contextuales (sociales, interpersonales, organizacionales, etc.). El análisis comprensivo del síndrome se ha desarrollado desde diferentes perspectivas, considerando aspectos psicológicos, las teorías del intercambio social y los estresores organizacionales.

Se han propuesto distintos modelos psicosociales para estudiar el proceso del síndrome de *burnout*. Cada uno de estos modelos psicosociales ofrece un marco teórico para comprender los factores que contribuyen al desarrollo del síndrome y las posibles estrategias de prevención y manejo. Entre ellos es posible mencionar el de Edelmich y Brodsky (como un proceso de desilusión sobre el impacto de la actividad laboral), el de Maslach y Jackson (de tres dimensiones, ya mencionadas –agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo–, el más utilizado), el de Golembiewski, Munzenrider y Carter (también de tres dimensiones pero que establece 8 fases interpretadas como de virulencia progresiva del síndrome), el de Price y Murphy (como un proceso cíclico de adaptación o duelo a situaciones de estrés laboral), el de Cox, Kuk y Leiter (que destaca la equidad en las relaciones laborales para prevenir el *burnout*), el de Winnubst (que destaca la importancia del apoyo social en la prevención del síndrome), el de Gil Monte (que contempla estresores organizacionales –sociales, físico-tecnológicos e interpersonales–), entre muchos otros¹¹⁻¹³.

Desde una perspectiva actualizada, y dado que Maslach y col. son los autores que preferentemente dan marco a nuestro enfoque en este relato¹⁴, se define el *burnout* como "un síndrome psicológico que emerge como una respuesta prolongada a factores estresantes interpersonales crónicos en el trabajo", estableciendo tres dimensiones fundamentales que configuran dicha respuesta:

- Agotamiento emocional (AE): es central en el síndrome de *burnout* y podría decirse que es la medida de estrés individual generada por el trabajo. Se define como un estado de cansancio extremo, tanto emocional como físico, resultante de un estrés crónico laboral. Implica una sensación de sobrecarga y pérdida de los recursos emocionales propios para afrontarla. Muchos investigadores del *burnout* lo colocan como elemento madre del síndrome, considerando las otras dos dimensiones como consecuencia de esta^{4,5,15,16}. Maslach y Jackson definen el agotamiento emocional como la sensación de estar emocionalmente exhausto

y drenado de energía por la alta demanda en contextos laborales que implican interacciones humanas intensas y demandantes emocionalmente.

- Despersonalización (DP): en psicología la despersonalización es la separación entre las vivencias y la persona, como si esta última fuese la observadora de los acontecimientos más que su protagonista. En el contexto del *burnout*, tal disociación es relativa, pero mantiene esa característica de desconexión entre lo vivido y el impacto emocional, a la vez que quita ciertas características humanas a la persona a quien se dirige la tarea (dehumanización). Esto último es el intento de generar una distancia entre sí mismo y los receptores de su servicio, tratándolos como objetos impersonales¹².

Se evidencia como un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas, acompañado de un incremento en la irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo. Se expresa como reacciones de distancia, cinismo y hostilidad hacia los beneficiarios del trabajo y también hacia los compañeros de tarea. Es interpretado como la construcción, por parte del sujeto, de una defensa que le permite desvincularse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.

- Realización personal en el trabajo (RPT): se define como el sentimiento de competencia y éxito en el trabajo, así como la percepción de que la persona está haciendo un trabajo significativo, eficiente y útil. Su pérdida significa que el trabajo pierde el valor que previamente tenía para el sujeto y la satisfacción que producía. Se desarrollan respuestas negativas hacia sí mismo y su labor, se evitan las relaciones interpersonales, baja la productividad, aparecen sentimientos de incapacidad para soportar presión, baja autoestima o inadaptación profesional. La falta de realización personal puede ser tanto una causa como una manifestación del *burnout*. En cuanto a la valoración de esta dimensión, diversos autores remarcan que no resultan equivalentes la realización personal en el trabajo (o eficacia) medida con el MBI, aun en términos negativos, y la "falta" de realización personal laboral. De hecho, Schaufeli y Salanova demostraron que, al evaluar la ineficacia profesional en lugar de la falta de eficacia profesional, las correlaciones entre las distintas dimensiones aumentaban y formaban un constructo más compacto^{17,18}.

Maslach señala que el agotamiento emocional representa la dimensión de tensión básica del síndrome, la despersonalización expresa el contexto interpersonal en donde se desarrolla el trabajo del sujeto, y la disminución de la realización personal en el trabajo representa la autoevaluación que realiza el individuo de su desempeño laboral y personal¹⁹. El *burnout* no aparece repentinamente como respuesta a un estresor determinado, sino emerge y se desarrolla en una secuencia determinada de tiempo. Asimismo, el fenómeno

del *burnout* no presenta una graduación lineal, sino una manifestación cíclica que puede repetirse a través del tiempo en distintos momentos o situaciones, y con diferentes intensidades en cada componente²⁰.

La existencia de múltiples teorías que abordan el síndrome de *burnout* se corresponde con una multiplicidad de instrumentos de medición y evaluación disponibles en la literatura científica, acentuando su naturaleza compleja. Entre ellos se destacan:

- Cuestionarios estandarizados: se utilizan herramientas como el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que fue diseñado específicamente para evaluar el *burnout* en profesionales de la salud, incluidos los médicos. Este cuestionario evalúa las tres dimensiones mencionadas del *burnout*. El MBI es la herramienta más utilizada y validada en el ámbito internacional. Otros cuestionarios son el *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) y el *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI)²¹. También se han utilizado el Cuestionario de Bienestar General, la Escala de Resiliencia, la Escala de Satisfacción Laboral, y el Cuestionario de Apoyo Social. Todos ellos han sido editados, adaptados a diferentes culturas, poblaciones e idiomas, pero no poseen la misma fiabilidad ni validación en diferentes escenarios que el MBI. Este tipo de herramientas de evaluación posee ciertas limitaciones que pueden afectar su capacidad para evaluar el *burnout* de manera completamente objetiva: las respuestas son autoinformadas, lo que introduce subjetividad (pueden estar influenciadas por factores como el estado de ánimo, la disposición a reconocer el *burnout* o la percepción personal del trabajo), puede no capturar adecuadamente el *burnout* en todos los contextos laborales, no se contemplan otras dimensiones que podrían verificar matices en la expresión del síndrome (por ejemplo el agotamiento físico, los trastornos del sueño, etc.), la variabilidad temporal, ciertos sesgos culturales (no toda validación determina una adaptación cultural adecuada) y la influencia del entorno organizacional (mejor evaluada por otros cuestionarios).
- Entrevistas cualitativas: la realización de entrevistas en profundidad para comprender mejor las experiencias y desafíos en el trabajo de las personas puede proporcionar información detallada sobre los factores que contribuyen al *burnout* y las posibles soluciones.
- Encuestas anónimas internas: dentro de una institución, las encuestas anónimas permiten que los individuos compartan sus experiencias de manera honesta y sin temor a represalias. Esto puede ayudar a identificar áreas problemáticas y patrones de *burnout* dentro de una organización específica.
- Evaluación de indicadores clínicos y de desempeño: examinar indicadores como la tasa de rotación de personal, la satisfacción laboral, el ausentismo y el desempeño clínico resultan útiles para detectar posibles signos de *burnout* a través de sus efectos.
- Observación directa: implica observar el comportamiento

y la interacción de los individuos en su entorno laboral para identificar signos de *burnout*, como la falta de energía, la apatía o la falta de empatía en el trato. Su implementación resulta compleja en contextos de investigación.

- Grupos de enfoque ("focus groups"): organizar grupos para discutir temas relacionados con el *burnout*, como la carga de trabajo, el equilibrio entre vida laboral y personal, y las estrategias de afrontamiento puede proporcionar información valiosa sobre las necesidades y preocupaciones específicas a través del intercambio de experiencias.
- Análisis de "clusters"/perfiles: refieren a la identificación de subgrupos dentro de una población que comparten patrones similares de respuesta en relación con las dimensiones del *burnout*. Esta técnica utiliza modelos estadísticos avanzados para agrupar a los individuos de manera que se maximicen las similitudes dentro de cada grupo y se minimicen las diferencias entre ellos. Por ejemplo, un grupo puede mostrar altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización con bajos niveles de realización personal, mientras que otro grupo puede tener altos niveles en todas las dimensiones del *burnout*.

Aunque el síndrome de *burnout* ha sido descrito en varias actividades profesionales, en el ámbito de la salud se presentan con suma frecuencia casos de personas física y emocionalmente exhaustas, con consecuencias negativas vinculadas a la falta de interés y de cuidado en el desempeño profesional. La especificidad del fenómeno no solo resulta relevante durante la vida profesional, sino se ha señalado que, al momento de graduarse, aquellas personas que estudian Medicina presentan niveles más altos de *burnout* que estudiantes de otras disciplinas vinculadas o no al equipo de salud^{20,22}. Por lo tanto, se observa que el trayecto académico-laboral desde la carrera de grado hasta la práctica profesional, incluyendo la formación a través de residencias u otros programas, se presenta marcado por este síndrome²².

Revisiones sistemáticas de la literatura global han señalado que para la población médica, la prevalencia de *burnout* asciende hasta el 80,5%⁹, mientras que, en Iberoamérica, una revisión sistemática señaló que la prevalencia de *burnout* en médicos generalistas es del 42,5%, que en residentes asciende al 45,9% y en especialistas desciende al 35,7%²³. Asimismo, se destaca que, dentro de las especialidades, las residencias quirúrgicas son aquellas donde los indicadores resultan más graves. Es posible que la variabilidad observada responda, al menos en parte, a las diferentes formas en la que es definido y valorado²⁴.

La cirugía entendida como profesión se ha caracterizado como de alto riesgo, no solo debido a su naturaleza cambiante en el entorno donde se desarrolla y las habilidades que requiere, sino también por la presión social que genera colisiones constantes entre las

expectativas y la realidad asistencial²⁵. En este sentido, algunos estudios actualizados han señalado niveles de prevalencia del 32 al 60% para esta especialidad^{24,26,27}, mientras que las exigencias propias durante la formación en cirugía se asocian con niveles de *burnout* que superan el 50% y, lo que resulta muy significativo, se encuentran en aumento²⁰. El estudio de Shanafelt y cols. halló una tasa del 39,6% de *burnout* en miembros del *American College of Surgeons*²⁸. En Turquía, Celik y cols. hallaron 69,1% de cirujanos con *burnout* y 22% con *burnout grave*²⁹, mientras que Zheng y col. lo hallaron en el 85,1% de los cirujanos dedicados a la cirugía reconstructiva en China³⁰. Debido a la complejidad de factores que intervienen en el quehacer profesional en el ámbito quirúrgico, las causas que conducen al *burnout* y a una mala calidad de vida son multifactoriales, así como también lo son las intervenciones dirigidas a mejorar esta situación³¹.

Se han destacado distintas características personales de quienes son profesionales de la cirugía como factores asociados al síndrome de *burnout*. Rasgos de personalidad tales como la fuerza de voluntad o la estabilidad emocional parecen ser necesarios para lidiar con la naturaleza exigente que requiere la especialidad quirúrgica³². Asimismo, factores como el bienestar y la resiliencia han sido señalados como necesarios para una carrera quirúrgica satisfactoria, mientras que la autoeficacia, la perseverancia y la autoconfianza requieren ser promovidas en todos los niveles laborales, así como también en el marco de los programas de formación, con énfasis en las residencias quirúrgicas³³. Por otra parte, características tales como la empatía, el altruismo o la sensibilidad han sido señaladas como factores que pueden implicar un mayor riesgo de padecer *burnout*²⁵. Sin embargo, los aspectos contextuales e institucionales en los cuales se desarrolla el síndrome de *burnout* suelen quedar ubicados en un plano complementario, enfatizando su carácter problemático para ser modificado y, por ende, como una condición estructural en ocasiones inamovible.

Es por eso que un tema muy largamente discutido en la literatura de referencia es el impacto de las intervenciones de prevención del *burnout* en el plano individual, de equipos u organizacional. A pesar de la falta de evidencia de la eficacia de las intervenciones individuales, estas han sido las más estudiadas, sugeridas e implementadas a través de los años. En contraste, los estudios más recientes se orientan a la implementación de medidas preventivas en el contexto del trabajo, las

unidades y equipos organizacionales y las organizaciones como un todo^{22,33-35}.

Desde esta perspectiva se ha enfatizado la importancia de comprender el síndrome de *burnout* sin hacer recaer la responsabilidad enteramente en el individuo, e incorporando la interacción con el ámbito laboral y la relación entre el trabajo y la persona como otros elementos para considerar. Asimismo, se destaca la importancia de la realidad institucional, social y económica concreta en la que se encuentra circunscripta la persona, con el propósito de reflexionar sobre cómo se interrelacionan el trabajo y la salud en sentido amplio³⁶. En este sentido, algunos factores que contribuyen al agotamiento emocional son el desequilibrio entre la vida laboral y personal, el estrés por razones económicas, las tareas de registro clínico, una insuficiencia de recursos laborales y el escaso apoyo social, entre otros³⁷. Adicionalmente, las condiciones sanitarias extraordinarias en el marco de la pandemia de COVID-19 agravaron en todos los niveles las situaciones mencionadas. Entre las consecuencias documentadas se encuentra la restricción en la formación clínica y quirúrgica, la extensión del período formativo y los déficits e interrupciones en el aprendizaje, entre otras, mientras que, a nivel personal, el contexto pandémico redujo el bienestar tanto general como emocional, e impactó negativamente en las experiencias clínicas, entre otras consecuencias que aún se encuentran en estudio³⁸⁻⁴⁰. Finalmente, el maltrato, a través de situaciones de discriminación, abuso físico y/o verbal, y acoso sexual, ha sido asociado en contextos de formación quirúrgica con el *burnout* y la ideación suicida⁴¹. En la Argentina se ha señalado que el 44% de quienes se forman en residencias de cirugía refiere haber recibido calificaciones verbales degradantes frente a colegas y/o pacientes⁴².

Por las razones analizadas, resulta evidente que el síndrome de *burnout* y sus componentes atraviesan a la profesión médica en general y al ámbito quirúrgico en particular. La decisión de la Asociación Argentina de Cirugía de proponer un Relato sobre el tema consolida su compromiso con la cirugía, con quienes ejercen la cirugía y con la sociedad toda.

Por todo lo expuesto resulta de vital interés realizar un estudio de carácter nacional, cuyo diagnóstico de situación actualizado promueva la generación de políticas y acciones desde organismos y personas tomadoras de decisiones dirigidas a erradicar esta problemática ligada al campo de la cirugía.

Objetivo

Objetivo general

Analizar el *burnout* en las personas que ejercen la cirugía en la Argentina.

Objetivos específicos

1. Describir los aspectos sociodemográficos y académico-profesionales del *burnout*.
2. Determinar los niveles de *burnout* en sus dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, y establecer perfiles.
3. Establecer la posible relación entre el *burnout* y otras variables de interés tales como las sociodemográficas, académico-profesionales y las virtudes organizacionales.
4. Explorar recursos personales y experiencias institucionales exitosas para el manejo del *burnout*.
5. Proponer recomendaciones y buenas prácticas para la prevención y abordaje del *burnout* desde la perspectiva personal e institucional en profesionales que ejercen la cirugía.

Metodología

Diseño y participantes

Se realizó un estudio cualitativo-cuantitativo con un muestreo no probabilístico por conveniencia⁴³. Se contactó, mediante correo electrónico, a aproximadamente 4352 profesionales de la cirugía con afiliación a la Asociación Argentina de Cirugía y a alrededor de 300 residentes con afiliación a la Asociación Argentina de Médicos Residentes de Cirugía General.

Para el subestudio cualitativo, las invitaciones a participar de forma presencial y espontánea en un grupo focal se realizaron mediante folletería y de forma digital en las pantallas del Congreso Argentino de Cirugía en noviembre de 2023 en la Ciudad de Buenos Aires, obteniendo la conformación de un grupo de 4 personas. Respecto de las entrevistas, se cursó invitación para participar a aquellas personas que manifestaron explícitamente su interés en contribuir al estudio en el momento de completar el formulario enviado en el subestudio cuantitativo. En esta etapa se enviaron 20 invitaciones para entrevista, y se obtuvo una tasa de respuesta del 45%, con una muestra final de 9 personas entrevistadas.

Instrumentos

- 1) Cuestionario de datos sociodemográficos, académico-profesionales y de conocimiento de experiencias para el manejo del *burnout*: construido *ad hoc* para obtener datos acerca de las características sociodemográficas (edad, género, lugar de residencia, etc.), académico-profesionales (tipo de ámbito de trabajo, conformación de ingresos, etc.) y de conocimiento de experiencias personales e institucionales exitosas para el manejo del *burnout*. Un subgrupo de preguntas específicas solo fue respondido por cirujanos formados (no residentes).
- 2) *Maslach Burnout Inventory*, en su versión validada para profesionales de la salud en la Argentina^{2,13,44}. Es una escala tridimensional que evalúa el agotamiento emocional (sentirse abrumado, exhausto y agotado emocionalmente por las demandas laborales), la despersonalización (actitudes frías y distantes y respuesta impersonal hacia pacientes) y la realización personal en el trabajo (eficiencia y realización exitosa del trabajo). Este instrumento se compone de 22 ítems con siete opciones de respuesta tipo Likert que puntúan desde 1 = "nunca" a 7 = "todos los días". Ejemplos de sus ítems son "Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo" y "Comprendo

fácilmente cómo se sienten los "pacientes". Para el presente estudio, los índices de fiabilidad mediante alpha de Cronbach fueron desde $\alpha = 0,93$ (agotamiento emocional), hasta $\alpha = 0,81$ (despersonalización) y $\alpha = 0,78$ (realización personal en el trabajo), todos ellos valores adecuados.

- 3) Inventario de Virtudes Organizacionales⁴⁵. Es una escala tridimensional que evalúa el apoyo y respeto (comportamientos orientados al cuidado de los demás, la confianza y el aprecio), significado e inspiración (percepción de la importancia del trabajo y sentimiento de realización) y el perdón (admisibilidad de errores sin responsabilizar) brindado por las organizaciones a profesionales que se desempeñan en ellas. Este instrumento se compone de 13 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert que puntúan desde 1 = "completamente en desacuerdo" hasta 5 = "totalmente de acuerdo". Ejemplos de sus ítems son "En la organización en la que trabajo, el trabajo es motivador" y "En la organización en la que trabajo se corrigen los errores sin culpar a nadie". Para el presente estudio los índices de fiabilidad mediante α de Cronbach fueron desde $\alpha = 0,82$ (apoyo y respeto), hasta $\alpha = 0,86$ (significado e inspiración) y $\alpha = 0,77$ (perdón), todos ellos valores adecuados.

La recolección de los datos cuantitativos se realizó a través de un formulario en línea mediante la herramienta Google Forms® en el período octubre a diciembre de 2023. En el formulario digital se explicitaron los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de la participación, el anonimato de las respuestas y el uso de los datos recolectados para fines investigativos. Se indicó que no habría una retribución económica por la participación, así como también se informó acerca de la posibilidad de retirar las respuestas en cualquier momento. Posteriormente, se les solicitó a los participantes la aceptación explícita del consentimiento informado para iniciar el cuestionario. El criterio de inclusión fue ser profesional de la cirugía en la Argentina. La administración del cuestionario tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

- 4) Guías de entrevista para grupo focal: se convocó a un grupo focal presencial en el marco del Congreso Argentino de Cirugía en noviembre de 2023, en el que participaron cuatro profesionales y fue coordinado por dos colaboradoras del Relato. Se indagó sobre aspectos vinculados a la trayectoria profesional, atributos organizacionales contextuales y sociodemográficos, e iniciativas institucionales para el manejo del síndrome de *burnout*.

5) Entrevistas semiestructuradas: se realizaron 9 entrevistas semiestructuradas de forma virtual entre enero y marzo de 2024 con profesionales de la cirugía a través de la herramienta Zoom®, a cargo de dos personas entrevistadoras. Se indagó sobre aspectos vinculados a la trayectoria profesional, atributos organizacionales contextuales y sociodemográficos, e iniciativas institucionales para el manejo del síndrome de *burnout*.

Análisis de datos

En primer lugar, el procesamiento estadístico de los datos cuantitativos comprendió el análisis descriptivo de cada una de las variables que componen el estudio en términos de frecuencias, medias y desvío estándar, según correspondiera. Para el cálculo de las prevalencias del síndrome de *burnout*, su configuración se estableció a partir de puntuaciones altas en las dimensiones de agotamiento emocional (> 24) y despersonalización (> 7), y bajos niveles de realización personal en el trabajo (< 36)⁴⁴, y se utilizó el estadístico chi cuadrado para determinar diferencias significativas entre las prevalencias para las categorías de cada variable. Luego se realizó un análisis estadístico de diferencia de grupos, según las variables sociodemográficas y académico-profesionales relevantes, a través de la prueba t de Student. A continuación se realizó un análisis correlacional de las variables cuantitativas a través del coeficiente r de Pearson. Para la comparación de prevalencias entre subgrupos definidos por las variables sociodemográficas y académico-laborales se utilizó el método de χ^2 . Para el análisis de perfiles de *burnout*, se utilizó la estrategia de análisis de *clusters* o conglomerados. Para ello, se realizó un análisis de casos atípicos y se verificó que no hubiera influencia de ningún valor atípico (*outlier*) para las variables estudiadas. Se estandarizaron las variables en puntaje Z siguiendo las recomendaciones actuales de la literatura, y luego se procedió a la realización de un análisis de *clusters* jerárquico según casos, por medio de la medida de distancia euclídea al cuadrado

y método Ward. A partir del análisis del dendrograma y de los antecedentes teóricos en la materia⁴⁶ se definió un modelo de 5 conglomerados que luego fue contrastado mediante un análisis de *clusters* no jerárquicos. Por último, se aplicó un ANOVA de un factor con las pruebas *post hoc* de Tukey y de Bonferroni para validar los perfiles de las soluciones obtenidas. En todos los casos se estableció 0,05 como nivel de significación estadística. Para dichos cálculos estadísticos se utilizó Excel® y el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25®.

En segundo lugar, para el procesamiento cualitativo de los datos recolectados a través del cuestionario digital, el grupo focal y las entrevistas, se emplearon estrategias de codificación de datos⁴⁷. Para realizar los análisis cualitativos se utilizaron Excel y el software ATLAS.ti®.

Finalmente, se realizó una triangulación analítica de los datos cuantitativos y cualitativos para obtener una comprensión integral del comportamiento de las variables en estudio⁴³.

Aspectos éticos

La presente investigación respeta los preceptos expresados en la Declaración de Helsinki (2013). Para la obtención de los datos a través del cuestionario digital se incluyó un párrafo explicitando la necesidad de otorgar el consentimiento informado para participar de la investigación. Se consideró el uso claro y preciso del lenguaje para informar el objetivo de la investigación, se aclaró la naturaleza anónima de los datos (no se solicitaron nombres y apellidos) y se solicitó permiso para analizar las respuestas obtenidas solo con fines investigativos, dejando a disposición el contacto del equipo de investigación mediante correo electrónico. Se resguardó la confidencialidad de la información disociando los datos identificatorios, de acuerdo con lo establecido en la Ley 25326 de Protección de Datos Personales. La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación Universitario (CEPIU), de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Resolución N.º 0030/23.

Resultados

Resultados cuantitativos

La tasa de respuesta de las encuestas enviadas fue de 18,7% y se obtuvo como muestra final del subestudio cuantitativo un total de 872 profesionales que ejercen la cirugía en la Argentina.

La muestra se conformó por una mayoría de varones (66,9%), con una edad media global de 45,5 años, la que varía según el género, con medias de 36,6 años para las mujeres y 49,8 años para los varones. La mayoría de las personas poseen nacionalidad argentina (94,9%). Respecto del lugar de residencia, la mayoría se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (30,3%) y Provincia de Buenos Aires (28,4%), mayoritariamente en grandes ciudades de más de un millón de habitantes (60,1%). Asimismo, la mayoría de las personas no migró de ciudad o país por motivos laborales (57,7%), convive con su familia (54%) y tiene personas a su cargo (60,4%). La totalidad de los datos sociodemográficos de la muestra se encuentran en la tabla 1.

Respecto del perfil académico-profesional, la mayoría de las personas profesionales trabaja en los ámbitos público y privado al mismo tiempo (56,8%), realiza guardias (68,6%) y no se encuentra realizando una residencia de cirugía (85,6%). Asimismo, el tiempo dedicado a la actividad profesional en su mayoría es de 60 horas semanales o más (32,2%), seguido de una dedicación de 40 a 49 horas (24,5%) y de 50 a 59 horas (20%), respectivamente. La mayoría de las personas realiza actividad docente (57,1%) y no realiza actividades de investigación (72,9%).

Por otra parte, el 72,2% de la muestra considera que no existen recursos de seguridad y capacitación brindados por la institución donde trabaja, y califica a su ambiente de trabajo en primera instancia como neutral (42,7%), y en segunda instancia como agradable (41,3%).

La totalidad de los datos académico-profesionales de la muestra se encuentran en la tabla 2.

Respecto del subgrupo de profesionales de cirugía formados, es decir que no se encuentran realizando una residencia, la mayoría (68,1%) completó una subespecialidad quirúrgica. Asimismo, la mayor parte trabaja en dos instituciones (35,4%) o en tres instituciones (27,6%), no desempeña cargos de gestión (56,7%) y tiene personal a cargo (57,9%). La conformación de sus ingresos es mayoritariamente por salario fijo en conjunto con prestación, con la institución como intermediaria de cobro (20,9%), seguido por ingresos solo por prestación con la institución como intermediaria (19,4%), y en tercer lugar solo por salario fijo (18,4%).

TABLA 1

Descripción sociodemográfica			
Variable	Respuesta	n	%
Género	Femenino	288	33
	Masculino	583	66,9
	No binario	1	0,1
Edad	m=45,46 de=12,62	872	100
País de nacimiento	Argentina	827	94,9
	Otro país de Sudamérica	42	4,8
	Resto del mundo	3	0,3
Lugar donde reside	Buenos Aires	248	28,4
	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	264	30,3
	Catamarca	1	0,1
	Chaco	9	1
	Chubut	14	1,6
	Córdoba	49	5,6
	Corrientes	10	1,1
	Entre Ríos	20	2,3
	Formosa	4	0,5
	Jujuy	17	1,9
	La Pampa	4	0,5
	La Rioja	7	0,8
	Mendoza	19	2,2
	Misiones	5	0,6
	Neuquén	22	2,5
	Río Negro	25	2,9
	Salta	18	2,1
	San Juan	9	1
	San Luis	7	0,8
Santa Cruz	11	1,3	
Santa Fe	70	8	
Santiago del Estero	7	0,8	
Tierra del Fuego	2	0,2	
Tucumán	20	2,3	
Otro lugar fuera de la Argentina	10	1,1	
Tipo de lugar donde reside	Gran ciudad (+1 000 000 habitantes)	524	60,1
	Ciudad (+50 000 habitantes)	313	35,9
	Pueblo (+5000 habitantes)	35	4
Migración de ciudad o país por motivos laborales	Sí	369	42,3
	No	503	57,7
Con quien/es convive	No convivo con nadie	148	17
	Con mi pareja	253	29
	Con mi familia	471	54
Tiene personas a cargo (por ej., hijos/as, padres, etc.)	Sí	525	60,2
	No	347	39,8

TABLA 2

Descripción de perfil académico-profesional				
Variable	Respuesta	n	%	
Ámbito laboral	Público	156	17,9	
	Privado	221	25,3	
	Público y Privado	495	56,8	
Realiza guardias	Sí	598	68,6	
	No	274	31,4	
	1 a 4 horas	1	0,1	
	5 a 9 horas	15	1,7	
	10 a 19 horas	45	5,2	
Tiempo dedicado a la actividad profesional	20 a 29 horas	37	4,2	
	30 a 39 horas	105	12	
	40 a 49 horas	214	24,5	
	50 a 59 horas	174	20	
	60 horas o más	281	32,2	
Desarrollo de actividad docente	Sí	498	57,1	
	No	374	42,9	
Desarrollo de actividad de investigación	Sí	236	27,1	
	No	636	72,9	
Existencia de recursos de seguridad y capacitación brindados por la institución donde trabaja	Sí	242	27,8	
	No	630	72,2	
Calificación del ambiente de trabajo	Agradable	360	41,3	
	Neutral	372	42,7	
	Desagradable	140	16,1	
Se encuentra realizando una residencia quirúrgica	Sí	126	14,4	
	No	746	85,6	

La caracterización completa de la práctica profesional de cirujanos formados se encuentra en la tabla 3.

En relación con el conocimiento de experiencias personales e institucionales exitosas para el manejo del *burnout*, en ambos casos la gran mayoría de las personas manifestó desconocimiento al respecto. En el primer caso, el 83,5% no conocía experiencias propias o ajenas de índole personal, mientras que –en el segundo caso– el 93,8% manifestó no conocer experiencias institucionales al respecto. Todos los resultados se observan en la tabla 4.

Respecto de los tipos de experiencias personales para el manejo de *burnout* identificados, se destaca en primer lugar el tratamiento psicológico como la respuesta con mayor frecuencia (57 menciones), seguido por las actividades de relajación y meditación (44 menciones) y por los ejercicios y deportes (34 menciones). Todas las frecuencias agrupadas se encuentran en la tabla 5.

Para cada subgrupo estudiado se analizó la prevalencia de respuesta de cada dimensión según los puntos de corte, así como también la prevalencia del *burnout*.

En la muestra total se obtuvo una prevalencia de *burnout* del 26,7%. Sin embargo, las proporciones de altos niveles de agotamiento emocional (69,3%) y

TABLA 3

Caracterización de la práctica profesional de profesionales formados				
Variable	Respuesta	n	%	
Realizó una subespecialidad quirúrgica	Sí	508	68,1	
	No	238	31,9	
Cantidad de instituciones donde trabaja	1	152	20,4	
	2	264	35,4	
	3	206	27,6	
	4	61	8,2	
	5	63	8,4	
Desempeña cargo de gestión	Sí	323	43,3	
	No	423	56,7	
Tiene personal a cargo	Sí	432	57,9	
	No	314	42,1	
Conformación de los ingresos	Solo prestación con la institución como intermediaria de cobro	145	19,4	
	Solo con salario fijo	137	18,4	
	Solo prestación con gestión propia de cobro	86	11,5	
	Salario fijo y prestación con la institución como intermediaria de cobro	156	20,9	
	Salario fijo, prestación con la institución como intermediaria de cobro y prestación con gestión propia de cobro	111	14,9	
	Salario fijo y prestación con gestión propia de cobro	74	9,9	
	Prestación con la institución como intermediaria de cobro y prestación con gestión propia de cobro	37	5	

TABLA 4

Conocimiento de experiencias personales e institucionales exitosas para manejo del <i>burnout</i>				
Variable	Respuesta	n	%	
Conocimiento de experiencias personales exitosas propias o ajenas para manejo de <i>burnout</i>	Sí	144	16,5	
	No	728	83,5	
Conocimiento de experiencias institucionales exitosas para manejo de <i>burnout</i>	Sí	54	6,2	
	No	818	93,8	

TABLA 5

Tipos de experiencias personales para el manejo del <i>burnout</i>		
Variable	Respuesta	n
Experiencias personales exitosas propias o ajenas para manejo de <i>burnout</i>	Tratamiento psicológico	57
	Actividades de relajación / meditación (yoga, <i>mindfulness</i> , respiración, etc.)	44
	Ejercicio y deportes	34
	Actividades de ocio / <i>Hobbies</i> (no vinculada al contexto médico: pintura, lectura, música, recreación al aire libre, etc.)	28
	Otras (apoyo en familia y amistades, renunciar o disminuir horas de trabajo, cambios en alimentación, conversaciones con colegas, tratamiento psiquiátrico, valoración personal, reuniones de equipo, espiritualidad, vacaciones, etc.)	78

despersonalización (57%) resultaron notablemente más elevadas que la prevalencia de bajos niveles de realización personal en el trabajo (38,5%).

Al analizar las prevalencias según variables sociodemográficas y académico-profesionales, se observa el nivel de *burnout* más alto en profesionales que trabajan en ambientes laborales percibidos como desagradables (49,3%), en residentes de cirugía (42,1%), en profesionales menores de 42 años (41,1%) y en mujeres (39,6%).

Respecto de las dimensiones en particular, el agotamiento emocional (AE) presentó los niveles más altos en residentes de cirugía (94,4%), profesionales que trabajan en ambientes laborales percibidos como desagradables (92,9%), en profesionales menores de 42 años (86,6%) y mujeres (85,8%), y los más bajos en quienes trabajan menos de 40 horas por semana (47,3%) o trabajan en un solo lugar (47,4%). La despersonalización (DP) presentó los niveles más altos en residentes de cirugía (85,7%), en profesionales menores de 42 años (74,9%), profesionales que trabajan en ambientes laborales percibidos como desagradables (74,3%) y en personas que viven solas (71,6%), y los niveles más bajos también en quienes trabajan menos de 40 horas por semana (37,9%). Finalmente, la realización personal en el trabajo (RPT) presentó los niveles más bajos en profesionales que trabajan en ambientes percibidos como desagradables (62,1%), que realizan guardias (55,2%), que trabajan en el ámbito público (53,8%) y en profesionales menores de 42 años (50,6%), mientras que los más altos en quienes trabajan solo en el ámbito privado (24,9%) y quienes no realizan guardias (24,8%).

La prevalencia de cada dimensión del *burnout* y del síndrome para la muestra total y los grupos en estudio se encuentra en la tabla 6.

En cuanto a la relación entre el *burnout* y las virtudes organizacionales de apoyo y respeto (AR), significado e inspiración (SI) y perdón (PE), se observaron correlaciones significativas entre todas las subdimensiones de cada escala.

El análisis correlacional entre las variables evidenció asociaciones negativas y significativas ($p < 0,01$) entre AE y las tres subdimensiones de AR ($r = -0,404$), SI ($r = -0,460$) y P ($r = -0,385$). La DP también presentó correlaciones negativas y significativas ($p < 0,01$) con el AR ($r = -0,315$), SI ($r = -0,322$) y PE ($r = -0,308$). Por su parte, la RPT evidenció asociaciones positivas y significativas ($p < 0,01$) con las mismas dimensiones de AR ($r = 0,405$), SI ($r = 0,460$) y PE ($r = 0,339$).

Para el subgrupo de profesionales de cirugía formados, el análisis correlacional evidenció asociaciones negativas y significativas ($p < 0,01$) entre AE y las tres subdimensiones de apoyo y respeto ($r = -0,424$), significado e inspiración ($r = -0,495$) y perdón ($r = -0,401$). La DP también presentó correlaciones negativas y significativas ($p < 0,01$) con apoyo y respeto ($r = -0,355$), significado e inspiración ($r = -0,376$), y perdón

($r = -0,331$), mientras que la RPT evidenció asociaciones positivas y significativas ($p < 0,01$) con las mismas dimensiones de apoyo y respeto ($r = 0,395$), significado e inspiración ($r = 0,481$) y perdón ($r = 0,333$).

Para el subgrupo de residentes de cirugía, el análisis correlacional evidenció asociaciones negativas y significativas ($p < 0,01$) entre AE y las tres subdimensiones de apoyo y respeto ($r = -0,378$), significado e inspiración ($r = -0,285$) y perdón ($r = -0,254$). La RPT evidenció asociaciones positivas y significativas ($p < 0,01$) con las mismas dimensiones de apoyo y respeto ($r = 0,486$), significado e inspiración ($r = 0,314$) y perdón ($r = 0,341$). Sin embargo, DP no presentó correlaciones con estas variables.

En la tabla 7 se observan las correlaciones entre el MBI y el IVO para la muestra total, y, en la tabla 8, la comparación de correlaciones entre residentes de cirugía y profesionales de cirugía con formación.

Respecto de la comparación entre grupos para las variables en estudio, los profesionales más jóvenes (menores de 42 años) presentan mayores niveles de agotamiento emocional (37,2 vs. 26,4) y despersonalización (13,6 vs. 7,7), menores niveles de realización personal en el trabajo (34,6 vs. 38,2) y menores niveles de apoyo y respeto (18,5 vs. 19,6), significado e inspiración (11,2 vs. 12,2) y perdón (8,5 vs. 9,2) (Fig. 1).

Las profesionales de género femenino presentan mayores niveles de agotamiento emocional (37 vs. 28,3) y despersonalización (12,6 vs. 9,2) y menores niveles de realización personal en el trabajo (34,4 vs. 37,7). Respecto de las dimensiones organizacionales, las cirujanas perciben menores niveles de apoyo y respeto (17,9 vs. 19,7), significado e inspiración (10,7 vs. 12,2) y perdón (8,2 vs. 9,2) (Fig. 2).

Los profesionales que han migrado de ciudad o país por motivos laborales presentan menores niveles de apoyo y respeto (18,7 vs. 19,4), mayores niveles de agotamiento emocional (32,7 vs. 30,1) y despersonalización (11,3 vs. 9,6), así como menores niveles de realización personal en el trabajo (35,9 vs. 37,1).

Los profesionales que no conviven con otras personas presentan mayores niveles de agotamiento emocional (34,7 vs. 30,5) y despersonalización (13 vs. 9,8), y menores niveles de realización personal en el trabajo (35 vs. 36,9).

Los profesionales que tienen personas a cargo presentan menores niveles de agotamiento emocional (29,3 vs. 34) y despersonalización (8,8 vs. 12,6), y mayores niveles de realización personal en el trabajo (37,5 vs. 35,3).

Los profesionales que realizan actualmente residencias de cirugía presentan mayores niveles de agotamiento emocional (40,5 vs. 29,6) y despersonalización (16 vs. 9,4), y menores niveles de realización personal en el trabajo (34,2 vs. 37), aunque no perciben diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones organizacionales (Fig. 3).

■ TABLA 6

Niveles de prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en el trabajo y burnout

Variable	Agotamiento emocional (%)	Despersonalización (%)	Baja realización personal en el trabajo (%)	Síndrome de burnout (%)
Global	69,3	57	38,5	26,7
Mujeres	85,8*	70,8*	49,3*	39,6*
Varones	61,1*	50,1*	33,1*	20,2*
< 42 años	86,6*	74,9*	50,6*	41,1*
≥ 42 años	55,5*	42,7*	28,9*	15,3*
Vive solo	81,8*	71,6*	44,6*	35,8*
Convive con personas	66,7*	54*	37,3*	24,9*
Con personas a cargo	64*	48,8*	34,5*	21,3*
Sin personas a cargo	77,2*	69,5*	44,7*	34,9*
Trabaja 1 a 39 horas	47,3*	37,9*	32,5*	15,3*
Trabaja 40 o más horas	75,9*	62,8*	40,4*	30,2*
Realiza guardias	78,9*	66,4*	55,2*	33,8*
No realiza guardias	48,2*	36,5*	24,8*	11,3*
Ámbito público	78,2*	66*	53,8*	37,8*
Ámbito privado	63,3*	49,3*	24,9*	15,4*
Ámbitos público y privado	69,1*	57,6*	39,8*	28,3*
Residentes	94,4*	85,7*	50*	42,1*
Profesionales formados	65*	52,1*	36,6*	24,1*
Institución ofrece recursos	67,8	55,8	34,3	24
Institución no ofrece recursos	69,8	57,5	40,2	27,8
No realiza actividad docente	73,5*	64,4*	41,2	29,7
Realiza actividad docente	66,1*	51,4*	36,5	24,5
No realiza actividad de investigación	70,4	60,1*	40,4	27,7
Realiza actividad de investigación	66,1	48,7*	33,5	24,2
Ambiente desagradable	92,9*	74,3*	62,1*	49,3*
Ambiente neutral	73,9*	60,5*	45,2*	30,1*
Ambiente agradable	55,3*	46,7*	22,5*	14,4*
Trabaja en 1 solo lugar**	47,4*	38,2*	30,3	15,1*
Trabaja en más de 1 lugar**	69,5*	55,7*	38,2	26,4*
No realizó subespecialidad**	70,2*	55	45,8*	28,6
Realizó subespecialidad**	62,6*	50,8	32,3*	22
No posee cargo de gestión**	70,4*	57,7*	42,6*	30*
Posee cargo de gestión**	57,9*	44,9*	28,8*	16,4*
No tiene personal a cargo**	67,5	56,4*	42,4*	27,7
Tiene personal a cargo**	63,2	49,1*	32,4*	21,5

Nota. Los puntos de corte que configuran el síndrome: agotamiento emocional > 24, despersonalización >7, realización personal en el trabajo < 36 (Neira, 2004).
*Las diferencias entre categorías de la variable son estadísticamente significativas. **Solo incluye profesionales formados, no residentes.

■ TABLA 7

Correlación entre MBI e IVO sobre la muestra total

Variables	IVO - AR	IVO - SI	IVO - PE	MBI - AE	MBI - DP
IVO - AR	-				
IVO - SI	0,782**	-			
IVO - PE	0,698**	0,620**	-		
MBI - AE	-0,404**	-0,460**	-0,385**	-	
MBI - DP	-0,315**	-0,322**	-0,308**	0,643**	-
MBI - RPT	0,405**	0,460**	0,339**	-0,437**	-0,436**

Nota. IVO = Inventario de virtudes organizacionales; MBI = *Maslach burnout inventory*; AR = Apoyo y respeto; SI = Significado e inspiración; PE = Perdón; AE = Agotamiento emocional; DP = Despersonalización y RPT = Realización personal en el trabajo. **p ≤ 0,01.

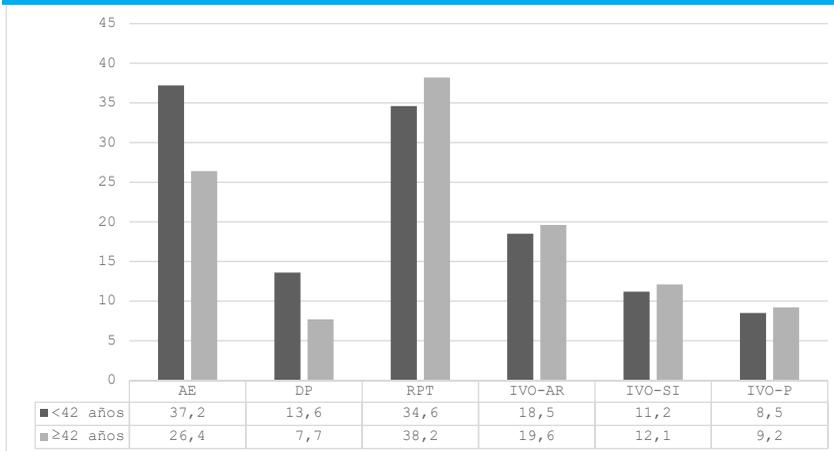
■ TABLA 8

Correlación entre MBI e IVO para la población de residentes y la de profesionales de cirugía con formación

	Variables	IVO - AR	IVO - SI	IVO - PE	MBI - AE	MBI - DP
Profesionales residentes	IVO - AR	-				
	IVO - SI	0,748**	-			
	IVO - PE	0,688**	0,567**	-		
	MBI - AE	-0,378**	-0,285**	-0,254**	-	
	MBI - DP	-0,137	-0,026	-0,125	0,471**	-
	MBI - RPT	0,486**	0,314**	0,341**	-0,369**	-0,187*
Profesionales de cirugía con formación	IVO - AR	-				
	IVO - SI	0,789**	-			
	IVO - PE	0,701**	0,628**	-		
	MBI - AE	-0,424**	-0,495**	-0,401**	-	
	MBI - D	-0,355**	-0,376**	-0,331**	0,627**	-
	MBI - RPT	0,395**	0,481**	0,333**	-0,426**	-0,449**

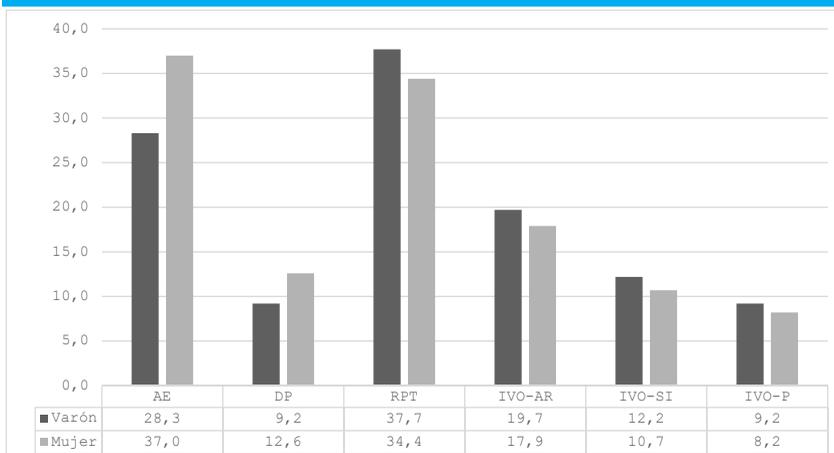
**p ≤ 0,01; *p ≤ 0,05. IVO = Inventario de virtudes organizacionales; MBI = *Maslach Burnout Inventory*; AP = Apoyo y respeto; SI = Significado e inspiración; PE = Perdón; AE = Agotamiento emocional; DP = Despersonalización, RPT = Realización personal en el trabajo.

■ FIGURA 1



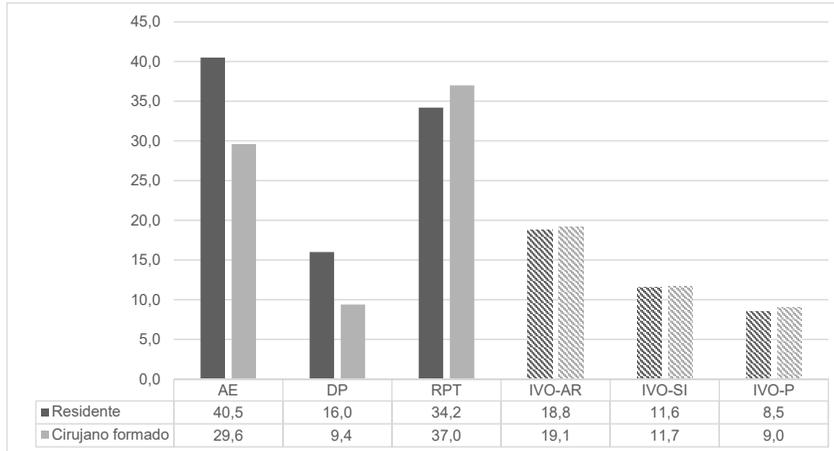
Puntajes promedio para dimensiones del MBI (AE, DP y RPT) e IVO (AR, SI y P) comparando grupos por edad
 MBI = *Maslach burnout inventory*;
 IVO = Inventario de virtudes organizacionales; AE = Agotamiento emocional; DP = Despersonalización; RPT = Realización personal en el trabajo. AR = Apoyo y respeto; SI = Significado e inspiración; P = Perdón.

■ FIGURA 2



Puntajes promedio para dimensiones del MBI (AE, DP y RPT) e IVO (AR, SI y P) comparando grupos por género
 MBI = *Maslach burnout inventory*;
 IVO = Inventario de virtudes organizacionales; AE = Agotamiento emocional; DP = Despersonalización; RPT = Realización personal en el trabajo. AR = Apoyo y respeto; SI = Significado e inspiración; P = Perdón.

FIGURA 3



Puntajes promedio para dimensiones del MBI (AE, DP y RPT) e IVO (AR, SI y P) comparando grupos por nivel de formación. Las diferencias en las variables organizacionales (IVO) no fueron estadísticamente significativas. MBI = Maslach burnout inventory; IVO = Inventario de virtudes organizacionales; AE = Agotamiento emocional; DP = Despersonalización; RPT = Realización personal en el trabajo. AR = Apoyo y respeto; SI = Significado e inspiración; P = Perdón.

Los profesionales con una carga horaria semanal menor de 40 horas presentan menores niveles de agotamiento emocional (23,7 vs. 33,5) y despersonalización (7,3 vs. 11,3) y mayores niveles de realización personal en el trabajo (38,3 vs. 36,1), a la vez que perciben mayores niveles de apoyo y respeto (19,9 vs. 18,9), significado e inspiración (12,6 vs. 11,5) y perdón (9,4 vs. 8,7) (Fig. 4).

Los profesionales que realizan guardias también presentan mayores niveles de agotamiento emocional (34,3 vs. 24,5) y despersonalización (11,9 vs. 6,9) y menores niveles de realización personal en el trabajo (35,4 vs. 39,3), mientras que perciben menores niveles de apoyo y respeto (18,6 vs. 20,2), significado e inspiración (11,2 vs. 12,8) y perdón (8,6 vs. 9,5) (Fig. 5).

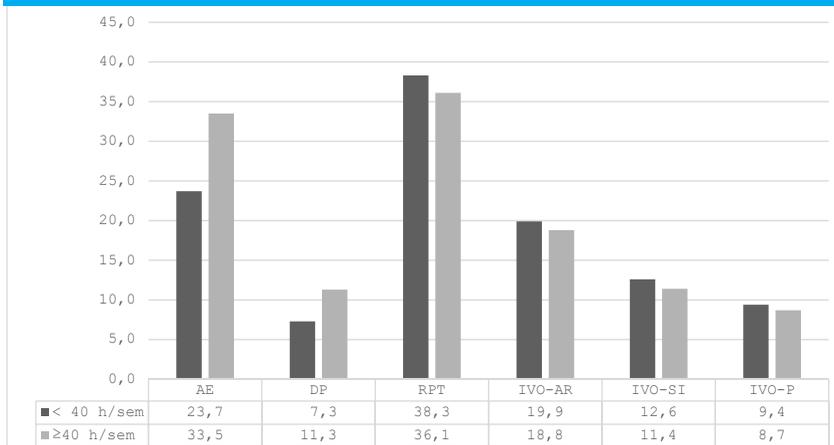
Respecto al ámbito laboral, aquellos profesionales que se desempeñan en ámbitos públicos exclusivamente presentan mayores niveles de agotamiento emocional (35) y despersonalización (12,8), y menores niveles de realización personal en el trabajo (34) que quienes lo hacen simultáneamente en los ámbitos público y privado (30,8; 10 y 36,4, respectivamente) y que aquellos que trabajan únicamente en ámbitos privados (29,4; 9,3 y 38,9, respectivamente). Paralelamente, la

percepción de las virtudes organizacionales son francamente menores en apoyo y respeto (18,1), significado e inspiración (11,2) y perdón (8,5) para quienes trabajan en el sector público, comparado con los que se desempeñan en ambientes mixtos (18,9; 11,4 y 8,8, respectivamente) y en el sector privado exclusivamente (20,3; 12,7 y 9,3, respectivamente).

El ambiente laboral percibido influyó significativamente en todas las variables del burnout. Aquellos profesionales que perciben el clima de trabajo como agradable presentan menores niveles de agotamiento emocional (26,2), despersonalización (8,5) y mayores puntajes de realización personal en el trabajo (39,4), comparados con quienes lo informan como neutro (32,6; 10,9 y 35,5, respectivamente) y, más aún, con aquellos que trabajan en ambientes considerados desagradables (40,3; 13,5 y 32,3, respectivamente). Respecto de las dimensiones organizacionales presentaron mayores niveles de apoyo y respeto (21,9), significado e inspiración (13,9) y perdón (10,3), en comparación con quienes trabajan en ambientes neutros (18,2; 10,8 y 8,4, respectivamente) y en ambientes desagradables (14,2; 8,5 y 6,6, respectivamente) (Fig. 6).

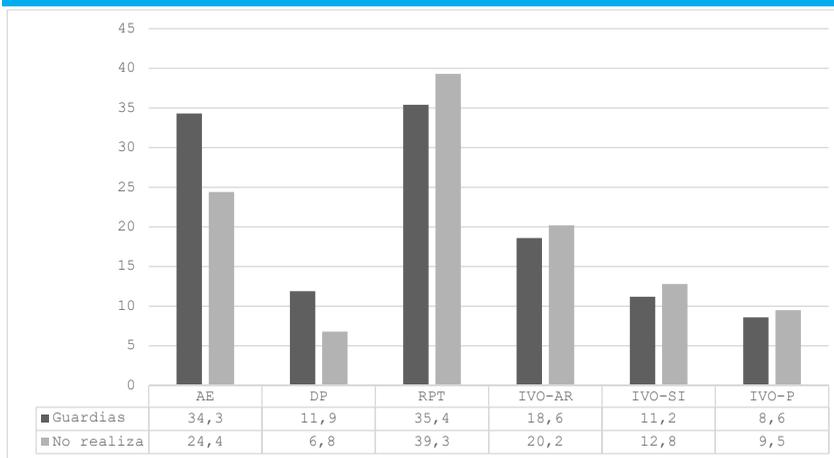
Los profesionales que trabajan en instituciones

FIGURA 4



Puntajes promedio para dimensiones del MBI (AE, DP y RPT) e IVO (AR, SI y P) comparando grupos por carga horaria. MBI = Maslach burnout inventory; IVO = Inventario de virtudes organizacionales; AE = Agotamiento emocional; DP = Despersonalización; RPT = Realización personal en el trabajo. AR = Apoyo y respeto; SI = Significado e inspiración; P = Perdón.

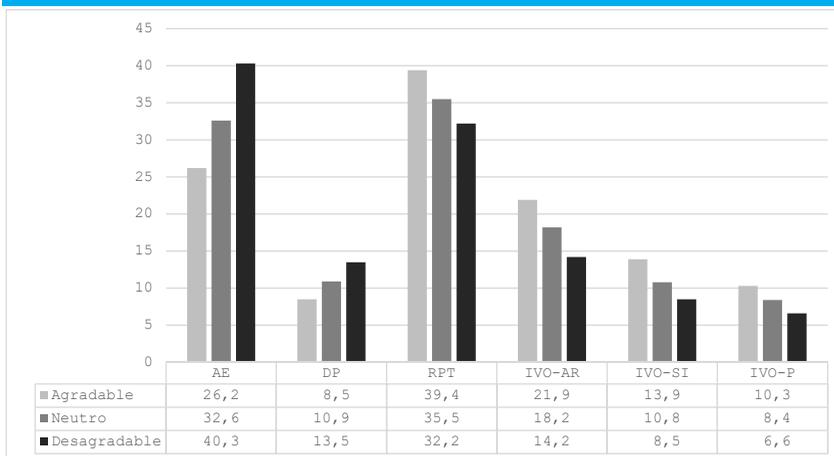
■ FIGURA 5



Puntajes promedio para dimensiones del MBI (AE, DP y RPT) e IVO (AR, SI y P) comparando grupos por realización de guardias.

MBI = *Maslach burnout inventory*; IVO = Inventario de virtudes organizacionales; AE = Agotamiento emocional; DP = Despersonalización; RPT = Realización personal en el trabajo. AR = Apoyo y respeto; SI = Significado e inspiración; P = Perdón.

■ FIGURA 6



Puntajes promedio para dimensiones del MBI (AE, DP y RPT) e IVO (AR, SI y P) comparando grupos por ambiente laboral.

MBI = *Maslach burnout inventory*; IVO = Inventario de virtudes organizacionales; AE = Agotamiento emocional; DP = Despersonalización; RPT = Realización personal en el trabajo. AR = Apoyo y respeto; SI = Significado e inspiración; P = Perdón.

que ofrecen recursos para la seguridad y capacitación presentan mayores niveles en todas las virtudes organizacionales, en apoyo y respeto (20,8 vs. 18,5), significado e inspiración (13,2 vs. 11,2) y perdón (9,5 vs. 8,7) y, únicamente, mayores niveles de realización personal en el trabajo (37,8 vs. 36,2) en referencia a las dimensiones del MBI.

Los profesionales que realizan actividad docente presentan menores niveles de agotamiento emocional (29,9 vs. 32,9) y despersonalización (9,3 vs. 11,7), y mayores niveles de realización personal en el trabajo (37,1 vs. 35,9), así como mayores niveles de significado e inspiración (11,9 vs. 11,4).

Los profesionales que realizan actividad de investigación presentan mayores niveles de apoyo y respeto (19,6 vs. 18,9) y significado e inspiración (12,6 vs. 11,4), menores niveles de despersonalización (9,3 vs. 10,7) y mayores niveles de realización personal en el trabajo (37,9 vs. 36,1).

Los cirujanos formados que realizaron una subspecialidad quirúrgica presentan mayores niveles de apoyo y respeto (19,4 vs. 18,6) y significado e inspiración (12,1 vs. 11,1), así como mayores niveles

de realización personal en el trabajo (37,6 vs. 35,6) al compararlos con los cirujanos ya formados pero que no realizaron una especialización posterior.

Aquellos cirujanos formados que trabajan en más de una institución presentan mayores niveles de agotamiento emocional (30,9 vs. 24,7), despersonalización (9,8 vs. 7,8) y menores de realización personal en el trabajo (36,7 vs. 38,2) que quienes trabajan en una institución. Y fue aún más marcada la diferente percepción de las virtudes organizacionales, con mejores puntajes en quienes se focalizan en un lugar de trabajo (AR, 20,4 vs. 18,8, SI, 13,3 vs. 11,4 y PE, 9,6 vs. 8,8).

Para este subgrupo, la forma de gestión de sus ingresos también marcó diferencias. Los mejores puntajes se dieron en quienes gestionan personalmente sus ingresos, comparados con los casos en los cuales la institución es intermediaria de la gestión y, más aún, con aquellos que perciben un salario, que mostraron menores niveles de agotamiento emocional (26,3 vs. 27,8 vs. 30,9, respectivamente) y menores niveles de despersonalización (7,9 vs. 9,3 y 9,7, respectivamente). En cuanto a las virtudes organizacionales, percibir un

salario se asoció con puntajes más bajos de las tres dimensiones.

Los cirujanos formados que desempeñan un cargo de gestión presentan mayores niveles de apoyo y respeto (19,9 vs. 18,5), significado e inspiración (12,5 vs. 11,2) y perdón (9,5 vs. 8,6), menores niveles de agotamiento emocional (27,6 vs. 31,2) y despersonalización (8,2 vs. 10,3), así como mayores niveles de realización personal en el trabajo (38,4 vs. 36).

Los cirujanos formados que tienen personal a cargo presentan mayores niveles de apoyo y respeto (19,6 vs. 18,5), significado e inspiración (12,1 vs. 11,2) y perdón (9,3 vs. 8,5), menores niveles de despersonalización (8,9 vs. 10), así como mayores niveles de realización personal en el trabajo (37,8 vs. 35,9).

Las comparaciones de medias para las variables

analizadas previamente se observan en la tabla 9, y en las figuras 7, 8 y 9 se observan las representaciones gráficas de las comparaciones de medias de las tres dimensiones del MBI. Asimismo, un resumen de los factores de vulnerabilidad sobre las dimensiones de *burnout* y virtudes organizacionales se presentan en la tabla 10.

Respecto del establecimiento de los perfiles de *burnout*, las pruebas con distinto número de perfiles en el análisis de *clusters* no jerárquico por conglomerados establecieron como la solución más consistente la de 5 perfiles. Los estadísticos descriptivos de la solución propuesta se muestran en la tabla 11; el gráfico de los puntajes Z, en la figura 10, y el diagrama de dispersión 3D de las tres subescalas de *burnout*, en la figura 11.

Al considerar los patrones de las figuras y su

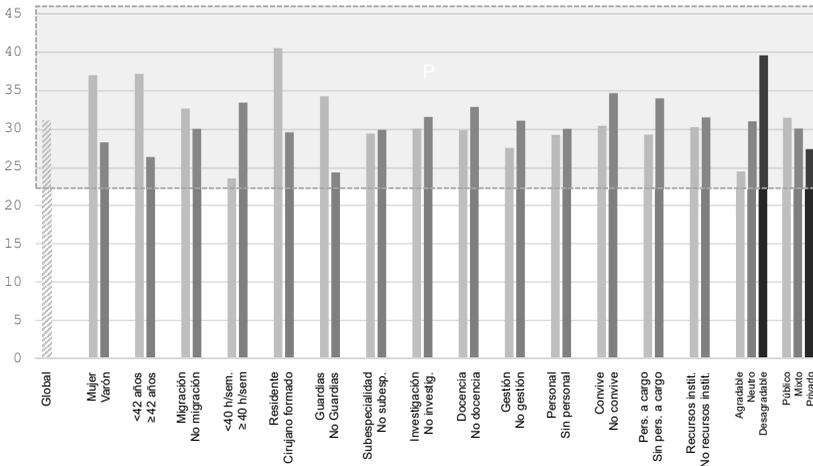
■ TABLA 9

Comparación de medias para las dimensiones del *burnout* y virtudes organizacionales según variables sociodemográficas y profesionales

Instrumento	Dimensión	MBI			IVO		
		AE	DP	RPT	AR	SI	PE
Género	Fem.	37*	12,6*	34,4*	17,9*	10,7*	8,2*
	Masc.	28,3*	9,2*	37,7*	19,7*	12,2*	9,2*
Edad	< 42 años	37,2*	13,6*	34,6*	18,5*	11,2*	8,5*
	≥ 42 años	26,4*	7,7*	38,2*	19,6*	12,2*	9,2*
Tiempo semanal de dedicación profesional	< 40 h	23,7*	7,3*	38,3*	19,9*	12,6*	9,4*
	≥ 40 h	33,5*	11,3*	36,1*	18,9*	11,5*	8,7*
Migración de ciudad o país por motivos laborales	Sí	32,7*	11,3*	35,9*	18,7*	11,5	8,8
	No	30,1*	9,6*	37,1*	19,4*	11,9	8,9
Convive con alguien	Sí	30,5*	9,8*	36,9*	19,1	11,7	8,9
	No	34,7*	13*	35*	19	11,7	8,8
Tiene personas a cargo	Sí	29,3*	8,8*	37,5*	19,1	11,8	9
	No	34*	12,6*	35,3*	19,1	11,6	8,7
Realiza guardias	Sí	34,3*	11,9*	35,4*	18,6*	11,2*	8,6*
	No	24,5*	6,9*	39,3*	20,2*	12,8*	9,5*
Realiza una residencia quirúrgica	Sí	40,5*	16*	34,2*	18,9	11,6	8,5
	No	29,6*	9,4*	37*	19,1	11,7	9
Realiza actividad docente	Sí	29,9*	9,3*	37,1*	19,3	11,9*	9
	No	32,9*	11,7*	35,9*	18,9	11,4*	8,8
Realiza actividad de investigación	Sí	30,1	9,3*	37,9*	19,6*	12,6*	9,1
	No	31,6	10,7*	36,1*	18,9*	11,4*	8,8
Recursos institucionales para seguridad y capacitación	Sí	30,3	10,3	37,8*	20,8*	13,2*	9,5*
	No	31,6	10,3	36,2*	18,5*	11,2*	8,7*
Instituciones donde trabaja**	1	24,7	7,8	38,2	20,4	13,3	9,6
	≥ 2	30,9	9,8	36,7	18,8	11,4	8,8
Realizó una subespecialidad quirúrgica**	Sí	29,5	9,1	37,6*	19,4*	12,1*	9
	No	30	9,9	35,6*	18,6*	11,1*	8,8
Desempeña un cargo de gestión**	Sí	27,6*	8,2*	38,4*	19,9*	12,5*	9,5*
	No	31,2*	10,3*	36*	18,5*	11,2*	8,6*
Tiene personal a cargo**	Sí	29,3	8,9*	37,8*	19,6*	12,1*	9,3*
	No	30,1	10*	35,9*	18,5*	11,2*	8,5*

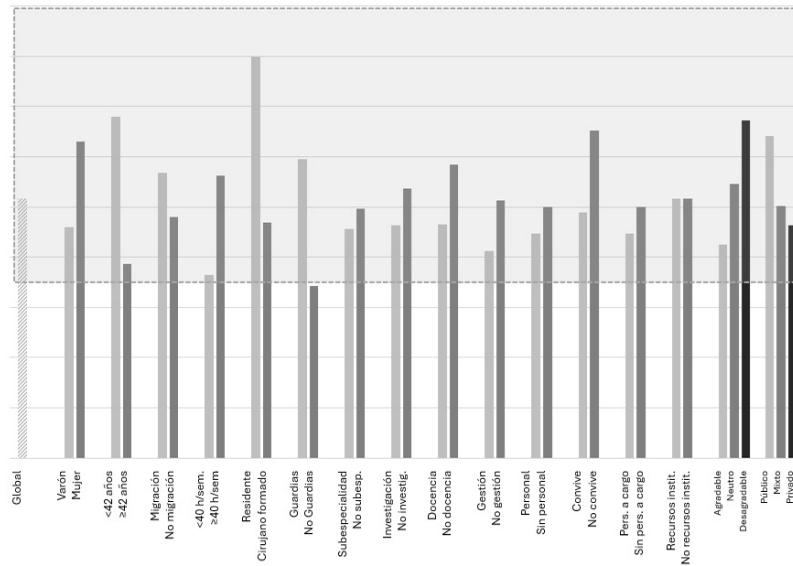
MBI, *Maslach Burnout Inventory*; IVO, Inventario de Virtudes Organizacionales; AE, Agotamiento emocional; DP, Despersonalización; RPT, Realización personal en el trabajo. *Las diferencias entre categorías de la variable son estadísticamente significativas. **Corresponden al subgrupo de profesionales formados, no residentes.

FIGURA 7



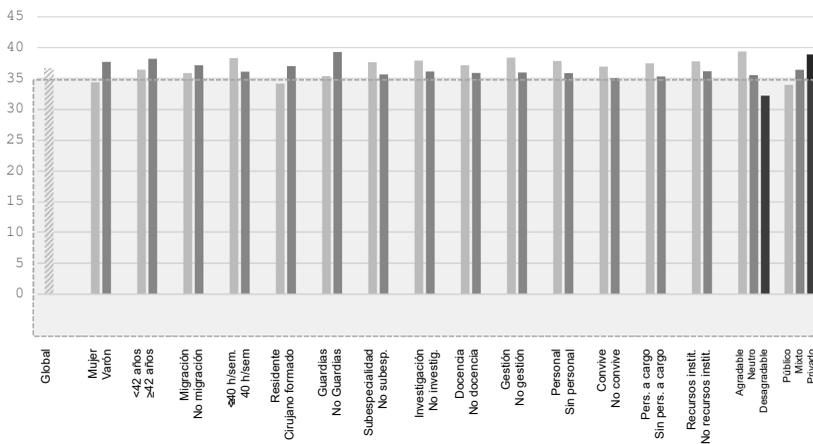
Comparación de medias para Agotamiento emocional según variables sociodemográficas y profesionales (el área sombreada indica valores en rango alto de puntaje de la variable –mayor de 24–)

FIGURA 8



Comparación de medias para Despersonalización según variables sociodemográficas y profesionales (el área sombreada indica valores en rango alto de puntaje de la variable –mayor de 7–)

FIGURA 9



Comparación de medias para Realización personal en el trabajo según variables sociodemográficas y profesionales (el área sombreada indica valores en rango bajo de puntaje de la variable –menor de 36–)

■ TABLA 10

Resumen de factores de vulnerabilidad sobre las dimensiones de burnout y virtudes organizacionales

Variable	¿Es un factor de vulnerabilidad?					
	AE	DP	RPT	AR	SI	PE
Género femenino	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
< 42 años	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
≥ 40 horas de trabajo semanal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Migración por motivos laborales	Sí	Sí	Sí	Sí	-	-
No convivir con alguien	Sí	Sí	Sí	-	-	-
No tener personas a cargo	Sí	Sí	Sí	-	-	-
Realizar guardias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Realizar residencia quirúrgica	Sí	Sí	Sí	-	-	-
No realizar actividad docente	Sí	Sí	Sí	-	Sí	-
No realizar actividad de investigación	-	Sí	Sí	Sí	Sí	-
No haber realizado subespecialidad quirúrgica	-	-	Sí	Sí	Sí	-
No desempeñar cargo de gestión	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
No tener personal a cargo	-	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
La institución no ofrece recursos de seguridad y capacitación	-	-	Sí	Sí	Sí	Sí
Trabajar en más de un lugar a la vez	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Trabajar en un ambiente neutral o desagradable	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Trabajar en ámbito público o público y privado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

■ TABLA 11

Estadísticos descriptivos según perfiles de 5 conglomerados

Perfil	N	%	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal en el trabajo
1 Comprometido	217	25	-1,306	-0,919	0,924
2 No realizado	98	11	-0,481	-0,333*	-1,207
3 Sobrecargado	233	27	0,245	-0,502*	0,295
4 Preburnout	208	24	0,739	0,996	0,083
5 Burnout	116	13	1,033	1,224	-1,451
Total	872	100	-	-	-

*No hay diferencias estadísticamente significativas al validar los perfiles mediante el ANOVA para los conglomerados 1 (no realizado) y 3 (sobrecargado) en lo que refiere a Despersonalización.

■ FIGURA 10

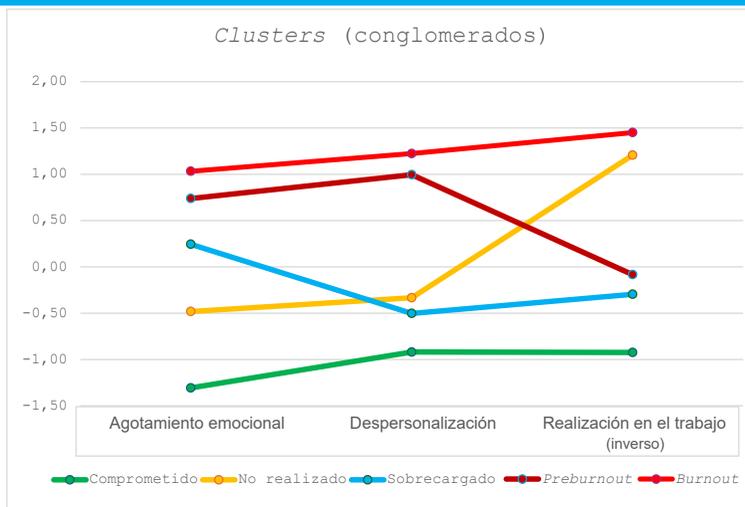


Gráfico de los puntajes Z para la solución de 5 perfiles
 Nota. Se invierte la dimensión RPT para facilitar la visualización de los perfiles.

■ FIGURA 11

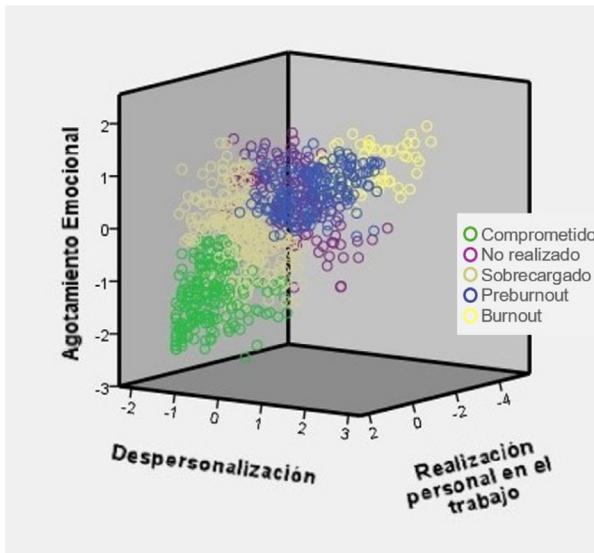


Diagrama de dispersión 3D de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo por perfil.

distribución, se procedió al etiquetamiento de los conglomerados de la siguiente manera:

- **Burnout:** alto agotamiento emocional y despersonalización, y baja realización personal en el trabajo.
- **Preburnout:** alto agotamiento emocional y despersonalización, y moderada realización personal en el trabajo.
- **Sobrecargado:** moderado agotamiento emocional, leve despersonalización y realización personal en el trabajo.
- **No realizado:** leve agotamiento emocional y despersonalización, y baja realización personal en el trabajo.
- **Comprometido:** bajo agotamiento emocional y despersonalización, y alta realización personal en el trabajo.

Resultados cualitativos

El promedio de edad de las personas que participaron fue de 49,1 años. El 55% tenía entre 30 y 40 años, y el 45% restante, entre 60 y 75 años. En su mayoría fueron hombres (6 de 9), mientras que las 3 mujeres correspondieron a la franja etaria más joven. La mayor parte (5 de 9) tenía 10 años o menos experiencia en el ámbito quirúrgico. Con respecto a la procedencia geográfica, el 50% residía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el resto se distribuyó en las provincias de Buenos Aires, Río Negro, Mendoza y Santiago del Estero. Con relación al ámbito laboral de las personas entrevistadas, 3 se desempeñaban en el ámbito privado, 3 en el público y 3 en ambos.

Los resultados de las entrevistas y grupo focal se organizan en cuatro ejes temáticos: 1) Síntomas y experiencias relacionadas con el síndrome de *burnout*, 2) Situaciones consideradas estresoras en el ambiente quirúrgico, 3) Iniciativas para el manejo del *burnout* y 4) Otros emergentes.

1) Síntomas y experiencias relacionadas con el síndrome de burnout

El principal síntoma que se identifica como relacionado con el síndrome de *burnout* es el cansancio físico excesivo con la sensación de agotamiento extremo. Las experiencias refieren a situaciones diversas que van desde el desgano hasta el deterioro físico y mental de las personas entrevistadas. Una característica saliente en los testimonios respecto del síndrome de *burnout*, además del cansancio, es que se lo reconoce como situado a partir de los primeros años de residencia. Algunos testimonios relevantes:

- *Burnout, lo primero que se me viene a la cabeza es ser residente de primer año de cirugía general, ¿sí? Que fue el año en el cual yo considero que mi vida cambió totalmente, ¿sí? Me transformé en un esclavo de la cirugía [ríe], con una meta que era solo aprender y ahí empecé a conocer lo que era estar realmente cansado.* (C3, Grupo focal).
- *Pero yo entré en junio [a la residencia] y hasta diciembre estuve día por medio, vos tenés que calcular que entraba a las cinco de la mañana y me iba el otro día a las ocho de la noche, eran 40 horas adentro [del hospital], ocho horas afuera (...). Y ahí viví todas las experiencias que vos ves de "burnout", las vivía a nivel de cuerpo, tuve todos los síntomas, todo, tuve toda la experiencia. La privación de sueño es una de las peores cosas que te puede pasar, nada, pero era un ablande, era: el que no se banca esto que se vaya (...) me acuerdo un día de que me estaba riendo y me puse a llorar y yo dije: 'qué carajo pasa' y ahí tuve que hacer la cuenta de hace cuántas horas que no dormía y creo que eran 38 horas. Una locura (...) Es de no creer, pero bueno estás metido en eso y bueno, y decís, sí, yo puedo, yo puedo, yo puedo. Era muy joven, yo tenía 24 años ahí.* (Encuesta 1, 40 años).
- *...un día me desmayé en el quirófano y me caí al suelo, después de estar sin comer y sin dormir y tener que entrar a operar y perdí el conocimiento, me desperté media hora después, reanimándome el servicio de anestesia.* (Encuesta 2, 31 años).

En algunas de las entrevistas se hizo referencia a algunos de los síntomas específicos del *burnout*, tales como el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal:

- ...la sensación esa de estrés crónico y de aplanamiento emocional y de que todos los problemas son lo mismo, irritabilidad y todo eso, lo tengo durante períodos. (Encuesta 1, 40 años).
- ...al final del día, uno a veces hace un "racconto" y dice, siento que trabajando [ríe con nervios]... Y no, no se puede realizar, o siente que no crece o no se puede realizar como persona, en otros aspectos que excedan lo profesional. (C3, Grupo focal).
- ...una de las cosas que yo veía en mí mismo, pero también en los cirujanos más grandes, cuando yo era joven, era como que a lo largo del tiempo iba generándose una desmotivación creciente, como que su responsabilidad la entregaban a los tipos más jóvenes sin supervisión. (Encuesta 3, 66 años).
- ...he visto a mis compañeros en las mismas condiciones [haciendo referencia al agotamiento excesivo] y he visto a los médicos de planta enfermos con fiebre, con un suero en el quirófano, esperando que duerman al paciente, sacarse el suero y operar. (Encuesta 2, 31 años).

Otra de las realidades identificadas por las personas entrevistadas es que, en la cultura del ambiente quirúrgico, el cansancio no es validado. Algunos testimonios al respecto:

- ...culturalmente, por lo menos hasta donde yo aprecié en el ámbito quirúrgico, no hay como una validación del cansancio o del agotamiento, no es un valor que esté presente, digamos, hay como un discurso explícito e implícito de que uno tiene que continuar con la tarea y de que cualquier cosa que no te permita a vos ejercer el momento quirúrgico, digamos, va en detrimento de tu profesionalidad (Encuesta 2, 31 años).
- ...los cirujanos son grandes negadores de la fatiga, los médicos en general. (Encuesta 3, 66 años).

Un tema valioso recogido es que la salud mental es un tema "tabú", del cual se evita hablar en el ámbito de la cirugía. Algunos ejemplos:

- Cuando uno manda a psiquiatría a un colega, lo estigmatiza un poco. (Encuesta 4, 67 años).
- ...cuando vos estás "burnout" te tendrías que pedir una licencia psiquiátrica. La licencia psiquiátrica es como muy (...) Hay un estigma a eso. Habría que empezar a, a cómo se llama, a no sé, a desmitificarlo o algo. Pero uno podría decir, yo estoy quemado, me tengo que tomar 15 días, que te los den como licencia y que eso no significa que estés loco, que tenés que estar medicado, si no, no puedo más, estoy cansado. (Encuesta 1, 40 años).

En algunas entrevistas a cirujanos mayores de 60 años se relataron experiencias de colegas vinculadas al consumo problemático de drogas que se consiguen en los mismos hospitales.

Hay testimonios muy reveladores sobre el problema:

- ...el tipo se tomaba dos "rivotriles" para dormir (...) una noche lo vino a buscar la policía por un problema que había tenido en una clínica y lo llevaron arrastrado, y la policía creía [porque no reaccionaba] que el tipo estaba fingiendo para que no se lo llevara, y no se podía despertar... Y si vos lo querías despertar y era un zombi, digamos a ver, se podía despertar pero no podía operar de ninguna manera. (Encuesta 3, 66 años).

También surgieron otras experiencias y afeciones graves en el contexto de exceso de exigencias laborales y falta de descanso. Un ejemplo significativo, que también revela cierto grado de falta de registro de la situación por parte del cirujano:

- ...le digo, bueno, voy, voy dentro de una hora. Y cuando llegué, ya se había cumplido la hora y el anestesista que yo tenía en el sanatorio, era un hombre que cumplía los horarios, así de estricto como yo también. Y entonces, como yo cumplía así, no podía después pisarme a mí mismo. Entonces, me agarró la ansiedad y me subí los 4 pisos hasta el quirófano por la escalera y tuve el mismo dolor. Y bueno, al día siguiente, consulté con el cardiólogo, me hizo un electro. Me dijo, vení, que te llevo a medicina nuclear, vamos a hacer una perfusión, le digo, pero ¿te parece que tengo algo grave? Mirá, vos vení (...) Cuando leí el informe que decía isquemia de las dos terceras partes, en el esfuerzo de las dos terceras partes del ventrículo izquierdo, digo mirá esto debe ser un enfermo. No sé si me entendés lo que hice. Le dije esto debe ser un enfermo. Sí, sí me dice, es el suyo. ¿Cómo va a ser el mío?, le digo. (Encuesta 4, 67 años).

En suma, quienes formaron parte de las entrevistas reconocen síntomas y experiencias de *burnout*, tanto en la propia biografía como en la de colegas cercanos. Sitúan sus primeras y más duras vivencias en los primeros meses de la residencia. A lo largo de sus testimonios, lo registran centralmente como un agotamiento extremo que lleva a problemas para dormir, enfermedades físicas y mentales. Señalan que la sensación de cansancio no es evidenciada como válida en el ámbito de la cirugía y que expresar alguna problemática de salud mental "está mal visto". Además, vinculan el *burnout* con situaciones de consumo problemático de drogas, y reconocen algunos de los síntomas asociados al síndrome.

2) Situaciones consideradas estresoras en el ambiente quirúrgico

Se presentaron tres tipos de situaciones consideradas estresoras, de las cuales en todas las entrevistas

se mencionó al menos un tipo: 1) condiciones organizacionales, 2) condiciones socioestructurales de la profesión y del ordenamiento del sistema de salud y 3) desafíos personales durante el ejercicio de la profesión.

Entre las condiciones organizacionales se destacan los problemas interpersonales, ya sea entre profesionales y pacientes o familiares de pacientes o entre los equipos médicos, principalmente en escenarios complejos, donde no se cuenta con el adecuado acompañamiento institucional. Algunos testimonios sobre estas situaciones:

- *...hay un problema que sí genera miedo, a mí también, que es la agresión interpersonal que hay en las situaciones cuando hay problemas complejos. Eso sí genera miedo porque la agresión interpersonal entre las personas que vienen a demandar algo y una persona que está de guardia, eso le genera miedo, mucha gente deja las guardias por esa situación (...) Nos genera, eso sí genera mucha ansiedad, mucho "burnout". (Encuesta 5, 61 años).*
- *...muchos médicos en nuestra región aman su profesión y no solo reciben escasas remuneraciones sino también muy mal trato por las autoridades que son en su mayoría médicos, pero cuando se sientan en la silla de un puesto público se transforman. (Encuesta 6, 73 años).*

Entre las situaciones estresoras correspondientes a las condiciones socioestructurales de la profesión se destaca el pluriempleo, resultado de las malas condiciones salariales, y la falta de recursos (insumos y personal). Algunos ejemplos basados en testimonios:

- *...rotando cabeza y cuello me pasó de cruzarme con plantas, 40 y algo [años], que estaban de planta y tenían tres guardias a la semana en distintos hospitales (...) justamente el pluriempleo se da porque, si no, no llegás a fin de mes. (Encuesta 7, 35 años).*
- *Es imposible que te vaya bien, trabajando seis, ocho horas por día, económicamente (...) Primero, tenés que tener el trabajo porque a veces no podés tener trabajo, entonces, eso, conseguís otro trabajo por no llegar a fin de mes (C2, Grupo focal).*
- *Yo iba al hospital público y veía un paciente con un cáncer que decís tiene un tumor ahí. Hay que llegar y tomar una biopsia. Y no estaba el recurso. A mí me estresa un montón. Y yo imagino al colega que está todo el tiempo con eso. Es muy frustrante, porque uno sabe qué cosas hay que hacer. Y no contar con el recurso (Encuesta 7, 35 años).*

En algunos casos, la falta de recurso humano mencionada deviene también en una significativa falta de supervisión de los residentes que se forman en servicio. Eso contribuye a generar situaciones estresoras. Ejemplos vívidos:

- *...el tomar decisiones en soledad, muchas veces eso es un problema (...) Eso genera, me generaba ansiedad. Bueno, ahora puedo compartir un poco con la gente más joven, pero antes estuve mucho tiempo solo y eso sí me generaba ansiedad. (Encuesta 5, 61 años).*
- *...no tener un apoyo en la experiencia, o sea, tener que resolver un paciente, no saber cómo resolver un paciente y no encontrar una referencia para poder resolverlo. Es algo que a mí en lo personal me afecta muchísimo y he visto también médicos tener que resolver solos y que eso también afecte. (Encuesta 2, 31 años).*

Se suman como estresores los conflictos con las obras sociales (que no tienen en cuenta la calidad de las prácticas realizadas y que realizan convenios directamente con las instituciones privadas) y la organización del sistema de residencias.

- *...el sistema que financia la prestación es un sistema que no está basado en la calidad de la prestación exclusivamente. Da lo mismo, da lo mismo hacer bien un procedimiento, que hacerlo más o menos. (C4, Grupo focal).*
- *...creo que es un algo común a todas las residencias que el residente de primero y de segundo está como muchas veces colapsado, más allá de lo quirúrgico. (Encuesta 7, 35 años).*

Entre los desafíos personales surgieron múltiples conflictos entre las situaciones descritas y la vida familiar y personal, la naturalización de la disponibilidad permanente del médico aun fuera de los horarios laborales (que profesionales de cirugía mayores no observan en las nuevas generaciones) y el impacto emocional de la muerte de pacientes en el ejercicio profesional. Algunos testimonios:

- *...me costaba mucho hacer una guardia, terminar destruido y al otro día estar con mi hijo y es la parte que tal vez más ruido me hacía, decir: "qué sentido tiene esto, estoy roto y no puedo estar bien con mi hijo", y es muy llamativo cómo cada vez los cirujanos y demás tienen menos hijos. (Encuesta 1, 40 años).*
- *Aparte de los golpes que tenemos los cirujanos cuando se nos muere o complican los pacientes (...) Estoy días a veces, días enteros, muy, muy, muy golpeado cuando se me muere un paciente. Y cuando llego a casa digo: ¿Por qué no he hecho esto? ¿Por qué no he hecho lo otro? ¿Por qué he ido por aquí? Y vuelvo a escribir y vuelvo a repasar las técnicas y vuelvo a leer y vuelvo a consultar (Encuesta 6, 73 años).*
- *A mí me pasó el año pasado de tener una paciente complicada durante un mes y el desgaste físico y psicológico de todos los días tener que estar con esa situación. Que bueno, a ustedes se lo deben decir, el paciente complicado te liquida la cabeza. (Encuesta 1, 40 años).*

- ...o sea, tengo mucha disponibilidad hacia el trabajo, pero no trabajo tantas horas. Pero sí, disponibilidad. Yo hago 15 días de guardia en el sanatorio, hago 4 días de guardia activa de 18 horas en el hospital. Ahora estoy acá, en mi habitación del hospital. Y además tengo 4 días de guardia pasiva en el hospital. Entonces, si vos tomás el mes entero, yo estoy con el teléfono prendido y a disponibilidad casi 24 días (...) siempre atento de que si me llaman para operar, voy y opero. (Encuesta 1, 40 años).
- ...yo trabajo con gente joven que me ayuda, etcétera, y a ellos les cayó una ficha. Yo también soy realmente un obsesivo (...) pero la gente joven empezó de a poco a incorporar el concepto de que también tiene que tener calidad de vida. Lamentablemente, en el escenario actual, no digo que es incompatible pero es muy complejo eso. (C3, Grupo focal).

Finalmente, se encuentran reiteradas menciones a la interrelación de las condiciones organizacionales, socioestructurales y personales en los testimonios de los profesionales. Específicamente entre factores como los ingresos percibidos, la falta de descanso, la escasez de recursos y el clima laboral:

- ...nos encanta lo que hacemos. Pero parece que te lleva y te fuerza cada vez más a estar agotado, a estar cansado, mal remunerado, falta de reconocimiento, parece injusto. Todo eso hace mella, psicofísica. (C3, Grupo focal).

3) Iniciativas para el manejo del burnout

Se han identificado iniciativas personales e institucionales. Las iniciativas personales son aquellas llevadas adelante en forma individual para enfrentar las situaciones estresoras que se presentan en la práctica quirúrgica cotidiana. Las iniciativas institucionales son las medidas y políticas implementadas desde las organizaciones para prevenir, acompañar y/o manejar los síntomas vinculados al síndrome de burnout en las personas que ejercen la cirugía dentro de las instituciones.

Es valioso analizar algunos testimonios sobre iniciativas personales, tomadas por quienes ejercen la cirugía:

- ...en el quirófano es como mantener la calma. Es difícil... Es difícil, no sé. No sé, yo siempre he tratado cuando he operado con los chicos en el hospital (...) estar tranquila (...) yo practico, por ejemplo, esto, de tomarme mi tiempo libre, de poder hacer, no sé, de tratar de ir al gimnasio. (Encuesta 8, 30 años).
- ...después de eso empecé terapia [refiere a una situación crítica con un paciente] porque me afectó tanto que hasta el punto de decir, bueno, yo no sirvo para esto, yo no quiero operar. (Encuesta 7, 35 años).

- ...hay un desgaste físico por la cirugía, por lo tanto tengo todo un sistema de yoga dos veces por semana, y osteópata por el tema de las contracturas que se generan entre otras cosas por las posiciones viciosas, por más que hago entrenamiento de ergonomía para operar (...) tengo toda una rutina (...) en base a, por ejemplo, la postura, la espalda capaz o las contracturas que vas teniendo, donde trabajas movimientos de espalda, entro en calor (...) esa es una las cosas que hago para tratar de evitar el "burnout" (...) yo puse dentro de mi trabajo dos sesiones de yoga, es parte de mi trabajo, o sea, dos sesiones de yoga semanal, una hora de charla con un psicólogo, eh 45 minutos o 40 minutos creo que es, haya o no haya qué charlar. (Encuesta 9, 39 años).

Respecto de las iniciativas institucionales, la mayor parte de las personas entrevistadas respondió no conocer políticas institucionales sistemáticas que se estén implementando en la actualidad en las instituciones donde trabajan.

Hay sí reconocimiento de algunas conquistas reglamentadas de los últimos años, como el descanso posterior a la guardia o la liberación de horas semanales en las residencias, y de algunas acciones derivadas del apoyo propiciado individualmente por los servicios (religioso, psicológico, etc.):

- ...pero por otra parte no había medida de protección a nivel institucional, como hay ahora. No existía el descanso posguardia. (...) No existía la liberación de horas semanales. Que son algunas conquistas que, con mayor o menor medida, se han logrado en los últimos años. (C4, Grupo focal).
- ...el padre –el cura– era, digamos, como el papá. Además nos abrazaba, se sentaba con nosotros a fumar un cigarrillo en la habitación de residentes, era muy campechano, otro genio total, y la gente lo adoraba. (Encuesta 4, 67 años).
- ...al personal de salud le pasan cosas de la vida. Se nos enferman los hijos, se nos mueren el padre y la madre. Y sí, en general, a veces la licencia es una solución, esas licencias que uno puede dar, así de esos tomate quince días. (Encuesta 4, 67 años).

Además, se proponen estrategias de contención y prevención como la posibilidad de contar con grupos de pares, de reforzar el trabajo en equipo, de tener grupos de apoyo capaces de intervenir en situaciones complejas y charlas con profesionales pertenecientes a otros campos disciplinarios, tales como el de la psicología o el derecho, que puedan brindar orientación ante situaciones puntuales:

- ...generar la necesidad de grupos de pares, generar la necesidad de identificar cuáles son los hechos más relevantes que te pueden mandar o detonar después en

un efecto negativo, generar que la gente comparta lo que le pasa, no que le cuente que si le arrancó el brazo, pero que le cuente cómo se siente, porque vos en tu casa no vas ni contás nada de eso. (Encuesta 3, 66 años).

- ...propuse ahora en el Comité de docencia es hacer la, análisis de los casos, es ese "debriefing", de qué hicimos o cómo actuamos, (...) qué pasó, cómo actuamos todos nosotros y qué podemos hacer para mejorar. Creo que eso es muy importante, sobre todo para darle seguridad a la gente cuando enfrente un problema como ese, qué hacer (Encuesta 5, 61 años).
- ...un programa de, programa institucional, de salud mental, de equilibrio... (C4, Grupo focal).
- ...por ahí una estrategia, es decir, ¿cómo protegerse?, que un abogado te explique cómo la historia clínica te sirve para defenderte, por ejemplo, y cómo disminuir el nivel de ansiedad en la gente, teniendo contacto transversal, es decir, ¿con quién ser transversal? Hay que ser transversal con un abogado, hay que ser transversal con un profesional de salud mental, es muy importante, porque eso nos ayuda a apaciguar un poco nuestros estados. Hay que ser y hay que tener transversalidad con alguien que sepa de economía de la salud, porque tampoco es algo que podemos desperdiciar. (Encuesta 5, 61 años).

Asimismo, en los relatos de las personas entrevistadas, particularmente en los entrevistados de mayor edad, se identifica la necesidad de formación en habilidades no técnicas o "blandas". Por otra parte, se mencionan estrategias que no pertenecen al ámbito de la cirugía, pero que serían plausibles de implementación para el manejo de los síntomas vinculados al síndrome de burnout:

- ...en Cruz Roja una de las actividades que se hace es la prestación de primeros auxilios en eventos masivos. Y cada vez que había un evento donde los prestadores de primeros auxilios se veían afectados, había espacios de "debriefing", de "diffusing", seguimiento posterior. Digo, había una respuesta institucional con espacios grupales, individuales para acompañar que le pasaba al cuidador en ese contexto (Encuesta 2, 31 años).
- ...en SAME armábamos un equipo de respuesta a incidentes críticos, porque lo que nosotros veíamos también en la gente de emergencias era que mucha gente estaba, a ver, vulgarmente se le dice quemada, pero no es que estaba quemada, estaba agobiada. (Encuesta 3, 66 años).

En esta entrevista también se da cuenta de las múltiples resistencias que tuvo la implementación de esa estrategia:

- ...lo que hicimos fue lindo y fue un trabajo que fue resistido, porque naturalmente todos somos resistentes

que nos ayuden en esta parte, hasta que nos damos cuenta que somos todos iguales y que en realidad todos podemos necesitar que nos ayuden (Encuesta 3, 66 años).

Dentro de las iniciativas institucionales, también se señalan estrategias desarrolladas por otras instituciones u organizaciones que se encuentran por fuera del ámbito hospitalario. Por ejemplo, se reconoce una medida del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que también sufrió ciertas resistencias, tal como indica el entrevistado:

- ... [el] Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires había tenido una buena iniciativa, no sé si sigue, que es que tenían, no me acuerdo cómo se llamaba, te obligaban a tomarte 15 días de vacaciones, que no los podías mezclar con tus vacaciones ordinarias. Tienen que estar separados creo que dos meses. Y creo que se llamaba estrés, una cosa así. Y al principio, hubo resistencia, pero después no. Entonces decís: "che, vos te tenés que tomar estrés". "¿Cuánto?" "15 días". "No bueno, pero no". "Bueno, te lo tenés que tomar". "Listo". Y eso era pago. Estaba bueno. Es la única iniciativa que vi así, a ese nivel. (Encuesta 1, 40 años).

A la vez, se proponen iniciativas que podrían llevarse adelante por parte de la Asociación Argentina de Cirugía:

- ...así como la asociación determinó que haya un relato de "burnout", un día alguien va a determinar –como hicimos nosotros en el SAME– que tiene que haber un grupo de pares que asista en un evento crítico pero que lo tengan disponible todos los tipos que trabajan, no solo en el SAME. (Encuesta 3, 66 años).
- ...algún espacio que sea externo en los hospitales, como algo de algún espacio de mentoría, algún espacio para recurrir, algo donde uno pueda también tener un punto de referencia. (Encuesta 2, 31 años).

En última instancia, se identificaron iniciativas personales que tienen un impacto colectivo. Por ejemplo, la incorporación de profesionales de otras disciplinas en los equipos; la organización de actividades recreativas fuera del ámbito hospitalario por decisión de un jefe de departamento o servicio; o la iniciativa individual de organizar o participar en algún espacio en pos de conseguir un beneficio colectivo:

- ...cuando fui Jefe de Departamento, (...) le ofrecí a una psicóloga que trabajaba en Psiquiatría (...) para venir al Departamento quirúrgico a participar del pase de la mañana, que era muy intenso, para mí y para los médicos, y después que participara y participaba (...). Y después tenía una enfermera, que era la encargada del cuarto piso, muy capaz también, y participaba,

participábamos todos, ahí se lavaban todas las cosas, todos los trapos, las situaciones, las personalidades, las frustraciones, los enfermos que se morían. (Encuesta 5, 61 años).

- *...un día un jefe dice: ¿Por qué no nos juntamos a jugar un partido de fútbol, por ejemplo? Como cosas extras, hacer cosas extras que no sean de medicina, que no sean de cirugía (...) hacer un partido de fútbol, el jefe y los residentes, el jefe y los "fellows", esas cosas así, como extras, como que ayudan al día a día, a desconectarte, y después sí como que uno vuelve a arrancar, es como resetearte, digamos.* (Encuesta 8, 30 años).

4) Otros emergentes

En este apartado se detallan cuatro condiciones emergentes del análisis de los relatos vinculados a las experiencias e iniciativas para el manejo del burnout, que no se anticiparon en la guía de entrevistas ni en la consulta estructurada:

- El impacto de las figuras de liderazgo sobre la práctica y la modelización profesional de las personas entrevistadas.
- La pandemia de COVID-19 como condición estresora excepcional y de gran impacto en algunas trayectorias.
- La importancia y la necesidad de contar con una representación gremial que acompañe y proteja la práctica profesional.
- Los posicionamientos de las nuevas generaciones en relación con el trabajo, la valoración del tiempo, la calidad de vida y la maternidad.

Algunos testimonios ejemplificadores:

- *...no tenían el apoyo como el jefe que tenía yo, que nos tenía bajo el ala, ¿no? Es muy importante tener un líder.* (Encuesta 4, 67 años).
- *... [refiriéndose a otro de sus superiores] esas cosas son las que uno necesita en los peores momentos, que*

un superior, uno de esos que vos decís, oh, este es el "grosso", el que nunca tiene una complicación, el que nunca le pasó nada, te diga: No pará, a todos los cirujanos nos pasa, que tenemos una complicación, a todos. (Encuesta 7, 35 años).

- *...el golpe, el más grande, creo que fue la pandemia, y sí, y bueno, como, como había... no nos alcanzaba el oxígeno, los pacientes en los pasillos internados, era una cosa... Bueno, eso fue lo peor creo (...) a mí se me murieron dos colegas.* (Encuesta 6, 73 años).
- *...yo lo veo mucho en el Servicio de Anestesiología, que por ahí anestesia tiene como una, o están nucleados de una manera mucho más fuerte que nosotros, que ellos, por ejemplo, cuando tienen un problema, se muere un paciente en quirófano. Los anestesiólogos levantan el teléfono y tienen asesoramiento 24x7 para saber qué escribir en el parte, o sea, tienen como una contención que yo noto que nosotros no tenemos, desde lo legal, desde lo institucional, que no va por el hospital en sí, sino por la asociación de anestesiología. Por ejemplo, a mí me parece que eso es algo que nosotros no tenemos y que por ahí también podría, también es una contención institucional por más de que no sea del hospital en sí.* (Encuesta 2, 31 años).
- *...yo los rebanco a los jóvenes que piensen eso, porque a veces uno por ahí con algunos se enoja y se ve a uno mismo hace 20 años y decís: No, yo trabajaba al triple. Pero no está mal que ellos piensen preservarse y piensen trabajar menos y que el trabajo sea más rentable para tener una mejor calidad de vida. Al fin de cuentas uno tiene que tratar de aspirar a eso, tener bienestar, calidad de vida, ser feliz, etcétera.* (C3, Grupo focal).
- *...quiero hacer reconstrucción mamaria, en realidad, voy a hacer plástica primero. (...) lo hago porque quiero elegir una subespecialidad a la que me pueda dedicar "full time" y que no tenga que estar haciendo guardias de cirugía general para subsistir (...) Yo quiero ser mamá de, yo ya tengo 35 años, quiero ser mamá de acá a 3-4 años y cuando sea mamá no quiero decir: Uy, es cumpleaños de mi hijo y estoy en una guardia.* (Encuesta 7, 35 años).

Discusión

El *síndrome de burnout*, o simplemente *burnout*, es una manifestación psicológica y física del conflicto que se genera, en el ámbito laboral, entre las exigencias a los individuos que desarrollan una tarea y su capacidad de responder y tolerarlas. Esta concepción es similar a la expresada por Bakker y Demerouti, describiendo el "Modelo de Demandas y Recursos Laborales" que permite interpretar y comprender los procesos que llevan al estrés laboral y al *burnout*. En sus palabras: *Las demandas laborales se refieren a aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del trabajo que requieren esfuerzos o habilidades físicas y/o psicológicas (cognitivas y emocionales) sostenidas y, por lo tanto, están asociadas con ciertos costos fisiológicos y/o psicológicos*⁴⁸.

La importancia del *burnout* radica en los efectos concretos que determina en las personas que trabajan y en quienes reciben la atención de las primeras. Para quienes ejercen la cirugía, en particular, el *burnout* se asocia con síntomas físicos de estrés, trastornos del sueño, poca tolerancia a la frustración, impaciencia, ansiedad, irritabilidad, impotencia, comportamientos agresivos, dificultad para concentrarse, disminución de la memoria inmediata, pérdida de interés en su trabajo y en sus pacientes, dificultades en la realización de sus tareas, errores técnicos o de criterio, reducción de su productividad, riesgo de litigios por mala praxis, abandono de la profesión, o abandono del programa de formación en caso de residentes, abuso de alcohol o drogas, ausentismo, problemas familiares, ideación suicida, etc. Para sus pacientes impacta en el distanciamiento afectivo, la falta de empatía o de compromiso, los cambios de agenda y la desorganización, y las posibles consecuencias de las malas decisiones y de los errores quirúrgicos⁴⁹⁻⁵¹.

Resulta evidente que en la ecuación del *burnout* existen dos grandes grupos de variables independientes que determinarán algún tipo de respuesta como resultado.

La primera variable la constituyen las exigencias o, deberíamos decir, las características de una determinada profesión, considerando su naturaleza, su estabilidad o cambio constante, sus destinatarios, la clase de problemas que resuelve, los medios con los que se cuenta para llevar adelante la tarea, el ambiente de trabajo, la infraestructura, el reconocimiento y la remuneración, y lo que particularmente demanda del trabajador, en términos de carga o deterioro físico, rol esperado, capacitación e idoneidad, actitud, compromiso emocional, amenazas latentes o evidentes, etc. En este sentido, la cirugía es una profesión exigente,

de naturaleza agresiva y proactiva, en continuo cambio y modernización, complejidad y especificidad crecientes, dirigida a seres humanos en situación de vulnerabilidad, sufrimiento y riesgo de vida. Requiere actos y conductas que obligan a largas capacitaciones, y que significan desafíos técnicos y en la toma de decisiones, muchas veces sin el tiempo ideal para concretarlos, o sin los elementos necesarios para hacerlo de la manera en la que se debería o se desearía, en ambientes de trabajo en ocasiones hostiles y solitarios, y, pensando en nuestro medio, en el contexto de recursos, edificios, salas y quirófanos poco mantenidos y adaptados al siglo XXI. En el ámbito personal, la profesión quirúrgica exige soportar físicamente horarios y procedimientos que se extienden más allá de la jornada laboral habitual, que pesan más a medida que los años pasan, más aún si se descuida el propio cuerpo. Se espera de quien ejerce la cirugía que sea líder de equipos, que sea capaz de conducir grupos y ser gerente de los procesos necesarios para que la actividad se sustente; que esté dispuesto y disponible, a lo programado y a lo no esperado, diligente en la búsqueda y resolución de problemas secundarios a sus intervenciones, atento a las necesidades de sus pacientes, comprometido y responsable con sus decisiones, acciones o inacciones; que se halle capacitado en su área de pericia y competencia, y actualizado con las últimas evidencias disponibles, y que conozca y reconozca sus limitaciones; que sea sensible a las emociones, temores y pedidos de sus pacientes, respetando sus decisiones más allá de la opinión propia; y que siga ejerciendo su profesión con idoneidad, profesionalismo y entusiasmo, más allá de ambientes desfavorables, agresiones directas o indirectas, demandas legales justas o injustas, remuneraciones desproporcionadas a sus esfuerzos, falta de reconocimiento social y falta de apoyo institucional, e incluso, en ocasiones, familiar. Gran parte de este factor ha sido evaluado en nuestro análisis, particularmente en lo referido a la carga laboral, las guardias, las actividades de docencia o investigación, las virtudes organizacionales, las características del ambiente de trabajo, la forma de remuneración, etcétera.

La segunda variable es el mismo individuo. Aunque el sistema tradicional de residencias, por el que la mayoría pasamos, intentaba formar profesionales que mantuvieran una matriz común, no solo en aspectos técnicos sino en otras áreas de la persona, como su carácter y sus actitudes, debemos reconocer que existen grandes diferencias entre quienes practicamos la cirugía. Se ha mencionado qué características parecen ser de ayuda para resistir el *burnout* en

la práctica quirúrgica, como la resiliencia, la autoconfianza, la autonomía, la autoevaluación y la reflexión sobre las emociones. Por el contrario, diversos autores remarcan qué características personales parecen hacer más susceptible a un individuo. Según Moreno Egea y col.: *la mayoría de las investigaciones concluyen que el síndrome de burnout afecta más a sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás*²⁵. Es claro que muchos rasgos personales, determinantes del tipo de respuesta ante situaciones desafiantes, son innatos, mientras que otros se adquieren durante los primeros años de vida y dentro del molde familiar, o son desarrollados más tarde o adoptados durante el resto de la vida. También es evidente que las generaciones son muy diferentes unas de otras y que los cambios corren más rápido que nuestra capacidad de asimilación. Los saltos que antes llevaban 25 a 30 años ahora se producen en quince años o menos. Quienes somos formadores de residentes ya hemos visto pasar 4 generaciones que son diferentes, poseen valores diferentes, dan diferente significado a la formación y al trabajo, y transaccionan de modo diferente su tiempo y su vida personal. Existe un estereotipo tradicional de cirujano, característico de otras épocas, y que, a pesar de todo, sigue vigente en el imaginario colectivo. Es el del cirujano varón, relativamente frío y distante, con gran confianza en sí mismo, que transmite seguridad, en alguna medida orgulloso o hasta soberbio, con gran cuidado de su cuerpo, deportista, físicamente resistente, tenaz, detallista y obsesivo. Este estereotipo es teóricamente inmune al *burnout*. ¿Se sigue sosteniendo este modelo? ¿Será que tal vez los programas de formación todavía buscan modelar a las personas según este estereotipo? ¿No existe acuse de recibo del cambio de los tiempos? Parte del hecho de ser profesionales implica el dominio de nuestras emociones y conductas, adaptando nuestras respuestas en función de la finalidad de nuestra tarea. ¿Cuál es el límite entre humanidad y profesionalismo? ¿Entre compromiso y distanciamiento afectivo? ¿Entre perfeccionismo y conformismo? Aunque parezcan obvias las respuestas y sepamos que el estereotipo no es un modelo real ni deseable, estas preguntas son pertinentes dentro de los sistemas formativos. Más aún cuando el período de formación parece ser el terreno más propicio para la aparición del *burnout*. ¿Existe alguna virtud rescatable del modelo tradicional que pueda ser moldeada durante la formación con la finalidad de proteger al cirujano del *burnout*? Y estas cuestiones abren una pregunta más compleja: ¿Es la cirugía una profesión tan peculiar que solo unos pocos pueden elegirla y conservar su salud? ¿Qué herramientas de defensa mínimas debe tener una persona para no caer en *burnout*? Si existe tal requerimiento, ¿es posible o es necesario pensar en una forma de brindarlas durante el proceso formativo? Resulta evidente que las condiciones

en las que trabajamos quienes hacemos cirugía en nuestro medio constituyen un caldo de cultivo para el *burnout*. ¿Ocurrirá que las mejoras o modificaciones en las condiciones en que desarrollamos nuestra profesión serán suficientes para proteger a todos los profesionales de la cirugía?

En nuestro análisis hemos tomado en cuenta varios aspectos personales de quienes practican cirugía para estudiar su relación con el riesgo de *burnout*. Algunas características han sido muy reveladoras, tan significativamente influyentes que parecieran tener una penetrancia difícil de modificar. Sin embargo, debemos considerar de qué manera influir en aspectos personales que hagan a los futuros cirujanos y cirujanas personas realizadas y profesionales resistentes a las agresiones propias de la especialidad, a la vez que analizar cómo modificar aspectos contextuales que reduzcan el estrés laboral sistemático de la profesión quirúrgica.

Definición, dimensiones y controversias alrededor del *burnout*

Una de las primeras cuestiones que se hizo evidente a medida que avanzamos en nuestra investigación, es que existe confusión sobre el término *burnout*. Así como se ha difundido y constituye un problema prevalente y cada vez más atendido por muchas organizaciones, también sucede que se asignan al *burnout* situaciones de diferente origen al considerado por la definición. Esta confusión no solamente es atribuible al común de las personas, ya que de hecho la OMS (Organización Mundial de la Salud) lo había introducido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) como un problema relacionado con el desgaste profesional, pero dentro de la categoría "problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida" (código Z73).

Desde fines de los años 70, Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California, focalizó su línea de investigación en el *burnout*, partiendo de contextos específicos y desarrollando formas de estudiarlo y comprenderlo. Luego de haber realizado importantes estudios en este campo lo definió como: *un síndrome psicológico que surge como una respuesta prolongada a factores estresantes interpersonales crónicos en el trabajo. El modelo tridimensional que describe el síndrome sitúa claramente la experiencia individual de estrés dentro de un contexto social e implica la concepción que la persona tiene de sí misma y de los demás*¹⁴. Este modelo tridimensional, sobre el que hemos basado nuestra investigación, se caracteriza por agotamiento físico, emocional y mental, la actitud de indiferencia hacia lo que ocurre alrededor y la percepción de falta de capacidad para la tarea y sus demandas, y es el modelo aceptado actualmente por la OMS, reclasificado en la 11ª revisión de la CIE¹⁰. Otros autores, como

Gil-Monte, lo definen como: *una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja), la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja*¹¹. Como vemos, existe consenso en la definición.

Si bien parece sencillo distinguir esta entidad de otros síndromes psicológicos, no siempre ha ocurrido así y, aún hoy, muchas veces es interpretado erróneamente. Antes de que se conceptualizara esta entidad como hoy la entendemos, las respuestas de agotamiento ante el estrés crónico laboral se describían como trastornos psiquiátricos poco definidos, o como trastornos psiquiátricos específicos mal aplicados. Esa dificultad generaba que no se formalizara un diagnóstico clínico que pudiera justificar respuestas organizacionales, o, peor aún, diagnósticos psiquiátricos que estigmatizaban a los trabajadores.

Algunos de los trastornos de los cuales el *burnout* debe ser diferenciado son¹⁰:

- Trastorno de adaptación: es la reacción desproporcionada a uno o más eventos estresantes de rápida aparición y resolución relativamente pronta ante la desaparición de los factores desencadenantes. Se manifiesta por malestar intenso, desproporcionado, y afectación en lo social, laboral u otras esferas de la vida.
- Trastorno de estrés postraumático: se caracteriza por la exposición a uno o más eventos vivenciales de gran impacto emocional, lo que genera malestar clínicamente significativo y afectación de distintas esferas de la vida, y que aparece semanas después del evento y se sostiene en el tiempo.
- Trastorno por estrés agudo: es una respuesta prácticamente inmediata a un estresor, con reacciones de disociación del evento.
- Trastorno de ansiedad generalizada: estado de preocupación y anticipación permanente que altera distintas áreas de la vida de forma diversa.
- Trastorno depresivo mayor: trastorno invasivo y permanente del estado de ánimo, con pérdida de placer e interés en las actividades habituales, pensamientos de incapacidad, culpa, desesperanza, y baja autoestima.
- Neurastenia: término obsoleto. Solía entenderse como cansancio desproporcionado a un esfuerzo mental o físico, y fue utilizado en el pasado en ciertos países europeos para incluir el *burnout*.

Fue mérito de Maslach y sus colaboradores haber definido claramente este tipo de respuesta al estrés crónico laboral y haber especificado las manifestaciones típicas del síndrome.

Los métodos de estudio del *burnout* están estrechamente relacionados con la concepción del síndrome. El MBI fue descrito en 1981 y, desde 1986, es

el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología y resulta bastante específico del síndrome. De hecho, Schaufeli afirma que más del 90% de los estudios que evalúan *burnout* han empleado el MBI¹⁵. Para nosotros ha sido el instrumento esencial para valorarlo. El MBI-HSS está compuesto por 22 ítems valorados mediante una escala de tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Estos ítems se distribuyen en tres subescalas: Agotamiento Emocional (AE, 9 ítems), Despersonalización (DP, 5 ítems) y Realización Personal en el trabajo (RP, 8 ítems), de los cuales se obtiene una puntuación que luego puede ser valorada como baja, media o alta⁵². Se considera que niveles elevados de AE y DP y bajos niveles de RP determinan la presencia de *burnout*.

Al respecto, debemos comprender que los puntos de corte pueden variar en diferentes poblaciones estudiadas, lo que resulta lógico si consideramos que distintas culturas y generaciones pueden ser más o menos propensas a percibir el estrés laboral, a tolerar situaciones complejas, a informar las valoraciones personales de su actividad laboral, o a poseer diferente concepción del significado de su trabajo, debido a contextos religiosos, mandatos sociales, la idea del trabajo como servicio o tarea, etcétera.

Los primeros trabajos de Maslach y col. dividían los resultados en terciles, generando 3 categorías de *burnout*: bajo, medio y alto. Esta metodología no era útil con fines diagnósticos ni para investigación, y únicamente aportaba un contexto para cada medida individual. Con fines de investigación poblacional varios trabajos comenzaron a utilizar puntajes de corte, que definían las categorías de bajos, moderados y altos puntajes en cada dimensión para luego establecer un "diagnóstico" de *burnout*. Por ejemplo, el trabajo de Shanafelt y col. de 2009²⁸ utilizó valores mayores de 27 para agotamiento emocional, mayores de 10 para despersonalización, o puntajes menores de 33 en realización personal en el trabajo, como criterios de *burnout*, estableciendo el diagnóstico cuando existían altos puntajes en alguno de los dos primeros y dejando afuera la realización personal en el trabajo. En América Latina se han utilizado también categorías bajo, medio y alto en cada una de las dimensiones, con validaciones en Colombia y México. Un puntaje alto de AE corresponde a más de 27, de DP mayor de 13, y un puntaje bajo de RPT se establece como inferior a 31, los que coinciden con los originalmente propuestos por Maslach y col. en la versión norteamericana del manual de uso del MBI^{53,54}. En la Argentina, María del Carmen Neira realizó en 2004 un estudio en más de 1000 profesionales de la salud, estableciendo puntajes validados en nuestro medio para distintos subgrupos de profesionales. Para el subgrupo de profesionales médicos, los puntajes de corte establecidos para la configuración del síndrome de *burnout* fueron de más de 24 puntos para agotamiento emocional, más de 7 puntos para

despersonalización, y menos de 36 puntos para realización personal en el trabajo⁴⁴. Maslach y col., en 2018, establecen que no es aconsejable definir puntos de corte absolutos para realizar un diagnóstico de *burnout*. De hecho, a partir de entonces comenzaron a desarrollarse otras líneas metodológicas como la construcción de perfiles latentes y *clusters*.

Nuestro trabajo estableció valores medios de cada dimensión, hallando puntajes por sobre los valores de referencia en todos los casos para las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. Tomando los puntos de corte validados en nuestro país en 2004 por Neira, las prevalencias de altos puntajes de estas dos dimensiones se vieron en la gran mayoría de los subgrupos analizados. Por el contrario, los valores promedio de realización personal estuvieron muy cercanos al corte de referencia, y menos de la mitad de los encuestados informó bajos niveles de realización personal en el trabajo.

Por otro lado, también recurrimos a entrevistas individuales y realizamos un grupo focal para investigar situaciones esclarecedoras y miradas diversas. A través de estas se hizo evidente la confusión que existe sobre el término *burnout*. Los eventos y sentimientos más cercanos a la definición se describieron como "agotamiento excesivo", "aplanamiento emocional", "falta de realización como persona en aspectos ajenos a la profesión", "desmotivación", "estar roto" o "colapsado", "mella psico-física", "adicciones". Sin embargo, también se interpretaron como *burnout* situaciones de ansiedad, agobio ante un evento crítico, respuesta aguda al estrés ante situaciones complejas dentro de la profesión, como es el caso de las complicaciones posquirúrgicas, las demandas legales, el fallecimiento de colegas durante la pandemia de COVID-19, etc. En los testimonios también se hizo evidente el problema de la estigmatización a través de un diagnóstico psiquiátrico. Es importante recordar que el *burnout* no constituye una patología psiquiátrica, sino un síndrome psicológico de respuesta frente al estrés laboral crónico. Las personas y las organizaciones deberían realizar esta distinción, la que permite tomar acciones concretas de prevención, control y manejo individual e institucional.

Cabe preguntarse si la forma más aceptada de concebir el *burnout*, y que hemos utilizado, es apropiada para la evaluación del problema en el contexto de la cirugía.

Es de destacar que el MBI utilizado, una versión validada en nuestro país del MBI-HSS, resulta específico para profesionales del ámbito sanitario. Aunque no se interrogue específicamente sobre aspectos quirúrgicos, tanto el agotamiento emocional, como la despersonalización y la realización personal en el trabajo están bien analizados. Es evidente que el acto quirúrgico en sí mismo, las decisiones y dificultades intraoperatorias, el liderazgo del equipo que naturalmente se asigna al rol de quien practica cirugía, las cargas de gestión y

financiamiento características de la cirugía en nuestro medio, el cansancio físico asociado a cirugías prolongadas o acumuladas, y la carga personal que significan las complicaciones posoperatorias en muchos casos, son aspectos bastante específicos de la práctica quirúrgica. Es claro que no han sido analizados en forma directa, aunque pueden manifestarse indirectamente en las tres dimensiones generales evaluadas.

Respecto del agotamiento emocional, el cuestionario MBI lo valora a través de términos como "vitalidad", "estar agotado", "emocionalmente agotado", "sobrecargado", "desgastado" o "cansado". Para nuestra profesión, el agotamiento emocional y el agotamiento físico, producto de largas jornadas de cirugía, malas posturas, escaso descanso, guardias, posguardias, etc., no son fácilmente distinguibles. Sería interesante analizar específicamente el papel del agotamiento físico en la profesión quirúrgica, comprendiendo que pueden existir diferencias entre las subespecialidades y la exigencia física de cada una. Aunque el *burnout* se caracteriza principalmente por el agotamiento emocional, el agotamiento físico es una manifestación tangible y un componente importante de este estado. Los individuos que lo experimentan a menudo refieren sentirse físicamente exhaustos y sin energía, lo que afecta su capacidad para desempeñarse en el trabajo y en la vida diaria. El estrés crónico y las demandas laborales excesivas pueden llevar a un estado constante de fatiga física, entre muchos otros síntomas, que a su vez puede agravar el agotamiento emocional. La falta de descanso adecuado y la incapacidad para recuperarse físicamente contribuyen al ciclo de agotamiento. En su clásico texto de 1998, Schaufeli y Enzmann destacan el peso del agotamiento físico como una manifestación clave del *burnout*, sobre todo en profesiones en las que la demanda física es intensa, tal como lo es la cirugía. El agotamiento físico disminuye la capacidad de concentración y la eficiencia. Un cirujano fatigado físicamente será más propenso a cometer errores y a tener dificultades intraoperatorias, lo que puede derivar en complicaciones, aumentar la frustración y el sentimiento de ineptitud, reforzando así el *burnout*⁵⁵.

MBI, IVO y otras metodologías para estudiar y analizar el *burnout*

Hemos comentado las razones de haber adoptado el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), soportadas en el hecho de ser el instrumento más universalmente aceptado y de estar validado en idioma español, además de habernos permitido ampliar nuestro análisis con el estudio e interpretación de los *clusters* o conglomerados de respuesta similar^{46, 56-58}.

El MBI ha experimentado además algunos cambios y adaptaciones a lo largo del tiempo para mejorar su validez, fiabilidad y relevancia en diferentes

contextos y poblaciones. Cabe detallar algunos aspectos destacados sobre cómo se ha producido esa evolución:

- Ediciones y Revisiones: el MBI ha tenido varias a lo largo de los años. La versión original fue publicada en 1981 por Christina Maslach y Susan E. Jackson. Desde entonces ha habido varias ediciones y actualizaciones, con la tercera edición publicada en 1996 y una cuarta en 2018. Estas revisiones han incluido ajustes en algunos de los ítems y escalas para mejorar la precisión y la utilidad del instrumento^{1,5,59}.
- Adaptaciones culturales: se han realizado adaptaciones culturales del MBI para su uso en diferentes países y contextos sociales. Esto ha implicado la traducción de los ítems y la validación del instrumento en diferentes poblaciones para garantizar su aplicabilidad y precisión en diversos entornos. En la Argentina, la Dra. Neira realizó en 2004 la primera validación en español para una población de profesionales de la salud⁴⁴, instrumento utilizado en este estudio. En el Hospital Italiano de Buenos Aires hemos empleado, además, una adaptación propia⁶⁰ autorizada por la Dra. Maslach, para evaluar el *burnout* en residentes. Asimismo se siguieron realizando estudios psicométricos como el llevado a cabo por un grupo de Córdoba, que implementó otra validación en idioma español².
- Nuevas dimensiones y subescalas: a lo largo del tiempo se han propuesto nuevas dimensiones y subescalas relacionadas con el *burnout*. Además de las tres dimensiones originales del MBI, algunos investigadores han sugerido la inclusión de dimensiones adicionales, como la falta de realización profesional y la falta de eficacia laboral^{17,35,61}.
- Uso en diferentes contextos y poblaciones: a medida que se ha reconocido la prevalencia del *burnout* en una variedad de profesiones y sectores, el MBI se ha utilizado en una amplia gama de contextos laborales y poblacionales, incluidos médicos, enfermeras, maestros, trabajadores sociales y profesionales de recursos humanos, entre otros^{2,17,62}.
- Investigación continua sobre propiedades psicométricas: se ha llevado a cabo una investigación continua sobre la validez y la fiabilidad del MBI en diferentes poblaciones y contextos laborales. Esto ha involucrado estudios para evaluar la estructura factorial del instrumento, su consistencia interna y su capacidad para predecir resultados relacionados con el bienestar laboral y la salud mental⁶³.

En resumen, el MBI ha evolucionado a lo largo del tiempo para adaptarse a las necesidades cambiantes de la investigación sobre el *burnout* y para mejorar su aplicabilidad en una variedad de contextos laborales y poblaciones.

El *Inventario de Virtudes Organizacionales* nos permitió ampliar el marco de referencia de la

interpretación del *burnout* en la comunidad quirúrgica, en relación con elementos preventivos y protectores institucionales como el apoyo y respeto, la inspiración motivacional y el perdón ante situaciones conflictivas⁴⁵.

Además del Inventario de Maslach y el Inventario de Virtudes Organizacionales, la literatura sobre el tema sugiere algunos instrumentos que futuros estudios podrían emplear para investigar el *burnout* en profesionales de la salud y comprender mejor sus implicaciones en el contexto laboral. Aquí presentamos algunos ejemplos:

- Cuestionario de Bienestar General: este tipo de instrumento evalúa el bienestar general del individuo, incluida su salud mental, emocional y física. Podría proporcionar una visión más holística del estado de los encuestados, complementando la evaluación específica del *burnout*⁶⁴.
- Escala de Resiliencia: la resiliencia es la capacidad de enfrentar y superar adversidades, y puede ser un factor importante para contrarrestar el *burnout*. Un instrumento de medición de la resiliencia podría ayudar a identificar cómo los individuos manejan el estrés y las demandas laborales⁶⁵.
- Escala de Satisfacción Laboral: esta escala evalúa la satisfacción laboral de las personas y puede proporcionar información sobre los factores que contribuyen al *burnout* y sobre posibles dimensiones de mejora y contención en el entorno laboral⁶⁶.
- Cuestionario de Apoyo Social: puede desempeñar un papel importante en la prevención del *burnout*. Un instrumento que evalúe el nivel de apoyo social percibido por los profesionales podría ayudar a identificar áreas donde sea posible mejorar el sistema de apoyo dentro del entorno laboral⁶⁷.

En suma, la elección de instrumentos específicos depende de los objetivos de la investigación y del enfoque teórico adoptado. En el caso del Inventario de Maslach, es ampliamente utilizado y validado para medir el *burnout* en profesionales de la salud, lo que lo convierte en una opción sólida. Por otro lado, el Inventario de Virtudes Organizacionales proporciona información valiosa sobre las fortalezas y recursos organizacionales que pueden influir en la experiencia del *burnout* en profesionales de la cirugía.

La justificación de la ventaja de los instrumentos elegidos sobre otros depende de varios factores, como la validez y fiabilidad de los instrumentos, su relevancia para la población y el contexto específico, así como la disponibilidad de datos previos sobre su uso en investigaciones similares. Es importante considerar también la diversidad y complejidad del fenómeno del *burnout*, así como la interacción de múltiples factores individuales, organizacionales y contextuales en su desarrollo y manifestación.

Características de la muestra analizada y comparación con otros estudios

Debemos hacer notar que nuestro estudio es el tercero que analiza esta problemática en el marco de los Relatos Oficiales del Congreso Argentino de Cirugía. Los trabajos anteriores tuvieron sus características y objetivos particulares, pero de alguna manera estudiaron el *burnout* en cirugía y nos permiten trazar ciertas comparaciones para identificar factores asociados al problema.

Nuestro estudio convocó un porcentaje importante de quienes practican la cirugía en la Argentina, aunque con la salvedad de que su afiliación a la Asociación Argentina de Cirugía podría inducir un sesgo de selección, agrupando profesionales con ciertas características e intereses, tal vez no completamente compartidos por aquellos que no participan de la actividad societaria. De la misma forma, en el caso de residentes en formación, la convocatoria fue realizada a través de la Asociación Argentina de Médicos Residentes de Cirugía General, por lo que el sesgo potencial hacia profesionales con mayores intereses académicos y sitios de formación certificados resulta también probable.

Pensando en la representatividad de la muestra, obtuvimos 872 respuestas para una estimación de 4500 cirujanos que se intentó contactar, es decir cerca del 20%. Según el estudio de distribución de especialistas en la Argentina, realizado por Navarro-Pérez y col.⁶⁸ y que se basó en información del Ministerio de Salud de la Nación, en 2015 existía registro de 6033 cirujanos de entre 23 y 65 años de edad. Es interesante destacar que, en nuestra muestra, la tercera parte de quienes respondieron el cuestionario en línea fueron mujeres, porcentaje notoriamente mayor que el de la muestra del Relato del año 2006 del Dr. Jorge Manrique (12,6%)⁶⁹. Para 2015, las mujeres cirujanas representaban el 16,6% del total de quienes ejercían activamente la cirugía, y casi el 25% de profesionales de la cirugía menores de 50 años⁶⁸. Por otro lado, el Relato Oficial de la Dra. Coturel y el Dr. Palmisano, del año 2023, centró su atención en profesionales jóvenes, egresados de una residencia de cirugía entre 2015 y 2020, es decir con 3 a 8 años de práctica profesional autónoma. De las 441 encuestas respondidas, 190 (43%) fueron completadas por mujeres. Estos hechos podrían reflejar la creciente elección de las mujeres por la cirugía, en el marco de una mayor feminización de la población de estudiantes de Medicina, o su mayor predisposición a participar de los estudios más recientes.

Es importante resaltar el dato de 126 (14,4%) residentes que participaron en nuestro estudio y que han dejado información muy valiosa sobre el *burnout* en esa etapa formativa.

La muestra tiene una distribución federal, con menos del 60% de cirujanos viviendo en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires, un

15,9% de la región Centro, un 8,9% de la región Patagónica, el 4,8% de Cuyo, el 7,2% de la región NOA y el 3,2% de la región NEA. Según la información de distribución geográfica recabada por Navarro-Pérez y col., en 2015⁶⁸, las regiones de Cuyo y NEA serían las menos fielmente representadas en nuestro estudio. La gran mayoría vive en grandes ciudades o ciudades con más de 50 000 habitantes. Solo el 4% vive en poblaciones más pequeñas. Resulta también interesante el dato del 42,3% de cirujanos que debieron migrar dentro o fuera del país por motivos laborales. El Dr. Manrique, en el marco del ya mencionado Relato, había obtenido 298 respuestas. En su muestra hubo mayor concentración de cirujanos de Ciudad y Provincia de Buenos Aires, al igual que el estudio de Coturel y Palmisano, donde la distribución geográfica de los participantes tuvo mayor concentración en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), provincia de Buenos Aires y región Centro.

Además de las diferencias en la proporción de mujeres, y de las diferencias geográficas menores, las muestras no son totalmente comparables. De hecho, la media de edad es similar entre el estudio de Manrique y el nuestro, pero obviamente es menor en el grupo de cirujanos jóvenes. En este último, el porcentaje de individuos que conviven con pareja o familia también es ligeramente menor, y menos frecuentemente tienen hijos (41% vs. 77% y 60%), dato contrastante con el 50% de cirujanos con tres o más hijos en el estudio de 2006.

En cuanto a las diferencias en la situación laboral, a lo largo de los años se evidencia una menor proporción de cirujanos trabajando en el ámbito público y/o combinando público y privado. Aunque la carga horaria fue evaluada de distinta manera, vale la pena mencionar que, en nuestro relevamiento, el 32,2% informa más de 60 horas semanales de dedicación, a diferencia del 52% en el caso de los cirujanos jóvenes del Relato 2023. En 2006 más del 70% trabajaban más de 48 horas semanales. Otro dato agrega luz sobre las diferentes formas de trabajo. En 2006, el 45,7% trabajaba en dos o más instituciones, a diferencia del casi 80% de nuestra muestra y del 82% de los más jóvenes.

También es diferente la dedicación a actividades docentes. Varía del 75,1% de la muestra de 2006, al 57,1% en nuestra muestra y a un 38% en los más jóvenes. No existe el dato de actividad de investigación en 2006, pero en la muestra actual el 27,1% la refiere contra un 18% de los cirujanos jóvenes. Estas diferencias pueden guardar relación con la trayectoria profesional u obedecer a diferentes intereses y prioridades. De manera bastante similar tanto los jóvenes como los cirujanos de la muestra actual buscaron formarse en una subespecialidad (68,1% y 73%, respectivamente). Y tanto en 2006 como en 2023, una minoría refirió hallarse satisfecho con su nivel de remuneración (7,5% y 6%, respectivamente).

Considerando estas diferencias e interpretando que la población estudiada en 2006 era más

representativa de generaciones anteriores, que el grupo de jóvenes estudiado en 2023 representa el presente y futuro próximo, y que nuestra muestra congregó una población mixta, más diversa en lo generacional y más heterogénea en lo laboral, analizamos las variables del *burnout* entre ellas (Tabla 12).

■ TABLA 12

Valores medios de las tres dimensiones del MBI en los estudios presentados en Relatos Oficiales de la AAC

	2006* n = 298	2023** n = 369	2024*** n = 872
Agotamiento emocional	23	27,8	31,2
Despersonalización	8,4	21,8	10,3
Realización personal en el trabajo	40	27,7	36,6

*Relato Oficial 2006, Dr. Jorge Manrique. **Relato 2023, gentileza Dres. Adelina Coturel y Ezequiel Palmisano. ***Relato 2024, estudio actual.

Es evidente que el nivel de afectación en todas las dimensiones del MBI ha aumentado en el tiempo y en función de los cambios poblacionales que componen el universo de quienes practican cirugía. Para no entrar en comparaciones sobre prevalencia de niveles altos de puntaje, dado que los puntos de corte son diferentes o no se informan, podemos comparar las medias de las tres dimensiones del MBI. En el estudio de Manrique, los valores promedio de agotamiento emocional se hallaban dentro del rango medio de puntaje (23), la despersonalización dentro del rango de alto puntaje (8,4) y la realización personal en el trabajo prácticamente en valores ideales (40). En nuestra muestra, todas las dimensiones están más afectadas: el nivel de agotamiento emocional un 35% más alto (31,2), el de despersonalización un 22,6% más alto (10,3) y el de realización personal en el trabajo, dentro del rango de puntaje medio, casi un 9% más bajo (36,6). En los jóvenes cirujanos estudiados en 2023, Coturel y Palmisano encontraron valores intermedios a las otras dos muestras en agotamiento emocional (27,8), aunque dentro de un nivel de alto puntaje. Es llamativo el alto valor promedio de despersonalización (21,8) y los muy bajos niveles de realización personal en el trabajo (27,7). Estos autores encontraron que la carga horaria superior a las 60 horas semanales y la percepción de explotación laboral se asocian significativamente con altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que el acoso sexual constituyó la única variable ligada a bajos niveles de realización personal en el trabajo. Es necesario, mantener encendida la alarma sobre la situación de los jóvenes que ejercen la cirugía.

Centrándonos en el presente estudio, los resultados globales muestran una prevalencia de *burnout* del 26,7% desde el modelo clásico tripartito y considerando los puntos de corte propuestos por Neira⁴⁴.

Sin embargo, al indagar la prevalencia de cada factor (puntajes "altos"), se observa que el agotamiento emocional presenta una prevalencia de 69,3%, la despersonalización un 57% y la baja realización personal en el trabajo un 38,5%. La característica de mayor prevalencia en el componente del agotamiento emocional y menor prevalencia en la baja realización personal resulta un patrón en todos los grupos estudiados, identificando la realización personal como la dimensión mejor conservada en el marco de la profesión quirúrgica en la Argentina. Una revisión sistemática realizada en Irlanda y el Reino Unido señaló niveles más bajos de prevalencia promedio para dichas regiones: 32,4% en agotamiento emocional, 27,5% en despersonalización y 32% en realización personal en el trabajo²⁶. Al respecto, no puede pasar inadvertida la crisis sanitaria que atraviesa nuestro país, que en conjunto con las problemáticas históricas de la profesión quirúrgica, enfrentan a los cirujanos a una situación de mayor vulnerabilidad social, económica y laboral.

Vale la pena citar el concepto vertido por Manrique en su relato, a pesar de que la presencia de *burnout* fuera claramente inferior a lo hallado más recientemente: *El núcleo gordiano es la disarmonía entre lo esperado y lo hallado, entre lo prometido y lo brindado, entre lo exigido y lo reconocido, entre aquello para lo que fue entrenado, lo que la comunidad exige y lo que el medio laboral aporta para desempeñarlo. La labor es poco reconocida por la sociedad, mal paga y sometida a riesgos legales crecientes*⁶⁹.

Enfoque organizacional del estudio del *burnout* en la muestra

Uno de los elementos más distintivos de los resultados obtenidos en el presente trabajo refiere a la cuasi inexistencia de experiencias organizacionales para el manejo del *burnout* en profesionales de cirugía. Al respecto, solo el 6,2% de las personas que respondieron manifestó conocer alguna experiencia institucional exitosa desde su óptica subjetiva, mientras que para las experiencias personales del manejo de *burnout*, este número aumenta al 16,5%, y se enumeran prácticas tales como la psicoterapia, actividades de relajación y meditación, actividades deportivas o de ejercitación y muchas más vinculadas a la recreación, como un modo de habitar momentos no vinculados al contexto médico. Los testimonios recolectados también dan cuenta de otros aspectos importantes para considerar, tales como el sentimiento de ser "esclavo de la cirugía" o la incapacidad de sentir realización o crecimiento personal por fuera del ámbito profesional, mientras que la búsqueda de soluciones personales y/o institucionales vinculadas al cuidado de la salud mental (pedir una licencia médica, solicitar tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, etc.) resultan temas tabú. Estas

dificultades ubican a los profesionales en una encierro: la formación quirúrgica y el desarrollo profesional demandan la mayor parte del tiempo, y acarrear costos muy altos en términos de desgaste personal, pero el propio juzgamiento interno sobre lo que significa ser "buen cirujano" colisiona con las potenciales conductas de autocuidado o de cuidado institucional. Además, la necesidad real de frenar la vorágine cotidiana colisiona con ser percibido como débil, insuficiente, incapaz de ser un profesional idóneo⁷⁰. En palabras de una de las personas entrevistadas, "los cirujanos son grandes negadores de la fatiga", y este patrón de comportamiento no resulta funcional a los profesionales que padecen mayores niveles de *burnout*, tal como ha sido señalado en distintos estudios realizados en el mundo a través de los años. Sin embargo, invita a reflexionar sobre los motivos por los que los sistemas de salud no realizan mayores esfuerzos para paliar esta epidemia.

Desde esta perspectiva, en ocasiones las organizaciones han planteado intervenciones centradas en la persona tales como los espacios terapéuticos³⁵, haciendo recaer la gravedad del contexto laboral en un eje personal. Se esperaría entonces que quienes ejercen la cirugía desarrollen o mejoren determinadas características de personalidad y/o competencias blandas que en teoría podrían mejorar los niveles de *burnout* experimentados. Sin embargo, difícilmente sea suficiente un enfoque individual, aun cuando esté dirigido al conjunto de trabajadores de la salud en el marco de una institución, si las condiciones laborales atentan contra el sentido de compromiso de sus trabajadores. De este modo, situaciones tales como los malos tratos, las condiciones inequitativas entre pares, la falta de oportunidades de desarrollo laboral, la inexistencia de circuitos de retroalimentación (*feedback*) o una remuneración insuficiente o inadecuada, entre muchas otras, no podrán ser resueltas si no es desde un marco de intervención más amplio que involucre a las personas tomadoras de decisiones. En este sentido, una revisión sistemática en la materia ha señalado que las intervenciones orientadas desde la organización han presentado mejores resultados para reducir el *burnout* que las intervenciones personales, particularmente en relación con las dimensiones de despersonalización y realización personal en el trabajo⁷¹.

En el presente estudio, la incorporación de las variables institucionales a través del Inventario de Virtudes Organizaciones amplía el marco de discusión del síndrome, incorporando la caracterización que los profesionales de cirugía realizan sobre cómo funcionan sus ambientes de trabajo. De este modo, el apoyo y respeto brindados por la institución, el significado e inspiración percibidos por la persona trabajadora y el perdón entendido como admisibilidad de las equivocaciones emergen como indicadores de las prácticas organizacionales que obstaculizan o facilitan que las personas trabajadoras se sientan satisfechas en el ambiente laboral

y obtengan mejores resultados. Es interesante señalar que las virtudes organizacionales no son un compendio de características individuales de las personas que las conforman, sino responden a una configuración global que influye en la manera en que sus miembros experimentan su desarrollo profesional en sentido amplio⁴⁵.

De este modo, una conceptualización contextualizada del *burnout* en el marco organizacional plantea un desajuste entre la persona trabajadora y la organización, y no una falla personal del profesional de la cirugía, y puede tomar diversas formas tales como la falta de reconocimiento, oportunidades escasas para ejercer el control de situaciones laborales o conflictos vinculados a valores o tratos justos, entre otros³⁴.

Si bien se han encontrado revisiones bibliográficas sobre las intervenciones organizacionales realizadas para el manejo del *burnout* en profesionales médicos^{71,72}, estas han sido realizadas casi en su totalidad para todas las especialidades de la medicina, con pocas intervenciones evaluadas específicamente para la especialidad quirúrgica²⁷. Asimismo, se observa que las contribuciones científicas han sido realizadas casi exclusivamente por fuera de Latinoamérica, sentando una vacancia de conocimiento que represente el funcionamiento de los sistemas de salud y las características de los profesionales de la cirugía a nivel regional, así como también nacional. En el ámbito local, el estudio realizado por Salomón, Cámara y Valdez²⁰ sobre trabajos de *burnout* presentados entre 2005 y 2015 a la Sociedad Argentina de Medicina establece un punto de comparación. Allí se destacan algunas estrategias tanto individuales (psicoterapia, entrenamiento en habilidades y espiritualidad) como organizacionales (reorganización del trabajo y espacios para el manejo del *burnout*), pero en su mayoría sin éxito, dando cuenta de la importancia que poseen las asociaciones profesionales para diagramar guías que orienten el accionar frente a esta problemática en ascenso a nivel mundial.

Por lo tanto, los aportes de este estudio buscan reflejar de manera actualizada las relaciones entre el *burnout* y las características organizacionales, permitiendo no solo un entendimiento más acabado del fenómeno, sino también un punto de comparación nacional que facilite distinguir las propiedades culturales singulares que posee nuestra población.

Desde la perspectiva institucional se analizan dos variables de interés que caracterizan la experiencia del *burnout* en cirugía. En primer lugar, se obtuvo la prevalencia más alta de todos los subgrupos en aquellos profesionales cirujanos que declararon trabajar en ambientes laborales desagradables (49,3%), en comparación con quienes trabajan en ambientes neutrales (30,1%) o agradables (14,4%). De manera esperable, las dimensiones dentro del grupo que desarrolla sus tareas en ambientes desagradables obtuvieron prevalencias de las más elevadas, con un 92,9% en agotamiento emocional, 74,3% en despersonalización y 62,1% en

baja realización personal en el trabajo. Por otra parte, los profesionales que trabajan solo en el ámbito laboral público también presentaron una de las prevalencias en *burnout* más altas en este estudio, con un 37,8% en comparación con quienes trabajan solo en el ámbito privado (15,4%) o en ambos al mismo tiempo (28,3%). En el ámbito laboral público, el agotamiento emocional presentó una prevalencia del 78,2%, la despersonalización del 66% y la baja realización personal en el trabajo del 53,8%.

El análisis relacional entre las dimensiones del *burnout* y las virtudes organizacionales presentó correlaciones significativas moderadas entre todas las variables. En este sentido, se observaron correlaciones negativas del agotamiento emocional y la despersonalización con las tres dimensiones de las virtudes organizacionales, y correlaciones positivas de la realización personal en el trabajo también con las tres virtudes organizacionales. De este modo, se observa que el aumento de las valoraciones negativas por parte de quienes hacen cirugía respecto del contexto laboral en el que desarrollan su profesión se encuentra asociado al aumento de los niveles de *burnout*, y por lo tanto resulta una variable de relevancia.

En la comparación entre residentes de cirugía y profesionales formados, la mayoría de las correlaciones observadas presentan el mismo tipo de relación que la población general, con excepción de la despersonalización para residentes en relación con las tres dimensiones de las virtudes organizacionales. Asimismo, se presentan correlaciones más fuertes de agotamiento emocional con las virtudes organizacionales en profesionales ya formados, por lo que sería posible que profesionales con mayor trayectoria en el campo de la cirugía presenten asociaciones más fuertes debido a su recorrido laboral y la importancia otorgada al tipo de organización en la que trabajan en relación con su bienestar personal.

En este sentido, el análisis de las virtudes organizacionales como parte de un análisis multidimensional del *burnout* representa un intento por explorar y examinar cómo se conjugan otras variables contextuales presentes en la búsqueda de nuevas formas de abordar esta problemática, y que necesariamente deben contemplar el análisis organizacional como indispensable para enriquecer la comprensión del fenómeno.

Factores asociados al *burnout* y a las virtudes organizacionales

Varios autores han identificado factores de riesgo para el *burnout*. El estudio paradigmático de Shanafelt y col. identificó factores laborales asociados a mayor riesgo, como una mayor carga horaria, mayor número de guardias, más años de práctica profesional, remuneración exclusivamente por prestación y, en

cuanto a características personales, ser joven y tener hijos menores; mientras que tener hijos mayores y dedicar una elevada proporción del tiempo a actividades no asistenciales resultaron protectores²⁸. También en el contexto norteamericano, Campbell y col. hallaron que el 32% de los profesionales de la cirugía miembros de la Asociación Medio-Oeste de Cirujanos de Estados Unidos presentaba altos niveles de agotamiento emocional, lo que fue asociado al sentimiento de estar sobrepasado por las demandas del trabajo, no ser adecuadamente reconocido y a un desequilibrio entre la vida personal-familiar y la laboral, aunque no al volumen de trabajo⁷³.

Moreno-Egea y col., en una revisión sobre *burnout* en cirugía, establecen 3 grupos de factores asociados a su etiología:

- Personales: altruismo, empatía, sensibilidad, dedicación, idealismo, poca autoconfianza, conflicto en la relación trabajo/familia.
- Profesionales: relaciones interpersonales con pacientes, colegas, supervisores, posibilidades de progreso profesional, etc.
- Organizacionales: falta de participación en la toma de decisiones, falta de apoyo social, presión laboral excesiva, burocratización exagerada, falta de trabajo en equipo, falta de sintonía con la dirección, mayores demandas asistenciales, poca conciencia de los gestores sobre los verdaderos problemas hospitalarios, falta de soluciones concretas desde la organización, inestabilidad del sistema, nuevos sistemas de gestión clínica, competitividad entre centros, educación de valores y de calidad asistencial, tecnología, características físicas del ambiente de trabajo, horarios, guardias, recursos disponibles, etc.²⁵.

Según algunos investigadores en la materia, otras variables intervinientes en el síndrome del *burnout* han sido señaladas en el ámbito quirúrgico. Entre ellas, niveles más elevados de *burnout* se asocian con edades más jóvenes de los profesionales cirujanos, menores niveles de entrenamiento o experiencia, falta de acceso a retroalimentación (*feedback*), conflictos con pacientes, temor a la posibilidad de ser acusado por mala praxis, calidad del sueño deficiente, bajo nivel de ingresos, e insatisfacción con el trabajo y/o con el balance vida-trabajo, entre otras variables de interés^{20,24,26,31,35,74}.

En el presente trabajo se realizaron análisis de prevalencias y comparaciones de medias con el fin de identificar aquellas variables sociodemográficas y académico-profesionales vinculadas al *burnout* y las virtudes organizacionales en la muestra de profesionales de la cirugía.

En relación con el *burnout*, las variables asociadas a mayores niveles para las tres dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y baja

realización personal en el trabajo en toda la muestra fueron: ser mujer, ser joven, trabajar 40 horas o más por semana, haber migrado por motivos laborales, no convivir con alguien, no tener personas a cargo, realizar guardias, no ejercer actividad docente y estar realizando una residencia quirúrgica, mientras que –para el subconjunto de profesionales de la cirugía formados– se añade no desempeñar cargos de gestión.

Para la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo en cirujanos formados también se hallaron, como variables asociadas a peores niveles, la no realización de actividad de investigación en la muestra total y no tener personal a cargo, mientras que los niveles más bajos de realización personal en el trabajo se vincularon también con la falta de ofrecimiento de recursos institucionales de seguridad y capacitación para la muestra total, y no haber realizado una subespecialidad quirúrgica.

Para el análisis de las dimensiones organizacionales, las variables sociodemográficas y académico-profesionales que presentaron diferencias significativas para las tres dimensiones de apoyo y respeto, significado e inspiración y perdón, en conjunto, fueron el género, la edad, el tiempo semanal estimado de dedicación profesional, la realización de guardias y el ofrecimiento de recursos institucionales para la seguridad y capacitación en la muestra total, así como el desempeño de un cargo de gestión y tener personal a cargo para el subconjunto de cirujanos formados.

Edad

La edad se correlacionó inversamente y de manera significativa con las percepciones de las virtudes organizacionales y con las variables agotamiento emocional y despersonalización de las dimensiones del *burnout*, y positivamente con la variable de realización personal en el trabajo.

En línea con nuestros resultados, existen varias referencias que informan las mayores prevalencias de *burnout* en cirujanos formados de diversas especialidades en los subgrupos más jóvenes, en todos los casos superando el 45% en profesionales menores de 50 años^{28,75,76}. En nuestra serie, la diferencia se estableció en una población aún más joven. Los cirujanos que presentan *burnout* resultaron ser más jóvenes (38,8 años) en comparación con aquellos que no lo presentan (47,9 años). El punto de corte más significativo se estableció en los menores de 42 años, en quienes la prevalencia de *burnout* alcanza el 41,1%. Es de notar que un porcentaje mayor de cirujanos jóvenes se desempeña en ámbitos públicos (27%) y en ambientes percibidos como neutros o desagradables respecto del clima de trabajo.

Varios estudios sobre el *burnout* en especialidades quirúrgicas fueron realizados sobre residentes,

por lo que se asume que la juventud resulta un factor de riesgo, a pesar de no haber realizado las comparaciones pertinentes^{41,77,78}. En estas series resulta complejo separar las condiciones de la vida profesional en la residencia de la edad joven. En nuestro estudio la prevalencia de *burnout* en residentes fue del 42,1%. Entendiendo que los residentes son lógicamente una población joven, analizamos el grupo de los cirujanos formados, entre quienes el 32,3% es menor de 42 años. En este subgrupo, con un elevado porcentaje de mujeres (49,6%), la edad continuó siendo un factor determinante para el *burnout*. En ellos, la edad promedio de quienes presentan *burnout* fue 42,3 años, significativamente diferente de quienes no lo presentan, 50,1 años. El 40,5% de los cirujanos jóvenes no residentes presenta altos niveles en todas las dimensiones del MBI, contrastando con solo el 15,3% de los cirujanos con 42 o más años. En ellos, se observan altos niveles de prevalencia en las tres dimensiones del MBI: alto agotamiento emocional en el 82,8%, alta despersonalización en el 69,8% y una baja realización personal en el trabajo en el 50,7% de los cirujanos.

Esto significa que la edad constituye un factor asociado significativamente al *burnout* de manera independiente, aunque no existen análisis específicos sobre los motivos por los cuales tiene tanta relevancia. Se puede suponer que una edad joven correlaciona con una menor capacitación y desarrollo de habilidades específicas, con mayor inseguridad en la toma de decisiones debida a una menor experiencia asistencial, con falta de madurez general, o con cuestiones que afectan preferentemente a esta población como menor reconocimiento profesional, desproporción entre el trabajo y la recompensa, dificultades en la inserción laboral, y problemas de pareja o familia que resultan particularmente estresores.

Género

Respecto del género femenino, la prevalencia de *burnout* fue el doble que para los varones, y al interior de sus dimensiones las mujeres obtuvieron puntuaciones extremadamente altas en el agotamiento emocional (85,8%), despersonalización (70,8%) y baja realización personal en el trabajo (49,3%). Estos resultados están en línea con casi la totalidad de los estudios publicados, que señalan un mayor riesgo de padecer *burnout* en las mujeres. Esta vulnerabilidad ha sido asociada asimismo con una mayor exposición a situaciones de microagresiones y maltrato en contextos laborales, dos dimensiones cruciales para el entendimiento de la inequidad aún persistente entre los géneros en el marco de la profesión^{24,26,31,35}. Según el estudio de Lucas-Guerrero y col., en residentes de cirugía general y digestiva en España, donde más del 66% de los participantes fueron mujeres, se informaron

conductas de maltrato en muchos casos. El 55,1% de los residentes había sufrido discriminación por sexo en algún momento y la mayoría (90,4%) eran mujeres; los causantes fueron principalmente pacientes o familiares, y en menor medida otros cirujanos. El 73,9% refirió abuso psicológico o verbal, principalmente las mujeres (67%) y mayormente por sus colegas varones. Un 16,4% sufrió acoso sexual, sobre todo mujeres por parte de sus colegas. Y un 5,4% de las mujeres y el 10,5% de los varones refirió abuso físico⁴⁹.

Como se mencionó, las agresiones y el trato discriminatorio son variables casi constantes en ámbitos quirúrgicos, y particularmente más dirigidas a las mujeres, pero cabe preguntarse si existen otros factores que influyen en las mayores tasas de *burnout* en las cirujanas. Hay que considerar la relación del género con otras variables que resultaron significativas. Mientras que el porcentaje de mujeres cirujanas formadas fue del 26,2%, en la muestra, dentro de la residencia las mujeres representaron el 73,8%. También es diferente la carga horaria, con un 16% más de mujeres que varones cuya dedicación semanal a la profesión es igual a 40 horas o mayor. Dado el peso que tienen el sistema formativo y la carga laboral en el *burnout*, estos datos resultan fundamentales. Por tales motivos, concluir que el género por sí mismo es un factor determinante de *burnout* puede resultar apresurado y erróneo. Según analizaron Hu y col., el ajuste de la variable según las situaciones de maltrato elimina las diferencias significativas de un modelo no ajustado⁴¹.

Para las dimensiones organizacionales, las mujeres obtuvieron puntajes más bajos en las tres dimensiones en comparación con los varones, evidenciando un trato diferente por parte de las organizaciones. En este sentido, se ha señalado que la cirugía como especialidad ha sido históricamente dominada por varones, y que incluso en la actualidad las disparidades de género persisten a nivel salarial, normativo, de políticas parentales y de distribución de trabajo basado en prejuicios de género (por ejemplo, asignación de pacientes más "emocionales" o de tareas administrativas)⁷⁹. En efecto, Wai y col. hallaron que las cirujanas poseen menor sentimiento de realización (84% vs. 76%), se sienten menos apreciadas por los supervisores (70% vs. 62%) y colegas (75% vs. 61%), no están satisfechas con la calidad de sus relaciones profesionales (83% vs. 74%), y creen que sus esfuerzos por balancear la relación vida personal/trabajo no son reconocidos (71% vs. 62%)⁸⁰.

Para Anderson y col., el *burnout* surge de un mal balance entre trabajo y vida personal, y el equilibrio se logra manejando adecuadamente 4 áreas de la vida: trabajo, hogar, comunidad y uno mismo. En el caso de las mujeres, los roles asignados por la sociedad les cargan una mayor proporción de funciones relacionadas con el cuidado de los hijos y del hogar, complicando el balance necesario⁸¹. Nuestro estudio no incluyó variables que contemplaran este aspecto del rol social en las cirujanas.

Mientras las organizaciones sanitarias no apoyen y respeten a las mujeres, no reconozcan el proceso de feminización como una cuestión para ser considerada y no se preocupen por las diferencias en el trato según el género, dicha situación necesariamente repercutirá negativamente en el sentimiento de realización personal e importancia del trabajo, así como también en menor tolerancia a la equivocación derivada de contextos hostiles, especialmente en residentes⁷⁰.

Ambiente laboral

De nuestro análisis, como resulta esperable, se desprende que las condiciones del lugar y el ambiente de trabajo fueron factores firmemente asociados a la respuesta emocional del cirujano.

Fue positiva la percepción del ambiente de trabajo en la mayoría. Más del 40% lo percibe como agradable y otro tanto como neutral. Estas percepciones no variaron entre residentes y cirujanos formados, aunque, en líneas generales, la edad fue mayor en quienes perciben su ambiente de trabajo como agradable, en comparación con quienes lo perciben como neutro o desagradable. La prevalencia de *burnout* se correlacionó directamente con esta percepción, partiendo del 14,4% para contextos favorables y llegando hasta casi el 50% para los desagradables, con un valor intermedio (30,1%) para los neutros. Y las tres dimensiones del MBI se movieron en el mismo sentido, siendo la realización personal en el trabajo la más afectada, casi triplicando la prevalencia de bajos niveles de gratificación en ambientes desagradables. Es notable el impacto en el género de quienes ejercen la cirugía dentro de estas situaciones. Aun en un ambiente agradable, la prevalencia de *burnout* resulta más del doble en mujeres (24%) comparadas con los varones (10,7%). Un ambiente desagradable empareja los géneros, aunque sigue siendo algo mayor el *burnout* en las mujeres cirujanas (54,8% vs. 43,7%).

El 72,2% de la muestra considera que no existen recursos de seguridad y capacitación brindados por la institución donde trabaja. Sin embargo, esta apreciación, aunque se asoció a peores puntajes de *burnout*, no fue tan definitoria como otras. Pero, como se mencionó anteriormente, la percepción de las virtudes organizacionales sí fue significativamente mejor en sus tres dimensiones.

También es destacable la asociación del *burnout* con el ámbito (público o privado) de la profesión, con mayores prevalencias en quienes trabajan única o parcialmente en ámbitos públicos. De hecho, la prevalencia de *burnout* fue la más baja para quienes solo se desempeñan en ámbitos privados (15,4%). Un 12% de quienes trabajan en ambientes privados los perciben como desagradables, presentando *burnout* en el 30%, mientras que –si es percibido como agrada-

ble— solo el 7,5% tiene dimensiones del MBI en puntajes altos para *burnout*. El ámbito público es percibido como desagradable por casi el 22% de quienes ejercen la cirugía.

Al respecto, Gil-Monte y Peiró desarrollaron un modelo de comprensión del *burnout* con una mirada más organizacional. Los elementos en juego son el entorno social, como el clima de trabajo, la relación con los sujetos motivo de la tarea, el tipo de problemas que presentan y con los que hay que lidiar y comprometerse, las políticas de la organización, las modalidades de dirección, las variables como apoyo y seguridad, y el sistema social-interpersonal relacionado con el rol del profesional, particularmente sus características, ambigüedad o sobrecarga; los conflictos con colegas o pacientes, y la estructura jerárquica.⁸²

Características de la actividad profesional

En nuestro estudio confirmamos que trabajar en varias instituciones resulta más estresante que hacerlo en una única sede. La diferencia entre un lugar de trabajo o más de uno fue contrastante. En efecto, pudimos observar un aumento correlativo en altos puntajes de agotamiento emocional y el número de lugares de trabajo, al igual que para la despersonalización y para una baja realización personal en el trabajo. Asimismo, la percepción de las tres dimensiones organizacionales empeoró a medida que aumenta el número de sedes de trabajo. Los profesionales que mantienen su actividad en un único lugar presentan menos desgaste en términos de desplazamiento, tiempos muertos y desorganización, y poseen mayor acompañamiento en su rol asistencial y contención por colegas y otros profesionales de la institución con la que se identifican y a la que reconocen como valiosa en términos de su organización.

La remuneración también resulta un factor determinante de estrés laboral. Aunque no indagamos sobre valores o satisfacción respecto del monto percibido como recompensa por su trabajo, pudimos objetivar que la percepción de un monto fijo es claramente más insatisfactoria que los ingresos por producción, ya sean autogestionados o con la institución como intermediaria. En este aspecto, la gestión personal también pareció ser más gratificante, asociándose a mejores puntajes de agotamiento emocional y despersonalización. Sin embargo, en términos de realización personal en el trabajo, la mejor puntuación se observó en aquellos profesionales en quienes la institución obró como mediadora de los pagos. La interpretación de estas diferencias resulta compleja si no se toman en consideración los montos percibidos y la satisfacción por la remuneración.

Horas de carga laboral y guardias

La cantidad de horas de trabajo también ha sido ampliamente estudiada en relación con el *burnout*. En este estudio, su prevalencia en profesionales que trabajan 40 horas o más fue de 30,2%, casi el doble que en aquellos profesionales que trabajan menos de 40 horas (15,3%). Dentro del grupo con mayor cantidad de horas de trabajo, las puntuaciones de cada dimensión resultaron muy elevadas: agotamiento emocional 75,9%, despersonalización 62,8% y baja realización personal en el trabajo 40,4%. De este modo, los profesionales con mayor carga horaria presentaron niveles sensiblemente más altos de agotamiento emocional y despersonalización, y levemente más bajos en realización personal en el trabajo. Estos resultados son concordantes con la literatura, que señala que el total de horas trabajadas se asocia con niveles más altos de *burnout*^{20,31,35,83}. Coturel y Palmisano, en su Relato de la AAC de 2023, indicaron que las jornadas semanales de más de 60 horas se asociaban con la presencia de *burnout*⁷⁴. Sin embargo, en nuestro estudio se observó que la carga horaria de 40 horas o más era suficiente para establecer una diferencia sustancial en la configuración del síndrome, en tanto que quienes trabajaban menos horas no superaban el punto de corte del agotamiento emocional, la dimensión más importante.

La realización de guardias resultó una de las variables con diferencias más amplias entre los grupos, en tanto aquellos profesionales que realizan guardias presentan peores indicadores en las tres dimensiones. En principio, la prevalencia global de *burnout* en ellos es de 33,8%, el triple que en aquellos que no las realizan (11,3%). En el interior de las dimensiones, las prevalencias son altas en todas las dimensiones y alcanzan el 78,9% en agotamiento emocional, 66,4% en despersonalización y 55,2% en baja realización personal en el trabajo. Dichos resultados son consistentes con estudios previos en el ámbito quirúrgico en particular, y médico en general, donde la mayor cantidad de guardias era predictor de mayor cansancio emocional y despersonalización^{20,83}. Según Travers, el impacto en agotamiento emocional y despersonalización es más significativo en aquellos profesionales que realizan más de 2 guardias por semana⁵⁰. En nuestro estudio, hacer guardias se asoció estadísticamente a una mayor carga horaria, a ámbitos públicos o mixtos de trabajo y a una peor percepción del ambiente institucional. En tal sentido, esta variable también ha sido vinculada con condiciones laborales deficientes, precarización del trabajo, sobrecarga de trabajo o explotación laboral y dinámicas laborales frustrantes, entre otras^{20,74}. Asimismo, en algunos casos también se ha señalado el volumen de trabajo y la modalidad (por ejemplo teletrabajo) como otros elementos relevantes para considerar y, para quienes son

residentes, la violación de los acuerdos vinculados al máximo de horas empeoraría la gravedad del síndrome^{24,35}. Es importante destacar que las posibilidades de gestión de los tiempos y actividades cambian sustancialmente entre residentes y profesionales formados, si bien no necesariamente mejoren. En este sentido, la población que mayor cantidad de guardias realiza es la de residentes, quienes al mismo tiempo deben lidiar con la falta de autonomía y control sobre sus propias agendas laborales, generando mayor insatisfacción laboral y *burnout* en un contexto estresante por naturaleza debido a las exigencias y el trato recibido^{35,70}. No es despreciable la alta proporción de cirujanos formados que realizan guardias (63,5%), aunque lógicamente se trata de profesionales más jóvenes (edad media 43,4 años en comparación con 56 años en el caso de quienes no realizan guardias). En nuestro estudio, los profesionales formados han presentado mayores niveles de realización personal en el trabajo cuando contaban con personal a cargo, observando que la capacidad de gestionar personas en el marco de un equipo no solo puede habilitar otro tipo de organización interna de las tareas, sino también incrementar la sensación de control sobre el trabajo.

Respecto de las variables institucionales, aquellos profesionales de cirugía que dedican 40 horas o más al trabajo y realizan guardias presentaron niveles más bajos en las tres dimensiones organizacionales. La percepción disminuida de estas virtudes puede vincularse a una sobrecarga de trabajo en horas y modalidades, en contextos de exigencia que atentan contra el cuidado de los profesionales, así como también contra el balance entre la vida y el trabajo. En ambos casos, si las organizaciones fallan en responder a las expectativas de los profesionales de la cirugía que faciliten el tránsito de múltiples jornadas laborales, es posible que también se vea devaluado el sentimiento de realización basado en la inspiración y que se desarrolle una mayor hostilidad dirigida a la organización, así como también a la profesión.

Residencia

Acorde con los hallazgos de nuestro estudio y de la literatura consultada, estar realizando una residencia constituye un factor de riesgo de padecer síndrome de *burnout*⁸⁴. Además, el proceso se inicia antes en la vida profesional. Al momento de graduarse, quienes estudian medicina tienen niveles más altos de *burnout* y de depresión que estudiantes de otras disciplinas. Las tasas de *burnout* continúan incrementándose a lo largo de la residencia en todas las especialidades médicas²². Ya en el ámbito formativo de la residencia, la percepción de estar emocionalmente exhaustos puede llegar, en algunos casos, al 70%⁸⁵.

En nuestro medio, el *burnout* en la etapa residencial ha sido poco analizado.

Un estudio realizado con residentes del Hospital Italiano de Buenos Aires entre los años 2006 y 2009, informó una percepción global de *burnout* que osciló entre el 35 y el 42%. Se trataba de residentes de todas las especialidades, no solamente quirúrgicas. Un aspecto interesante para mencionar es que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre sexo, edad y tipo de residencia (clínica o quirúrgica), aunque sí se advirtió una clara relación con la calidad de la supervisión de la formación en servicio y con la atmósfera laboral. En el análisis cualitativo de los factores relacionados con la percepción de *burnout* se destacaron la excesiva carga laboral, "contaminando" aspectos relevantes de su vida, la falta de proporción entre la gran responsabilidad asumida y los pocos logros profesionales y económicos y, finalmente, la interferencia con los proyectos personales y familiares^{60,86}.

En nuestro estudio, con un 14,4% de residentes sobre el total de profesionales que participaron, la prevalencia de *burnout* observada en estos profesionales en formación en cirugía general fue del 42,1%, duplicando lo observado en profesionales formados. Ello coincide con las cifras referidas en la literatura internacional, que oscila entre el 40 y el 70%^{23,41,85,87,88}.

En una encuesta realizada a nivel nacional en Estados Unidos, entre 665 residentes de cirugía, el 69% alcanzó criterios de *burnout* acorde con el MBI (24% en una subescala, 34% en dos subescalas y 10% en 3 de ellas). Incluso, el 44% de los residentes informó estar considerando abandonar la residencia, lo que resulta ser un dato de suma gravedad⁸⁵. En otro interesante estudio que incluyó a 262 universidades norteamericanas y 7400 residentes de cirugía, el 38,5% de los profesionales en formación informó síntomas de *burnout* semanales y el 4,5% refirió haber tenido pensamientos suicidas durante el último año⁴¹.

A nivel regional, entre residentes de Chile, el 72,8% de los encuestados presenta síndrome de *burnout*, de los cuales el 26%, 27% y 19% lo manifiestan en al menos una, dos y tres subescalas, respectivamente. De las tres dimensiones, la más afectada fue la despersonalización (56%), seguida del agotamiento emocional (52%) y la baja realización personal con un 30%⁸⁷.

La investigación realizada para este Relato permitió, además, relevar datos muy contundentes sobre el impacto en todas las esferas en el interior del *burnout* durante la etapa residencial: la prevalencia de residentes con alto nivel de agotamiento emocional fue casi la regla (94,4%), con un 85,7% que reveló síntomas de despersonalización y un 50% de percepción de baja realización personal en el trabajo. En las tres áreas superaron claramente a los profesionales formados.

Respecto de los factores estudiados a través del Inventario de Virtudes Organizacionales, tanto el

apoyo y respeto, significado e inspiración así como el perdón brindados por las instituciones, correlacionaron en nuestra población de residentes negativamente con el agotamiento emocional y positivamente con la realización personal en el trabajo, aunque no hubo impacto sobre la despersonalización en la residencia (a diferencia de la población general estudiada).

Ya han sido ampliamente comentados factores que claramente influyen de forma negativa en los profesionales en formación, y que han quedado en evidencia a través de la encuesta y de los estudios cualitativos: el cansancio físico excesivo, sumado a la falta de sueño y a la alimentación inadecuada, el mal ambiente de trabajo, las agresiones interpersonales, la mala remuneración sumada a la falta de reconocimiento profesional, la falta de recursos para el desarrollo profesional durante el proceso formativo, la falta de supervisión adecuada, el impacto negativo sobre el balance entre el trabajo y la vida familiar, la falta de posibilidades de planificar una familia.

La mayor parte de la literatura consultada vuelve una y otra vez sobre estos conceptos, en una etapa en la que quienes realizan la residencia se enfrentan al desafío del cuidado directo de los pacientes mientras aprenden habilidades técnicas y "blandas", en un entorno que muchas veces puede ser intimidante⁸⁹.

Con respecto al tema de cansancio laboral y las horas de trabajo, en nuestro relevamiento sobre residentes, el 32,2% informa más de 60 horas semanales de dedicación. Eso indica que dos tercios de quienes están en etapa formativa tienen alguna forma de control de este aspecto en su residencia, con una carga horaria semanal bastante por debajo de las 80 horas de la recomendación del Marco de Referencia para Residencias de Cirugía General⁹⁰.

En otros estudios, el número promedio de horas de trabajo informadas fue de 80 por semana, con un rango de 60 a 120 horas. Los residentes que cumplían el criterio de agotamiento informaron trabajar más horas que aquellos que no lo cumplían^{85,87}.

Según Lucas-Guerrero, 389 encuestados (86,1% del total) excedieron la recomendación de 60 horas semanales, al menos durante tres meses. Prácticamente la mitad de los residentes incluidos en ese estudio (213, el 47,1%) no tuvieron descanso al finalizar la guardia, hecho más frecuente en hospitales grandes (más de 500 camas)⁴⁹.

Pulcrano, Evans y Sosin publicaron en 2016 una revisión sistemática sobre la calidad de vida y el síndrome de *burnout* entre el personal quirúrgico para analizar las variaciones en las tasas de agotamiento y mala calidad de vida en esa población, y de esa forma dilucidar los factores que están comúnmente implicados en los resultados. Se revisaron estudios sobre personal quirúrgico estadounidense (médico y no médico) publicados entre 1998 y 2015. Esta revisión señala que en varias especialidades quirúrgicas, quienes son

residentes en formación muestran un riesgo significativamente mayor de *burnout* que la población de cirujanos formados. En un tercio de la población estudiada se observó que las horas trabajadas en la semana eran un factor estadísticamente significativo de agotamiento, menor satisfacción profesional y peor calidad de vida. La revisión concluye en que las causas que conducen al *burnout* y a una mala calidad de vida son multifactoriales, y también lo son las intervenciones para mejorar la situación³¹.

Otro tema recurrentemente comunicado en relación con el *burnout* en etapa formativa es el del maltrato y la discriminación, con los abusos consecuentes. Este aspecto toma especial relevancia cuando consideramos el impacto de la feminización en las residencias de cirugía. Mientras que el porcentaje de mujeres cirujanas formadas en nuestra muestra global fue del 5,7%, dentro de la residencia representan el 32,3% de las respuestas. Una de las primeras expresiones de maltrato y desconsideración que debemos comentar es que evidenciaron diferente carga horaria, con un 16% más de mujeres que varones con dedicación semanal superior a 40 horas.

Ya hemos mencionado anteriormente la publicación de Lucas-Guerrero y col. referida a residentes en España, donde 55,1% (90,4% mujeres) sufrieron discriminación por sexo y 16,4% acoso sexual⁴⁹.

En el estudio mencionado sobre residentes de Chile, llama la atención que el 80% de las mujeres residentes presentan *burnout* en cualquier subescala, independientemente de no mostrar una diferencia significativa al compararlas con masculino y/o LGBT+. Es una cifra realmente preocupante, y concordante con la literatura internacional⁸⁷.

En el mencionado estudio de Hu y col. sobre 7400 residentes, quienes refirieron exposición a discriminación, abuso o acoso al menos unas pocas veces al mes tenían más probabilidades que residentes sin exposición a maltrato de tener síntomas de *burnout* y pensamientos suicidas, en forma estadísticamente significativa. En ese estudio, el 31,9% de los residentes informó discriminación basada en su género autoidentificado, el 16,6% informó discriminación racial, el 30,3% informó abuso verbal o físico (o ambos) y el 10,3% informó acoso sexual. Las tasas de todas las medidas de maltrato fueron más altas entre las mujeres. El 65,1% de las mujeres denunció discriminación de género y el 19,9% denunció acoso sexual⁴¹.

Algunos aspectos finales para comentar en relación con residencia y *burnout* son el impacto del exceso de trabajo en la planificación familiar, los cambios en los procesos formativos y aspectos generacionales.

Ya hemos visto en apartados anteriores que contar con personas a cargo y vivir en familia son en general factores protectores contra el *burnout* en profesionales estudiados con motivo de este Relato. Sin embargo, en base a un exceso de horas laborales y apremios

económicos fundamentalmente, cada vez resulta más complejo formar una familia durante la residencia.

En dos estudios ya mencionados en residentes de Estados Unidos y Chile, tener hijos se asoció con niveles más altos de *burnout* en comparación con no tenerlos^{85,87}.

Respecto de los enfoques formativos, quienes están hoy a cargo de los programas de residencia, enfrentan diferentes perspectivas en el enfoque profesional con sus residentes. La mayor parte de los formadores son "baby boomers" o pertenecen a la "generación X". Los primeros clásicamente han dedicado su vida al trabajo y han puesto muchas veces el desarrollo profesional por encima de otras prioridades. Los segundos tienen, sin descuidar aspectos profesionales, una visión diferente del balance entre la vida profesional y personal, además de haber crecido experimentando grandes cambios comunicacionales y tecnológicos.

En el caso de quienes son residentes, se trata de "Millennials" o en su mayoría de "Generación Z". Esas personas muestran progresivamente un nivel mayor de libertad, priorización de la vida personal, deseo de estabilidad financiera temprana, visiones más flexibles sobre las relaciones laborales y canales digitales de comunicación prioritarios, de los que son nativos.

Eso determina la necesidad de una gran flexibilidad en los aspectos educativos por parte de quienes son sus formadores, entender otros enfoques de vida y priorizar la tutoría, mentoría y diversidad como elementos esenciales de los programas que conducen^{61,91}. Esta actitud no resulta sencilla ni espontánea. Las palabras de uno de los entrevistados demuestran una aceptación parcial de las diferencias, comprendiendo una realidad distinta pero, a la vez, evidenciando cierto malestar o desaprobación: *... yo los rebanco a los jóvenes que piensan eso, porque a veces uno por ahí con algunos se enoja y se ve a uno mismo hace 20 años y decís: no, yo trabajaba al triple. Pero no está mal que ellos piensen preservarse y piensen trabajar menos y que el trabajo sea más rentable para tener una mejor calidad de vida.* La supervisión adecuada, el feedback frecuente y positivo, la escucha activa de quienes están formándose y la formación de equipos con objetivos claros son elementos preventivos del *burnout*⁹².

La alta prevalencia de *burnout* tiene graves consecuencias, tanto en lo personal como en el sistema. A nivel individual se asocia con tasas más elevadas de depresión, abuso de alcohol y sustancias, así como de suicidios. A nivel sistémico se lo ha asociado a peores resultados en la práctica profesional, error médico y recambio profesional frecuente³³.

No es coincidencia que los factores involucrados en el desgaste profesional, junto con otros de orden social, sean la causa del menor interés de los estudiantes de medicina por la cirugía, y de las elevadas tasas de deserción entre residentes cercanas al 20%⁹³.

Migración

En la muestra de cirujanos que respondieron en el presente estudio llama la atención que 369 cirujanos refirieron haber migrado por cuestiones laborales (42,3%) y, en particular, que 348 profesionales nacidos en CABA o provincia de Buenos Aires, residen y ejercen su profesión en otras provincias o en el exterior (5 casos), mientras que solo 22 migraron hacia CABA o provincia de Buenos Aires. El hecho de haber migrado por motivos laborales no ha sido encontrado como variable de interés en estudios previos; sin embargo, en el presente trabajo, se ha encontrado que aquellos cirujanos que debieron migrar para poder trabajar, obtienen peores puntuaciones en las tres dimensiones del *burnout*.

Este hallazgo resulta coherente en tanto una migración puede vincularse al desarraigo, y dicha situación estaría asociada a una disminución o pérdida en la calidad de los vínculos sociales significativos, sean estos de familia, pareja o amistades, entre otros, que han sido identificados como variables protectoras frente al *burnout*^{26,83}. De este modo, el sistema de apoyo social, tanto dentro de las instituciones sanitarias con colegas como en la vida cotidiana, se ha asociado a la disminución del *burnout*^{35,83}, mientras que las malas relaciones en el trabajo y la presencia de disputas laborales se han asociado a niveles más elevados del síndrome²⁴.

Por otra parte, la migración de ciudad o país por motivos laborales ha sido identificada como un factor de vulnerabilidad para el apoyo y respeto institucional, en tanto los cirujanos que migraron presentaron menores niveles. Es posible deducir que dicha situación está íntimamente ligada a las situaciones de discriminación que han sido informadas previamente, en especial en los ámbitos de las residencias quirúrgicas, y que persisten en el tiempo a falta de la elaboración y/o ejecución de protocolos de acción que busquen erradicar dichas conductas⁴¹.

Apoyo social: convivencia y personas a cargo

Desde la perspectiva del apoyo social se desprenden otras dos variables relevantes que han sido estudiadas. En este trabajo, la convivencia con otra/s persona/s (familia y/o pareja) y la situación de tener personas a cargo (por ejemplo, hijos) han sido factores protectores frente al *burnout*, obteniendo mejores puntuaciones que el grupo comparativo en las tres dimensiones. En el primer caso, la prevalencia de *burnout* desciende al 24,9% frente a quienes viven en soledad (35,8%), mientras que en el segundo, desciende al 21,3% frente a quienes no tienen personas a cargo (34,9%). Desde la perspectiva de las dimensiones separadas, no convivir con otras personas presenta los valores más altos de prevalencia en las tres dimensiones,

del 81,8% de agotamiento emocional, 71,6% de despersonalización y 44,6% de baja realización personal en el trabajo. En cambio, tener personas a cargo presenta las prevalencias más bajas para estos subgrupos, del 66,7% para agotamiento emocional, 54% de despersonalización y 37,3% de baja realización personal en el trabajo. Al respecto, varios estudios previos han señalado que los profesionales cirujanos que se encuentran en pareja, que dichas parejas sean personas comprensivas, que pasen más tiempo con ellas y que tengan hijos presentan menores niveles de *burnout*, es decir, estos se comportan como factores protectores^{24,26}. Salomón y col. señalan que, para los médicos en general, la situación de pareja estable y de ser padre o madre se vincula con una mayor resistencia al *burnout*, en tanto dichas responsabilidades estarían asociadas a una capacidad más entrenada en el manejo de conflictos emocionales²⁰.

En la revisión realizada por Arora y col., se destacan aspectos de relaciones familiares con mayor o menor riesgo de *burnout*. Según estos autores, se observa menor despersonalización en aquellos cirujanos en formación cuyo padre es médico, mientras que para los cirujanos formados, se correlaciona con un mayor número de hijos y buena relación con su madre. Y la realización personal en el trabajo se asocia positivamente con la calidad de la relación matrimonial y, como es de esperar, con un balance vida familiar/trabajo favorable⁹⁴.

El hecho de tener personal a cargo no ha sido estudiado específicamente. En nuestro análisis este factor no se comportó claramente como favorecedor o protector del *burnout*. Sin embargo, aquellos cirujanos con personal a cargo presentaron menores valores de despersonalización y mayores de realización personal en el trabajo, y, más importante aún, mejores puntajes en las tres dimensiones de las virtudes organizacionales. Este aspecto se asocia con la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo y, tal vez, con la soledad en la toma de decisiones. En palabras de uno de los entrevistados, (...) *el tomar decisiones en soledad, muchas veces eso es un problema (...) Eso genera, me generaba ansiedad. Bueno, ahora puedo compartir un poco con la gente más joven, pero antes estuve mucho tiempo solo y eso sí me generaba ansiedad*. Este factor positivo, de liderazgo, reconocimiento y acompañamiento, intuitivamente ya fue señalado por otros autores^{95,96}.

Actividad docente y de investigación

Las actividades extraasistenciales de docencia e investigación fueron frecuentes en la población estudiada (57,1% y 27,1%, respectivamente). Este tipo de tareas derivaron en menores puntajes de las dimensiones del MBI, la primera para las tres dimensiones del

síndrome, y la segunda solo para la despersonalización y la realización personal en el trabajo. Sin embargo, respecto de las prevalencias, las diferencias en el porcentaje de cirujanos con altos puntajes no resultaron significativas en todos los casos. Las prevalencias de *burnout* fueron algo menores en quienes realizan docencia (24,5% vs. 29,7%) y en quienes realizan actividad investigativa (24,1% vs. 27,7%), aunque sin resultar diferencias estadísticamente significativas. Desarrollar actividad docente influyó en la prevalencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que desarrollar actividad de investigación presentó prevalencias más bajas en niveles altos de despersonalización. Shanafelt y col. hallaron que dedicar una alta proporción del tiempo laboral a actividades no asistenciales, tales como tareas administrativas, investigación o docencia, resultó ser una variable protectora para el *burnout* en el análisis multivariado²⁸. Otros autores hallaron una relación similar para la actividad de investigación⁷⁶. Según Bouza, Gil-Monte y col., los profesionales que trabajan en los hospitales poseen factores de protección ligados a la especialización de la tarea, líneas específicas de capacitación, la docencia y la investigación, que constituyen formas de dotar de sentido a la dura actividad asistencial diaria⁹⁷.

Debemos considerar que, dado que estas actividades fueron más frecuentemente desarrolladas por varones, por profesionales de mayor edad, ya subspecializados, que no realizan guardias y por aquellos que trabajan en ámbitos público y privado simultáneamente, resulta difícil aislarlas como factores independientes. Por otro lado, estas actividades no se asociaron con el clima de trabajo ni con una mayor carga horaria.

Es posible que quien practica cirugía y, a la vez, realiza actividad docente y/o de investigación, posea una visión más solidaria y universal del conocimiento científico, dé un significado más importante a la formación de otros profesionales, preservando una mirada más humanizada del otro. Teniendo en cuenta las primeras hipótesis de Maslach y col. –que sostenían que el mayor conflicto se daba en profesiones que se dirigen a atender personas con algún tipo de necesidad– es posible que la actividad académica habilite la exploración de otros espacios de trabajo diferentes del quehacer operatorio, con otro tipo de exigencias y una dinámica diferente respecto de las actividades laborales habituales. Considerando que no se asocian a una mayor carga horaria semanal, esta situación podría amortiguar parcialmente la exposición a labores enteramente asistenciales que, por los contextos organizacionales y propios de la profesión, son productores de malestar.

La realización de actividades investigativas también resultó un factor que robustece las dimensiones de apoyo y respeto y de significado e inspiración en la muestra completa, mientras que la realización de actividad docente solo robusteció levemente el significado

e inspiración experimentados. Dichos hallazgos también pueden vincularse al beneficio que supone una jerarquización profesional como personal investigador dentro de una organización que valora esta actividad.

Recursos institucionales y formación profesional

El ofrecimiento de recursos institucionales de seguridad y capacitación para profesionales de la cirugía ha derivado en mayores niveles de realización personal en el trabajo. Esta influencia es más marcada respecto de las variables organizacionales. Aquellos profesionales de cirugía que trabajan en instituciones que no ofrecen recursos para la seguridad y capacitación presentaron niveles más bajos en las tres dimensiones organizacionales. Estas capacidades organizacionales permiten señalar la importancia de las políticas institucionales para el desarrollo personal de quienes practican cirugía a nivel formativo y laboral.

Asimismo, en el subgrupo de profesionales formados, el hecho de haber realizado una subespecialidad quirúrgica se asoció con menor prevalencia de puntajes altos de agotamiento emocional y de bajos puntajes en realización personal en el trabajo. Por otro lado, en la visión organizacional, haber avanzado en la formación ha evidenciado un papel reforzador del apoyo y respeto y significado e inspiración. Y aunque no hallamos una influencia estadísticamente significativa en la prevalencia del *burnout*, la diferencia se ubicó prácticamente en el límite de la significación. Es decir, la formación continua parece vincularse con la satisfacción personal en términos de desarrollo profesional, funcionando como factor protector. Estos resultados pueden señalar que la formación profesional resultaría un factor que predispone favorablemente al valor que los profesionales de la cirugía otorgan a la institución laboral, posiblemente debido al reconocimiento de las capacidades personales profesionales y que habilitan mayores y mejores posibilidades de desarrollo profesional.

Responsabilidad laboral: cargos de gestión y personal a cargo

En el caso de la población de cirujanos formados, desempeñar un cargo de gestión y tener personal a cargo se asocia con puntajes significativamente más bajos en las dimensiones del MBI y más altos en apoyo y respeto, inspiración y significado y perdón. También influyen significativamente en la prevalencia de altos puntajes de las variables y de *burnout* propiamente dicho. Si bien estas funciones se acompañan de mayores niveles de responsabilidad, es lógico asumir que estas dos características se asocian con una modalidad particular de trato interpersonal en el trabajo y desarrollo de mayores niveles de autonomía, que podrían ser

favorables en el manejo de situaciones estresoras. Es procedente suponer que la capacidad de concretar aspiraciones laborales a través de nuevas responsabilidades retroalimenta un vínculo de mejor calidad con la institución en sentido amplio, que revitaliza el compromiso organizacional.

Modelo de análisis de clusters (conglomerados) del burnout

El análisis de *clusters* (conglomerados) y perfiles para el *burnout* es una metodología recientemente utilizada en la literatura⁹⁸. Leiter y Maslach acentúan la importancia de su aplicación para el MBI, en tanto permite la identificación de patrones de relación entre las tres subdimensiones de la escala⁴⁶.

Respecto de los perfiles emergentes en este estudio, los polos *Burnout* (116 cirujanos) y Comprometido (227 cirujanos) son consistentes con los hallazgos de la propuesta original de los autores. El primero es el que obtiene las peores puntuaciones en las tres dimensiones, con altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos niveles de realización personal en el trabajo, mientras que el segundo presenta las tendencias opuestas, demostrando armonía emocional, compromiso y realización personal en su actividad profesional. Se lo ha denominado Comprometido, aunque esta denominación puede no ser suficientemente abarcativa del concepto de bienestar en la actividad profesional.

Resulta de especial interés el análisis de los perfiles intermedios, ya que podrían constituir situaciones de transición hacia una situación de *burnout* manifiesto. Hemos evidenciado diferencias con la propuesta original de Leiter y Maslach⁴⁶. En el presente estudio, el perfil que denominamos *Preburnout* se presenta como instancia previa al *Burnout* en su configuración más grave, con indicadores altos de agotamiento emocional y despersonalización (aunque no tan elevados como en el perfil de *Burnout*), pero moderados en realización personal en el trabajo. En este grupo, que se compone de casi la cuarta parte de la población encuestada (208 cirujanos), se observa que la realización personal puede funcionar como variable mediadora en la configuración del síndrome. Por tal motivo, las modificaciones de las variables contextuales que perjudiquen dicha dimensión pueden precipitar el desarrollo completo del síndrome. Recordemos que en la realización personal en el trabajo participan cuestiones individuales referidas al valor y significado del trabajo, y cuestiones contextuales relacionadas con el reconocimiento profesional, social, personal, económico, etc. En este punto resulta interesante señalar las diferencias de prevalencia de *burnout* de la muestra entre este método y la prevalencia global determinada por puntajes altos de

las dimensiones del MBI (26,7%). Es evidente que las dos concepciones metodológicas dan lugar a una valoración global diferente. Dado que probablemente la menor prevalencia del método de conglomerados se compense en ciertos profesionales que caen en otros perfiles, especialmente el perfil *Preburnout*, es lógico interpretar que la realización personal en nuestra población actúa como un recurso relevante para hacer frente a las exigencias del contexto de la profesión. Un estudio de validación de este método permitirá definir si es más o menos adecuado para la categorización de afectación por el síndrome. Coincidimos con Maslach y Leiter en la construcción de un grupo denominado "Sobrecargado", con niveles relativamente altos de agotamiento emocional, bajos niveles de despersonalización y aceptable realización personal en el trabajo. Este perfil, presente en casi el 27% de nuestra muestra, se caracteriza por niveles más altos de agotamiento en contraste con las otras dimensiones, que podrían estar indicando un exceso de exigencias que resultan difíciles de resolver, pero en un individuo motivado y con valoración positiva de la tarea que tanto le exige⁹⁹. Y, finalmente, el denominado perfil "No realizado" abarca cerca del 10% de los cirujanos, en los cuales aparece la despersonalización, en valores intermedios, y una muy baja realización personal en el trabajo. Si bien no se hallan agotados emocionalmente, resulta lógico pensar que la respuesta cínica o de distanciamiento surge de la falta de reconocimiento, de un trabajo monótono y rutinario o de la falta de apoyo a sus aspiraciones, más que a la inversa como varios autores han teorizado en el marco general del *burnout*. Este perfil resulta similar al propuesto por Leiter y Maslach (2016) como Inefectivo ("Ineffective"), presentando una distribución semejante entre las variables⁹⁸.

Los perfiles descriptos anteriormente no se correlacionan exactamente con la literatura antes mencionada, ya que Leiter y Maslach (2016) establecen un perfil Descomprometido ("Disengaged") caracterizado por niveles altos solo en despersonalización, y moderados en los otros dos. Es esperable que los perfiles no coincidan plenamente, en tanto las variaciones culturales, contextuales y sociales pueden presentar diferencias en el modo como se responde a los factores estresores de trabajo, y particularmente los asociados a la práctica quirúrgica.

Otros autores han realizado el análisis de perfiles en residentes de cirugía⁹⁹, obteniendo tres perfiles diferenciados: Sobrecargado ("Overextended"), Comprometido ("Engaged") e Ineficiente ("Ineffective"). Sin embargo, se observa que su correspondencia con los niveles de cada subescala tampoco coincide de forma plena con la propuesta original por Leiter y Maslach⁴⁶, dando cuenta de la necesidad de seguir realizando estudios en la materia que distingan de modo más específico los contextos locales en los que se desarrollan los profesionales cirujanos²⁴.

En el presente estudio, solo el 25% de los profesionales cirujanos se encuentran representados en el perfil Comprometido (los profesionales menos afectados), identificando al restante 75% distribuido en los otros cuatro perfiles: No realizado (11%), Sobrecargado (27%), *Preburnout* (24%) y *Burnout* (13%). De este modo, se observa la necesidad imperiosa de articular estrategias de mitigación para aquellos profesionales que ya se encuentran transitando el síndrome, mientras que para los perfiles intermedios se presenta la oportunidad de diseñar intervenciones focalizadas que prevengan la aparición del *burnout*.

La integración de los aportes del modelo de perfiles en conjunto con la identificación de los factores de vulnerabilidad frente al *burnout* resulta una combinación de alto valor para la elaboración de intervenciones focalizadas. De este modo, se podrán evaluar actuaciones dirigidas al fortalecimiento de la realización personal que los contextos laborales ofrecen a los profesionales, así como también disminuir aquellos contextos nocivos para el desarrollo psicoemocional y físico que atentan contra el bienestar en el ámbito quirúrgico.

Antecedentes de medidas de prevención y manejo del *burnout*

Con el fin de diseñar estrategias y programas que permitan reducir el riesgo de *burnout* es relevante analizar los resultados de nuestro análisis, la experiencia de otros investigadores que amplíen nuestros hallazgos, los diferentes niveles donde se podría intervenir y el resultado de la implementación de recomendaciones realizadas en diversos contextos.

Como hallazgos centrales de nuestra investigación es de destacar la prevalencia elevada de *burnout* en profesionales de la cirugía, favorecida por ciertas características personales e institucionales. Entre ellas podemos mencionar la juventud y el género femenino; las vivencias personales, como el desarraigo, la falta de compañía en su vida diaria y no contar con personas a cargo; el nivel de formación, tal como encontrarse realizando una residencia o, ya formado, no haber hecho una subespecialización; la ausencia de intereses profesionales como la docencia y la investigación; las características de su actividad profesional, como la mayor carga horaria, las guardias, el no ejercer cargos de gestión y no poseer rol de líder; y del ámbito de su trabajo, particularmente desempeñarse en el sector público, el clima de trabajo desagradable o enrarecido, la carencia de recursos de seguridad y capacitación ofrecidos por la institución, y la percepción de intereses y valores organizacionales, medidos a través del inventario de virtudes organizacionales, no alineados con sus expectativas.

Un resultado de interés destacado ha sido la definición de conglomerados o *clusters* de profesionales que comparten una forma de respuesta particular.

En nuestro análisis, el 13% de quienes ejercen la cirugía se hallan en situación de Burnout, es decir con altos niveles de afectación en las tres dimensiones donde impacta el estrés laboral. Pero más del 50% de los profesionales se hallan en una situación que podemos considerar de alto riesgo de progresión al *burnout*, entre el perfil *Sobrecargado* y el perfil *Preburnout*. En ambos casos, los niveles de agotamiento emocional son elevados y la carga laboral excesiva, pero la realización personal se halla relativamente conservada, funcionando como ancla compensatoria para no caer en el síndrome completo, y en valores bastante similares. Pero se diferencian en la respuesta clínica o despersonalizada, en el trato hacia pacientes y colegas, que pueden expresar una mayor sensibilidad, mayor exposición o, simplemente, un tipo de respuesta diferente, más extrovertida y deletérea a la vez. Un análisis más profundo de estos dos perfiles puede facilitar la comprensión de los mecanismos que están en juego para determinar el tipo de respuesta individual, pero, más allá de entender la situación, esa diferencia permite un abordaje de afrontamiento específico.

Hay otros datos recogidos en el estudio que llaman poderosamente la atención.

Un 72,2% de los profesionales estudiados refiere que no existen recursos de seguridad y capacitación en su institución. El 83,5% no conocía experiencias propias o ajenas de índole personal para combatir el *burnout*, y el 93,8% manifestó no conocer iniciativas institucionales al respecto. Revisando los principales testimonios de los encuestados en el estudio cualitativo vemos referencias a variados recursos personales que los profesionales han empleado: realizar ejercicio físico, terapia de apoyo psicológico individual, bajar posibilidades de reorientar su vida profesional ("no sé si quiero seguir operando"), medidas ergonómicas y posturales, asistencia profesional kinesiológica u osteopática. Algunos colegas refieren aisladas medidas "institucionales": el acompañamiento de un religioso en el hospital, la inclusión de una terapeuta acompañando las actividades del Servicio, uso de las licencias obligatorias, etc. Muchos, además, añoran medidas institucionales propuestas por otras asociaciones u organizaciones, como procesos de *debriefing*, asesoría legal, contención, etcétera.

Los costos personales y organizacionales del *burnout* han motivado la propuesta de diversas estrategias de intervención por parte de numerosos autores. Algunas de estas estrategias se enfocan en tratar el *burnout* una vez que ya ha ocurrido, mientras que otras buscan prevenirlo mediante la promoción del compromiso. Respecto de los niveles de intervención se ha señalado la vital importancia de diseñar un programa multinivel para abordar la problemática del *burnout* en el ámbito quirúrgico, incorporando aspectos organizacionales, institucionales y de los sistemas sanitarios, a la dimensión personal de los profesionales¹⁰⁰. En este

sentido, y como ya se ha mencionado, Golisch y col. realizaron una revisión de los distintos tipos de acciones categorizadas en tres escalones: individual, organizacional y nacional. De acuerdo con Moreno-Egea y col., que proponen un nivel denominado "estrategia profesional", debería incorporarse otro nivel posible de intervención, el del servicio quirúrgico, como grupo humano, para el caso de profesionales que se desempeñan en ámbitos institucionales más organizados²⁵.

Si bien, tal como analizaremos más adelante, no existen evidencias de peso acerca del impacto de medidas de prevención individuales sobre el control del *burnout*¹⁰¹, se han recomendado numerosas estrategias de prevención del agotamiento físico que parecen guardar lógica: hábitos de sueño saludables, actividad física regular, técnicas de relajación y *mindfulness* (atención o conciencia plena), mejora en la ergonomía y en las condiciones de confort y funcionalidad en el ámbito de trabajo, alimentación saludable, etc. Independientemente de la edad, la actividad física regular ha demostrado contrarrestar efectivamente el estrés laboral, mejorando la actividad mental y la concentración. Como dato interesante, la actividad aeróbica también podría reducir la atrofia relacionada con la edad en las cortezas prefrontal y temporal del cerebro, que son áreas asociadas a la toma de decisiones y a la regulación del comportamiento social. Además, el ejercicio regular podría contrarrestar mejor el avance de la edad, permitiendo a los cirujanos una vida profesional más extendida¹⁰².

Se ha dado mayor prioridad a las estrategias individuales en comparación con las sociales u organizativas, a pesar de que la investigación subraya la importancia crucial de los factores situacionales¹⁴. Gran parte de estas medidas preventivas deberían ser promovidas por la organización, a lo que se suma un ambiente de contención y protección de situaciones de salud, familiares, complicaciones con los pacientes, demandas legales y acoso laboral, entre otras.

En nuestro medio, Spector, Cherjovský y col., luego de haber encuestado a 30 profesionales de la cirugía en relación con las estrategias individuales de afrontamiento ante situaciones estresoras en el ámbito quirúrgico, concluyen en que estas son similares a las de otros colegas en el país y el extranjero. Sugieren que, a nivel societario, debería existir un grupo profesional de *counseling* (asesoramiento) disponible para profesionales de la cirugía afectados¹⁰³.

Uno de los factores que nuestro estudio cualitativo ha dejado claramente en evidencia es la naturalización de la falta de horas de sueño y del exceso de horas laborales entre cirujanos, tanto formados como en formación. En 2006, Hutter y col. demostraron que la reducción de la jornada laboral de residentes de cirugía a 80 horas semanales conlleva una significativa reducción del cansancio emocional y no significativa de la despersonalización. Concluyen en que la reducción de

la carga laboral mejora el grado de *burnout*, la calidad de vida percibida, tanto fuera como dentro del hospital, las relaciones interpersonales y la motivación por el trabajo²⁵. Esa política ha sido adoptada en nuestro medio y figura entre los requisitos de los Marcos de Referencia ministeriales, así como la protección del descanso posguardia⁹⁰. La limitación de horas laborales durante el período formativo tiene, en ocasiones, percepciones contradictorias por parte de los potenciales beneficiarios. Un metanálisis sugirió que las restricciones de las horas de trabajo tuvieron un efecto positivo en el bienestar de quienes se forman en una residencia, según las puntuaciones subjetivas de calidad de vida. Sin embargo, esa misma revisión sugiere que las limitaciones de horas de trabajo impuestas a quienes se están formando se asociaron con un menor nivel de satisfacción profesional y preparación para roles más altos, lo que puede tener un impacto negativo en cuanto al *burnout*³³. Disminuir la carga laboral no necesariamente significa incrementar las horas de sueño, ya que muchas veces se sustituye por actividades que requieren poca atención como Internet o televisión. Los residentes de cirugía general, además, hacen menos ejercicio físico que otras especialidades y que los estudiantes de Medicina. De hecho hay un mayor índice de masa corporal informado en residentes de cirugía⁵¹.

El otorgamiento de oportunidades de desarrollo profesional continuo, docencia e investigación también resulta relevante, por cuanto aumentaría el bienestar personal a través de la percepción de progreso profesional y del intercambio con otros colegas y actores de la salud.

Otro aspecto que surge de estudios previos es el impacto de la falta de supervisión y tutoría adecuadas para profesionales en formación en el origen del *burnout*. Según Elmore, contar con un programa de tutoría estructurado se asoció con un menor nivel de agotamiento entre profesionales en formación⁸⁵.

En 1999, el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados (ACGME) de Estados Unidos inició el Proyecto de Resultados, que buscaba centrar la educación de la residencia en 6 dominios, de manera de poder apoyar mejor la capacidad de quienes se están formando, cuidando a la vez a los pacientes, en un sistema de prestación de atención médica cada vez más complejo y en constante evolución. Estos dominios incluyen atención al paciente, conocimiento médico, aprendizaje y mejora basados en la práctica, habilidades interpersonales y de comunicación, sistemas, formación basada en la práctica y profesionalismo²².

La Universidad de Stanford fue pionera en establecer un programa de Bienestar, conducido por una comisión de residentes junto con representantes de graduados. Este programa funciona en 6 áreas, dentro de 4 amplias categorías de bienestar (físico, psicológico, profesional y social). Para abordar el bienestar profesional, se desarrolló un programa de tutoría para

residentes, conectando a residentes jóvenes y mayores, y se eligió un representante del grupo para expresar sus inquietudes al director del programa de residencia de manera regular²².

Una situación especial fue la prevención y cuidado de los profesionales en formación durante la pandemia de COVID-19. En nuestra experiencia en el Hospital Italiano de Buenos Aires, la creación de un grupo de trabajo multidisciplinario liderado por las autoridades de la residencia (Jefe de Servicio o programa y coordinadores), junto a especialistas de otras áreas como Educación y Sociología, fue fundamental en la implementación de medidas relacionadas con el bienestar de profesionales de la cirugía en formación⁴⁰. Durante la pandemia, además, la existencia de protocolos claros y actualizados, sumados a las capacitaciones prácticas con el personal en cuanto a las medidas de protección física y psicológica, así como el acceso adecuado de los equipos de protección actuaron como factores protectores del *burnout*¹⁰⁴.

Finalmente, en el ámbito nacional se señalan las políticas, las oportunidades y el liderazgo como los elementos más destacados. Las políticas refieren a las regulaciones que atañen al desarrollo profesional y a su balance con la vida cotidiana, tales como las licencias parentales, las oportunidades de trabajo parcial, las limitaciones a la carga horaria, los descansos obligatorios, las obligaciones relacionadas con el trabajo administrativo y los programas de lactancia, entre otros, que buscan mejorar el clima y las condiciones de trabajo. A modo de ejemplo, la Dirección Europea dedicada al tiempo laboral limita el tiempo legal de trabajo de un profesional de la salud a 48 horas semanales¹⁰².

Varias universidades norteamericanas cuentan con servicios de "counseling" para profesionales de la salud en temas legales, financieros y relacionados con el balance adecuado entre la vida profesional y privada¹⁰⁵.

Finalmente, se espera que quienes ejercen el liderazgo de grupos quirúrgicos, reconozcan la relevancia del síndrome de *burnout* como una problemática extendida en el mundo y en continuo progreso, y denuncien la necesidad de generar condiciones de bienestar para la comunidad profesional.

Propuestas de los autores para el manejo del *burnout* en cirugía

Hemos esquematizado las recomendaciones de manejo del *burnout* sobre la base de los niveles de intervención y las dimensiones específicas del *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal en el trabajo y virtudes organizacionales). Los niveles de intervención se definen por la capacidad efectiva de dicho nivel de implementar un cambio significativo, mientras que siempre el impacto de las intervenciones repercute en el plano individual.

Entendemos que estas son útiles en una etapa preventiva, en la cual seguramente resultarían más eficaces, en comparación con una etapa de manejo del *burnout* ya instalado. Queda claro que prevenir el *burnout* es mucho más adecuado que enfrentarlo. La prevención primaria es mucho más racional y prudente, pues evita costos humanos y financieros, lo cual no impide que tengan valor las medidas de prevención secundaria o terciaria una vez instalada la situación de *burnout*¹⁰⁶.

Nivel personal

Es el conjunto de acciones, conductas o decisiones personales que afectarán el bienestar personal en relación con la actividad laboral.

El agotamiento emocional y físico relacionado con la cirugía se presenta frecuentemente en muy altos niveles. Casi todas las variables estudiadas influyen en esta dimensión, y, por lo tanto, existen múltiples oportunidades de intervención.

La despersonalización es una actitud que depende en gran medida de cuestiones que no hemos podido analizar y, tal vez, requiera una intervención psicoterapéutica, guiando la reflexión sobre la mirada de sí mismo, de los colegas y los pacientes. Sin embargo, hemos identificado variables determinantes que coinciden con las que afectan el agotamiento emocional y, particularmente en cirujanos formados, con las características de la organización.

La realización personal, como variable más preservada en la cirugía, es influenciada por menos aspectos que las dimensiones anteriores, y depende fundamentalmente de cuestiones ajenas al profesional, como ya comentaremos.

En términos generales y con intención más preventiva, un mejor control de uno mismo (a través de la atención plena [*mindfulness*]) y tomarse tiempo para pensar y evaluar situaciones, puede ayudar a mitigar el estrés, a través del desarrollo de resiliencia, según varios autores^{107,108}. Mencionamos algunas recomendaciones específicas al respecto:

- **Autocontrol.** Es importante asegurarnos de cuidarnos a nosotros mismos, ya que esto nos permite reconocer los desencadenantes del estrés y responder con una intervención oportuna, como sueño adecuado, nutrición, ejercicio o apoyo social. El desarrollo profesional y personal continuo implica obtener una comprensión más profunda de nuestra historia de vida, nuestras experiencias y nuestra personalidad única, y del impacto que tienen en nuestro comportamiento.
- **Flexibilidad cognitiva.** La autoconciencia es la base de la flexibilidad cognitiva (la capacidad de adaptarse mentalmente a situaciones desafiantes), lo que implica aceptar los errores y que estos seguirán ocurriendo y que tendremos fracasos. Para mantener la resiliencia,

no se puede subestimar la importancia de aceptar la incertidumbre (e incluso el error ocasional).

- Aunque el optimismo en sí está parcialmente gobernado por la genética, algunos elementos se pueden aprender y la autoconciencia puede ayudar. Las técnicas que aumentan el optimismo incluyen saborear y compartir explícitamente buenas noticias, revisar nuestros logros y éxitos cada día y agradecer a los demás verbalmente o por escrito.

También vale la pena rescatar el trabajo realizado por Spector y col., publicado en la *Revista Argentina de Cirugía* en 2016¹⁰³. El trabajo analiza mecanismos para afrontar situaciones de difícil manejo, con el propósito de reducir las posibilidades de desarrollo de *burnout*. Estos mecanismos buscan también incrementar la resiliencia a través de:

- **Análisis lógico y preparación mental:** consiste en fraccionar un problema grande en problemas pequeños y potencialmente manejables, reutilizar experiencias pasadas y ensayar mentalmente soluciones alternativas y sus posibles consecuencias, idealmente con apoyo de colegas. Este mecanismo es reforzado por la discusión de casos complejos en reuniones de equipo o de Servicio, como ateneos de morbimortalidad.
- **Redefinición cognitiva:** la persona reestructura la realidad para buscar algo favorable.
- **Descarga emocional:** expresar abiertamente los propios sentimientos a través de manifestaciones tangibles. En su mayoría se expresan directamente, aunque algunos individuos utilizan mecanismos más indirectos como el humor o el sarcasmo.
- **Aceptación resignada:** asumir que no se pueden modificar las situaciones. Es riesgoso caer en pensamientos pesimistas que conduzcan al alejamiento de las situaciones o de la profesión misma.

Desde nuestros resultados del análisis, podemos realizar otro tipo de recomendaciones.

- Para profesionales de la cirugía más jóvenes es aconsejable buscar acompañamiento en el marco de su actividad, que se manifieste en apoyo de decisiones complejas, ya sea por colegas de la profesión u otros profesionales, que permitan diluir la carga emocional de estas situaciones, como miembros de un equipo interdisciplinario o especialistas que aporten su mirada. Contar con un tutor o mentor ha sido ampliamente recomendado como medida de protección¹⁰⁹. El trato interpersonal amortigua la desconexión con "el otro" característica de la despersonalización, colabora con la comprensión de las vivencias del prójimo y mejora significativamente la autovaloración de la capacidad profesional y de la eficacia de las intervenciones personales en el ámbito profesional.
- El género femenino, como dijimos, se asocia con múltiples variables que confunden su particular influencia,

pero –dado que las mujeres cirujanas cargan con más horas de trabajo y peores condiciones en el trato– es necesario organizar la actividad profesional en defensa de estos elementos agresores, a través de la limitación horaria autoimpuesta y de conductas defensivas hacia el maltrato y el abuso de todo tipo. En este sentido, es poco lo que el individuo puede hacer sin apoyo institucional, y resulta compleja la construcción de aparatos institucionales desde una posición de inferioridad. Respetar y hacer respetar los límites personales es un trabajo permanente que insume energía, pero redundante en mejores condiciones laborales a mediano y largo plazo.

- El haber migrado de ciudad o país incrementa la vulnerabilidad y la discriminación, probablemente asociadas a la pérdida del círculo social, familiar y profesional. El profesional debe trabajar en el establecimiento de relaciones profesionales y personales para reducir esta desventaja, por ejemplo conformando grupos de trabajo y fomentando encuentros sociales fuera del ámbito laboral.
- La carga horaria es uno de los principales factores que influyen en todas las dimensiones del MBI. Especialmente en profesionales jóvenes, las numerosas horas de trabajo se consideran necesarias para mantener ingresos y crecer profesionalmente. Sin embargo, el exceso de horas de trabajo es sumamente perjudicial para la percepción de eficacia y gratificación personal. El profesional debería balancear el beneficio obtenido con la demanda específica de cada actividad que desarrolla, actitud que afortunadamente vemos cada vez con más frecuencia en las nuevas generaciones. Para profesionales de más años este tipo de decisiones resultan más complejas y podría ser conveniente el consejo de otros colegas. También deberían procurarse espacios personales para actividad física, relajación, *mindfulness* u otra estrategia que permita la desconexión de las preocupaciones asistenciales.
- Las guardias también resultan críticas con respecto al agotamiento emocional y físico, la despersonalización y la realización personal. El ritmo de las guardias y la alta demanda en poco tiempo conducen a tratar pacientes como objetos y a percibir que la tarea no es enriquecedora, ni útil, ni grata. Desde ya que es lógico administrar el tiempo que se dedica a esta actividad y balancearlo con el descanso necesario, no solo físico sino también emocional, recurriendo a estrategias similares a las anteriormente citadas. Además de las intervenciones en niveles más altos, es necesario que cada profesional respete los tiempos de descanso posteriores a la guardia y sea consciente de sus propias limitaciones.
- Respecto de la subspecialización, en este nivel su influencia es significativa. Desde los resultados de nuestro análisis resulta aconsejable para todo profesional de la cirugía mantenerse en capacitación continua y progresiva, adquiriendo nuevas herramientas profesionales

y posicionándose dentro de la especialidad.

- Asimismo reservar un tiempo para actividades no asistenciales profesionales, como enseñar e investigar, puede colaborar en reducir los niveles de estrés, dando una mirada diferente a la profesión, a los colegas e incluso a los pacientes.
- Desde el ámbito personal, también es aconsejable el acompañamiento, no solamente desde el lado de una pareja, sino también en otros niveles, que permitan compartir experiencias y buscar apoyo en situaciones o momentos más complejos en la profesión.
- El tener personal a cargo puede colaborar en la humanización de las relaciones, por los mismos motivos que el hecho de rodearse de colegas y otros profesionales del ámbito laboral. El cirujano que habitualmente trabaja en soledad debería analizar el beneficio que obtendría de dividir o delegar la tarea.
- El caso específico de la residencia, como etapa formativa recomendable, no ofrece oportunidad de decisiones autónomas que influyan en el bienestar, más allá de las mencionadas más arriba. El punto será analizado en el ámbito organizacional y político.

Nivel de servicio (grupo profesional)

Uno de los principales elementos que los grupos de trabajo y las unidades quirúrgicas pueden estimular es mantener a los profesionales comprometidos y motivados con su trabajo. Básicamente son los responsables de determinar el clima de trabajo y las formas de manejo de conflictos. De todas formas, debe entenderse que los Servicios también reciben influencia de las políticas institucionales, por lo cual los factores de intervención se cruzan en estos dos niveles.

Existen varias acciones que resultan fundamentales para las características del ambiente de trabajo. Como hemos visto, es uno de los principales determinantes del *burnout* en nuestro estudio. Una de ellas es promover un clima de confianza y transparencia, donde se tengan en cuenta las necesidades individuales de quienes integran el grupo o Servicio, y donde las autoridades y líderes prediquen con el ejemplo. El segundo elemento es la claridad, donde quede definido el objetivo que el grupo debe seguir, la dirección en que las acciones comunes deben orientarse, el rol que cada integrante desempeña, con un propósito definido y determinadas funciones que deben ser cumplidas con autonomía y responsabilidad, respetando los valores institucionales. En este sentido, son numerosos los análisis respecto del rol de los individuos como factor central en el riesgo de *burnout*, donde los conflictos y ambigüedades del rol resultan claramente nocivos¹³. El tercer elemento de ese compromiso es empoderar a quienes integran el grupo para alcanzar logros individuales y colectivos, favoreciendo la comunicación y la confianza^{92,110}.

Una cualidad fundamental entre quienes lideran grupos quirúrgicos es la capacidad de mantener canales abiertos de comunicación. Para ello, no solo es indispensable la escucha activa del otro, el ponerse en su lugar, el ser capaz de comprender sus circunstancias, sino también brindar retroalimentación ("feedback") frecuente, oportuna, privada y constructiva⁹².

Los líderes de los Servicios son los encargados directos de monitorizar los posibles conflictos interpersonales, las situaciones de discriminación, acoso o maltrato, y también de encontrar mecanismos para erradicar ese tipo de malas conductas. Si bien pueden existir mecanismos propios de la organización, los Servicios son los que primeramente los detectan y, en ocasiones, los minimizan. El liderazgo de los equipos debe ser claro en estas políticas y dejar canales abiertos para consultas y denuncias.

Es ideal que los cirujanos compartan su actividad con otros colegas, ya sea profesionales a su cargo o como parte de un equipo. Normalmente, dentro de un equipo multidisciplinario, los colegas pueden brindar otra opinión o punto de vista, lo que sería particularmente valioso cuando las tensiones son altas y es necesario tomar decisiones clínicas complejas.

La tutoría de colegas jóvenes o de aquellos que tienen dificultades puede fortalecer la resiliencia y mejorar la capacidad para afrontar los problemas. También puede ayudar a las personas a gestionar el estrés, mejorar la autoconciencia y las habilidades de comunicación y construir relaciones sociales entre equipos. También permitiría que las personas que carecen de confianza o que provienen de entornos minoritarios se sientan parte integral del grupo. Por otro lado, el enfoque de la "vieja escuela" que engendró un sentido de pertenencia puede contrastarse con el relativo aislamiento que algunos miembros *junior* y *senior* de un equipo experimentan en las instituciones actuales. La tutoría o el *mentoring* son acciones deliberadas y que deben planificarse. Si bien pueden existir relaciones espontáneas en este sentido, la mayoría de los profesionales de la cirugía actúan de manera independiente y no buscan naturalmente una figura de apoyo. La cultura del Servicio debe gestionar este tipo de relaciones.

Como hemos mencionado en el apartado anterior, tanto la subespecialización como las actividades docentes y de investigación, aportan elementos protectores para el *burnout*. Los Servicios deberían promover la cultura de la especialización, la formación continua, las certificaciones y recertificaciones, y los roles docentes, así como el desarrollo de líneas de investigación a distinto nivel.

Nivel organizacional (institucional)

Visto y considerando los factores de riesgo involucrados en el origen del *burnout* en profesionales de

la cirugía, muchos de ellos deberían ser anticipados por las instituciones donde se desempeñan quienes practican la cirugía.

Como hemos visto, el impacto del *burnout* es mayor en quienes se desempeñan exclusivamente en el ámbito público o en forma mixta en ámbitos público y privado, que en quienes únicamente tienen práctica privada. Sin embargo, y siendo conscientes de las mayores limitaciones financieras y administrativas en el ámbito público, existen recomendaciones generales que pueden optimizar la situación.

Desde el punto de vista institucional, Maslach graficó en 2017 los elementos que conforman lo que llamó "un lugar de trabajo saludable" y que ayudan a garantizar el compromiso y bienestar de quienes trabajan en la institución^{106,108}:

Una carga de trabajo razonable. Sabiendo que no es fácil lograrlo, es responsabilidad de las autoridades institucionales tratar de alcanzar el equilibrio. Muchas veces resulta más complicado de lograr con los profesionales de planta, pero sobre todo en el caso de quienes se están formando en la Residencia, al menos atenerse a no superar las 80 horas de trabajo semanales y el descanso efectivo posguardia. Ya hemos visto que en otras sociedades el límite se fija en 60 y hasta en 40 horas semanales. Y casualmente, en nuestra propia población, todos los dominios del *burnout*, pero sobre todo el agotamiento emocional, comienzan a alterarse luego de las 40 horas semanales.

Además de la carga horaria en sí, las condiciones laborales son fundamentales. Clima de trabajo agradable y proactivo, instalaciones confortables y bien equipadas para el descanso durante las guardias, alimentación saludable, licencias obligatorias, elementos adecuados para el desarrollo profesional, seguro de salud, etc.

Promoción de las actividades de docencia e investigación. No se trata solo de exigir publicaciones, sino de proveer los medios necesarios para su desarrollo: apoyo de formación docente, acceso a bibliografía actualizada, tiempo protegido para investigar (no adicional a la jornada laboral).

Comunidad de trabajo continente: atendiendo a las necesidades personales y familiares de quien se desempeña profesionalmente. Ello incluye la existencia de circuitos institucionales concebidos para resolver situaciones personales que atenten contra el equilibrio vida-trabajo. Por ejemplo, como se ha comentado, asesoría legal, familiar, nutricional, apoyo psicológico, etcétera.

Implementación de políticas que permitan desestigmatizar el derecho a realizar solicitudes personales por descanso, situaciones de salud u otras, sin por ello recibir represalias de cualquier índole.

Reconocimiento y recompensa: tanto reconocimiento en lo profesional (incluyendo la facilitación de desarrollo profesional continuo, tal como tiempo protegido

y financiación para cursos y congresos) como en el aspecto remunerativo, que debe ser digno.

Equidad y respeto: teniendo en cuenta las características individuales y promoviendo la equidad. Hemos desarrollado extensamente el rol de las cirujanas en nuestro medio y su riesgo potencial de padecer *burnout*, no por características personales sino por falta de consideración con respecto a sus diferentes roles, sesgos de selección, sesgos en la remuneración, entre otros factores. Es responsabilidad de quienes lideran la institución y el Servicio o Departamento considerar este punto especialmente. Para ello es relevante incorporar instancias de concientización y sensibilización, tales como talleres y/o seminarios, promover políticas de igualdad de oportunidades, incentivar códigos de conducta que promuevan el respeto y la equidad, impulsar el liderazgo de personas de todos los géneros, evaluación diagnóstica y continua de indicadores de equidad dentro de la organización.

Control y autonomía: hemos comentado que en un ambiente de confianza y respeto, con claridad en los objetivos, otorgar control sobre las propias tareas y un grado importante de autonomía es relevante y sano para todo el grupo profesional, y resulta un elemento de prevención del *burnout*.

Consustanciación de los profesionales con la misión, visión y valores de la institución en la que desarrollan su vida profesional.

Nivel societario y ministerial

Es relevante considerar el papel de las asociaciones, y, en nuestro caso, más precisamente, el de la Asociación Argentina de Cirugía (AAC).

Los Relatores han sido presidentes de la Comisión de Residencias y uno de ellos integra el Comité Colegio, por lo cual han sido partícipes de la excelencia educativa y en el desarrollo profesional que la Asociación ha promovido.

Actualmente, el andamiaje de soporte profesional de la AAC es muy importante, con un Comité de Educación que reúne las Comisiones de Residencias de 1° y 2° nivel, un Comité Colegio y un Comité de Asuntos Gremiales y Laborales, comprendiendo las Comisiones de Cirujanos Jóvenes y de Diversidad, Igualdad y Equidad.

Mencionamos estas Comisiones, ya que su accionar es altamente relevante en relación con los factores de prevención del *burnout* ya mencionados.

A nuestro juicio, las medidas para continuar y optimizar desde la AAC son:

- **Acreditación de Servicios:** sería esencial para el manejo del *burnout*, que los procesos de acreditación de Servicios contemplen en sus evaluaciones aspectos, ya nombrados, que inciden en el bienestar o estrés de sus miembros, tales como el ambiente laboral,

las características del liderazgo del grupo, las formas de afrontamiento de conflictos interpersonales y de situaciones complejas para los profesionales. Sería importante analizar si los Servicios han implementado formas de manejar los problemas fundamentales que predisponen al *burnout*, por ejemplo, a través de reuniones de sus miembros, discusiones en ateneos de morbilidad, sistemas de asesoría legal, sistemas de informe de acoso o maltrato, etcétera.

- **Programa de Mentoría y "Coaching":** este proyecto ya ha sido impulsado por la AAC en la forma del Programa de Tutelaje, aunque creemos que debería ser más difundido y globalizado. Contar con un mentor en la vida profesional en desarrollo implica allanar los obstáculos y desafíos de esa trayectoria profesional a través de un seguimiento personalizado. El efecto positivo de este tipo de programa, en el cual profesionales más expertos funcionan como guía e inspiración de profesionales en formación, puede ser muy importante. Además, pueden existir programas de tutoría o "coaching" para aspectos específicos del desarrollo profesional. El cuerpo de mentores y tutores debería ser diverso en sí mismo. Contar con un programa de estas características implica un gran esfuerzo institucional, sobre todo en la formación de los mentores. Sin embargo, creemos que sería relevante desarrollarlo en toda su dimensión, potenciando su alcance a nivel nacional y, quizás, regional.
- **Acreditación de Programas de Residencia:** la labor realizada es muy profesional desde hace años, pero requiere continuidad y globalización en el ámbito nacional. Ello implica formación de los profesionales a cargo de las acreditaciones, formación de los formadores en los respectivos programas, control de las horas laborales de quienes hacen la residencia (estándares ya mencionados), promoción de actividades de docencia, investigación y simulación en el período formativo, cuidado de los ambientes formativos, supervisión de calidad disponible en forma permanente, control de elementos relativos a la docencia en cada Servicio, entre otras medidas. Al igual que lo mencionado para las acreditaciones de Servicios, las evaluaciones de programas de residencia deben contemplar aspectos relacionados con el maltrato, acoso, discriminación por género, carga horaria, guardias y descansos posguardia, así como estrategias de manejo para situaciones críticas, conflictos interpersonales, etcétera.
- **Interacción con la autoridades ministeriales:** es relevante que las autoridades a cargo de los marcos legales y normativos de los procesos formativos en cirugía cuenten con la AAC como ente consultor y líder en la especialidad. Es ya tradicional la participación activa en el proceso de confección del "Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas-Especialidad Cirugía General" (última versión 2013). También

desde la Comisión de Residencias se ha tratado de uniformar y homologar las acreditaciones de programas con el Ministerio, lo cual no resulta fácil por los cambios de administración y de políticas estatales. Adicionalmente, y dado que tanto en el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) como en el Congreso de la Nación existen proyectos de actualización de la Ley Nacional de Residencias, es vital que nuestra Asociación sea parte integral de ese proceso.

- Control sobre la remuneración profesional: si bien sabemos que por la variada situación laboral y contractual de los profesionales de la cirugía en todo el país es un tema difícil de controlar y uniformar, es importante continuar promoviendo nomencladores sugeridos desde la AAC, como institución de referencia. De la misma forma, desde las regiones, analizar y actuar cuando sea necesario en zonas de conflicto.
- Consultoría especializada para profesionales miembros: sería importante considerar una consultoría profesional gratuita para asociados por parte de la AAC, con el fin de asesorar en cuestiones relacionadas con el bienestar general, problemas de equilibrio entre la vida profesional y laboral, asesoría psicoterapéutica, etc. En este sentido, sería adecuado pensar en la conformación de un Comité de Bienestar Profesional en Cirugía. Spector y col. propusieron que, así como las asociaciones de cirujanos suelen contar con áreas científica, de congresos, gremial, jurídica y otras, debería incorporarse un comité especial para asistencia de los miembros que lo requieran¹⁰³. Este comité debería mantener una vigilancia activa sobre el problema en el ámbito nacional, a través de instrumentos o interfaces que permitan conocer la situación de los miembros, y difundir políticas y recomendaciones que colaboren con el bienestar de los cirujanos y con la prevención y atención del *burnout*.
- Programa de Diversidad y Equidad: ya llevado a cabo por la Comisión correspondiente, y que fundamentalmente debe velar por evitar sesgos e inequidades con las cirujanas.

En cuanto a las autoridades sanitarias, ya hemos tratado su función en relación con los Marcos de Referencia y los proyectos sobre Ley de Residencias; nuevamente insistimos en que la Asociación Argentina de Cirugía debería ser el ente principal de consulta y referencia en la especialidad.

De la misma manera, el Ministerio podría dictar recomendaciones generales para seguir por las instituciones en el manejo de varios de los factores ya mencionados.

A modo de ejemplo, las Academias Nacionales de los Estados Unidos de América, entre ellas las de Ciencias, Medicina e Ingeniería, publicaron en 2022 un Plan Nacional de Cuidados en Salud, que incluye recomendaciones sobre la Institucionalización del Bienestar y los Valores¹⁰⁰, que fue impulsado después de la pandemia.

Ese plan está destinado a Instituciones Académicas, Programas de Formación Clínica, Programas y organismos de acreditación, Gobiernos federal, estatal y local, Sistemas de salud, Trabajadores de la salud y Aseguradores y Pagadores.

Entre los principales objetivos, incluye, textualmente:

- Definir el estado futuro ideal de la organización, guiado por una cultura que institucionaliza el bienestar como un valor fundamental.
- Comunicar que el bienestar de los trabajadores de la salud es esencial para una atención segura y de alta calidad al paciente.
- Comprometerse con la infraestructura, los recursos, la responsabilidad y una cultura que apoya el bienestar.
- Garantizar sistemas de trabajo adecuados en su diseño e implementación.
- Proporcionar formación a los trabajadores de la salud y a los estudiantes.
- Planificar reservas suficientes de equipos de protección personal (PPE) y otros recursos en preparación para futuras emergencias.

Es un buen ejemplo de directivas oficiales para tomar.

Mensaje final a quienes ejercen la cirugía y a la AAC

Consideramos que este Relato, basado en el más completo análisis de prevalencia del *burnout* entre quienes practican cirugía en la Argentina hasta el momento y en una exhaustiva revisión bibliográfica, será de gran valor para la Asociación Argentina de Cirugía y para los grupos profesionales que ella incluye y convoca, con el fin de prevenir y erradicar el flagelo del *burnout* en nuestra profesión. El estudio nos permite ver lo prevalente del problema y la situación de riesgo, en muchos casos límite, en la que se encuentran numerosos colegas. Asimismo identifica factores de vulnerabilidad muy significativos, particularmente para los más jóvenes y con mayor carga laboral, pero también para las cirujanas, que sufren una situación de desigualdad manifiesta que debe ser atendida. Y, finalmente, nos permite identificar factores modificables que podrían colaborar con la reducción del problema.

Fortalezas de esta investigación

Se trata de la investigación sobre *burnout* en el ámbito quirúrgico de mayor magnitud en Latinoamérica hasta el presente. Se basa en una muestra importante y representativa de profesionales de cirugía de la Argentina, así como en el análisis metodológico de múltiples variables asociadas al fenómeno.

Debilidades de esta investigación

La muestra estudiada es heterogénea en cuanto a su trayectoria profesional y personal. Son evidentes los cambios que el mundo ha experimentado en los últimos años, en lo personal, familiar, global, tecnológico, político, etc. Por ello nuestra población comprende individuos con diferentes contextos personales, formas de ver el mundo y la profesión, sin identificar factores particulares que permitan diferenciarlos.

El instrumento de recolección de información utilizado (encuesta *online* "Síndrome de *Burnout* en la Práctica Quirúrgica") pone de manifiesto el motivo del estudio. Según Maslach, el conocer el motivo del estudio puede inducir un sesgo de respuesta positiva en cuestionarios respondidos de manera anónima. No se puede descartar este sesgo en nuestra investigación, el que podría estar sobreestimando la prevalencia del problema.

Asimismo, la realizada por Neira y col. es una validación con 20 años de antigüedad. Su metodología

es adecuada, pero podría estar desactualizada sobre la base de los significativos cambios experimentados por las últimas generaciones, por lo que sería necesaria la elaboración de nuevos baremos para el contexto local actual.

Futuras líneas de investigación

Como hemos comentado previamente, varios aspectos puntuales de la práctica quirúrgica no fueron específicamente evaluados, en gran medida por carecer de antecedentes que permitieran otorgar un significado válido a su relación con el problema del *burnout*.

Pero, además de estos, existen otros aspectos que abren preguntas para futuras líneas de investigación.

- ¿Cuál es el impacto del *burnout* a largo plazo en los cirujanos? ¿Cómo repercute en su salud física, su expectativa de vida, su salud mental y mortalidad?
- ¿Cuáles son los cambios que determina en la trayectoria profesional, en el abandono de la especialidad (por otra actividad o por otra especialidad) o en un retiro prematuro?
- Sabiendo que algunas jurisdicciones han establecido políticas laborales en la formación residencial, ¿cuál ha sido su impacto en el *burnout* de los residentes de cirugía general?
- Particularmente en cirujanos, ¿cuál ha sido la utilidad y eficacia de las intervenciones individuales, como la terapia cognitivo-conductual, el *mindfulness* y el *coaching* profesional?
- ¿Qué papel desempeña la tecnología en la aparición del *burnout*? ¿Cómo influyen la telemedicina, las herramientas que utilizan inteligencia artificial, las aplicaciones móviles, la accesibilidad de los pacientes gracias a la tecnología?
- ¿Qué expectativas existen sobre las mejoras ergonómicas que se instalan cada vez más con la utilización de la cirugía robótica?
- ¿Cómo se diferencian las subespecialidades quirúrgicas en el riesgo de *burnout*?
- ¿Cuáles son las diferencias generacionales concretas que cambian la relación trabajo/vida personal y cómo participan en el riesgo de *burnout*?
- Además de las herramientas actuales, ¿se podrían desarrollar otros instrumentos para medir el *burnout* específicamente en quienes ejercen la cirugía? ¿Sería posible incluir indicadores biométricos o psicológicos que permitan definir o anticipar la presencia de *burnout*? Son puntos estimulantes para futuras investigaciones.

Referencias bibliográficas

- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 4th Edition. Mind Garden Inc.; 2018.
- Guilla MA, Giménez SB, Morán VE, Olaz FO. Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*. 2019; 25(2):179-93. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>. ISSN (Impreso): 1729-4827 ISSN (Digital): 2223-7666.
- Greene G. A Burnt-Out Case. New York: The Viking Press; 1961 HC/DJ.
- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-65.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.
- Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *An Psicol*. 2010;26(1):169-80.
- Salanova M, Schaufeli WB, Llorens S, Peiro JM, Grau R. Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000;16(2):117-34.
- Nguyen Huynh A, Besse C, Mediouni Z, El May E, Shoman Y, Hanez I et al. Diagnostic Performances of an Occupational Burnout Detection Method Designed for Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12300. doi: 10.3390/ijerph182312300. PMID: 34886022.
- Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-50. doi: 10.1001/jama.2018.12777. PMID: 30326495.
- OMS - CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad 2024-01. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#129180281>.
- Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *An Psicol*. 1999;15(2):261-8.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397. PMID: 11148311.
- Marucco MA, Flamenco E, Ragazzoli PN. Estudio para evaluar el Síndrome de Quemarse por el trabajo. Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), docentes zona sur bonaerense. 2006.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-11. doi: 10.1002/wps.20311. PMID: 27265691.
- Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL (Eds.). *The handbook of work and health psychology*. New York: John Wiley & Sons; 2003. pp.383-425.
- Schaufeli WB, Enzmann D, Girault N. Measurement of Burnout: A Review. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds.). *Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research*. London: Routledge; 1993. Ch. 12. eBook 2017 ISBN 9781315227979. <https://doi.org/10.4324/9781315227979>.
- Sponton C, Trógolo M, Castellano E, Medrano LA. Medición del burnout: Estructura factorial, validez y confiabilidad en trabajadores argentinos. *Interdisciplinaria*. 2019;36(1):87-103.
- Schaufeli WB, Salanova M. Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2007;20(2):177-96.
- Leiter MP. Burnout as a Developmental Process: Consideration of Models. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T(eds.). *Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research*. Routledge: London; 1993. Ch. 14. eBook 2017 ISBN 9781315227979. <https://doi.org/10.4324/9781315227979>.
- Salomón SE, Cámara LA, Valdez PR. Compilación de trabajos sobre el síndrome de burnout presentados en diez años de congresos de la Sociedad Argentina de Medicina (2005-2015). *Rev Arg Med*. 2019;7(1):S23-S34. ISSN 2618-4427.
- Shoman Y, Marca SC, Bianchi R, Godderis L, van der Molen HF, Guseva Canu I. Psychometric properties of burnout measures: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021;30:e8. doi: 10.1017/S2045796020001134. PMID: 33436137.
- Williams-Karnesky RL, Greenbaum A, Paul JS. Surgery Resident Wellness Programs: The Current State of the Field and Recommendations for Creation and Implementation. *Adv Surg*. 2020;54:149-71. doi: 10.1016/j.yasu.2020.05.005. Epub 2020 Jun 24. PMID: 32713427 Review.
- Álvarez Mena J, Cobo Molina N, Parra Osorio L, Gómez Salazar L, Acosta Fernández M. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. *Revista Diálogos de Saberes*. 2019;50:39-60. Universidad Libre (Bogotá). DOI: <https://doi.org/10.18041/0124-0021/dialogos.50.2019.5551>.
- Galaiya R, Kinross J, Arulampalam T. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: a systematic review. *Ann R Coll Surg Engl*. 2020;102(6):401-7. PMID: 32326734 PMID: PMC7388944 DOI: 10.1308/rcsann.2020.0040.
- Moreno-Egea A, Latorre-Reviriego I, de Miquel J, Campillo-Soto A, Sáez J, Aguayo JL. Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos. *Cir Esp*. 2008;83(3):118-24. doi: 10.1016/s0009-739x(08)70525-6.
- Balendran B, Bath MF, Awopetu AI, Kreckler SM. Burnout within UK surgical specialties: a systematic review. *Ann R Coll Surg Engl*. 2021;103(7):464-70. doi: 10.1308/rcsann.2020.7058. PMID: 34192488.
- Dimou FM, Eckelbarger D, Riall TS. Surgeon Burnout: A Systematic Review. *J Am Coll Surgeons*. 2016;222(6):1230-9. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2016.03. PMID: 27106639 PMID: PMC4884544.
- Shanafelt TD, Balch CM, Beachamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 2009;250(3):463-71. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd. PMID: 19730177.
- Celik SU, Aslan A, Coskun E, Coban BN, Haner Z, Kart S, et al. Prevalence and associated factors for burnout among attending general surgeons: a national cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):39. doi: 10.1186/s12913-020-06024-5. PMID: 33413318.
- Zheng H, Shao H, Zhou Y. Burnout among Chinese Adult Reconstructive Surgeons: Incidence, Risk Factors, and Relationship with Intraoperative Irritability. *J Arthroplasty*. 2018;33(4):1253-7. doi: 10.1016/j.arth.2017.10.049. Epub 2017 Nov 3. PMID: 29239771.
- Pulcrano M, Evans SR, Sosin M. Quality of Life and Burnout Rates across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surg*. 2016;151(10):970-8. doi:10.1001/jamasurg.2016.1647. PMID: 27410167.
- Sier VQ, Schmitz RF, Schepers A, van der Vorst JR. Exploring the surgical personality. *Surgeon*. 2023;21(1):1-7. doi: 10.1016/j.surge.2022.01.008. Epub 2022 Feb 28. PMID: 35241372 Review.
- Weiss JB, Vu MM, Hatch QM, Sohn VY. Maintaining Wellness and Instilling Resilience in General Surgeons. *Surg Clin North Am*. 2021;101(4):625-34. doi:10.1016/j.suc.2021.05.009. PMID: 34242605 Review.
- Leiter MP, Maslach C. Interventions to Prevent and Alleviate Burnout. In: Cooper C (Ed). *Current Issues in Work and Organizational Psychology*. London: Routledge; 2018. Ch. 3. eBook ISBN 9780429468339. <https://doi.org/10.4324/9780429468339>.
- Golisch KB, Sanders JM, Rzhetsky A, Tatebe LC. Addressing Surgeon Burnout through a Multi-level Approach: A National Call to Action. *Curr Trauma Rep*. 2023 ;17:1-12. doi: 10.1007/s40719-022-00249-x. PMID: 36688090.
- Díaz Bambula F, Gómez IC. La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*; 2016; 33(1). <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.1.8065>. ISSN 0123-417x (impreso) ISSN 2011-7485 (on line).
- Kratzke IM, Woods LC, Adapa K, Kapadia MR, Mazur L. The Sociotechnical Factors Associated with Burnout in Residents in Surgical Specialties: A Qualitative Systematic Review. *J Surg Educ*. 2022;79(3):614-23. doi: 10.1016/j.jsurg.2021.11.006. Epub 2021 Nov 24. PMID: 34836841.
- Ladha P, Lasinski AM, Kara AM, Relation T, Tseng ES. Burnout in Trauma Surgeons During the COVID-19 Pandemic: a Long-standing Problem Worsens. *Curr Trauma Rep*. 2022; 27:1-9. doi: 10.1007/s40719-022-00247-z. PMID: 36591542 Review.
- Figari M, Ladenheim R, Eder ML, Schwartzman G, Roni C, Reboiras F y cols. Continuidad académica en el Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires durante la pandemia de COVID 19. En: Falcón P (ed.). *La Universidad entre la crisis y la oportunidad: reflexiones y acciones del sistema universitario ante la pandemia*. Buenos Aires: EUDEBA. Córdoba: Editorial

- de la Universidad Nacional de Córdoba; 2020. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/18nR4yWlxV5717Ese1O9VGcj42jn1PeFR/view>
40. Rodríguez Santos F, González Salazar E, Dietrich A, Cano Busnelli V, Roni C, Facioni C, et al. Teaching strategies and outcomes in 3 different times of the COVID-19 pandemic through a dynamic assessment of medical skills and wellness of surgical trainees. *Surgery*. 2021;S0039-6060(21)00788-1. doi: 10.1016/j.surg.2021.08.018. PMID: 34548160.
 41. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *N Engl J Med*. 2019;381(18):1741-52. doi: 10.1056/NEJMsA1903759. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31657887.
 42. Reboiras F. Condiciones de formación en las residencias médicas: El maltrato como práctica legitimada. Tesis de Maestría. Buenos Aires: FLACSO; 2020. <http://hdl.handle.net/10469/16408>.
 43. Hernández-Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6.ª ed. McGraw-Hill de España; 2014. ISBN: 978-1-4562-2396-0.
 44. Neira MC. Cuando se enferman los que curan. Buenos Aires: Ediciones De Autor; 2004. ISBN: 987-43-7422-6.
 45. Lupano Perugini ML, Castro Solano A. Influencia de virtudes organizacionales sobre satisfacción, compromiso y performance laboral en organizaciones argentinas. *Interdisciplinaria*. 2018;35(1): 171-88.
 46. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*. 2016;3: 89-100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>.
 47. Maxwell JA, Miller BA. Categorizing and connecting strategies in qualitative data analysis. In: Nagy Hesse-Biber S, Leavy P (Eds.). *Handbook of emergent methods*. New York: Guilford Press; 2008.
 48. Bakker AB, Demerouti E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *J Manage Psychol*. 2007;22(3):309-28. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>.
 49. Lucas-Guerrero V, Pascua-Sole M, Ramos Rodríguez JL, et al. Burnout in General Surgery Residents. Survey from the Spanish Association of Surgeons. *Cir Esp*. 2020;98(8):442-9. doi: 10.1016/j.ciresp.2020.04.013. Epub 2020 May 16.
 50. Travers V. Burnout in orthopedic surgeons. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2020;106(15):S7-S12. doi: 10.1016/j.otsr.2019.04.029. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31740160.
 51. Devia MC, Domínguez LC. Evaluación de las estrategias de recuperación del trabajo: una mirada de su efectividad al interior de la residencia de cirugía. *IATREIA*. 2021;34(1):54-63.
 52. Olivares V, Gil-Monte P. 2009. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Cienc Trab*;11(31):160-7.
 53. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali*, 2002. *Colombia Médica*. 2004;35(4):1738. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/315>.
 54. Flores Tesillo SY, Ruiz Martínez AO. Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*. 2018; 28(1): 63-72. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2539>.
 55. Schaufeli WB, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis;1998. DOI:10.1201/9781003062745. ISBN 978-0-7484-0697-5.
 56. Portoghese I, Leiter MP, Maslach C, Galletta M, Porru F, D'Aloja E, et al. Measuring Burnout Among University Students: Factorial Validity, Invariance, and Latent Profiles of the Italian Version of the Maslach Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS). *Front Psychol*. 2018;9:2105. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02105. eCollection 2018. PMID: 30483171.
 57. Leiter MP, Maslach C. Pandemic implications for six areas of worklife. In: Leiter MP, Cooper CL (Eds). *Burnout while Working. Lessons from Pandemic and Beyond*. London: Routledge; 2022. Ch 2. eBook ISBN 9781003250531. <https://doi.org/10.4324/9781003250531>.
 58. Leiter MP, Maslach C. (2024). Job burnout. In: Tetrick LE, Fisher GG, Ford MT, Quick JC (Eds.). *Handbook of occupational health psychology*. 3rd ed. Washington: American Psychological Association; 2024. pp. 291-307. <https://doi.org/10.1037/0000331-015>.
 59. Maslach C, Leiter MP. Understanding Burnout New Models. In: Cooper CL, Campbell Quick J (Eds). *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons; 2017. Print ISBN:9781118993774 |Online ISBN:9781118993811 |DOI:10.1002/9781118993811.
 60. Durante E, Carrió S, Eymann A, Augustovski F, Figari M, Blanco O. Burnout in Medical Residents: a 4-year longitudinal study. Presentación ante el Congreso Europeo de Educación Médica (AMEE, 2011).
 61. Willemot L, Lee MJ, Mulford J. Introduction to surgical coaching. *ANZ J Surg*. 2023;93(3):487-92. doi: 10.1111/ans.18287. PMID: 36707460 Review.
 62. Pereira VV, Vedia AS. Síndrome de burnout en las instrumentadoras quirúrgicas y enfermeros de quirófano del Instituto Oncológico Alexander Fleming [tesis de licenciatura] [Internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano; 2018. Disponible en: <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesis/20191210112444/tesis-pereira-vedia.pdf>
 63. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 2009; 14(3):204-20. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>.
 64. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069-81.
 65. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
 66. Brayfield AH, Rothe HF. An index of job satisfaction. *J Appl Psychol*. 1951;35(5):307-11.
 67. Cohen S, Hoberman HM. Positive events and social support as buffers of life change stress. *J Appl Soc Psychol*. 1983;13(2):99-125.
 68. Navarro-Pérez P, Contreras Sánchez AJ, Junco Gómez MC, Sánchez Villegas P, Sánchez-Cantalejo Garrido NLM, Martín NL. Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2015. 280 p. LILACS, Repositorio RHS | ID: biblio-884869.
 69. Manrique JL. Relato oficial: Relación entre la Calidad de Vida del Cirujano y su Actuación Profesional. *Rev Argent Cirug*. 2006; N.º Extraordinario 2006:pp. 79-149.
 70. Reboiras F y cols. Maltrato en las residencias médicas: un estudio cualitativo sobre la configuración de las identidades profesionales. *Investigación Educ. Médica (México)*. 2024;13(50). <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.50.23552>.
 71. De Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33(4):883-94. doi: 10.1007/s40520-019-01368-3. Epub 2019 Oct 9. PMID: 31598914.
 72. Senturk JC, Melnitchouk N. Surgeon Burnout: Defining, Identifying, and Addressing the New Reality. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019;32(06):407-14. DOI: 10.1055/s-0039-1692709. PMID: 31824232 PMCID: PMC6901360.
 73. Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery*. 2001;130(4):696-702; discussion 702-5. doi: 10.1067/msy.2001.116676. PMID: 11602901.
 74. Coturel A y col. Situación laboral y económica del cirujano argentino del nuevo milenio. *Rev Argent Cirug*. 2023;115 (Suplemento 1):S11-S56.
 75. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc*. 2013;88(12):1358-67. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.07.016. PMID: 24290109.
 76. Kuerer HM, Eberlein TJ, Pollock RE, Huschka M, Baile WF, Morrow M, et al. Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(11):3043-53. doi: 10.1245/s10434-007-9579-1. Epub 2007 Sep 9. PMID: 17828575.
 77. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Quality of life during orthopaedic training and academic practice. Part 1: orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am*. 2009;91(10):2395-405. doi: 10.2106/JBJS.H.00665. PMID: 19797575.
 78. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373-83. doi: 10.1001/jama.2015.15845. PMID: 26647259.
 79. McNeill K, Vaillancourt S, Choe S, Yang I, Sonnadara R. "I don't know if I can keep doing this": a qualitative investigation of surgeon burnout and opportunities for organization-level improvement. *Front Public Health*. 2024;12:1379280. doi: 10.3389/fpubh.2024.1379280. eCollection 2024. PMID: 38799682.
 80. Wai PY, Dandar V, Radosevich DM, Brubaker L, Kuo PC. Engagement, workplace satisfaction, and retention of surgical specialists

- in academic medicine in the United States. *J Am Coll Surg*. 2014;219(1):31-42. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.027. Epub 2014 Mar 22. PMID: 24952437.
81. Anderson SH, Moe JS, Abramowicz S. Work-Life Balance for Oral and Maxillofacial Surgeons. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2021;33(4):467-73. doi:10.1016/j.coms.2021.05.006. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34364748 Review.
 82. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005. DOI:10.13140/2.1.4614.8806. ISBN:84-368-1949-7.
 83. Bartholomew AJ, Houk AK, Pulcrano M, Shara NM, Kwagyan J, Jackson PG, et al. Meta-Analysis of Surgeon Burnout Syndrome and Specialty Differences. *J Surg Educ*. 2018;75(5):1256-63. doi: 10.1016/j.jsurg.2018.02.003. Epub 2018 Feb 28. PMID: 29500145
 84. Moreno-Egea A, Latorre-Reviriego I, Morales-Cuenca G, Campillo-Soto A, Bataller-Peñañafiel E, Sáez-Carreras J. Cómo evitar "quemarse" (o padecer el síndrome de burnout) en un servicio de cirugía general. *Cir Ciruj*. 2009;77:149-55.
 85. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. *J Am Coll Surg*. 2016;223(3):440-51. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.05.014. Epub 2016 May 26. PMID: 27238875.
 86. Eymann A, Durante E, Carrió S, Figari M. To Improve Postgraduate Training: Medical Residents' Input in Residency Quality Improvement. *Educ Health (Abingdon)*. 2012;25(3):208-10. doi: 10.4103/1357-6283.109792. PMID: 23823642.
 87. Muñoz N, Campaña N, Campaña G. Prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de cirugía general de Chile y sus factores asociados. *Rev Chil Cir*. 2018;70(6):544-50.
 88. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, et al. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1479. doi: 10.3390/ijerph16091479. PMID: 31027333.
 89. Ng R, Chahine S, Lanting B, Howard J. Unpacking the Literature on Stress and Resiliency: A Narrative Review Focused on Learners in the Operating Room. *J Surg Educ*. 2019;76(2):343-53. doi: 10.1016/j.jsurg.2018.07.025. Epub 2018 Aug 24. PMID: 30146461.
 90. Marco de Referencia de las Residencias de Cirugía General. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2013.
 91. Gaete D. Efectos pandemia en la formación quirúrgica: visión del residente de cirugía general. *Rev Cir*. 2022;74(1):7-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492022001551>.
 92. Zak PJ. The Neuroscience of Trust. Management behaviors that foster employee engagement. *Harvard Business Review*. January-February 2017.
 93. Domínguez LC, Vega NV, Buitrago L. Mirando al futuro: ¿qué esperan para su bienestar los próximos residentes de cirugía? *Educación Médica*. 2021;:261-6.
 94. Arora M, Diwan AD, Harris IA. Burnout in orthopaedic surgeons: a review. *ANZ J Surg*. 2013;83(7-8):512-5. doi: 10.1111/ans.12292. Epub 2013 Jun 24. PMID: 23796266.
 95. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg*. 2011;146(2):211-7. doi: 10.1001/archsurg.2010.310. PMID: 21339435.
 96. Doherty GM. How Do We Prevent Burnout in Surgery? *Adv Surg*. 2019;53:131-43. doi: 10.1016/j.yasu.2019.04.017. Epub 2019 May 18. PMID: 31327442.
 97. Bouza E, Gil-Monte PR y col. Síndrome de quemarse por el trabajo en los médicos de España. Suplemento EIDON, N° 53, junio 2020, 53: 91-141. DOI:10.13184/eidon.53.2020.91-141.
 98. Bratu I, Heiss K, Mueller C, Winthrop A, Blair G, Moulton CA. Canadian Association of Pediatric Surgeons' state of well-being. *J Pediatr Surg*. 2019;54(5):891-4. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2019.01.014. Epub 2019 Jan 31. PMID: 30782439.
 99. Nguyen MA, Castelo M, Greene B, Lu J, Brar S, Reel E, et al. Profiles of Burnout and Response to the COVID-19 Pandemic among General Surgery Residents at a Large Academic Training Program. *Surg Innov*. 2023;30(2):239-50. doi: 10.1177/15533506221120145. Epub 2022 Aug 16. PMID: 35971874.
 100. National Academy of Medicine. National Plan for Health Workforce Well-Being. Washington, DC: The National Academies Press; 2022. <https://doi.org/10.17226/26744>.
 101. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 11)CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub3. PMID: 25391582.
 102. Parry DA, Oeppen RS, Amin MSA, Brennan PA. Could exercise improve mental health and cognitive skills for surgeons and other healthcare professionals? *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018;56(5):367-70. doi: 10.1016/j.bjoms.2018.03.005. Epub 2018 Apr 9. PMID: 29650472 Review.
 103. Spector CH, Cherjovsky MR, Labandal LG. Estrategias de afrontamiento por los cirujanos de situaciones profesionales estresantes. *Rev Argent Cirug*. 2016;108(2):70-6.
 104. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)*. 2021;157(3):130-40. doi: 10.1016/j.medcli.2021.04.003. Epub 2021 May 6.
 105. Prendergast C, Ketteler E, Evans G. Burnout in the Plastic Surgeon: Implications and Interventions. *Aesthet Surg J*. 2017;37(3):363-8. doi: 10.1093/asj/sjw158. PMID: 28207037 Review.
 106. Maslach C. Finding solutions to the problem of Burnout. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2017; 69(2): 143-52. <http://dx.doi.org/10.1037/cpb0000090>.
 107. Pooley JA, Cohen L. Resilience: A Definition in Context. *The Australian Community Psychologist* 2010;22(1):30-7.
 108. Murden F, Bailey D, Mackenzie F, Oeppen RS, Brennan PA. The impact and effect of emotional resilience on performance: an overview for surgeons and other healthcare professionals. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018;56(9):786-90. doi:10.1016/j.bjoms.2018.08.012. PMID: 30220608.
 109. Sergeant J, Laws-Chapman C. Creating a positive workplace culture. *Nurs Manag (Harrow)*. 2012;18(9):14-9. doi:10.7748/nm2012.02.18.9.14.c8889. PMID: 22439496.
 110. Kinley N, Ben-Hur S. Leadership OS: the operating system you need to succeed. London, United Kingdom: Palgrave Macmillan; 2019.

Asociación Argentina de Cirugía
M. T. de Alvear 2415 - 1122
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Argentina