

Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos

Alfredo Moreno-Egea^a, Isabel Latorre-Reviriego^b, Joana de Miquel^a, Alvaro Campillo-Soto^a, Juan Sáez^b y José Luis Aguayo^a

^aServicio de Cirugía General. Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

^bDepartamento de Teoría e Historia de la Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia. Murcia. España.

Resumen

El síndrome de *burnout* (del inglés, quemado) es un estado de cansancio emocional y mental, caracterizado por sentimientos de vacío y actitudes negativas hacia el trabajo y la vida. Aparece de forma específica en las profesiones de ayuda en relación con las interacciones humanas, y se instaura de forma progresiva afectando tanto al profesional como a la organización; actualmente es la causa más frecuente de baja laboral. Su incidencia entre los médicos alcanza el 50%, pero a pesar de considerarse un grupo de alto riesgo, su incidencia y sus consecuencias entre cirujanos todavía se desconocen. Se analizan los factores causales y se ofrecen estrategias de afrontamiento para poder controlar el problema.

Palabras clave: Burnout. Cirugía. Cirujanos. Sociedad.

SOCIETY AND SURGERY. BURNOUT AND SURGEONS

Burnout syndrome is a mental and emotional state of tiredness, characterised by feelings of emptiness and negative attitudes to work and life. It appears particularly in care professionals associated with human interactions, and starts progressive, affecting the professional as well as the organisation. It is currently the most common cause of absence from work. Its incidence among doctors is about 50%, but, despite being considered a high risk group, its incidence and consequences among surgeons is still unknown. The causal factors are analysed and coping strategies are offered to be able to control the problem.

Key words: Burnout. Surgery. Surgeons. Society.

Introducción

Los cirujanos siempre han sido algo más que buenos profesionales, por encima de su salario (comparativamente injusto) y de su satisfacción individual por los pacientes sanados, el cirujano siempre ha permanecido sobre la cubierta de un barco (llamado sociedad) con un pie fijo y el otro adelantado como atisbando el horizonte. Cómo si no es posible explicar que después del sacrificio y el esfuerzo que representa conseguir un trabajo sean capaces de seguir evolucionando, adaptándose a nuevas técnicas, de seguir innovando, enseñando y publicando con un esmero y cariño como posiblemente no lo haga ningún otro profesional. ¿Cómo se puede explicar que cirujanos con más de 20 años de servicio sigan con ilusión aprendiendo técnicas nuevas, instrumentación, gestión, y de forma tan excelente? En parte se lo podemos deber al sistema de residentes (donde los haya) que nos permite mantenernos en permanente estado de alerta, evalua-

ción y cambio. Pero ¿hasta cuando podrá aguantar, no el cuerpo, sino la salud laboral de estos entregados profesionales? Todo tiene un límite y el de los cirujanos de este país puede estar cada día más cerca. Los grandes cambios de la última década, tanto sociales como tecnológicos (evidencia, calidad, valores, gestión, gasto sanitario, etc.), se han acelerado a un ritmo vertiginoso y los cirujanos han seguido intentando capitanejar un barco del que ciertamente ya no confían en su rumbo. En este punto es cuando debemos empezar a pensar no como cirujanos infatigables y esenciales, sino como meros profesionales y empleados de una institución, y aceptar que podemos padecer ciertos problemas de salud relacionados con nuestra forma de trabajar.

Definición del síndrome de *burnout*

El síndrome de *burnout* (SB) fue descrito en 1974 por Freudenberger¹ en trabajadores que sufrían una progresiva pérdida de energía, síntomas de ansiedad, depresión, desmotivación y agresividad, como una afición característica de las profesiones de servicios y consecuencia de trabajar intensamente sin considerar las propias necesidades (interacción inadecuada entre profesionales excesivamente celosos de su trabajo y clientes

Correspondencia: Dr. A. Moreno Egea.
Avda. Primo de Rivera, 7, 5.^o D. 30008. Murcia. España.
Correo electrónico: moreno-egea@ono.com

Manuscrito recibido el 11-6-2007 y aceptado el 18-6-2007.

excesivamente demandantes). En 1976, Maslach lo define como una situación de sobrecarga emocional entre profesionales que después de años de dedicación terminan "quemándose" y lo estructura en tres dimensiones: el cansancio emocional (caracterizado por la pérdida progresiva de energía y recursos personales de adaptación, desgaste y agotamiento); la despersonalización (manifestada por un cambio negativo de actitudes que lleva defensivamente a adoptar un distanciamiento frente a los problemas) y la falta de realización profesional (donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo en un marco de fuerte insatisfacción y baja autoestima^{2,3} (tabla 1).

Etiología del síndrome de *burnout*

El SB surge de la falta de correspondencia entre las exigencias de la profesión médica y las recompensas recibidas, es el resultado a largo plazo de un desequilibrio entre nuestras expectativas y la realidad. Podemos agrupar los factores etiológicos en tres grupos:

Personales. Los sentimientos de altruismo llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los pacientes y a considerarlos como un reto personal, lo que termina por crear sentimientos de culpa y de escasa realización. La mayoría de las investigaciones concluyen que el SB afecta más a sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás, es decir, se asocia con el patrón de personalidad tipo A, poca autoconfianza y locus de control externo. La relación trabajo-familia es otro factor que considerar, ya que el profesional es el nexo de unión entre ambos y la familia padece sus vivencias, sentimientos, conductas, tensiones y conflictos⁴⁻⁸.

Profesionales. La profesión implica un trato directo y continuado con pacientes y familiares, lo que supone un goteo emocional. En este apartado se incluyen los efectos derivados de las relaciones interpersonales que se establecen con compañeros, supervisores y pacientes, y el desarrollo de la carrera profesional y posibilidades de promoción⁹⁻¹².

Organizacionales. Las nuevas tecnologías pueden facilitar o dificultar el desempeño de la labor asistencial, que depende de cómo el profesional se ajuste a ellas. Se incluye aquí: 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, etc. Otros desencadenantes que no podemos olvidar son los derivados del ambiente físico y contenido del puesto laboral, como nivel de ruido, vibraciones, tipo de iluminación, temperatura, condiciones de higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio físico, trabajo nocturno, guardias, peligro de sobrecarga laboral y oportunidad del facultativo para emplear las habilidades adquiridas, variedad e identificación dentro del servicio donde se trabaja¹³⁻¹⁶.

TABLA 1. Incidencia del *burnout* en diferentes profesiones según el índice de Maslach

Estudio	Profesión	Burnout
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos	50%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas	45%
Henderson (1984)	Médicos	30-40%
Jorgesen (1992)	Enfermería	39%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermería	20-35%
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12-40%
Price y Spence (1994)	Policía y sanitarios	20%
Rosse, Jonson y Crow (1991)	Policía y sanitarios	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermería	17%

Tomado de García, Sáez y Llor, 2000.

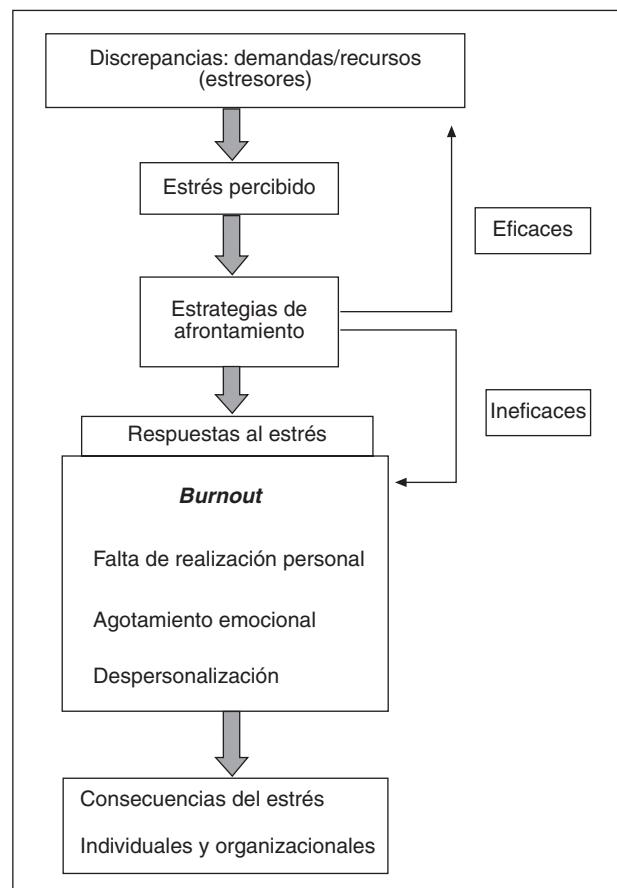


Fig. 1. Modelo explicativo de Gil-Monte y Peiró (1997), que integra las tres dimensiones dentro del proceso de estrés laboral. El burnout es considerado como un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral.

Patogenia y proceso de desarrollo

El SB aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. La figura 1 representa el modelo de Gil-Montes para explicar el SB

TABLA 2. Estudios nacionales sobre el síndrome de *burnout* en diversos profesionales

Administrativos	Lozano y Montalbán (1999)
Auxiliares de clínica	Caballero (2001), Carmona y Marín (2000), Montalbán (2000), Muñón (2001)
Cirujanos y dentistas	Díaz (2001)
Cuidadores de geriátricos	Bujalance (2001), Menezes (2000)
Deportistas	Garcés (1995), Garcés y García (1995)
Docentes	Aluja (1997), García (1995), Gil-Monte (1999), Guerrero (2001), Matud (2002), Quevedo (1997), Yela (1996)
Médicos de atención especializada	Atance (1997), Caballero (2001), Carauna (1989), López (1996), Tello (2002)
Médicos de atención primaria	Atance (1997), Cebríá (2001), García (1995), Olmedo (2001)
Monitores de educación especial	Gil-Monte (200)
Enfermería	Álvarez (1991), Atance (1997), Bujalance (2001), Caballero (2001), Cano (1996), Carauna (1989), Carmona (2000), De Fuente (1994), Escribá (2000), Fornes (1998), García (1990 y 1999), Garza (1999), Gil-Monte (2001), Gómez (1991), González-Roma (1998), López (1996), Manzano (2000), Muñoz (2001), Olmedo (2001)
Profesionales de salud mental	Álvarez (1991), García (2000), Olmedo (2001), Torrado (1996)
Psicólogos	Álvarez (1991), García (1995)
Trabajadores ocupacionales	Gil-Monte (1996)
Trabajadores sociales	Álvarez (1991), García (1995)
Vigilantes de penitenciarías	Buendía (1995)
Voluntarios	Chacón (1999), Gil-Monte (2000)

Tomado de Ortega y López, 2004.

como un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral. Una vez percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que neutralicen los estresores y hagan desaparecer estas discrepancias. Se debe dejar de vivir la situación estresora como tal, ya que va a persistir en la relación cotidiana del profesional con su entorno. En caso contrario, llevan al fracaso profesional y de las relaciones interpersonales, y provocan un sentimiento de poca realización personal y agotamiento emocional que desemboca en una actitud de despersonalización, lo que indica la instauración del SB^{14,17-19}.

Manifestaciones clínicas del síndrome de *burnout*

El SB se va desarrollando en fases evolutivas de forma insidiosa, y oscila con intensidad variable en una misma persona. Los síntomas clínicos asociados son de tres tipos:

- Síntomas físicos de estrés (cansancio, fatiga, trastornos del sueño, malestar general, cefaleas, dolores osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, hipertensión, etc.).

- Manifestaciones emocionales (sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, escasa autoestima y pobre realización personal, dificultad para la concentración, disminución de la memoria inmediata, poca tolerancia a la frustración, impaciencia, irritabilidad, sentimiento oscilante de impotencia a omnipotencia, desorientación y comportamientos agresivos).

- Manifestaciones conductuales (mala comunicación, predominio de conductas adictivas y de evitación, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas, trastornos del apetito, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo y frecuentes conflictos interpersonales)¹⁹⁻²⁴.

Estudios relevantes en cirujanos

El estrés crónico y el SB pueden tener importantes consecuencias en la relación médico-paciente y en la actividad profesional del cirujano. Una de las posibilidades de cuantificar este problema es mediante el índice de Maslach (IBM)²⁵, que mide el desgaste profesional con una gran consistencia interna y una fiabilidad cercana a 0,9. En Estados Unidos ha sido ampliamente utilizado y en nuestro país se ha empleado en otros muchos ámbitos laborales, sobre todo en atención primaria y enfermería (tabla 2). Este índice nos permite conocer la incidencia del problema y realizar comparaciones entre colectivos²⁶⁻²⁸.

En 1996, Ramírez et al²⁸, al comparar a 4 tipos de especialistas hospitalarios (cirujanos, digestólogos, radiólogos y oncólogos), encontraron un menor grado de SB entre cirujanos y demostraron su relación positiva con la satisfacción por el trabajo. Campbell et al²⁹, en 2001, encontraron grados elevados de SB en un tercio de los cirujanos americanos (tabla 3). Las variables demográficas que demostraron asociarse al SB con una correlación inversa fueron: la edad (mayor susceptibilidad entre cirujanos jóvenes), la antigüedad laboral y el número de semanas de vacaciones/año. Jiménez et al³⁰, en 2002, encontraron un moderado SB con un grado medio de satisfacción laboral que se justifica por el carácter vocacional de la profesión. Como datos epidemiológicos, observaron una relación significativa con el número de guardias y rango jerárquico. Bertges et al³¹, en 2005, aplicaron el IBM a un grupo de cirujanos de trasplante, y demostraron grados más elevados en sus tres dimensiones que los referidos por Campbell en cirujanos generales, por lo que recomiendan mayor apoyo institucional, incrementar las oportunidades de crecimiento profesional y de control personal sobre el trabajo para reducir el SB en los cirujanos. Harms et al³², en 2005, valoran las consecuencias en la salud de cirujanos antiguos residentes de un mismo hospital y los resultados fueron de gran interés: el 50% presentaba problemas de

TABLA 3. Estudios sobre el síndrome de *burnout* entre los diferentes tipos de profesionales del ámbito quirúrgico

Autor, año	Profesionales	Grado de <i>burnout</i> (%)		
		CE	D	RP
Jonson, 1993	Cirujano otorrinolaringólogo	34	—	—
Ramírez, 1996	Cirujano general	27	19	32
Campbell, 2001	Cirujano general	32	13	4
Jiménez, 2002	Cirujano infantil	8,2	45,9	82,4
Böhle, 2001	Cirujano urólogo	38,2	52,9	23,5
Kluger, 2003	Anestesista	20	20	36
Nyssen, 2003	Anestesista	40,4	—	—
Sadat-Ali, 2005	Traumatólogo	50,7	59,4	17
Bertges, 2005	Cirujano de trasplante	39	27	16
Hutter, 2006	Residente de cirugía	29,1	14,8	—

Se indica el grado de afección elevado cuantificado con el índice de Maslach: significativos cansancio emocional (CE) y despersonalización (D) y escasa realización personal (RP).

salud a partir de los 50 años, el 21,4% estaban divorciados y un 7,3% eran alcohólicos. Se estima entre un 7 y un 10% el número de cirujanos dependientes del alcohol en su práctica diaria, cifras que podrían alcanzar el 13% y seguir infravaloradas^{23,24,32}. Stahl et al³³, en 2005, analizan el impacto que la introducción de nuevas tecnologías tiene entre el personal de quirófano y demuestran el mayor agotamiento emocional de los cirujanos (sobre anestesistas y enfermería), y un grupo de alto riesgo entre los 6 y los 10 años de experiencia. En 2006, Hutter et al³⁴ demuestran que la reducción de la jornada laboral de los residentes de cirugía a 80 h semanales conlleva una significativa reducción del cansancio emocional y no significativa de la despersonalización; concluyen que la reducción del trabajo mejora el grado de *burnout*, la calidad de vida percibida, tanto fuera como dentro del hospital, las relaciones interpersonales y la motivación por el trabajo (tabla 3).

Estrategias de afrontamiento y prevención

Se entiende por afrontamiento la serie de respuestas cambiantes, de tipo cognitivo o conductual, que inicia un sujeto ante una situación que considera amenazante, y cuyo objetivo es manejar las demandas específicas externas y/o internas que evalúa como excedentes o desbordantes de sus recursos en respuesta al estrés. Se puede agruparlas en tres categorías³⁵⁻³⁸.

Estrategias individuales

Las estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previenen el SB porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape/evitación y centradas en la emoción facilitan su aparición³⁴. Las técnicas para la adquisición de estas estrategias pueden ser dirigidas al entrenamiento en habilidades (como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, comunicación y relaciones sociales, cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno) o al manejo de las emociones (incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.).

Estrategias profesionales

Desde una perspectiva grupal se aconseja fomentar el apoyo social por parte de los compañeros, jefes y directores. A través de él, los facultativos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social, apoyo emocional y consejo. Cobb³⁷ define este apoyo social como la información que nos permite creer que otros se preocupan por nosotros y nos quieren, somos estimados y valorados. El apoyo social debe venir principalmente de los demás compañeros del servicio y jefes de unidad. Crear grupos informales con la intención de compartir experiencias que permitan un mejor afrontamiento ante pacientes especiales (con personal de UCI, medicina interna, oncología o radiología) facilita una reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional, supone un incremento de conocimientos y facilita un trabajo más agradable. Otra forma de desarrollar el apoyo social en los hospitales es fomentar y entrenar a los compañeros y jefes en la realimentación, mediante la cual se nos informa de cómo somos percibidos y entendidos, lo que aumenta nuestra confianza y autoestima.

Estrategias organizacionales

La dirección del hospital debería desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima hospitalario, puesto que los desencadenantes del SB son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están relacionadas con el puesto laboral y disfunciones en el desempeño de roles.

Programas de socialización anticipada. Tienen un carácter preventivo y pretenden que el choque con la realidad se experimente antes de que el facultativo comience su vida laboral, ofreciendo unas habilidades para desarrollar su actividad. En este sentido se enmarcan los programas de acogida profesional (ejemplo, los destinados a residentes quirúrgicos antes de iniciar su residencia).

Programas de evaluación y realimentación. Pretenden ofrecer realimentación desde la dirección y el propio departamento, y que esta información no se presente nunca como un juicio contra el sujeto, sino como parte de un programa de desarrollo.

Programas de desarrollo organizacional. Deben buscar mejorar el clima hospitalario mediante esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo (aspectos culturales y humanos), entendiendo que la mayor parte de las personas están motivadas hacia el crecimiento y el desarrollo personal si se encuentran en el ambiente propicio.

Burnout y cirugía

La cirugía, como profesión, debería considerarse de "alto riesgo" por el cambiante entorno donde se desarrolla el ejercicio profesional y su continua presión social, lo que enfrenta de forma permanente expectativas y realidad asistencial. A continuación comentaremos algunas particularidades de este colectivo.

La organización sanitaria

La institución sanitaria presenta una cultura organizacional resistente al cambio y la innovación y excesivamente burocratizada. Esto hace que se mantengan en el tiempo actitudes y conductas favorecedoras del SB. Los profesionales noveles deben realizar una adaptación para redefinir sus valores y actitudes adquiridos mediante su formación. Todo esto tiene relación con el proceso evolutivo que está sufriendo la práctica quirúrgica en los últimos años, a escala científica (adquisición de innovaciones, nueva instrumentación), social (presión asistencial, fiscal y judicial, cirugía sin dolor, mínimamente invasiva, de alta precoz, etc.) e institucional (orientación a la calidad, gestión clínica, control de gasto, participación en la responsabilidad de los logros, pero no del éxito), lo que obliga al facultativo a una negociación permanente consigo mismo, con los compañeros y la dirección. Según Lepnurm et al³⁹, los cirujanos prefieren mantener una relación más informal con la organización y su satisfacción profesional depende de los conflictos profesionales y familiares.

Otro aspecto que considerar es el clima laboral propio del hospital, con hacinamiento, sobrecarga laboral, ruidos, interferencias, pésimas condiciones de descanso, falta de espacio para el confort y serenidad de los trabajadores, etc. Las guardias someten al profesional a un desgaste continuo que impide unos hábitos saludables y facilita los problemas interpersonales y familiares.

El sistema sanitario posee una característica singular, la confrontación de intereses entre lo público y lo privado, esto determina poca implicación en conseguir los objetivos establecidos por la dirección, y se manifiestan actitudes de escasa cohesión en el grupo. Esto hace que el sistema no se ajuste a la eficiencia y, en consecuencia, se tiende a culpar a otros del mal servicio prestado, lo que lleva a perpetuar la posición de no implicarse.

Los cambios e innovaciones que se pretenden en la gestión están creando una incertidumbre que es necesario evitar. Los planes estratégicos, contratos programa, competencia entre centros, diferentes retribuciones por servicios y actividad, etc., requieren de políticas que impliquen al profesional y consigan devolverle la ilusión y la valoración profesional^{31,40-52}.

El problema de la profesión

Uno de los principales problemas de la profesión es la falta de definición de una carrera profesional adecuada a todos. Esto hace que sea difícil la promoción y los cirujanos se sientan condenados a desarrollar siempre la misma actividad disminuyendo sus posibilidades de creatividad. Al tratarse de una profesión con actividad interdependiente de otros profesionales (anestesiistas, residentes, personal de enfermería, personal auxiliar, celadores, etc.), se genera una permanente ambigüedad de funciones que facilita una tendencia a una pobre realización personal, por las continuas dificultades para concluir el trabajo tal y como deseáramos realizarlo.

Desde un punto de vista emocional, es relativamente fácil para los cirujanos iniciar el camino hacia el desarrollo del *burnout*, como nos demostró Campbell. El perfil de riesgo para este autor es un cirujano joven con poca antigüedad²⁹. Implicarnos e identificarnos en exceso con las emociones y los sentimientos de los pacientes/familiares puede llevarnos a proyectar sus problemas en nuestro entorno familiar, esto, junto con la confrontación sistemática al dolor y la muerte, la necesidad de alianzas intergrupales ante la adversidad y los conflictos interpersonales de competencia profesional, hace que la dimensión de agotamiento emocional se vaya alterando y con la falta de realización, ya referida, nos lleven al desarrollo del SB.

Finalmente, si consideramos la despersonalización como una actitud defensiva ante el estrés asistencial crónico, consecuente con las variables de pobre realización personal y agotamiento emocional, ya comentados, habremos definido el SB en los profesionales de la cirugía e identificado las variables personales y de riesgo que debemos controlar. Quizá el cirujano que sea capaz de separar su labor profesional, y proteger un tiempo libre dedicado a su familia y aficiones personales, pueda realizar un trabajo de manera más eficiente y continua^{31-34,49}.

El cliente del sistema actual

Las características del paciente y su familia forman otra variable a considerar en el desarrollo del *burnout*. Los conflictos entre familia y profesional son relativamente frecuentes y llevan a una ruptura de comunicación entre ambos. Esta conducta distorsiona la evolución terapéutica del paciente y conlleva una situación de agotamiento emocional y despersonalización como estrategia de afrontamiento del problema. Este hecho es mayor cuando el cirujano tiene reducida su confianza y seguridad en sus propias capacidades y recursos, que crea una situación de inseguridad que se transmite al paciente y su familia.

Otro factor que considerar es la relación de agencia que se establece entre los profesionales de la salud y los usuarios, en tanto que los primeros contraen la representación de los segundos en la toma de decisiones sobre sus cuidados y tratamiento, lo que implica asumir responsabilidades con un amplio grado de ambigüedad e inseguridad que pueden conducir al agotamiento emocional y falta de realización personal.

Los continuos avances tecnológicos también afectan de forma directa al cirujano. Este tipo de cambio genera una labor puramente cognitiva que separa el procesamiento de la información de los procesos sociales que tradicionalmente han acompañado la labor asistencial del médico. Esta tecnificación de las relaciones interpersonales favorece la despersonalización tanto de los clientes como de los compañeros. Además, implican unas exigencias cognitivas excesivas en relación con el nivel de formación, lo que puede generar una autoevaluación de nuestras aptitudes y disminuye los sentimientos de realización personal. El uso continuado de instrumentos tecnológicos en detrimento de las relaciones interpersonales puede afectar al sistema emocional del cirujano aumentando sus sentimientos de agotamiento emocional³³.

Otros factores están relacionados con las nuevas demandas producidas por el cambio actitudinal de los usuarios. La Constitución Española otorga a los ciudadanos unos derechos que cada vez se exigen con mayor firmeza, lo que genera en el profesional mayores inseguridades, desconfianza y ambigüedad. Los cambios culturales en la sociedad han propiciado una mejor calidad de vida, mayores conocimientos de los clientes/usuarios y mayor capacidad para discernir entre alternativas a sus necesidades. De otro lado, se instaura cada vez más el ejercicio de una práctica médica defensiva como reacción a las demandas judiciales ante cualquier negligencia o error. Todos estos aspectos condicionan el escenario donde el cirujano ejerce su labor actual y debe saber cómo afrontar cualquier problema que se le presente durante el ejercicio de su actividad. Debemos dotar al cirujano de los recursos que faciliten su integridad emocional y su realización personal y eviten su despersonalización, es decir, que alteren la apariencia y el desarrollo del SB como consecuencia de su actividad laboral. Se hace necesario aconsejar la realización de programas de educación para cirujanos adecuados a las exigencias de la sociedad actual que favorezcan una actividad laboral más larga y eficiente y una satisfacción personal/familiar mayor^{19,28,31,32,37-58}.

Conclusiones

La alta prevalencia que el SB podría presentar en el colectivo de cirujanos y sus considerables consecuencias para los profesionales y la organización aconsejan iniciar estudios con especial interés. No existe todavía ninguna iniciativa de la Asociación Española de Cirujanos para evaluar este problema latente que puede dañar más al colectivo que una plaga viral. El salario es necesario para vivir, pero la salud psicofísica es necesaria para ejercer correctamente y salvar vidas. El SB supone una disminución de la calidad de vida de los profesionales, lo que ocasiona un deterioro en la organización y los servicios que se ofrecen al cliente. Pero nuestros dirigentes, tanto hablar de gestión, valores, calidad, etc., conceptos sólo aplicados a los pacientes, se han olvidado de los profesionales o clientes internos en quienes recae la tarea de cuidar sus vidas. Una cultura por parte de la dirección de cuidar al cuidador podría aliviar el problema⁵⁸⁻⁶³. Mientras esto sucede, el cirujano continúa con su gorra de capitán de barco y con el

TABLA 4. Consejos personales para prevenir el *burnout*

Centrarnos en el "círculo de influencia"
Suprimir pequeñas molestias y crear hábitos agradables
Trabajar mejor en lugar de más:
Establecer objetivos realistas
Hacer la misma cosa de formas diferentes
Planificar adecuadamente nuestro tiempo
Permitirnos pensar
Tomar las cosas con más distancia
Cuidarnos a nosotros mismos además de a los demás:
Acentuar los aspectos positivos
Conocernos a nosotros mismos
Establecer límites y fronteras
Mantener la vida privada y aficiones
Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen

agua al cuello, ¿hasta cuándo aguantará y empezará a repercutir en su salud y en la de sus pacientes? Debemos iniciar estudios con premura para evaluar la situación real. Debemos conocer para poder iniciar medidas de prevención y afrontamiento que eviten problemas mayores y mejoren la calidad de vida de los cirujanos (tabla 4).

Bibliografía

- Freudenberger HJ. Staff-Burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*. 1974;12:73-82.
- Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editores. *Professional Burnout: recent development in theory and research*. Washington DC: Taylor and Francis; 1993. p. 1-16.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52:397-422.
- Gil-Monte P, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
- McIntyre TC. The relationship between locus of control and teacher burnout. *Br J Educ Psychol*. 1984;54:235-8.
- Pines AM. Burnout. An existential perspective. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editores. *Professional burnout: Recent development in theory and research*. Washington DC: Taylor and Francis; 1993. p. 33-51.
- Moriana JA, Herruzco J. Estrés y burnout en profesores. *Int J Clin Health Psicol*. 2004;4:597-621.
- Caballero Martín M, Bermejo Fernandez F, Nieto Gomez R, Caballero Martinez F. [Prevalence and factors associated with burnout in a health area]. *Aten Primaria*. 2001;27:313-7.
- Leiter PM, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*. 1988;9:297-308.
- Greenglass ER, Fiksenbaum L, Burke R. Components of social support, buffering effects and burnout: implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress and Coping*. 1996;9:185-97.
- Klein GT. The effects of acute stressors on decision making. En: Driskell JE, Salas E, editores. *Stress and human performance*. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1996. p. 49-88.
- Atance JC, Oliver C, Redondo D. Síndrome de burnout en atención especializada: aspectos característicos en nuestra casuística. *Todo Hospital*. 1997;139:49-61.
- Friedman IA. Turning our schools into a healthier workplace: Bridging between professional self-efficacy and professional demands. En: Vandenbergh R, Huberman AM, editores. *Understanding and preventing teacher burnout*. New York: Cambridge University Press; 1999. p. 166-76.
- Gil-Monte PR, Peiro JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome del quemado por el trabajo. *Anales de Psicología*. 1999;15:261-8.
- Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:408-12.

16. Dickson DE. Stress. Anesthesia. 1996;51:523-4.
17. Cherniss C. Beyond burnout: helping teachers, nurses, therapist and lawyers recover from stress and disillusionment. New York: Routledge; 1995.
18. Mackay CJ, Cooper CL. Occupational stress and health: some current issues. En: Cooper CL, Robertson IT, editores. International review of industrial and organizational psychology. Chichester: John Wiley & Son; 1987. p. 167-99.
19. Flórez JA. Síndrome de burnout del pediatra: prevención y control. Bol Pediatr. 2006;46:235-43.
20. Kahill S. Symptoms of professional burnout: a review of empirical evidence. Canadian Psychology. 1988;29:284-97.
21. Tizon JL. [Burnt-out professionals, disillusioned professionals or professionals with psychopathological disorders?] Aten Primaria. 2004;33:326-30.
22. Jones JW. Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. En: Jones JW, editor. The burnout syndrome: current research, theory, interventions. Park Ridge: London House Press; 1981. p. 107-26.
23. Krizek TJ. The impaired surgical resident. Surg Clin North Am. 2004;84:1587-604.
24. Hyde GL, Wolf J. Alcohol and drug use by surgery residents. J Am Coll Surg. 1995;181:1-5.
25. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. 2.^a ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
26. Henderson G. Physician burnout. Hosp Physician. 1984;20:8.
27. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: An examination of personal, professional and organizational relationships. Medical Care. 1994;32:745-54.
28. Ramirez AJ, Ghaham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet. 1996;347:724-8.
29. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. Surgery. 2001;130: 696-705.
30. Jiménez C, Morales JL, Martínez C. Estudio del síndrome de burnout en cirujanos pediatras españoles. Cir Pediatr. 2002;15: 73-8.
31. Bertges W, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud MS. A national study of burnout among American transplant surgeons. Transplantation Proceedings. 2005;37:1399-401.
32. Harms BA, Heise CP, Gould JC, Starling JR. A 25-year single institution analysis of health, practice and fate of general surgeons. Ann Surg. 2005;242:520-9.
33. Stahl JE, Egan MT, Goldman JM, Tenney D, Wiklund RA, Sandberg WS, et al. Introducing new technology into the operating room: measuring the impact on job performance and satisfaction. Surgery. 2005;137:518-26.
34. Hutter MM, Kellogg KC, Ferguson CM, Abbott WM, Warshaw AL. The impact of the 80-hour resident workweek on surgical residents and attending surgeons. Ann Surg. 2006;243:864-75.
35. Lazarus RS. Psychological stress in the workplace. En: Crandall R, Perrewé PL, editores. Occupational stress: a Handbook. Bristol: Taylor & Francis; 1997. p. 3-14.
36. Ceslowitz SB. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. Journal of Advanced Nursing. 1989;14:553-8.
37. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976;38:300-14.
38. McKay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
39. Lepnurm R, Dobson R, Backman A, Keegan D. Factors explaining career satisfaction among psychiatrists and surgeons in Canada. Can J Psychiatry. 2006;51:243-55.
40. Weisman C, Nathanson C. Professional satisfaction and client outcomes: a comparative organizational analysis. Med Care. 1985;23: 1179-92.
41. McDue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med. 1982;306:458-63.
42. Paine WS. Professional burnout: major costs. Fam Community Health. 1984;6:1-11.
43. Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
44. Rodríguez Marín J. Estrategias de afrontamiento y salud mental. En: Alvaro JL, Torregrosa JR, Garrido A, editores. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo xxi; 1992. p. 103-20.
45. Wolfberg E. Social crisis and occupational fatigue among health professionals: warnings and resources. Vertex. 2003;14:268-79.
46. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patients demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. J Organiz Behav. 2000;21:425-41.
47. Green A, Duthie HL, Young HI. Stress in surgeons. Br J Surg. 1990; 77:1154.
48. Böhle A, Baumgartel M, Götz ML, Müller EH, Jocham D. Burnout of urologists in the country of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. J Urol. 2001;165:1158-61.
49. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Surg. 2003;90:333-7.
50. García M, Sáez MC, Llor B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 2000;1:215-28.
51. García M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 1991;18:3-12.
52. Bustinza Arriortua A, Lopez-Herce Cid J, Carrillo Alvarez A, Vigil Escribano MD, de Lucas Garcia N, Panadero Carlavilla E. Burnout among Spanish pediatricians specialized in intensive care. An Esp Pediatr. 2000;52:418-23.
53. Ferris L, Walters B, MacKinnon S. The quality of life of practicing Canadian women surgeons: results of the population study. J Womens Health. 1995;4:87-96.
54. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. JAMA. 2003;289:442-9.
55. Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing and their stress. BMJ. 2003; 326:670-1.
56. Pellegrini VD Jr. Mentoring during residency education. A unique challenge for the surgeon? Clin Orthop Relat Res. 2006;449:143-8.
57. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 2004;4:137-60.
58. Gadacz TR. A changing culture in interpersonal and communication skills. Am Surgeon. 2003;69:453-8.
59. Gil-Monte PR, Peiro JM, Valcárcel P, Grau R. La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. Psiquis. 1996;17:190-5.
60. Fernández MI, Villagrasa JR, Fe M, Vázquez J, Cruz E, Aguirre MV, et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 1995;69:487-97.
61. Ramos F, De Castro R, Galindo A, Fernández MJ. Síndrome de desgaste profesional (burnout). Mapfre Medicina. 1998;9:189-96.
62. Sadat-Ali M, Al-Habdan IM, Al-Dakheel DA, Shiyan D. Are orthopedic surgeons prone to burnout? Saudi Med J. 2005;26:1180-2.
63. Johnson JT, Wagner RL, Rueger RM, Goepfert H. Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey. Head & Neck. 1993;15:557-60.