

**Burnout, regulación emocional y cognitiva en residentes
quirúrgicos de primer año: el rol del acompañamiento profesional
percibido.**



Alumna: Leticia Doller

ID:000178908

Facultad: Humanidades

Carrera: Licenciatura en Psicología

Año académico: 2026

Tutora: Lic. Florencia Gregorio

Firma:

Agradecimientos

Llegar al final de este trabajo representa el cierre de una etapa muy significativa de mi vida. Estos años de carrera estuvieron llenos de aprendizajes, desafíos y momentos de mucho esfuerzo, pero también de crecimiento personal y profesional. La psicología no sólo me permitió incorporar conocimientos teóricos sino también a cuestionar, a reflexionar y a sostener procesos que muchas veces implican paciencia y compromiso. Este recorrido no hubiera sido el mismo sin las personas que me acompañaron.

A mi tutora, Florencia Gregorio, por su acompañamiento durante todo este proceso. Gracias por su disposición, por sus orientaciones, por su confianza constante en mí y por el tiempo dedicado a este trabajo. Su guía fue muy importante, no solo para poder llevar adelante esta investigación, sino también durante mi formación, en la cual siempre fue un ejemplo a seguir para mí.

A mi familia, por su apoyo constante a lo largo de toda mi formación. Gracias por acompañarme en cada etapa de la carrera, por su paciencia en los momentos de mayor exigencia y por brindarme siempre su confianza. Su presencia fue y es fundamental para mí, especialmente la de mi tía, quien me ayudó mucho durante todo este proceso.

Quisiera agradecer especialmente a mi hermana, quien no solo es mi referente y mi apoyo incondicional, sino también una inspiración para la realización de esta investigación. Su experiencia como médica residente de primer año despertó en mí el interés por comprender más profundamente las exigencias y desafíos emocionales que atraviesan quienes inician su formación en el ámbito hospitalario. Su acompañamiento, su escucha y su cercanía a lo largo de estos años han sido profundamente significativos para mí.

A mis amigas de la facultad, con quienes compartí gran parte de esta etapa. Gracias por el compañerismo dentro y fuera de lo académico, por las horas de estudio y por las charlas interminables. Hicieron de mi camino de formación un recuerdo mucho más especial.

A mis amigas de la vida, por su presencia y su apoyo incondicional. Gracias por ser mi sostén, por escucharme hablar de la carrera durante tantos años, por interesarse y celebrar conmigo cada logro en este proceso.

Finalmente, agradezco a la facultad por la formación recibida y a todo lo que esta carrera me brindó. Estos años no solo me brindaron herramientas para el ejercicio profesional, sino que también le formaron un piso a mi deseo de acompañar, escuchar y trabajar con otros desde un lugar de compromiso y responsabilidad.

Índice

Agradecimientos.....	1
Índice.....	2
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Presentación del tema.....	5
Problema de investigación.....	6
Pregunta de investigación.....	6
Subpreguntas de investigación:.....	6
Relevancia y justificación temática.....	7
Objetivos.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Antecedentes.....	8
Estado del arte.....	9
Marco teórico.....	17
1. Estrés.....	17
1.1. Eje córtico-límbico-adrenal.....	17
1.2. Burnout.....	18
2. Modelo Cognitivo-Conductual.....	19
2.1. Regulación emocional.....	20
2.2. Reevaluación cognitiva.....	21
2.3. Estrategias de afrontamiento.....	22
3. Supervisión y acompañamiento profesional en residencias médicas.....	23
Desarrollo metodológico.....	25
Hipótesis.....	25
Tipo de investigación.....	25
Muestra.....	25
Instrumentos.....	26
1. Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).....	26
2. Inventario de Burnout de Maslach (MBI).....	27
3. Cuestionario de percepción de acompañamiento profesional.....	27
Procedimiento.....	28
Resultados.....	29
Análisis Descriptivo.....	29
1. Escala de Regulación Emocional (ERQ).....	29
Subescala 1: Reevaluación cognitiva.....	29
Subescala 2: Supresión emocional.....	30
2. Inventario de Burnout de Maslach (MBI).....	31
Subescala 1: Agotamiento emocional.....	31
Subescala 2: Despersonalización.....	32
Subescala 3: Realización personal.....	33
3. Cuestionario de Percepción de acompañamiento profesional.....	33
Análisis Inferencial.....	35

1. Correlación del Cuestionario de Gross y John (ERQ) con la regulación emocional..	35
2. Correlación del Inventario de Maslach y Jackson (MBI) con el burnout.....	36
3. Correlación del cuestionario elaborado con la variable acompañamiento profesional.....	37
4. Articulación de las variables.....	37
Discusión.....	39
Conclusión.....	42
Referencias Bibliográficas.....	44
Anexos.....	49

Resumen

La presente investigación busca analizar la relación entre el burnout, las estrategias de regulación emocional y la percepción de acompañamiento profesional en residentes quirúrgicos de primer año del Hospital Argerich.

En los últimos años, el estudio del estrés laboral en profesionales de la salud ha adquirido creciente relevancia, especialmente en el contexto de la formación médica, donde las exigencias asistenciales, la carga horaria extensa y la elevada responsabilidad clínica constituyen factores potencialmente estresantes que impactan significativamente en el bienestar psicológico de los residentes y favoreciendo la aparición de síntomas asociados al burnout.

Desde una perspectiva psicológica integradora, el estudio se apoya en los aportes de la psicología del estrés y del modelo transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1984), comprendiendo el estrés como el resultado de la interacción entre las demandas del entorno y los recursos de afrontamiento disponibles para la persona.

Se llevó a cabo una investigación de diseño no experimental, transversal, con un enfoque descriptivo y exploratorio. La muestra estuvo conformada por residentes quirúrgicos de primer año pertenecientes al Hospital Argerich.

Los resultados evidenciaron niveles relevantes de agotamiento emocional dentro de la muestra, junto con una percepción mayoritaria de acompañamiento profesional insuficiente. Asimismo, se observó que los residentes utilizan con relativa frecuencia estrategias de regulación emocional basadas en la reevaluación cognitiva para afrontar situaciones estresantes. En conjunto, los hallazgos sugieren que el burnout en residentes quirúrgicos se encuentra vinculado tanto con factores organizacionales asociados a las condiciones de trabajo y al acompañamiento institucional, como con recursos psicológicos individuales relacionados con la regulación emocional.

Palabras clave: burnout; regulación emocional; residentes médicos; estrés laboral; acompañamiento profesional.

Introducción

Presentación del tema

En las últimas décadas, el estrés laboral en profesionales de la salud ha adquirido creciente relevancia debido a su impacto sobre el bienestar psicológico y el desempeño clínico. En particular, la residencia médica constituye una etapa formativa caracterizada por altas demandas asistenciales, jornadas prolongadas, presión por el rendimiento y responsabilidad progresiva en la toma de decisiones clínicas, configurando un contexto de vulnerabilidad para el desarrollo de burnout (Rodrigues et al., 2018; Dyrbye et al., 2014).

El síndrome de burnout, conceptualizado por Maslach como un constructo tridimensional compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, ha sido ampliamente documentado en residentes médicos. El análisis realizado por Rodrigues et al. (2018) evidenció prevalencias elevadas de burnout en residentes a nivel global, confirmando la magnitud del problema en diferentes contextos sanitarios. En población quirúrgica, Elmore et al. (2016) identificaron altas tasas de agotamiento emocional en residentes de cirugía general, asociadas significativamente con mayor carga horaria, lo que resulta especialmente relevante para residentes quirúrgicos de primer año, quienes enfrentan una transición abrupta hacia mayores responsabilidades clínicas.

Asimismo, Dyrbye et al. (2014) encontraron que médicos en formación presentan mayores niveles de burnout y malestar psicológico en comparación con la población general, lo que subraya el impacto del entorno formativo sobre la salud mental. En la misma línea, West et al. (2009) demostraron que mayores niveles de burnout y distress en residentes, se asocian con mayor frecuencia de errores médicos auto reportados, evidenciando que el estrés crónico no solo afecta el bienestar individual, sino también la calidad del desempeño clínico.

Desde el modelo de Demandas y Recursos Laborales, el burnout puede entenderse como resultado de la interacción entre elevadas demandas laborales y recursos organizacionales insuficientes (Prins et al., 2007). Este síndrome podría surgir entonces a partir del estrés laboral crónico, particularmente en profesiones caracterizadas por altas demandas emocionales y elevada responsabilidad, como es el caso de la práctica médica.

A pesar del creciente interés por el estudio del burnout en residentes médicos y de la evidencia acumulada sobre sus consecuencias individuales e institucionales, resulta necesario profundizar y analizar de manera conjunta el acompañamiento profesional percibido y las estrategias de regulación emocional dado que puede aportar una mirada integradora que permita comprender no sólo la prevalencia del burnout, sino también los mecanismos a través de los cuales éste impacta en el bienestar y en procesos críticos como la toma de decisiones clínicas en residentes quirúrgicos de primer año.

Problema de investigación

El burnout ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un fenómeno ocupacional derivado del estrés crónico en el trabajo que no ha sido gestionado con éxito (World Health Organization [WHO], 2019). En el contexto de la residencia médica, caracterizado por altas demandas asistenciales, presión por el rendimiento y responsabilidad clínica creciente, estas condiciones pueden favorecer la aparición de desgaste profesional desde etapas tempranas.

La evidencia reciente indica que el estrés sostenido no solo impacta en el bienestar psicológico, sino también en procesos fisiológicos y neurobiológicos asociados al deterioro de la salud cuando se cronifica (Cerdeira-Molina et al., 2023; Puig Pérez et al., 2021). En residentes médicos, el acompañamiento formativo y la supervisión clínica han sido señalados como factores relevantes para amortiguar el impacto de estas demandas (Gasull et al., 2019; Silva et al., 2019; Patel, 2016).

Sin embargo, persisten interrogantes respecto de cómo la percepción de dicho acompañamiento puede influir en los niveles de burnout en residentes quirúrgicos de primer año.

Por otra parte, la regulación emocional ha sido conceptualizada como un proceso central en la gestión del estrés (Gross, 1999; Thompson, 1994). Dificultades en la regulación pueden intensificar la experiencia de malestar y afectar procesos cognitivos como la toma de decisiones, especialmente en contextos de alta carga emocional (Martínez-Selva et al., 2006). No obstante, son limitados los estudios que articulen específicamente burnout, acompañamiento profesional percibido y regulación emocional en residentes quirúrgicos de primer año.

Luego de una extensa búsqueda de literatura actual, identificamos un vacío en la investigación respecto a cómo estas variables interactúan en el inicio de la formación quirúrgica y de qué manera las estrategias de regulación emocional y la percepción de acompañamiento profesional influyen en la posible aparición del burnout en residentes quirúrgicos de primer año.

Pregunta de investigación

- ¿Cómo la percepción del acompañamiento profesional y las estrategias de regulación emocional se relacionan con los niveles de burnout en residentes quirúrgicos del hospital Argerich de primer año?

Subpreguntas de investigación:

- ¿Cuál es la relación entre los niveles de burnout, la regulación emocional y la toma de decisiones en residentes quirúrgicos de primer año?
- ¿Qué estrategias de regulación emocional (adaptativas y desadaptativas) predominan en residentes quirúrgicos de primer año?

- ¿El acompañamiento profesional percibido y la regulación emocional moderan la aparición del burnout en residentes quirúrgicos de primer año?

Relevancia y justificación temática

El estudio del burnout en residentes quirúrgicos de primer año resulta relevante tanto desde la salud ocupacional como desde la calidad asistencial. La evidencia sugiere que el estrés crónico puede generar deterioro progresivo cuando no se equilibra adecuadamente con recursos personales y contextuales (Cerdeira-Molina et al., 2023).

En este marco, el acompañamiento profesional constituye un recurso organizacional clave dentro de los modelos contemporáneos de supervisión clínica (Patel, 2016; Gasull et al., 2019). Fortalecer la supervisión y el apoyo formativo puede contribuir a reducir el desgaste y promover entornos de aprendizaje más seguros (Silva et al., 2019).

Asimismo, integrar la regulación emocional en el análisis permite ampliar la comprensión del fenómeno, considerando que la forma en que los residentes gestionan sus emociones puede influir en la manera en que experimentan el estrés y toman decisiones clínicas (Gross, 1999; Martínez-Selva et al., 2006).

Desde una perspectiva integradora, estudiar conjuntamente burnout, acompañamiento profesional y regulación emocional permite superar enfoques fragmentados y aportar evidencia relevante para el diseño de estrategias de prevención y promoción del bienestar en contextos hospitalarios de alta exigencia.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre burnout y regulación emocional en residentes quirúrgicos de primer año del Hospital Argerich, considerando el rol del acompañamiento profesional percibido.

Objetivos específicos

1. Describir los niveles de burnout en residentes quirúrgicos de primer año.
2. Caracterizar las estrategias de regulación emocional utilizadas por residentes quirúrgicos de primer año, diferenciando entre estrategias adaptativas y desadaptativas.
3. Analizar la relación entre estrés laboral y regulación emocional en residentes quirúrgicos de primer año.
4. Examinar la asociación entre el acompañamiento profesional percibido y el burnout y la regulación emocional

Antecedentes

El síndrome de burnout, conceptualizado por Maslach y Jackson (1981) como un constructo tridimensional compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal, ha sido identificado como una de las principales expresiones del estrés laboral crónico en profesionales asistenciales.

En el metaanálisis internacional realizado por Rodrigues et al. (2018) examinaron la prevalencia de burnout en residentes médicos a nivel global, encontrando tasas elevadas en distintas especialidades y contextos geográficos. Los autores señalaron que las características estructurales del entorno laboral, como la sobrecarga asistencial, la duración de las jornadas y la presión formativa, constituyen factores relevantes en la aparición del síndrome, lo que confirma su carácter prevalente en la población de residentes.

En población quirúrgica específicamente, Elmore et al. (2016) analizaron la prevalencia de burnout en residentes de cirugía general en Estados Unidos utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados evidenciaron altas tasas de agotamiento emocional y despersonalización, encontrando asociaciones significativas entre mayor carga horaria y mayor agotamiento emocional. Este hallazgo resulta particularmente pertinente para el estudio de residentes quirúrgicos de primer año, quienes atraviesan una transición abrupta hacia mayores niveles de responsabilidad clínica y exigencia técnica. Asimismo, Dyrbye et al. (2014) compararon los niveles de burnout y malestar psicológico entre estudiantes de medicina, residentes y médicos en etapas tempranas de la carrera profesional en Estados Unidos. Los resultados mostraron que los médicos en formación presentan niveles significativamente más elevados de burnout en comparación con la población general, así como mayores indicadores de angustia psicológica. Estos hallazgos subrayan el impacto del entorno formativo sobre el bienestar profesional y la salud mental de quienes transitan la residencia.

En la misma línea, West et al. (2009) investigaron la asociación entre fatiga, malestar y errores médicos auto reportados en residentes. Los autores encontraron que mayores niveles de burnout y distress se asociaban significativamente con una mayor frecuencia de errores médicos percibidos. Este resultado sugiere que el estrés crónico no solo afecta el bienestar individual del residente, sino que también puede impactar en la calidad del desempeño clínico y en la seguridad del paciente.

Desde el modelo de Demandas y Recursos Laborales, Prins et al. (2007), en una revisión sistemática sobre burnout en residentes médicos, identificaron que la combinación de elevadas demandas laborales y escasos recursos organizacionales como bajo apoyo institucional, limitada autonomía y supervisión insuficiente, se asocia con mayores niveles de agotamiento emocional. Este marco teórico permite comprender el burnout no únicamente como resultado de vulnerabilidades individuales, sino como producto de la interacción entre las condiciones estructurales del entorno formativo y los recursos disponibles para afrontarlas.

Van Vendeloo et al. (2018), en un estudio realizado en Holanda con residentes, analizaron la relación entre la calidad del entorno de aprendizaje percibido y los niveles de burnout. Los resultados mostraron una asociación inversa significativa entre la percepción positiva del ambiente formativo y los niveles de agotamiento emocional. Es decir, aquellos residentes que evaluaban más favorablemente la calidad de la supervisión, la retroalimentación y el clima educativo presentaban menores niveles de malestar laboral. De manera complementaria, la revisión de Prins et al. (2007) también destaca que el apoyo organizacional, la calidad de la supervisión y el clima institucional constituyen factores relevantes en la prevención del burnout en residentes médicos.

El modelo procesual de Gross y John (2003) distingue entre estrategias como la reevaluación cognitiva y la supresión emocional. En su estudio, los autores demostraron que la reevaluación cognitiva se asocia con mayor bienestar psicológico, mejor funcionamiento interpersonal y mayor satisfacción vital, mientras que la supresión emocional se vincula con mayor malestar, menor expresión afectiva positiva y peor ajuste psicológico. Estos hallazgos establecen una base conceptual sólida para analizar la regulación emocional como variable relevante en contextos de estrés laboral.

En población médica, Weng et al. (2011) examinaron la relación entre inteligencia emocional, burnout y satisfacción laboral en médicos. Los resultados mostraron que mayores niveles de inteligencia emocional se asociaban significativamente con menores niveles de burnout y mayor satisfacción laboral. Específicamente, las dimensiones relacionadas con la regulación y comprensión emocional se vincularon con menores niveles de agotamiento emocional, sugiriendo que las habilidades emocionales podrían funcionar como un recurso protector frente al desgaste profesional.

Asimismo, Nituica et al. (2021) exploraron el burnout y factores asociados a resiliencia en residentes en Estados Unidos. Los autores encontraron que mayores niveles de resiliencia se relacionaban con mejores indicadores de bienestar y menor vulnerabilidad al burnout. Aunque la resiliencia no elimina completamente el impacto de las demandas laborales, los resultados indican que constituye un recurso individual relevante que puede moderar la experiencia de estrés en contextos formativos de alta exigencia.

Estado del arte

Desde el enfoque de psicobiología del estrés, Cerda-Molina, Mayagoitia-Novales y Borráz-León (2023) plantean que el estrés es un mecanismo conservado evolutivamente para afrontar amenazas y ajustes del entorno. En ese marco, proponen comprender el estresor como un estímulo o vivencia percibida como amenaza potencial que dispara una reacción fisiológica y conductual orientada a la acción. Una contribución especialmente relevante para investigaciones en contextos académicos y laborales es la distinción entre estresores reales y evocados: no solo aquello que ocurre (pérdidas, accidentes, enfermedad), sino también el acto de pensar escenarios posibles y anticipar consecuencias negativas basta para activar la respuesta de estrés y producir efectos en la salud. Este punto permite explicar por qué en contextos de alta exigencia, los estresores pueden

volverse persistentes aún sin eventos puntuales: el entorno y el modo de anticipación cognitiva sostienen la activación (Cerde-Molina et al., 2023).

En esa misma línea, el estrés se asocia a la activación del eje HHA que inicia una secuencia de eventos neuroendocrinos cuyo resultado final incluye la secreción adrenal de glucocorticoides (principalmente cortisol) y mineralocorticoides. Estos mediadores actúan a través de receptores celulares que estimulan o inhiben la expresión génica, movilizand energía metabólica para afrontar el estresor (por ejemplo, disponibilidad de glucosa, incremento en actividad muscular) y modulando componentes del sistema inmune (Cerde-Molina et al., 2023). Además, se subraya la participación del sistema límbico, principal regulador de las emociones, que contribuye a un estado de alerta y una sensación momentánea de miedo funcional para la respuesta de afrontamiento. Este aporte enfatiza en el componente emocional del estrés con su dimensión neurobiológica, es decir, la alerta es un estado neuroendocrino y autonómico preparado para la acción.

Puig Pérez et al. (2021) señalan que cuando la situación estresante se mantiene en el tiempo se configura un estrés crónico, caracterizado por mayor activación del eje HHA, hipersecreción de glucocorticoides y reducción de la eficacia del mecanismo de retroalimentación negativa, con impacto en circuitos límbicos. En relación a lo mencionado, Cerde-Molina et al. (2023) destacan que el cerebro se adapta progresivamente a estresores, pero sí ante estresores prolongados no ocurre una adaptación adecuada, se genera una activación alterada del eje HHA y de sistemas de neurotransmisión asociados a la retroalimentación negativa. Entre las alteraciones principales se describe la hiperactivación del eje HHA, con secreción elevada de glucocorticoides debido al deterioro en la expresión de receptores cerebrales necesarios para disminuir la respuesta (Cerde-Molina et al., 2023).

En el plano de indicadores, Puig Pérez et al. (2021) recuperan evidencia sobre alteraciones del perfil circadiano del cortisol (respuesta matutina y curva diaria) y subrayan que el mantenimiento de niveles elevados de cortisol se asocia con consecuencias serias para la salud: remodelación y daño de redes neurales, alteraciones en procesos cognitivos y afectación de la regulación emocional. A su vez, el cortisol prolongadamente alterado compromete su rol en procesos basales como metabolismo de glucosa, presión arterial y respuestas inflamatorias e inmunes, por lo que se propone como indicador relevante del estado de salud físico, cognitivo y emocional (Puig Pérez et al., 2021).

Dentro de los contextos de salud, el estrés no solo aparece como fenómeno individual sino también como problema organizacional. Castelo-Rivas et al. (2023), en un análisis crítico, subrayan que el estrés ha adquirido gran connotación en los contextos laborales, sobre todo en el área de la salud donde el personal “batalla” con situaciones adversas y condiciones que implican salvaguardar la salud de los pacientes. Además, plantean una crítica institucional por el bajo interés de organismos reguladores para proponer acciones que mejoren el clima laboral y regulen los estados emocionales del personal, en un contexto de jornadas extensas y turnos rotativos cortos. Este enfoque introduce un factor que condiciona la vulnerabilidad del personal y dificulta estrategias preventivas sostenidas.

La regulación emocional es un proceso clave para comprender porque personas expuestas a demandas similares difieren en su nivel de estrés percibido, así como respecto del desgaste y el funcionamiento. Enciso Ortiz (2020) presenta la regulación emocional como un constructo multidimensional que articula componentes neurológicos, afectivos, motores y cognitivos, integrando emoción, pensamiento, instintos y razón. Desde esta perspectiva, la regulación emocional se entiende como un proceso destinado a modificar la respuesta emocional en intensidad, duración o cualidad, para “adecuarla” según cada sujeto (Gross, citado en Enciso Ortiz, 2020). Asimismo se menciona el modelo modal de la emoción, donde la emoción emerge de la transacción individuo-situación y progresa mental y conductualmente como respuesta a una demanda significativa, y el modelo circunplejo como esquema bidimensional en términos de activación-desactivación que permite comprender transiciones entre estados intensos y más regulados; además retoma dos estrategias: reevaluación cognitiva y supresión expresiva (Gross y John, citados en Enciso Ortiz, 2020). La reevaluación se define como reconfiguración del significado de la situación para reducir el impacto emocional; y la supresión, como inhibidor o controlador de la exteriorización emocional.

En una línea convergente, Moreno (2022) define regulación emocional como la capacidad y habilidad para experimentar y modular emociones tanto positivas como negativas y sus respuestas en diferentes contextos, destacando su carácter complejo y su vínculo con estrategias de afrontamiento. Además, plantea las dificultades de regulación emocional como factor transdiagnóstico común a numerosos trastornos psicológicos, implicado en desarrollo, mantenimiento y severidad sintomatológica. Sugiere que en poblaciones de alta exigencia, la presencia de dificultades regulatorias puede amplificar la carga subjetiva, el malestar y la interferencia funcional.

Por su parte, Giménez, Cuevas y Navarro (2019) analizan la regulación emocional cognitiva en personal de salud con el objetivo de identificar estrategias adaptativas y desadaptativas ante experiencias displacenteras o estresantes. Definen la regulación emocional como la capacidad de utilizar emociones de forma adecuada, tomando conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento, contando con estrategias eficaces y capacidad de autogenerar emociones positivas. Este trabajo es particularmente pertinente por dos razones: primero, sitúa la regulación emocional en un campo sanitario concreto, donde la exigencia emocional es parte del trabajo cotidiano; segundo, utiliza el CERQ¹, instrumento que permite observar perfiles de estrategia en contextos reales.

En sus resultados, Giménez et al. (2019) señalan que el personal de salud utiliza con mayor frecuencia estrategias como reinterpretación positiva y focalización positiva, que implican otorgar significado positivo al evento y centrar atención en pensamientos agradables. Sin embargo, también reportan un uso elevado de catastrofización, estrategia desadaptativa caracterizada por

¹ El Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) es un instrumento desarrollado por Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) que evalúa las estrategias cognitivas utilizadas para regular las emociones frente a eventos negativos.

pensamientos recurrentes sobre lo terrible del acontecimiento, con potencial para interferir con procesos de autorregulación y aumentar vulnerabilidad psicológica. El estudio subraya que un uso deficiente de estrategias regulatorias aumenta la vulnerabilidad frente a eventos negativos y amplía probabilidades de síntomas psicopatológicos, mientras que el uso adecuado mejora la tolerancia a experiencias negativas, justificando intervenciones y capacitaciones en estrategias cognitivas de regulación. Esta evidencia se articula directamente con escenarios de residencias: la exposición cotidiana a urgencias, decisiones críticas y presión temporal podría activar tanto estrategias adaptativas como desadaptativas. El perfil de estrategias puede volverse una variable fundamental en el modo de afrontar estrés y prevenir el desgaste.

La regulación emocional también aparece en trabajos que integran su papel mediador entre prácticas de autocuidado y estrés percibido. Castelo-Rivas et al. (2023) sostienen que la regulación emocional es un proceso complejo y multidimensional, operacionalizable mediante estrategias (reevaluación/supresión; estrategias cognitivas CERQ), y altamente relevante en personal de salud por la exigencia emocional sostenida. La regulación emocional funciona como mecanismo intermedio que puede transformar el impacto de estresores, explicar diferencias individuales y servir como blanco de intervención.

El síndrome de burnout tiene un núcleo conceptual que conecta el estrés crónico con la salud laboral. Maslach y Jackson (1981) lo conceptualizan como una respuesta al estrés laboral crónico que se manifiesta cuando las demandas del trabajo superan los recursos de afrontamiento del individuo. Este síndrome se describe a partir de tres dimensiones principales: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y disminución de la realización personal (RP). El agotamiento emocional implica cansancio y fatiga derivados del contacto continuo con otras personas, acompañado por la sensación de “no poder dar más de sí mismo”; la despersonalización refiere al desarrollo de actitudes distantes o frías hacia los destinatarios del servicio; mientras que la disminución de la realización personal se vincula con sentimientos de fracaso, baja autoestima y dificultad para encontrar sentido en los logros profesionales.

Diversas investigaciones han señalado que este síndrome se asocia con alteraciones físicas, psicológicas y conductuales vinculadas al estrés, que pueden traducirse en dificultades en el ámbito laboral, como hostilidad, problemas de concentración, aumento de conflictos interpersonales, retrasos o ausentismo laboral, con la consecuente disminución de la efectividad y calidad del trabajo (Gilla et al., 2019). En este sentido, el burnout no se reduce únicamente al cansancio, sino que constituye un síndrome complejo con impactos tanto personales como institucionales.

En cuanto a la medición, Gilla et al. (2019) destacan el predominio del Maslach Burnout Inventory (MBI), con tres subescalas (AE, DP, RP) y el criterio habitual: niveles elevados de AE y DP y bajos de RP determinan presencia de burnout. Subrayan además la relevancia de contar con evidencia local y validaciones en población argentina, en un contexto donde condiciones de vida, recursos sanitarios disponibles y pérdida del valor social de profesiones de salud contribuyen a la

vulnerabilidad y al estrés. La incorporación de una escala fiable y válida para la investigación local aparece como paso prioritario para implementar medidas preventivas y asistenciales.

Enciso Ortiz (2020) retoma definiciones clásicas del burnout desde Maslach y Jackson como síndrome tridimensional (AE, DP, baja RP) y agrega modelos que lo conceptualizan como proceso por fases (entusiasmo-estancamiento-frustración-apatía) o como efecto de estrés prolongado que requiere analizar dimensiones cognitivas y origen/desarrollo para equilibrar los síntomas. Asimismo, incorpora el reconocimiento institucional al mencionar que la OMS lo describe en el CIE-11 como síndrome resultado de estrés crónico laboral no manejado con éxito. Enciso Ortiz (2020) utiliza ERQ para regulación emocional y MBI para burnout, y remarca como hallazgo relevante: no encontró relación significativa entre estrategias de regulación emocional y nivel de desgaste laboral, aunque sugiere una distribución sesgada (alta supresión emocional y burnout moderado en gran proporción). Esto quiere decir que aunque teóricamente se plantea que regulación emocional debería vincularse con burnout, la evidencia puede mostrar relaciones no significativas por limitaciones de diseño, distribución de la muestra, o porque la relación depende de variables intermedias (tipo de estresor, apoyo institucional, clima laboral, rasgos, etc.). Además, el propio texto explicita críticas: discrepancias teóricas, relaciones no demostradas empíricamente, necesidad de estudios con óptica grupal/equipos; y advierte sobre el solapamiento entre burnout y estrés y riesgos de validez al usar cuestionarios autoadministrados sin metodología robusta (Enciso Ortiz, 2020). Estas brechas justifican que los diseños integren variables y consideren mediciones más finas, además de incorporar intervención o acompañamiento como factor contextual.

En población médica, Suárez Cadavid et al. (2022) aportan evidencia sobre la interrelación entre burnout y empatía, incluyendo hipótesis clave y el papel de la regulación emocional como factor protector. Plantean varias hipótesis, entre ellas: (1) altos niveles de despersonalización disminuirían empatía, pues médicos con burnout adoptarían menos la perspectiva del paciente y preferirían distancia; (2) existe un tipo de burnout asociado a “fatiga por compasión”, donde el incremento de cansancio emocional ocurriría ante alta empatía afectiva en ausencia de empatía cognitiva; (3) la interacción empática incrementa adherencia al tratamiento, eficacia y gratitud, elevando satisfacción laboral y realización personal. Un punto central es que el componente cognitivo de la empatía y las habilidades de regulación emocional son reconocidas como factores protectores frente al estrés. Desde esta perspectiva, para sostener la empatía afectiva funcional resulta fundamental desarrollar empatía cognitiva y habilidades regulatorias; de lo contrario, el desempeño puede derivar en distrés, fatiga por compasión y burnout (Suárez Cadavid et al., 2022). Exponen la idea de que ciertas competencias emocionales son preventivas, especialmente en profesionales expuestos al sufrimiento.

Además, Suárez Cadavid et al. (2022) reportan niveles significativos de cansancio emocional en parte de la muestra, despersonalización en un subgrupo y bajos niveles de realización personal en aproximadamente una quinta parte, observando que el factor más prevalente es cansancio emocional, seguido por despersonalización y luego baja realización personal, en línea con estudios

previos. También encontraron que alrededor de 65% presenta niveles menores de comprensión empática esperada, mientras que la empatía afectiva resulta óptima en más del 90%. Estos resultados son relevantes porque sugieren un patrón posible en personal de salud: capacidad de resonancia afectiva elevada, pero dificultades en componentes cognitivos de empatía, lo cual puede aumentar la vulnerabilidad al desgaste si no se acompaña de regulación emocional y acompañamiento profesional adecuado. Finalmente, proponen que el acompañamiento para desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas podría prevenir acumulación de estrés y por consiguiente agotamiento laboral (Suárez Cadavid et al., 2022).

La residencia médica resulta un contexto de alta demanda psicológica, donde convergen carga laboral, presión por decisiones críticas y exposición a sufrimiento y enfermedades. García-Mendoza et al. (2025) afirman que residentes constituyen una población particularmente expuesta a altos niveles de estrés por carga laboral, presión en toma de decisiones críticas y exposición constante a situaciones emocionalmente desafiantes. En ese contexto, la inteligencia emocional se plantea como recurso clave para identificar, gestionar y regular emociones propias y ajenas, influyendo en afrontamiento del estrés y desempeño profesional. Empíricamente, reportan que 82.7% percibe que a menudo está estresado, confirmando elevada demanda psicológica asociada a la residencia. En cuanto al perfil de inteligencia emocional medido con TTMS-24, encuentran atención emocional escasa, claridad adecuada y reparación adecuada. Este perfil es interpretado como dificultad para registrar y atender emociones, aun cuando existe cierta capacidad para comprenderlas y regularlas. Los autores señalan que puntuaciones más bajas de inteligencia emocional se asocian con mayor estrés, y que los planes académicos han privilegiado competencias clínicas sin contemplar suficientemente demanda psicológica y formación emocional (García-Mendoza et al., 2025). Se entiende que hay un desbalance entre exigencia y recursos emocionales formativos.

La exigencia no se limita a la vivencia subjetiva, sino que también aparece evidencia de impacto cognitivo. Ramírez-Mendoza et al. (2023) reportan que distintos autores han señalado alteraciones en funciones cognitivas en residentes, con predominio en atención y memoria. Utilizan NEUROPSI para evaluar procesos implicados en acciones dirigidas a objetivos, adaptación a situaciones novedosas y complejas, explorando atención, funciones ejecutivas y memoria. Hallan que atención y funciones ejecutivas fue el dominio más afectado, con hasta 32.3% de residentes con afectación severa. Asimismo, indican que jornadas prolongadas y elevada carga horaria se asocian con ansiedad y deterioro neuroconductual, y encuentran diferencias significativas entre grupos con y sin ansiedad en memoria, además de correlaciones entre dominios cognitivos y dimensiones de ansiedad. Concluyen que ansiedad, junto con estrés y depresión, constituye factor emocional relevante en disminución transitoria de capacidades de atención, memoria y ejecución cognitiva (Ramírez-Mendoza et al., 2023). Esta evidencia fortalece el argumento de que el estrés no solo compromete el bienestar emocional: puede afectar mecanismos cognitivos directamente vinculados al desempeño clínico, como atención sostenida, memoria de trabajo, flexibilidad y control ejecutivo, dimensiones fundamentales para la seguridad del paciente y calidad asistencial.

Alvarez Garcia (2022), en la misma línea, aborda el razonamiento clínico y pensamiento crítico en residentado, planteando que el pensamiento crítico es el objetivo más importante en formación, definido como pensar claro caracterizado por razonamiento, toma de decisiones y solución de problemas. Si bien el foco de este trabajo no es estrés, aporta un elemento contextual: la formación de residentes exige desempeño cognitivo complejo, con aprendizaje por niveles, simulación clínica y evaluación por competencias. También destaca discrepancias entre autopercepción de residentes y observación docente sobre ciertas limitaciones en las competencias clínicas, proponiendo retroalimentación y planes de mejora continua. En un marco de estrés elevado y posibles afectaciones cognitivas, esta línea sugiere que se demandan competencias superiores de juicio clínico y toma de decisiones mientras la sobrecarga y la ansiedad pueden comprometer funciones necesarias para esas tareas. Esta intersección entre demandas formativas y condiciones psicofisiológicas refuerza la relevancia de intervenciones preventivas.

En línea con los mencionados, además de describir estrés y burnout, se propone explícitamente dispositivos de intervención para sostener la salud mental del equipo sanitario. Ramos (2025) sostiene que residentes constituyen población en riesgo de burnout, caracterizado por alto agotamiento emocional y despersonalización, asociado a baja realización personal, debido a elevada carga docente-laboral e interferencia con vida personal. Destaca que en ámbito hospitalario, exposición continua a enfermedad, sufrimiento y muerte, sumada a presión por decisiones bajo alta demanda emocional, cognitiva y física, favorece a la aparición de estrés crónico y desgaste profesional. En este marco, subraya que tradicionalmente la interconsulta en salud mental se centró en pacientes, pero en los últimos años se reconoce la necesidad de extender el abordaje al equipo de salud: el estado emocional del profesional influye en calidad de atención, juicio clínico y bienestar personal (Ramos, 2025). Por lo tanto se comprende que el cuidado del cuidador, con acompañamiento profesional adecuado percibido, es un componente estructural.

Ramos (2025) enfatiza que las residencias quirúrgicas constituyen un caso particular dadas las jornadas extensas, la sobrecarga laboral, la alta exigencia y la presión por parte de los superiores, condiciones que pueden sobrepasar recursos personales y derivar en agotamiento emocional. A partir de ello, propone la implementación de dispositivos de apoyo psicosocial orientados a regulación emocional y prevención del burnout. Plantea Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) como marco para organizar la comprensión del problema y establecer intervenciones para prevenir estrés crónico. Asimismo, integra mindfulness y estrategias de terapias de tercera generación (como RO-DBT). Este planteo se articula con Suárez Cadavid et al. (2022), quienes proponen que el acompañamiento para desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas podría prevenir acumulación de estrés y agotamiento laboral.

A su vez, la evidencia de Castelo-Rivas et al. (2023) sobre mindfulness como reducción de estrés percibido, mediada por regulación emocional, ofrece un mecanismo plausible de cómo ciertos dispositivos de apoyo pueden producir efectos: al fortalecer regulación emocional se reduce el impacto del estrés.

La evidencia revisada sostiene que el estrés en personal de salud y residentes responde a estresores reales y evocados, se vincula con activación neuroendocrina y puede cronificarse, impactando salud, cognición y regulación emocional (Puig Pérez et al., 2021; Cerda-Molina et al., 2023). La regulación emocional se define como proceso de modificación de la respuesta emocional y se operacionaliza mediante estrategias (reevaluación/supresión; estrategias cognitivas adaptativas/desadaptativas), con relevancia directa en bienestar y afrontamiento del estrés, aunque con resultados empíricos no siempre lineales (Enciso Ortiz, 2020; Giménez et al., 2019). En contextos de residencia, se evidencia alto estrés percibido y perfiles emocionales que sugieren necesidad de formación específica en habilidades emocionales (García-Mendoza et al., 2025), mientras que el desgaste profesional (burnout) se conceptualiza como respuesta al estrés crónico con componentes afectivos y relacionales que afectan desempeño y organización (Gilla et al., 2019). Frente a ello, la literatura reciente propone dispositivos de apoyo y acompañamiento profesional como estrategias para sostener el autocuidado, autorregulación y prevención del burnout en entornos de alta demanda (Ramos, 2025; Castelo-Rivas et al., 2023). El acompañamiento actúa como intervención contextual que potencia regulación emocional y, por esa vía, reduce estrés y desgaste, con implicaciones potenciales sobre cognición y toma de decisiones.

Marco teórico

A fin de facilitar la lectura, se decidió subdividir por ítems el marco teórico utilizado en la presente investigación.

1. Estrés

El concepto de estrés constituye un eje central para comprender la interacción entre demandas del entorno, procesamiento psicológico y respuestas fisiológicas del organismo. Desde una perspectiva integradora, el estrés puede definirse como un proceso que involucra la evaluación de una situación como desafiante o amenazante, junto con un conjunto de respuestas psicológicas, conductuales y fisiológicas orientadas a la adaptación. En el plano fisiológico, el estrés se expresa particularmente a través de la activación coordinada del sistema nervioso autónomo (SNA) y de sistemas neuroendocrinos que permiten movilizar energía, modular funciones corporales y sostener la respuesta adaptativa (Lazarus y Folkman, 1984).

En términos psicofisiológicos, cuando la situación es interpretada como exigente, el organismo activa mecanismos que favorecen la disponibilidad de recursos para afrontarla. Estos mecanismos son adaptativos en el corto plazo; sin embargo, cuando la activación se mantiene en el tiempo y falla el retorno a la línea basal, el estrés puede adquirir un carácter crónico, incrementando la vulnerabilidad a alteraciones cognitivas, emocionales e inmunometabólicas (Cerdeña-Molina, et al., 2023).

En esta línea, Puig Pérez et al. (2021) señalan que el estrés crónico se asocia con mayor activación del eje HHA, hipersecreción de glucocorticoides y menor eficacia de la retroalimentación negativa, con impacto en circuitos límbicos. Complementariamente, Cerdeña-Molina et al. (2023) destacan que, si ante estresores prolongados no ocurre una adaptación adecuada, se produce una activación alterada del eje HHA y de sistemas de neurotransmisión asociados, con hiperactivación y secreción elevada de glucocorticoides debido a deterioros en mecanismos cerebrales que normalmente permiten disminuir la respuesta.

El estrés no puede reducirse a “tener muchas demandas”, sino que debe comprenderse como un proceso de regulación y desregulación: un sistema que inicialmente protege, pero que puede volverse perjudicial si se sostiene en el tiempo sin mecanismos eficaces de modulación y cierre fisiológico (Puig Pérez et al., 2021; Cerdeña-Molina et al., 2023).

1.1. Eje córtico-límbico-adrenal

Desde la fisiología médica, la respuesta al estrés se explica mediante sistemas que articulan cerebro y cuerpo, especialmente el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). Guyton y Hall describen el papel de este eje en la respuesta al estrés, señalando que los estímulos percibidos como amenazantes activan una respuesta hormonal orientada a la adaptación del organismo (Hall, 2021).

En este proceso, la información del entorno es procesada a nivel cortical y adquiere significado emocional en estructuras del sistema límbico, lo que permite evaluar la relevancia de los estímulos y activar respuestas adaptativas (Martínez-Selva et al., 2006).

Cuando la situación es interpretada como amenazante, el hipotálamo actúa como puente entre el sistema nervioso y el sistema endocrino, liberando hormona liberadora de corticotropina (CRH) hacia la hipófisis. La hipófisis anterior, al recibir CRH, secreta hormona adrenocorticotropa (ACTH) al torrente sanguíneo. A su vez, la ACTH estimula la corteza suprarrenal, promoviendo la liberación de glucocorticoides, especialmente cortisol. Este mecanismo permite movilizar recursos metabólicos para afrontar la demanda del entorno (Hall, 2021).

El cortisol cumple inicialmente una función adaptativa, ya que incrementa la disponibilidad de glucosa, modula la respuesta inmune y contribuye a sostener la respuesta al estrés. Sin embargo, cuando su liberación se mantiene de forma prolongada, puede afectar procesos cognitivos como la atención y la memoria, además de influir en la regulación emocional y en la vulnerabilidad a distintos problemas de salud (Cerdeña-Molina et al., 2023).

Un componente central del eje HHA es su mecanismo de retroalimentación negativa: el incremento de cortisol inhibe la actividad del hipotálamo y de la hipófisis, contribuyendo al apagado de la respuesta (Hall, 2021). Esta lógica de regulación resulta fundamental para diferenciar estrés agudo y estrés crónico. Puig Pérez et al. (2021) describen que, cuando la situación estresante se mantiene, aumenta la activación del eje, se produce hipersecreción de glucocorticoides y disminuye la eficacia de la retroalimentación negativa, con consecuencias relevantes para la salud y para el funcionamiento emocional y cognitivo. Cerdeña-Molina et al. (2023) aportan en el mismo sentido al señalar que la falta de adaptación frente a estresores prolongados se asocia con activación alterada y sostenida del eje HHA.

1.2. Burnout

El burnout se vincula estrechamente con el estrés crónico en contextos ocupacionales. No se presenta como un trastorno mental en el DSM, sino que se describe como un fenómeno asociado al trabajo dentro de la CIE-11. Allí se lo conceptualiza como un síndrome resultante del estrés crónico laboral que no ha sido manejado con éxito, caracterizado por agotamiento, distancia mental o cinismo respecto del trabajo, y disminución de la eficacia profesional. Asimismo, la CIE-11 delimita su uso al contexto ocupacional, evitando extender el término a otras áreas de la vida. En consecuencia, más que un diagnóstico clínico, el burnout se describe y evalúa mediante instrumentos psicométricos (por ejemplo, el Maslach Burnout Inventory), dado que no se plantean umbrales diagnósticos clínicos ni criterios operativos de duración. Es posible ubicarlo en continuidad con procesos de estrés crónico y desgaste psicofisiológico.

Además de las conceptualizaciones diagnósticas, el burnout ha sido ampliamente estudiado en el campo de la psicología laboral. Una de las definiciones más influyentes es la propuesta por Maslach y Jackson (1981), quienes lo describen como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una disminución en la realización personal. Este modelo conceptualiza el burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, especialmente en profesiones que implican contacto directo con otras personas, donde las demandas emocionales son elevadas y sostenidas en el tiempo.

El agotamiento emocional refiere a la sensación de estar emocionalmente sobrecargado y sin recursos para afrontar las demandas del trabajo; la despersonalización implica actitudes negativas, cínicas o distantes hacia los destinatarios del propio trabajo; y la baja realización personal se vincula con sentimientos de ineficacia y falta de logro profesional. Este enfoque ha sido ampliamente validado y constituye la base de numerosos estudios empíricos y del desarrollo de instrumentos de evaluación como el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981).

2. Modelo Cognitivo-Conductual

El modelo cognitivo-conductual plantea que la manera en que las personas perciben e interpretan los eventos influye directamente sobre sus emociones y comportamientos (Beck, J. S., 2011). En esta perspectiva, los sentimientos no están determinados por la situación en sí misma, sino por el significado que el individuo atribuye a la experiencia. Las interpretaciones se sostienen en esquemas cognitivos, definidos como actitudes, supuestos o estructuras de significado desarrolladas a partir de experiencias previas (Beck, 1979). Durante la infancia, las personas construyen creencias sobre sí mismas, los otros y el mundo, que suelen vivenciarse como verdades y guían la interpretación de la realidad (Beck, 1979; Beck, J. S., 2011).

Dentro del sistema cognitivo, Beck (1979) distingue tres niveles de cognición organizados jerárquicamente. Las creencias centrales constituyen el nivel más profundo: son globales, rígidas y generalizadas, y organizan la experiencia del individuo. En un nivel intermedio se ubican las creencias intermedias, que incluyen reglas, actitudes y suposiciones del tipo *"debo ser competente en todo momento"* o *"pedir ayuda es señal de debilidad"*. Finalmente, en el nivel más superficial se encuentran los pensamientos automáticos, que aparecen como palabras, frases o imágenes ante situaciones específicas e influyen sobre emociones y conductas, incluyendo respuestas fisiológicas (Beck, J. S., 2011). Cuando las creencias intermedias entran en tensión con las demandas del entorno, se activan pensamientos automáticos negativos que intensifican el malestar emocional y dificultan el afrontamiento adaptativo.

Asimismo, Beck (1979) describió la tríada cognitiva como un patrón de procesamiento que, al volverse disfuncional, se expresa mediante visiones negativas simultáneas sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro. La visión negativa sobre uno mismo implica percibirse como defectuoso o inadecuado; la visión negativa sobre el mundo refiere a interpretar el entorno como hostil o carente

de recursos; y la visión negativa sobre el futuro se expresa como la anticipación persistente de fracaso o sufrimiento. En consecuencia, las intervenciones del modelo se orientan a identificar y modificar estas conceptualizaciones distorsionadas; mediante la reestructuración cognitiva, la persona puede desarrollar modos más adaptativos de afrontar situaciones que previamente consideraba inabordables (Beck, 1979; Beck, J. S., 2011).

2.1. Regulación emocional

Desde el modelo cognitivo-conductual, la manera en que las personas perciben e interpretan sus experiencias influye directamente sobre sus respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas (Beck, J. S., 2011). En este sentido, las emociones no dependen de los acontecimientos en sí mismos, sino del significado que el individuo les atribuye a través de sus esquemas cognitivos. Desde una perspectiva conductual, la regulación emocional puede comprenderse como un conjunto de procesos funcionales susceptibles de análisis en términos de contingencias y aprendizaje, donde ciertas conductas operan como intentos de modificar estados emocionales a través de mecanismos de reforzamiento negativo, aun cuando sus consecuencias a largo plazo resulten desadaptativas (Vargas Gutiérrez & Muñoz-Martínez, 2013). En esta línea, Navarro et al. (2018), en el marco de la validación psicométrica del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), señalan que la regulación emocional alude a los procesos cognitivos y comportamentales que influyen en la ocurrencia, intensidad, duración y expresión de una determinada emoción, destacando su papel crucial en el funcionamiento psicológico y en la salud mental. Asimismo, los autores subrayan que, si bien la regulación emocional constituye un proceso adaptativo, los esfuerzos por modificar los estados emocionales pueden resultar ineficaces e incluso contraproducentes, constituyendo en ocasiones parte de la vulnerabilidad y sintomatología de diversos trastornos psicológicos (Navarro et al., 2018).

Gross (1999) define la regulación emocional como aquellos procesos por los cuales las personas ejercen influencia sobre las emociones que tienen, sobre cuándo las tienen, y sobre cómo las experimentan y expresan (pp. 571-573). Complementariamente, Thompson (1994) la define como procesos internos y externos responsables de monitorizar, evaluar y modificar reacciones emocionales para cumplir metas (pp. 27-28). El modelo procesual de Gross (1999) propone comprender la regulación emocional según el punto del proceso de generación emocional en el que se inserta la estrategia, organizando las fases en situación, atención, interpretación y respuesta, y agrupando las estrategias en regulación centrada en antecedentes y regulación centrada en la respuesta. Dentro de este enfoque, Gross sostiene que las estrategias implementadas en etapas previas suelen resultar más ventajosas que aquellas aplicadas cuando la emoción ya está activada, ilustrando especialmente las consecuencias negativas potenciales de la supresión expresiva en comparación con la reevaluación cognitiva (Gross, 1999). Algunas personas, frente a reacciones negativas intensas, implementan estrategias contraproducentes como la evitación, el rechazo o la supresión, que lejos de disminuir la intensidad emocional, la incrementan, o bien logran reducirla con costos secundarios desadaptativos, incluyendo conductas como el consumo de sustancias o las autolesiones.

Desde una perspectiva clínica centrada en habilidades, la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), enmarcada dentro de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, concibe las emociones como respuestas complejas, breves e involuntarias que cumplen función adaptativa, y descompone el fenómeno emocional en subsistemas interrelacionados: vulnerabilidad emocional, disparadores, interpretaciones, tendencias de respuesta, conducta expresiva y consecuencias posteriores. En esta formulación se enfatiza especialmente la dificultad para regular una respuesta emocional una vez "disparada", y la relevancia de la vulnerabilidad emocional como conjunto de condiciones distales y proximales que incrementan la intensidad afectiva y dificultan la modulación. Desde este marco, la regulación emocional implica desarrollar habilidades para disminuir vulnerabilidad, reducir intensidad de emociones no deseadas, modificar respuestas desadaptativas y tolerar malestar sin generar consecuencias adicionales (Fassbinder et al., 2016).

Resulta oportuno realizar una breve referencia a los correlatos neuropsicológicos de estos procesos. Investigaciones basadas en neuroimagen han mostrado que la regulación emocional involucra la interacción entre regiones corticales y subcorticales, particularmente entre la corteza prefrontal y la amígdala. La corteza prefrontal participa en procesos cognitivos de control, reinterpretación y evaluación de estímulos, mientras que la amígdala se asocia con la generación de respuestas emocionales, especialmente frente a estímulos amenazantes. En este sentido, estrategias como la reevaluación cognitiva implican una activación de regiones prefrontales que modulan la actividad de la amígdala, reduciendo la intensidad de la respuesta emocional (Goldin et al., 2009).

2.2. Reevaluación cognitiva

Dentro del modelo cognitivo-conductual, la reevaluación cognitiva constituye una estrategia central de regulación emocional que implica modificar la interpretación que una persona realiza sobre una situación con el fin de alterar su impacto emocional. Desde esta perspectiva, las emociones no dependen únicamente de los acontecimientos en sí mismos, sino del significado que el individuo les atribuye a través de procesos cognitivos de valoración e interpretación. En este sentido, la reevaluación cognitiva consiste en reinterpretar un evento potencialmente generador de emociones de modo que cambie su significado psicológico y, por lo tanto, la respuesta emocional asociada (Gross, 2002; Gross & John, 2003).

En el marco de la terapia cognitivo-conductual, este proceso se vincula estrechamente con las técnicas de reestructuración cognitiva propuestas por Beck, cuyo objetivo es identificar, cuestionar y modificar pensamientos automáticos disfuncionales y creencias desadaptativas que influyen en la experiencia emocional. En esta línea, la activación de pensamientos automáticos disfuncionales no solo impacta sobre el estado emocional del individuo, sino que puede interferir en procesos cognitivos complejos como la toma de decisiones, en tanto esta requiere la eficacia del sistema atencional y la memoria operativa para evaluar alternativas de manera adaptativa (Salvador et al., 2010). La evidencia empírica ha mostrado que las personas que utilizan con mayor frecuencia la reevaluación cognitiva tienden a experimentar menores niveles de afecto negativo y mayores niveles

de bienestar psicológico, además de mostrar un mejor funcionamiento interpersonal (Gross & John, 2003). Por esta razón, la reevaluación cognitiva es considerada una estrategia adaptativa de regulación emocional, ampliamente utilizada tanto en investigación como en intervención clínica dentro del enfoque cognitivo-conductual.

2.3. Estrategias de afrontamiento

La conceptualización de las estrategias de afrontamiento se inscribe principalmente en el modelo transaccional del estrés y la emoción desarrollado por Lazarus. Desde este enfoque, el estrés se entiende como resultado de un proceso de valoración cognitiva en el que el individuo evalúa demandas del entorno en relación con sus recursos personales (Lazarus, 2000). En esta línea, Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes destinados a manejar demandas internas y/o externas evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

Esta definición destaca que el afrontamiento es dinámico, contextual y procesual. Su eficacia depende de la situación, de la evaluación cognitiva y de la flexibilidad para variar estrategias a lo largo del tiempo. Lazarus y Folkman distinguen dos grandes funciones: afrontamiento centrado en el problema, orientado a modificar la situación, y afrontamiento centrado en la emoción, orientado a regular respuestas emocionales asociadas al estrés. Además, el enfoque procesual implica que el afrontamiento debe evaluarse considerando pensamientos, emociones y conductas específicas en contexto, y en distintos períodos para registrar cambios frente a variaciones en demandas y valoraciones.

Diversos autores han identificado estrategias de afrontamiento frecuentes ante eventos vitales estresantes, particularmente en el contexto de enfermedades. Entre ellas se destacan la negación, la búsqueda de información, la búsqueda de apoyo social, la resolución de problemas concretos, la preparación para alternativas futuras y la búsqueda de significado (Friedman & Di Matteo, 1989). La eficacia de estas estrategias no depende exclusivamente de su naturaleza, sino también de una serie de factores moduladores, entre los que se incluyen la diversidad y flexibilidad del repertorio de afrontamiento disponible, el nivel intelectual y cultural del individuo, y características personales tales como la resistencia al estrés y la autoestima (Friedman & Di Matteo, 1989; Taylor, 1993; Martín, 2002; Shumaker & Brownell, 1984). En esta línea, Grau y Martín (1994) sostienen que contar con un repertorio amplio y flexible de estrategias incrementa las posibilidades de una adaptación psicológica exitosa frente a situaciones de alta demanda.

Desde una mirada integradora orientada a la evaluación, Casullo y Fernández Liporace (2001) señalan que, pese a diferencias conceptuales, existe consenso en comprender las estrategias de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que el sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir tensiones asociadas. Este encuadre resulta especialmente compatible con la TCC, dado que permite articular afrontamiento con

creencias, interpretaciones y conductas observables, integrando el nivel cognitivo y emocional del procesamiento ante el estrés.

Lazarus y Folkman operacionalizaron estas conceptualizaciones en su Escala de Modos de Afrontamiento (*Ways of Coping Questionnaire*), describiendo estrategias específicas como confrontación, planificación, aceptación de la responsabilidad, distanciamiento, autocontrol, reevaluación positiva, escape/evitación y búsqueda de apoyo social. Estas estrategias pueden ordenarse según su orientación predominante hacia el problema o hacia la regulación emocional, destacándose que el uso flexible y contextualizado de las mismas constituye un factor central para la adaptación psicológica (Lazarus y Folkman, 1984).

3. Supervisión y acompañamiento profesional en residencias médicas

Desde una perspectiva organizacional y educativa, la residencia se concibe como un régimen formativo que combina actividades asistenciales de complejidad creciente con instancias académicas, bajo la orientación de profesionales con experiencia y con un programa aprobado. En este marco, Gasull et al. (2019) destacan que el proceso formativo debe jerarquizar lo académico y lo asistencial con supervisión continua, centrada en quien aprende, y señalan que la opinión de los residentes constituye un insumo clave para evaluar la calidad del sistema y detectar problemáticas del acompañamiento durante la formación. En su estudio, la supervisión se vincula con la posibilidad de consulta, la presencia de figuras formativas (instructor/jefe de residentes) y la gradualidad de responsabilidades, aspectos que permiten sostener el “aprender trabajando” como experiencia supervisada y no como mera cobertura de demanda asistencial (Gasull et al., 2019).

A nivel conceptual, la supervisión en educación médica ha sido caracterizada como un proceso de prácticas formativas que incluye guía, observación, apoyo y retroalimentación. El AMEE Guide No. 27 (Kilminster et al., 2007) define la supervisión educativa y clínica como una práctica que implica proveer guía y feedback, acompañar el desarrollo profesional y educativo del/la residente y asegurar que la atención sea apropiada y segura. Esta conceptualización enfatiza que supervisar no equivale solo a controlar: supone sostener el aprendizaje mediante devoluciones, encuadre, monitoreo y oportunidades de reflexión sobre la práctica, con variabilidad según el nivel de formación y la complejidad de las tareas (Kilminster et al., 2007).

En esa misma línea, Patel (2016) aporta una distinción útil para el marco teórico entre supervisión clínica y supervisión educativa (*educational supervision*). En el contexto del posgrado médico del Reino Unido, describe la supervisión educativa como una instancia formal orientada a la trayectoria formativa y al desarrollo profesional, que idealmente funciona como un espacio de diálogo tipo mentoría. Sin embargo, su estudio muestra que, en la práctica, la supervisión educativa puede degradarse a una actividad burocrática (“tick-box exercise”), perdiendo sentido para residentes y supervisores cuando falta tiempo, preparación y calidad del feedback. El autor subraya que la efectividad de la supervisión mejora cuando existe preparación previa, comunicación proactiva y encuentros suficientemente frecuentes, con devoluciones significativas (Patel, 2016).

En el plano local argentino, Silva et al. (2019) discuten la necesidad de supervisión en ingresantes a residencias médicas, situándola entre el equilibrio entre autonomía progresiva y control formativo. Retoman el concepto de actividades profesionales confiables (EPAs), tareas que un/a ingresante debería poder realizar sin supervisión directa, y señalan que, ante la ausencia de consensos claros, se vuelve relevante contar con criterios explícitos sobre qué actividades requieren supervisión directa y cuáles pueden realizarse con supervisión indirecta. En este enfoque, la supervisión no solo cumple una función educativa, sino también protectora, al ordenar el grado de independencia según competencia y riesgo, y al favorecer una cultura institucional en la que consultar no es un “fracaso” sino un estándar de seguridad y aprendizaje (Silva et al., 2019).

Desarrollo metodológico

Hipótesis

En residentes quirúrgicos de primer año del Hospital Argerich, niveles bajos de acompañamiento profesional percibido se asocian con niveles más elevados de burnout y con mayor uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas.

Tipo de investigación

El presente estudio se enmarca en un diseño de investigación cuantitativo, no experimental, de tipo transversal, con un enfoque descriptivo - correlacional.

Se considera no experimental, dado que no se realizó ninguna manipulación intencional de las variables, sino que estas fueron observadas y medidas tal como se presentan en su contexto natural.

El diseño es transversal, ya que la recolección de datos se llevó a cabo en un único momento temporal, lo que permitió analizar las variables de burnout, regulación emocional y acompañamiento profesional percibido en un momento específico del primer año de residencia.

El enfoque descriptivo - correlacional se justifica en la medida en que el objetivo principal del estudio fue describir los niveles de burnout y las estrategias de regulación emocional en residentes quirúrgicos de primer año, así como analizar la relación entre dichas variables y el acompañamiento profesional percibido, sin pretender establecer relaciones causales.

Muestra

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por un total de 16 médicos residentes quirúrgicos de primer año (R1) que se desempeñan en el Hospital Argerich.

Las edades de los participantes se encuentran comprendidas entre 25 y 31 años, con una media aproximada de 27 años. En relación con el género, el 56,3% (n = 9) de los participantes se identificó como femenino, mientras que el 43,7% (n = 7) se identificó como masculino. Asimismo, los participantes reportaron jornadas laborales que oscilan aproximadamente entre 50 y 135 horas semanales, lo que refleja la elevada carga horaria característica de los programas de formación médica en contextos hospitalarios.

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a la accesibilidad de la población de estudio.

El reclutamiento se llevó a cabo mediante la difusión de un enlace al cuestionario en formato digital entre residentes del servicio, acompañado de una breve explicación sobre los objetivos del estudio, con el fin de que los potenciales participantes pudieran completarlo de manera voluntaria.

Para mantener la coherencia interna del estudio, se establecieron como criterios de inclusión ser médico residente de primer año en un servicio quirúrgico y desempeñarse en el Hospital Argerich. No se establecieron criterios de exclusión. Las primeras preguntas del cuestionario funcionaron como

preguntas filtro, destinadas a verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión, particularmente el año de residencia y el ámbito hospitalario de desempeño.

Se debe señalar que los resultados obtenidos no son generalizables a la totalidad de los residentes médicos, sino únicamente a la muestra analizada. Asimismo, se garantizó que la participación fuera voluntaria y anónima, incluyendo un consentimiento informado al inicio del cuestionario en el cual se explicitó el objetivo del estudio, el carácter confidencial de los datos y su utilización exclusivamente con fines académicos.

Instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizaron instrumentos de autoinforme administrados en formato digital. Se emplearon dos instrumentos estandarizados: el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) para evaluar la regulación emocional y el burnout. Asimismo, se utilizó un cuestionario de elaboración propia orientado a explorar la percepción de acompañamiento profesional dentro del contexto de la residencia.

1. Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)

La regulación emocional fue evaluada mediante el Cuestionario de Regulación Emocional (Emotion Regulation Questionnaire, ERQ) desarrollado por Gross y John (2003). Este instrumento evalúa las estrategias que utilizan las personas para regular sus emociones, particularmente en relación con la forma en que modifican o controlan sus respuestas emocionales frente a distintas situaciones.

El ERQ está compuesto por 10 ítems con formato de escala y evalúa dos estrategias principales de regulación emocional.

- La primera es la reevaluación cognitiva, que refiere a la tendencia a reinterpretar cognitivamente una situación con el objetivo de modificar su impacto emocional.
- La segunda es la supresión emocional, que refiere a la inhibición de la expresión externa de las emociones una vez que estas han sido experimentadas.

Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en investigaciones sobre regulación emocional y resulta adecuado para evaluar las estrategias utilizadas por profesionales expuestos a contextos laborales de alta demanda emocional. El Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) fue desarrollado para evaluar dos estrategias de regulación emocional: reevaluación cognitiva y supresión expresiva. El instrumento consta de 10 ítems con formato Likert y permite identificar la tendencia habitual de las personas a utilizar estas estrategias para modular sus respuestas emocionales.

La adaptación argentina fue realizada por A. E. Pagano y N. A. Vizioli (2021) en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. El estudio incluyó juicio de

expertos, prueba piloto y análisis factorial confirmatorio, confirmando la estructura bifactorial del instrumento. Asimismo, se obtuvieron adecuados niveles de consistencia interna mediante alfa ordinal y omega ordinal, y se establecieron baremos locales para población adulta (Pagano & Vizioli, 2021).

2. Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

El burnout fue evaluado mediante el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1981). Este instrumento constituye una de las herramientas más utilizadas para evaluar el síndrome de burnout en profesionales que trabajan en contextos de atención a personas.

El MBI se compone de 22 ítems con formato de escala de frecuencia y evalúa tres dimensiones principales del burnout.

- La primera es el agotamiento emocional, que refiere a la sensación de desgaste físico y emocional derivada de las demandas laborales.
- La segunda es la despersonalización, caracterizada por la adopción de actitudes de distanciamiento o trato impersonal hacia los pacientes.
- La tercera dimensión corresponde a la realización personal, que refiere a la percepción de eficacia y satisfacción profesional en el trabajo con otras personas.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) fue desarrollado para evaluar el síndrome de burnout a través de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

La versión del instrumento ha sido adaptada y validada en población argentina por María Antonella Gilla, Silvina Belén Giménez, Valeria E. Moran y Fabián O. Olaz (2019) en profesionales de la salud mental. En este estudio se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la estructura interna del instrumento y se obtuvieron adecuados niveles de confiabilidad, confirmando la estructura trifactorial del burnout. Los resultados indicaron que el MBI constituye una escala válida y fiable para la evaluación del burnout en población argentina (Gilla et al., 2019).

3. Cuestionario de percepción de acompañamiento profesional

Con el objetivo de explorar el rol del acompañamiento profesional percibido, se elaboró un cuestionario de diseño propio compuesto por preguntas cerradas y abiertas.

Las preguntas cerradas permitieron relevar aspectos vinculados con la percepción del nivel de acompañamiento recibido por parte de superiores, la disponibilidad de herramientas para resolver situaciones clínicas complejas, la presencia de espacios seguros para expresar dudas o malestar, la percepción de capacitación para afrontar las demandas de la residencia y el impacto del acompañamiento profesional en el manejo emocional del estrés laboral.

Asimismo, se incluyeron preguntas abiertas orientadas a profundizar en la experiencia subjetiva de los residentes respecto al acompañamiento recibido, los recursos necesarios para mejorar su desempeño y el impacto emocional del contexto laboral.

Procedimiento

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante la administración de un cuestionario en formato digital utilizando la plataforma Google Forms.

El formulario fue difundido entre residentes médicos a través de medios digitales, acompañado de una breve descripción del objetivo del estudio, con el fin de que los potenciales participantes pudieran acceder a completarlo de manera voluntaria.

Al inicio del cuestionario se presentó un consentimiento informado, en el cual se detallaron los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de la participación y la garantía de anonimato y confidencialidad de los datos recolectados. Solo aquellos participantes que aceptaron el consentimiento informado pudieron continuar con el cuestionario.

La recolección de los datos se llevó a cabo hasta alcanzar 16 respuestas completas, momento en el cual se dio por finalizada la administración del formulario. Posteriormente, las respuestas fueron descargadas desde la plataforma Google Forms en formato de hoja de cálculo, lo que permitió organizar la información y realizar el análisis mediante estadística descriptiva, así como elaborar tablas y figuras para la presentación de los resultados.

Resultados

Con el objetivo de presentar los resultados obtenidos, se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de las variables estudiadas, considerando las subescalas de cada instrumento. Posteriormente, se procedió a la articulación inferencial de las variables en relación con la hipótesis de investigación.

Análisis Descriptivo

1. Escala de Regulación Emocional (ERQ)

Para el análisis descriptivo de los resultados se consideró la estructura teórica del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), abordando los datos a partir de sus dos subescalas: reevaluación cognitiva y supresión emocional, tal como propone el modelo de regulación emocional desarrollado por Gross (1999; Gross & John, 2003). Esta organización permite describir con mayor precisión las estrategias regulatorias utilizadas por los participantes frente a situaciones emocionalmente demandantes.

Subescala 1: Reevaluación cognitiva

La subescala de reevaluación cognitiva mostró una tendencia predominante de los residentes de utilizar con relativa frecuencia estrategias cognitivas orientadas a reinterpretar las situaciones emocionales.

En relación con la afirmación “Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio el tema sobre el que estoy pensando”, las respuestas se distribuyeron principalmente en valores intermedios y altos de la escala. Un 37,5% (6) indicó estar de acuerdo, mientras que un 25% (4) manifestó estar ligeramente de acuerdo y un 12,5% (2) totalmente de acuerdo. Por otra parte, un 12,5% (2) señaló ni acuerdo ni desacuerdo, mientras que un 12,5% (2) manifestó desacuerdo.

De forma similar, en el ítem “Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambié el tema sobre el que estoy pensando”, se observó una concentración en las categorías de acuerdo. Un 50% (8) de los participantes indicó estar de acuerdo, mientras que un 18,8% (3) manifestó estar ligeramente de acuerdo, un 12,5% (2) totalmente de acuerdo, y el resto se distribuyó entre posiciones neutras o de desacuerdo.

Respecto al ítem “Cuando me enfrento a una situación estresante intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma”, se observó una marcada concentración en los valores superiores de la escala. Un 43,8% (7) de los participantes indicó estar de acuerdo, mientras que un 31,3% (5) manifestó estar totalmente de acuerdo, lo que sugiere un uso frecuente de estrategias cognitivas orientadas a reinterpretar situaciones estresantes.

Los resultados de esta subescala sugieren que los residentes utilizan estrategias de reevaluación cognitiva con una frecuencia moderada a elevada, lo cual resulta consistente con el modelo cognitivo de las emociones. En contextos laborales de alta exigencia, como la residencia médica, la reevaluación cognitiva puede constituir un recurso psicológico relevante para afrontar situaciones estresantes.

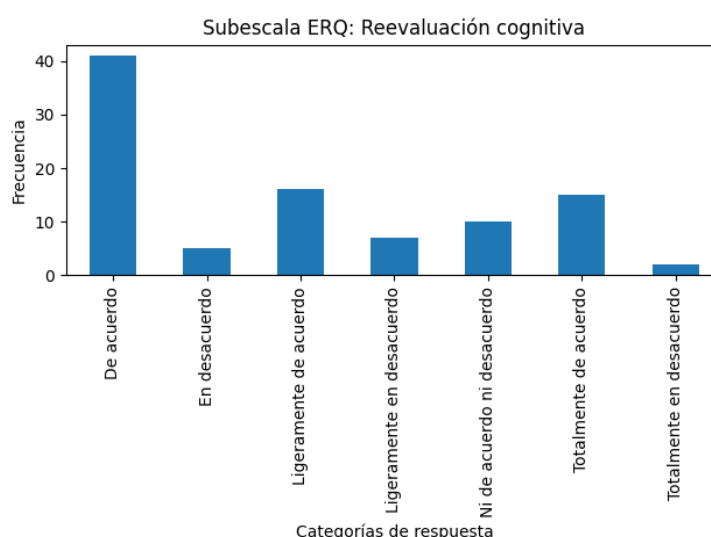


Figura 1. Distribución de las respuestas por ítem en la subescala de reevaluación cognitiva (ERQ).

Subescala 2: Supresión emocional

La subescala de supresión emocional, que evalúa la tendencia a inhibir la expresión externa de las emociones, presentó una distribución más heterogénea de las respuestas.

En el ítem “Guardo mis emociones para mí mismo/a”, se observó una concentración en las categorías de acuerdo. Un 31,3% (5) indicó estar de acuerdo, mientras que un 18,8% (3) manifestó estar totalmente de acuerdo. No obstante, un 25% (4) expresó desacuerdo y el resto de la muestra se distribuyó entre posiciones intermedias.

En relación con la afirmación “Controlo mis emociones no expresándolas”, las respuestas se concentraron principalmente en las categorías de desacuerdo. Un 43,8% (7) indicó estar en desacuerdo, mientras que un 25% (4) manifestó estar totalmente en desacuerdo, lo que sugiere que una parte importante de los residentes no tiende a inhibir sistemáticamente la expresión emocional.

Respecto al ítem “Cuando estoy sintiendo emociones negativas me aseguro de no expresarlas”, se observó una predominancia de respuestas de desacuerdo. Un 50% (8) de los participantes indicó estar totalmente en desacuerdo, mientras que un 25% (4) manifestó estar en desacuerdo.

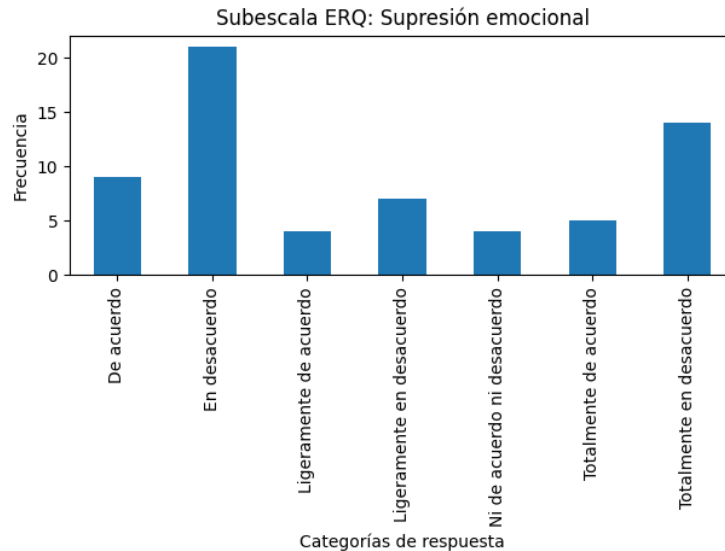


Figura 2. Distribución de las respuestas por ítem en la subescala de supresión emocional (ERQ).

2. Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Para el análisis descriptivo de los resultados se consideró la estructura teórica del Inventario de Burnout de Maslach, abordando los datos a partir de sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Subescala 1: Agotamiento emocional

Los resultados de la subescala de agotamiento emocional evidencian una presencia relevante de desgaste emocional en la muestra.

En el ítem “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”, el 25% (4) de los participantes indicó experimentar esta sensación todos los días, mientras que un 43,8% (7) señaló experimentarla unas pocas veces a la semana y un 18,8% (3) una vez a la semana.

De manera similar, en el ítem “Me siento cansado al final de la jornada”, un 37,5% (6) manifestó experimentar esta situación todos los días, mientras que un 43,8% (7) señaló hacerlo unas pocas veces a la semana.

Respecto al ítem “Cuando me levanto por la mañana me siento fatigado al enfrentar otra jornada”, un 37,5% (6) indicó experimentar esta situación todos los días, mientras que un 43,8% (7) manifestó hacerlo unas pocas veces a la semana.

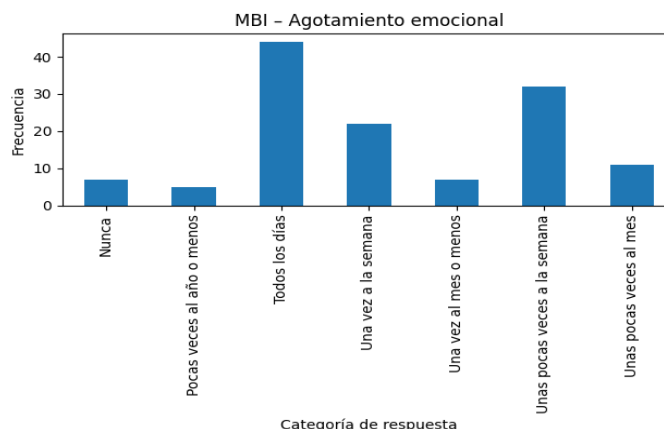


Figura 3. Distribución de las respuestas por ítem en la subescala de agotamiento emocional (MBI).

Subescala 2: Despersonalización

La subescala de despersonalización mostró una distribución más heterogénea.

En el ítem “Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales”, el 37,5% (6) indicó nunca experimentar esta situación, mientras que un 25% (4) manifestó experimentarla pocas veces al año o menos.

Respecto a la afirmación “Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión”, un 31,3% (5) indicó nunca experimentar esta situación, mientras que un 25% (4) manifestó experimentarla unas pocas veces a la semana.

En el ítem “Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente”, se observó una distribución más equilibrada, con un 31,3% (5) indicando experimentar esta sensación unas pocas veces a la semana, mientras que un 18,8% (3) manifestó experimentarla todos los días.

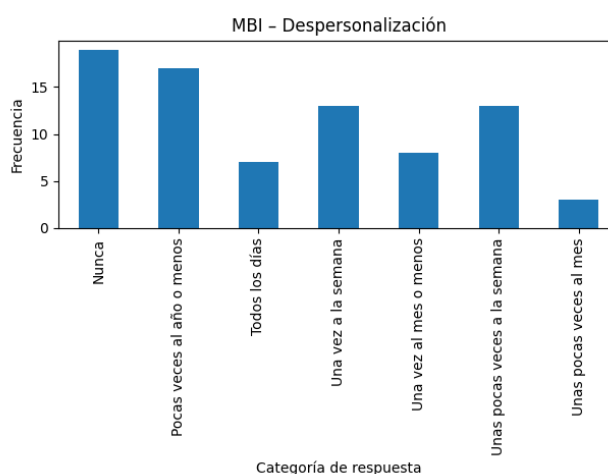


Figura 4. Distribución de las respuestas por ítem en la subescala de despersonalización (MBI).

Subescala 3: Realización personal

La subescala de realización personal mostró una tendencia hacia valores intermedios y altos. En el ítem “Creo que trato con eficacia los problemas de mis pacientes”, el 50% (8) indicó experimentar esta sensación unas pocas veces a la semana, mientras que un 12,5% (2) manifestó experimentarla todos los días.

Respecto a la afirmación “Creo que influyo positivamente en la vida de mis pacientes”, el 43,8% (7) señaló experimentarlo unas pocas veces a la semana, mientras que un 31,3% (5) indicó experimentarlo todos los días. Estos resultados sugieren que, a pesar de los niveles de agotamiento emocional observados, los residentes mantienen una percepción relativamente positiva de su desempeño profesional.

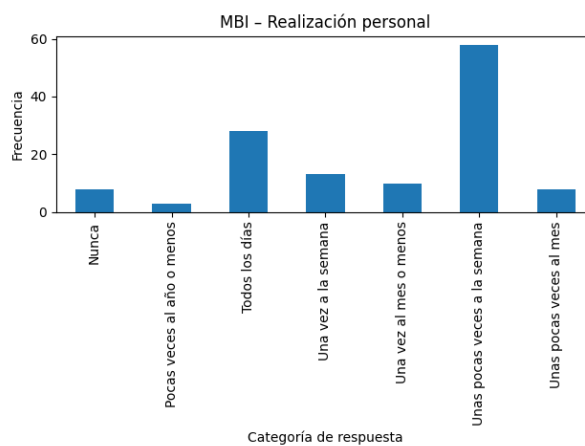


Figura 5. Distribución de las respuestas por ítem en la subescala de realización personal (MBI).

3. Cuestionario de Percepción de acompañamiento profesional

En relación con la percepción general del acompañamiento, se observó que el 56,3% (9) de los residentes considera que el acompañamiento recibido es insuficiente, mientras que el 31,3% (5) lo describe como adecuado y el 12,5% (2) como muy adecuado.

Respecto a la disponibilidad de herramientas brindadas por los superiores, el 68,8% (11) señaló contar con estos recursos sólo parcialmente, el 25% (4) indicó que sí cuenta con ellos, y el 6,3% (1) señaló que no cuenta con estas herramientas.

Asimismo, el 62,5% (10) de los participantes indicó que la presión laboral genera altos niveles de estrés, mientras que el 37,5% (6) señaló que esto ocurre solo en algunas ocasiones. En relación con la percepción de capacitación para afrontar las demandas de la residencia, el 56,3% (9) señaló sentirse solo parcialmente capacitado, mientras que el 37,5% (6) indicó sentirse adecuadamente capacitado y un 6,3% (1) señaló no sentirse capacitado.

Por otra parte, el 93,8% (15) de los participantes considera que el nivel de acompañamiento influye en la forma en que manejan emocionalmente las situaciones estresantes, mientras que sólo un 6,3% (1) señaló que no percibe esta influencia.

El 68,8% (11) de los residentes considera que un mayor acompañamiento profesional podría disminuir su agotamiento laboral, mientras que el 31,3% (5) considera que no necesariamente tendría ese efecto.

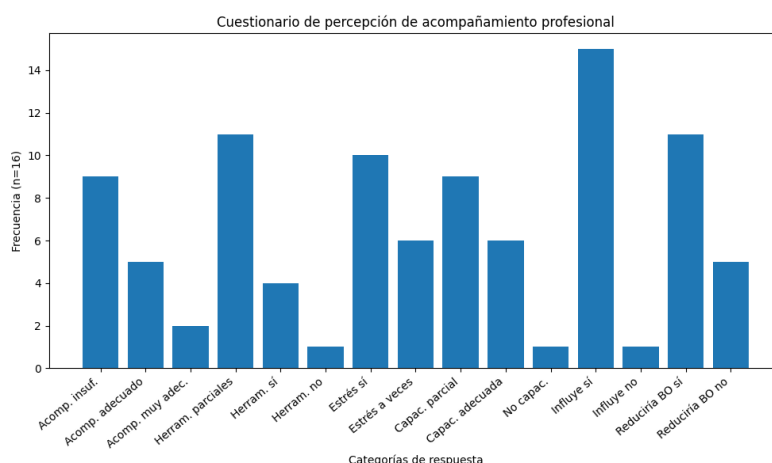


Figura 6. Distribución de las respuestas en la escala de acompañamiento profesional.

En cuanto a las respuestas subjetivas del cuestionario de percepción de acompañamiento profesional, cuyas transcripciones completas se encuentran en el Apéndice C de los Anexos, se identifican una serie de patrones recurrentes que permiten profundizar la comprensión de los datos cuantitativos previamente presentados. En términos generales, los participantes describen el acompañamiento recibido como insuficiente o inconsistente, destacando la falta de contención emocional y de supervisión sostenida por parte de los superiores. Refieren *“poco acompañamiento frente a las injusticias”*, *“no se terminan de involucrar para ayudarnos”* o *“me dejan completamente sólo”*, las cuales reflejan vivencias de desprotección dentro del entorno laboral.

Asimismo, se observa una reiterada referencia a la necesidad de mayor acompañamiento en instancias críticas del aprendizaje, particularmente frente a situaciones complejas o errores clínicos. Algunos participantes señalan: *“esperan que resolvamos solos y sólo intervienen cuando la situación es compleja”* o que *“responden con llamados de atención más que con explicaciones”*. Se observa una percepción de acompañamiento más centrada en la exigencia que en la función formativa.

Por otro lado, se destaca la importancia del sostén entre pares como principal recurso de apoyo cotidiano, en muchos casos por encima del acompañamiento institucional. Los residentes refieren que *“mi mayor sostén son mis compañeros”* o que *“hablar con otros residentes lo hace más llevadero”*, lo cual sugiere que los vínculos horizontales cumplen una función compensatoria frente a la percepción de escaso acompañamiento jerárquico.

Finalmente, también se identifican menciones a la necesidad de espacios formales de contención y seguimiento, tales como instancias de supervisión, devolución pedagógica y apoyo psicológico. Expresiones como *“más acompañamiento en quirófano para explicar”*, *“mayor seguimiento durante el aprendizaje”* o *“necesitamos alguien que nos escuche y guíe”* reflejan la demanda de un acompañamiento más activo, estructurado y orientado tanto al aprendizaje como al sostén emocional.

El análisis de las respuestas subjetivas permite complementar los datos cuantitativos, evidenciando que la percepción de acompañamiento profesional no solo se vincula con la disponibilidad de recursos técnicos, sino también con la calidad del vínculo formativo, la contención emocional y la posibilidad de contar con espacios de supervisión adecuados dentro del contexto de la residencia médica.

Análisis Inferencial

1. Correlación del Cuestionario de Gross y John (ERQ) con la regulación emocional

Los resultados obtenidos a través del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) evidencian un uso moderado a elevado de estrategias regulatorias por parte de los residentes, particularmente en relación con la reevaluación cognitiva. Este patrón resulta consistente con el modelo teórico de Gross, el cual plantea que la reevaluación cognitiva constituye una estrategia antecedente que permite modificar el significado de los estímulos emocionales antes de que se despliegue la respuesta emocional (Gross, 1999).

La predominancia de respuestas en categorías intermedias y altas en los ítems vinculados a la reevaluación cognitiva sugiere que los participantes disponen de recursos psicológicos orientados a la reinterpretación de situaciones estresantes. Desde el modelo cognitivo de Beck (1979; 2011), la forma en que las personas interpretan cognitivamente las situaciones influye directamente en la intensidad de las respuestas emocionales experimentadas. Estas estrategias se vinculan con los procesos de evaluación cognitiva que median entre los acontecimientos externos y la experiencia emocional, favoreciendo una modulación adaptativa de la respuesta afectiva (Beck, 1979; 2011) lo cual resulta particularmente relevante en el contexto de exigencia constante que caracteriza a las residencias médicas.

Por otra parte, la subescala de supresión emocional presenta una distribución más heterogénea, observándose tanto sujetos que tienden a inhibir la expresión emocional como otros que manifiestan desacuerdo con este tipo de estrategias. De acuerdo con Gross y John (2003), la supresión emocional constituye una estrategia de respuesta que, si bien puede resultar funcional en determinados contextos interpersonales o profesionales, se asocia con mayores costos psicológicos cuando su uso es frecuente o sostenido.

Los resultados permiten caracterizar a la muestra como un grupo que dispone, en términos generales, de estrategias de regulación emocional, con predominio de mecanismos considerados adaptativos, aunque con variabilidad interindividual en el uso de la supresión emocional.

2. Correlación del Inventario de Maslach y Jackson (MBI) con el burnout

El análisis de los resultados obtenidos en el Inventario de Burnout de Maslach permite identificar la presencia de ciertos niveles elevados, especialmente de agotamiento emocional, en una proporción significativa de la muestra. En particular, se observa un subgrupo de residentes que reporta con alta frecuencia sensaciones de cansancio, fatiga al inicio de la jornada y desgaste emocional asociado al trabajo asistencial.

En términos teóricos, el agotamiento emocional constituye la dimensión central del síndrome de burnout, siendo considerado el componente más sensible para la detección del desgaste laboral en profesionales de la salud según Maslach & Jackson, 1981. No obstante, el análisis conjunto de las tres subescalas no evidencia un patrón uniforme de burnout en su forma clásica (Maslach y Jackson, 1981). Los niveles de despersonalización se presentan como moderados, lo cual resulta consistente con la conceptualización de despersonalización como estrategia frente a demandas emocionales intensas. La literatura ha señalado que los profesionales de la salud pueden desarrollar actitudes de distanciamiento emocional como una estrategia para afrontar la sobrecarga afectiva asociada al trabajo asistencial (Gilla et al., 2019). Por otra parte, la realización personal se mantiene relativamente conservada en gran parte de los participantes. (Maslach y Jackson, 1981).

Este perfil sugiere la presencia de un desgaste emocional significativo sin una afectación homogénea del resto de las dimensiones del síndrome, lo cual resulta consistente con estudios que señalan que el burnout puede manifestarse de manera parcial o progresiva en contextos de alta exigencia laboral (Prins et al., 2007; Rodrigues et al., 2018).

Asimismo, los datos descriptivos indican que los residentes se encuentran expuestos a cargas laborales elevadas, (entre 50 y 135 hs semanales) lo cual constituye un factor ampliamente documentado en la literatura como asociado al desarrollo de agotamiento emocional en contextos de formación médica, de elevada responsabilidad clínica y presión formativa constante (Elmore et al., 2016; Rodrigues et al., 2018).

Desde la perspectiva psicobiológica, la exposición prolongada a estas condiciones puede implicar una activación sostenida de los sistemas de respuesta al estrés, particularmente del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, asociada a la liberación persistente de cortisol y otros mediadores neuroendocrinos (Cerdeira-Molina et al., 2023; Puig Pérez et al., 2021), lo cual contribuye a un posible deterioro progresivo del bienestar emocional y cognitivo.

Consideramos, más que identificar casos de burnout en términos categóricos, los resultados permiten caracterizar a la muestra en función de distintos niveles de compromiso especialmente en la

dimensión de agotamiento emocional, constituyendo este un indicador relevante de desgaste laboral en el contexto analizado que podría eventualmente comprometer otras dimensiones del síndrome.

3. Correlación del cuestionario elaborado con la variable acompañamiento profesional

Los resultados obtenidos en relación con la percepción de acompañamiento profesional indican que una proporción significativa de los residentes evalúa el apoyo recibido como insuficiente o parcial. En particular, se observa una predominancia de respuestas que señalan la falta de contención emocional, la necesidad de mayor supervisión y la percepción de recursos institucionales limitados para afrontar situaciones complejas.

Desde el modelo de Demandas y Recursos Laborales (JD-R), el acompañamiento profesional, la supervisión clínica y el apoyo institucional constituyen recursos organizacionales fundamentales que permiten amortiguar el impacto de las demandas laborales sobre el bienestar del trabajador (Prins et al., 2007). La percepción de insuficiencia en estos recursos puede, por tanto, configurarse como un factor de vulnerabilidad dentro del entorno formativo.

Asimismo, el análisis cualitativo de las respuestas abiertas permite identificar patrones recurrentes en la experiencia subjetiva de los residentes, tales como la centralidad del sostén entre pares como principal fuente de apoyo, la percepción de dinámicas jerárquicas rígidas y la necesidad de espacios de mayor acompañamiento y contención frente a situaciones de error o alta exigencia clínica.

4. Articulación de las variables

La consideración conjunta de los datos muestra que los residentes que presentan mayores niveles de agotamiento emocional no necesariamente son quienes reportan menores recursos de regulación emocional. En varios casos, los sujetos que manifiestan cansancio y desgaste continúan utilizando estrategias cognitivas y emocionales, lo que podría interpretarse como un intento de sostener el funcionamiento profesional frente a condiciones laborales exigentes.

En cuanto a la percepción de acompañamiento profesional, una proporción significativa de los residentes describe el apoyo institucional como insuficiente o parcial. Esta percepción, sin embargo, no se distribuye de manera uniforme entre quienes presentan mayores niveles de desgaste ni entre quienes utilizan determinadas estrategias regulatorias. Algunos residentes que perciben un acompañamiento limitado muestran igualmente recursos de regulación emocional relativamente adaptativos, mientras que en otros casos se observan niveles elevados de agotamiento incluso cuando el apoyo institucional es percibido como moderado.

Estos resultados sugieren que las estrategias de regulación emocional, los niveles de desgaste laboral y la percepción del acompañamiento profesional no se articulan de manera lineal, sino que configuran distintas formas de experiencia subjetiva frente a las demandas del contexto formativo. La variabilidad observada en la muestra permite pensar estos factores como dimensiones

interrelacionadas que se influyen mutuamente en función de las condiciones institucionales y de los recursos psicológicos disponibles en cada residente.

Si bien el acompañamiento profesional puede constituir un recurso significativo en el proceso formativo de los residentes y favorecer el afrontamiento de las demandas emocionales del contexto hospitalario, los resultados indican que su presencia o ausencia no explica por sí sola los niveles de burnout observados. De manera similar, el uso de determinadas estrategias de regulación emocional tampoco se asocia de forma unívoca con mayores o menores niveles de desgaste.

Estos hallazgos permiten pensar el burnout en residentes como un fenómeno complejo y multicausal, en el que intervienen simultáneamente factores individuales, relacionales e institucionales. Tanto la regulación emocional como el acompañamiento profesional pueden funcionar como recursos relevantes para su prevención, aunque no constituyen determinantes exclusivos de su aparición.

Discusión

Los resultados del presente estudio permiten comprender el desgaste laboral o burnout en residentes quirúrgicos de primer año como un fenómeno complejo, que no puede ser explicado de manera unidimensional, sino a partir de la interacción entre variables individuales y contextuales, particularmente la regulación emocional y la percepción de acompañamiento profesional en un entorno de alta exigencia.

Teniendo en cuenta lo expuesto en el análisis descriptivo, la muestra presenta, en términos generales, un uso moderado a elevado de estrategias de regulación emocional, especialmente en relación con la reevaluación cognitiva, considerada en la literatura como una estrategia adaptativa (Gross, 1999; Gross & John, 2003). A su vez, más de la mitad de los residentes (56,3 %) percibe el acompañamiento profesional como insuficiente, lo que da cuenta de ciertas limitaciones en los recursos organizacionales disponibles dentro del contexto formativo.

En relación con el burnout, y considerando la conceptualización de Maslach y Jackson (1981), se identificó un subgrupo de 8 residentes con alto compromiso en la dimensión de agotamiento emocional, que constituye el núcleo del síndrome y su dimensión más sensible, por lo que su presencia elevada debe ser considerada un indicador relevante de desgaste laboral. No obstante, el análisis de las otras dimensiones muestra un patrón diferencial. En cuanto a la despersonalización, 4 residentes presentan niveles bajos o bajo-moderados, mientras que los 4 restantes registran niveles moderados o moderado-altos. La realización personal se mantiene relativamente preservada: siete de los ocho residentes presentan niveles conservados o intermedios de eficacia y comprensión hacia los pacientes, mientras que sólo un caso evidencia una mayor disminución en esta dimensión. Estos resultados indican que el desgaste emocional aparece como la dimensión más comprometida, sin que el síndrome se exprese de manera homogénea en las tres áreas que lo componen.

Al analizar este subgrupo, se observa que 5 de los 8 residentes perciben el acompañamiento profesional como insuficiente, mientras que 3 lo describen como adecuado o muy adecuado. Este hallazgo permite sostener parcialmente la hipótesis planteada, en tanto una proporción importante de los residentes con mayor desgaste emocional refiere una percepción negativa del acompañamiento.

Sin embargo, la existencia de casos con alto agotamiento emocional que perciben un acompañamiento adecuado indica que esta variable, si bien es relevante, no resulta suficiente por sí sola para explicar la aparición del desgaste.

El análisis de la regulación emocional dentro de este subgrupo muestra que la mayoría de los residentes presenta estrategias regulatorias moderadas o adecuadas, con predominio de la reevaluación cognitiva y sin una utilización sistemática de la supresión emocional como estrategia dominante. Este resultado introduce un punto particularmente relevante: la presencia de recursos

adecuados de regulación emocional en residentes con elevado agotamiento sugiere que el desgaste no puede ser comprendido únicamente como consecuencia de un déficit en dichas estrategias.

Los hallazgos permiten cuestionar una lectura lineal según la cual un menor acompañamiento profesional derivaría directamente en una regulación emocional deficitaria y, en consecuencia, en mayores niveles de burnout. Por el contrario, los datos sugieren que, aun en contextos donde el acompañamiento es percibido como adecuado y donde los residentes cuentan con estrategias regulatorias funcionales, el desgaste emocional puede igualmente presentarse.

Esto permite introducir la relevancia de la dimensión subjetiva en la comprensión del fenómeno. Las estrategias de regulación emocional no se construyen exclusivamente en el contexto laboral actual, sino que se vinculan con la historia personal, los aprendizajes previos y los modos singulares de afrontamiento de cada individuo. Desde esta perspectiva, la variabilidad observada entre los residentes indica que el impacto del entorno no es homogéneo, sino que se encuentra mediado por recursos subjetivos que exceden el ámbito institucional.

De este modo, el acompañamiento profesional aparece como un factor relevante, pero no determinante, en la configuración del desgaste emocional. Su ausencia o insuficiencia puede potenciar el malestar, pero su presencia no garantiza por sí misma la ausencia de agotamiento, lo que refuerza la idea de que el burnout, o, en este caso, su dimensión nuclear, responde a una lógica multicausal.

Un aspecto central para la interpretación de los resultados se vincula con la etapa formativa de los participantes, ya que todos corresponden a residentes de primer año (R1). En este sentido, es posible pensar que el elevado agotamiento emocional coexiste con niveles aún conservados de realización personal y con menor presencia de despersonalización, debido a que los residentes se encuentran en una etapa inicial del proceso formativo, caracterizada por expectativas de aprendizaje, motivación profesional y construcción de la identidad médica.

Desde esta perspectiva, el perfil observado podría corresponder a una fase inicial del desgaste, en la que el agotamiento emocional se presenta como la primera manifestación del proceso, sin que se hayan desarrollado aún plenamente las otras dimensiones del burnout.

Este punto resulta particularmente relevante, ya que sugiere que el agotamiento emocional podría funcionar como un indicador temprano de riesgo, lo cual refuerza la importancia de su detección en etapas iniciales de la residencia. En este sentido, intervenir sobre los factores contextuales, como el acompañamiento profesional y las condiciones de trabajo, podría resultar clave para prevenir la progresión hacia formas más consolidadas del síndrome.

Asimismo, la carga horaria reportada por los residentes, con valores que alcanzan hasta 135 horas semanales, aparece como un factor transversal que atraviesa los casos con mayor desgaste emocional. Este dato se encuentra en línea con la literatura que describe a las residencias médicas

como contextos de alta exigencia, donde la intensidad de las demandas laborales favorece la aparición de estrés crónico y desgaste (Dyrbye et al., 2014; Elmore et al., 2016; Rodrigues et al., 2018). Desde una perspectiva psicobiológica, la exposición sostenida a estas condiciones puede implicar una activación prolongada de los sistemas de respuesta al estrés, con impacto en el funcionamiento emocional y cognitivo (Cerdeira-Molina et al., 2023; Puig Pérez et al., 2021).

En cuanto a la hipótesis de investigación, los resultados permiten sostenerla de manera parcial. Si bien se observa una asociación entre la percepción de menor acompañamiento profesional y mayores niveles de agotamiento emocional en una parte de la muestra, esta relación no se presenta de manera consistente en todos los casos. Asimismo, la regulación emocional no aparece como un factor exclusivamente deficitario en los residentes con mayor desgaste, lo que refuerza la idea de que el fenómeno no puede ser reducido a una única variable explicativa.

Entre las limitaciones del estudio, se destaca el tamaño reducido de la muestra y el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre las variables. En este sentido, futuras investigaciones podrían beneficiarse de diseños longitudinales que permitan analizar la evolución del desgaste emocional a lo largo del tiempo, así como el posible desarrollo de otras dimensiones del burnout en etapas más avanzadas de la residencia.

Asimismo, también sería interesante categorizar en función del género, ya que en el presente trabajo, 8 participantes, dentro del subgrupo con mayor agotamiento emocional se identifican 5 mujeres y 3 hombres. Si bien se observa una mayor presencia de mujeres, el tamaño reducido de la muestra no permite establecer diferencias concluyentes.

Los resultados del presente estudio refuerzan la necesidad de abordar el desgaste laboral en residentes quirúrgicos desde una perspectiva integral. El agotamiento emocional, como núcleo del burnout, emerge como un indicador central que debe ser atendido, no solo desde los recursos individuales, sino también a partir de intervenciones en el contexto formativo que contemplen la supervisión, el acompañamiento y las condiciones de trabajo.

Conclusión

El presente estudio permitió analizar la relación entre el burnout, la regulación emocional y el acompañamiento profesional percibido en residentes quirúrgicos de primer año del Hospital Argerich, aportando una comprensión más compleja del fenómeno en contextos de alta exigencia asistencial.

En términos generales, los resultados obtenidos permiten sostener que el desgaste emocional en esta población no puede ser comprendido únicamente como una respuesta individual frente a las demandas del trabajo hospitalario, ni tampoco como consecuencia directa de la presencia o ausencia de acompañamiento profesional. Por el contrario, los hallazgos indican que se trata de un fenómeno que se configura a partir de la interacción entre las condiciones del entorno laboral, los recursos de regulación emocional y la forma en que cada sujeto procesa y responde a dichas exigencias.

En relación con la hipótesis planteada, los resultados permiten sostenerla de manera parcial. Si bien se observa que una proporción de los residentes con mayor agotamiento emocional percibe el acompañamiento profesional como insuficiente, esta relación no se presenta de manera uniforme en todos los casos. En efecto, algunos residentes que presentan elevado desgaste emocional refieren contar con niveles adecuados de acompañamiento y con estrategias de regulación emocional funcionales, lo que indica que estas variables, consideradas de manera aislada, no resultan suficientes para explicar el fenómeno.

Asimismo, los datos muestran que aquellos residentes que presentan estrategias de regulación emocional adecuadas y que perciben un acompañamiento profesional favorable no evidencian necesariamente indicadores de burnout, sino más bien niveles de estrés esperables dentro de un contexto laboral altamente demandante, los cuales logran ser gestionados de manera relativamente adaptativa. Este punto resulta central, ya que permite diferenciar entre un nivel de activación esperable, propio de la exigencia del contexto formativo, y un nivel de desgaste emocional que comienza a configurarse como problemático.

Los resultados permiten cuestionar una lectura lineal según la cual un menor acompañamiento profesional conduciría directamente a una regulación emocional deficitaria y, en consecuencia, al desarrollo de burnout. Por el contrario, la evidencia obtenida sugiere que la regulación emocional se encuentra fuertemente atravesada por la historia singular de cada sujeto, sus aprendizajes previos y sus modos particulares de afrontar las situaciones estresantes. De este modo, el impacto del entorno no es homogéneo, sino que se encuentra mediado por recursos subjetivos que exceden el contexto institucional inmediato.

A su vez, considerando la conceptualización de Maslach y Jackson (1981), el estudio permitió identificar un subgrupo de residentes con alto compromiso en la dimensión de agotamiento emocional, entendida como núcleo del burnout. No obstante, la ausencia de una afectación homogénea en las otras dimensiones (despersonalización y realización personal) permite interpretar

estos resultados como una manifestación incipiente del proceso de desgaste, más que como un síndrome plenamente consolidado. En función de estos hallazgos, entendemos que aunque el acompañamiento profesional no garantiza por sí misma la ausencia de desgaste o no determina necesariamente en una disminución de estrategias de regulación emocional, puede ser comprendido como un factor relevante dentro del entorno formativo en tanto puede facilitar el aprendizaje, disminuir la incertidumbre y ofrecer sostén emocional.

A partir de esto, se destaca la importancia de promover instancias de psicoeducación y formación en regulación emocional dentro de los programas de residencia médica, orientadas a fortalecer los recursos individuales para afrontar situaciones de alta exigencia. Resulta fundamental revisar las condiciones organizacionales, particularmente en relación con la carga horaria, los espacios de supervisión y las modalidades de acompañamiento, con el objetivo de favorecer entornos formativos más sostenibles.

Finalmente, los hallazgos invitan a reflexionar sobre la importancia de integrar la dimensión subjetiva en la comprensión del malestar en profesionales de la salud. Considerar la singularidad de cada residente, sus modos de afrontamiento y su trayectoria previa permite evitar reduccionismos y avanzar hacia abordajes más integrales, que contemplen tanto los factores individuales como los contextuales.

Si bien las limitaciones metodológicas del estudio (tales como el tamaño reducido de la muestra, el diseño transversal y el uso de un instrumento de autoinforme) impiden establecer relaciones causales o generalizar los resultados, los aportes obtenidos resultan relevantes para comprender el desgaste emocional en residentes desde una perspectiva compleja e integrada.

El presente estudio sugiere que el agotamiento emocional en residentes quirúrgicos de primer año emerge como un indicador central del malestar en contextos de alta exigencia, pero su configuración no puede atribuirse a una única variable. Reconocer esta complejidad resulta fundamental para el desarrollo de estrategias que promuevan tanto el bienestar de los profesionales en formación como una práctica médica que articule el conocimiento técnico con el cuidado de la dimensión humana.

Referencias Bibliográficas

- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Casullo, M. M., & Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Investigaciones en Psicología*, 6(1), 25–49.
- Cerda-Molina, A. L., Mayagoitia-Novales, L., & Borráz-León, J. I. (2023). El estrés: Un balance entre la supervivencia y el deterioro en la salud. *Elementos*, 132, 73–78.
<https://elementos.buap.mx/directus/storage/uploads/00000008964.pdf>
- Castelo-Rivas, W. P., Rodríguez, Y., Pérez, L., & Hernández, M. (2023). Regulación emocional y estrés percibido en personal de salud: El papel mediador del mindfulness. *Revista Información Científica*, 102, 4177. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v102/1028-9933-ric-102-4177.pdf>
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic Medicine*, 89(3), 443–451. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24448053/>
- Elmore, L. C., Jeffe, D. B., Jin, L., Awad, M. M., & Turnbull, I. R. (2016). National survey of burnout among US general surgery residents. *Journal of the American College of Surgeons*, 223(3), 440–451. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.05.014>
- Enciso Ortiz, R. (2020). *Regulación emocional y desgaste laboral en trabajadores de un establecimiento de salud del centro poblado de Mollepata, Ayacucho* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/18162/ADULTOS_DESGATE_LABORAL_REGULACION_EMOCIONAL_Y TRABAJADORES DE SALUD_ENCISO_ORTIZ_RUTH.pdf
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, 1373. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2016.01373/full>
- Friedman, H. S., & DiMatteo, M. R. (1989). *Health psychology*. Prentice Hall.
- García-Mendoza, D. Y., Rosillo-Ortiz, I., Escorcía-Reyes, V., Villarreal-Ríos, E., Galicia-Rodríguez, L., Carballo-Santander, E., & Ramírez-Bernal, J. A. (2025). Estrés percibido e inteligencia emocional en médicos residentes. *Investigación en Educación Médica*, 14(53), 43–52. <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v14n53/2007-5057-iem-14-53-43.pdf>
- Gasull, A., Hoffmann, M. P., Fernández, M., Lascano, S., Gisbert, P., & Salomón, S. (2019). ¿Están acompañados los residentes de clínica médica durante su formación? *Revista Médica*

Universitaria, 15(2).

https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/13784/03-rmu15n2-gasullarreglado.pdf

Gilla, M. A., Giménez, S. B., Moran, V. E., & Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179–193. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272019000200004

Giménez, S., Cuevas, A., & Navarro, A. F. (2019). Analisis de la regulación emocional cognitiva en personal de enfermería. *Discover Medicine*, 3(2), 27–36. https://www.researchgate.net/publication/351341677_ANALISIS_DE_LA_REGULACION_EMOCIONAL_COGNITIVA_EN_PERSONAL_DE_ENFERMERIA

Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: Emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 170–180. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.525>

Grau, J. A., & Martín, M. (1994). Estrés, afrontamiento y salud. En J. Buendía (Ed.), *Psicología de la salud*. Pirámide.

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>

Hall, J. E. (2021). *Guyton and Hall textbook of medical physiology* (14th ed.). Elsevier.

Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. (2007). AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*, 29(1), 2–19. <https://doi.org/10.1080/01421590701210907>

Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Martín, M. (2002). Estrés laboral y salud. En J. A. Grau (Ed.), *Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones*. Pirámide.

Martínez-Selva, J. M., Sánchez-Navarro, J. P., Bechara, A., & Román, F. (2006). Mecanismos cerebrales de la toma de decisiones. *Revista de Neurología*, 42(7), 411–418.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1961794>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Moreno, T. (2022). La regulación emocional como factor transdiagnóstico (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/server/api/core/bitstreams/00e2c8f4-929b-4800-8474-6c666f8d3427/content>

Navarro, J., Vara, M. D., Cebolla, A., & Baños, R. M. (2018). Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población adolescente española. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 9-15.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6272820>

Nituica, C., Bota, A., Blebea, J., Cheng, C., Slotman, G. (2021). Burnout and resilience among residents in the United States. *Journal of Graduate Medical Education*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34587948/>

Patel, P. (2016). An evaluation of the current patterns and practices of educational supervision in postgraduate medical education in the UK. *Perspectives on Medical Education*, 5, 205–214. <https://doi.org/10.1007/s40037-016-0280-6>

Pagano, A. E., & Vizioli, N. A. (2021). Adaptación del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. *Psicobate*, 21(1), 18–32. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i1.3881>

Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., van der Heijden, F. M., van de Wiel, H. B., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Burnout in medical residents: A review. *Medical Education*, 41(8), 788–800. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02797.x>

Puig Pérez, S., Aliño Costa, M., Duque Moreno, A., Cano López, I., Martínez López, P., Almela Zamorano, M., & García Rubio, M. J. (2021). Optimismo disposicional y estrés: claves para promover el bienestar psicológico. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 135–142. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2021.2953>

Ramírez-Mendoza, J., García-Galicia, A., Aréchiga-Santamaría, A., Montiel-Jarquín, A. J., Jiménez-Luna, I., & Maldonado-Castañeda, S. (2023). Cognición en médicos residentes con y sin ansiedad en un hospital formador de especialistas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(2), 147–154. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/4696

Ramos, A. L. (2025). Estrés, regulación emocional y burnout en médicos residentes: aportes para el acompañamiento profesional. <https://www.aacademica.org/000-004/552.pdf>

Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>

Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11–36. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01108.x>

Silva, C., Carozza Colombini, M. N., Luiz Passarela, M., Eymann, A., & Llera, J. (2019). Consideraciones sobre la necesidad de supervisión a los ingresantes a las residencias médicas. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(8). <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019/volumen-79-ano-2019-no-5-indice/consideraciones/>

Suárez Cadavid, E., Lemos, M., Ruiz González, E. P., & Krikorian, A. (2022). Empatía y burnout en médicos: implicaciones para la regulación emocional. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 14(3), 59–72. <http://www.scielo.org.co/pdf/logos/v14n3/2422-4200-logos-14-03-59.pdf>

Taylor, S. E. (1993). *Health psychology* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>

Van Vendeloo, Prins, D., Verheyen, C., Prins, J., Heijkant, F., Heijden, F., Brand, P. (2018). The learning environment and burnout among residents. *Perspectives on Medical Education*, 7(6), 368–375. <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0405-1>

Vargas Gutiérrez, R. M., & Muñoz-Martínez, A. M. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225–240. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200003>

West, C. P., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 302(12), 1294–1300. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1389>

Weng, H.-C., Hung, C.-M., Liu, Y.-T., Cheng, Y.-J., Yen, C.-Y., Chang, C.-C., & Huang, C.-K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, 45(8), 835–842. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03985.x>

World Health Organization. (2019). *Burn-out: An occupational phenomenon*.

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Anexos

Apéndice A

Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Fuente: Maslach, C. & Jackson, S. (1981).

Instrucciones: a continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con sentimientos y actitudes que pueden aparecer en el trabajo. Indique con qué frecuencia experimenta cada situación.

Escala de respuesta:

0 = Nunca

1 = Algunas veces al año

2 = Una vez al mes o menos

3 = Algunas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Algunas veces a la semana

6 = Todos los días

Ítems

1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.
2. Me siento cansado/a al final de la jornada de trabajo.
3. Cuando me levanto por la mañana me siento fatigado/a al enfrentar otra jornada laboral.
4. Tengo facilidad para comprender cómo se sienten las personas con las que trabajo.
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales.
6. Siento que trabajar todo el día con personas supone un gran esfuerzo para mí.
7. Creo que trato con eficacia los problemas de las personas con las que trabajo.
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. Creo que influyo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que hago este trabajo.
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13. Me siento frustrado/a por mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunas personas con las que trabajo.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Siento que puedo crear fácilmente un clima agradable con las personas con las que trabajo.
18. Me siento estimulado/a después de trabajar con las personas.
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. Me siento al límite de mis posibilidades.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que algunas personas me culpan de algunos de sus problemas.

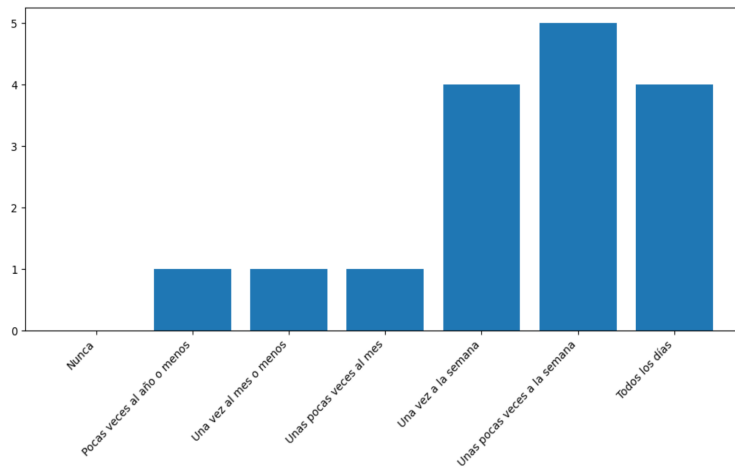
Dimensiones del instrumento:

- Agotamiento emocional

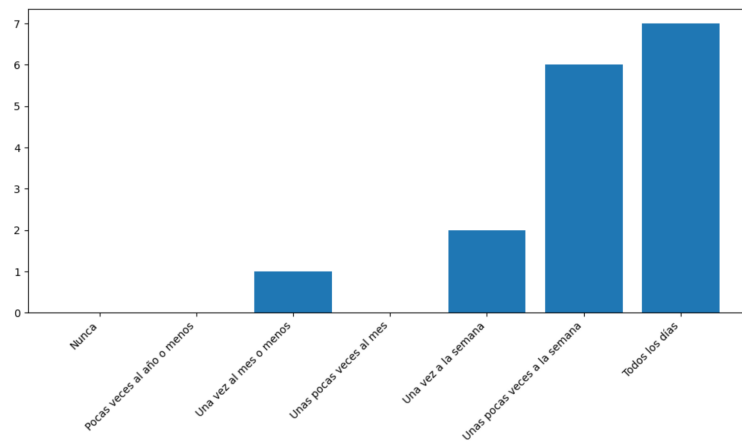
- Despersonalización
- Realización personal

Gráficos de MBI

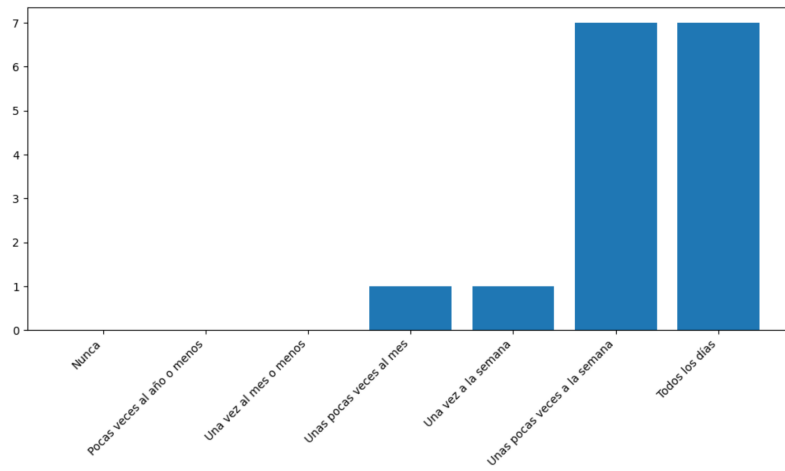
Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.



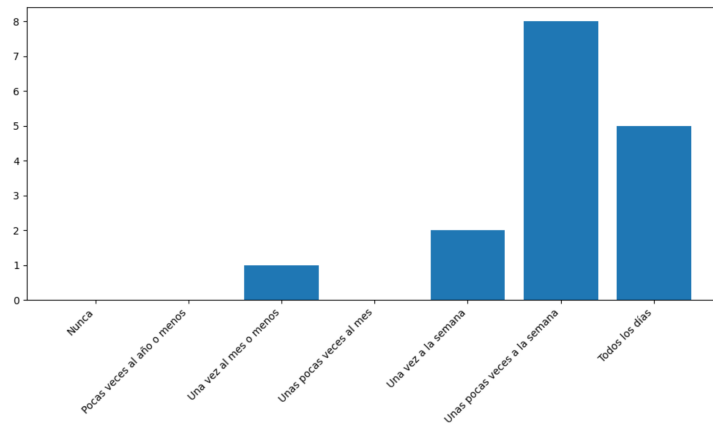
Me siento cansado/a al final de la jornada.



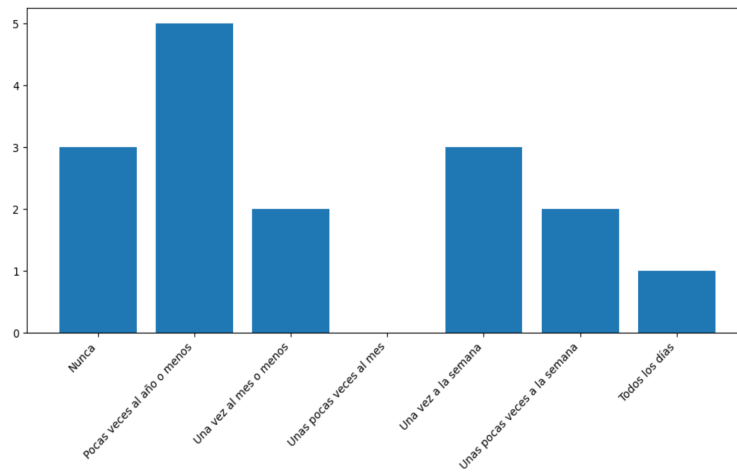
Cuando me levanto por la mañana me siento fatigado/a al enfrentar otra jornada.



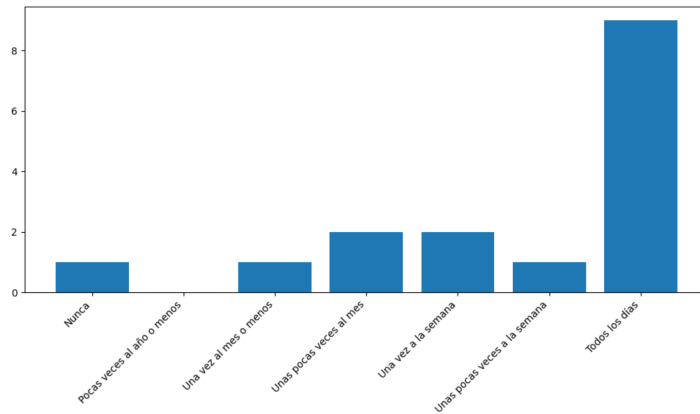
Tengo facilidad para comprender cómo se sienten mis pacientes.



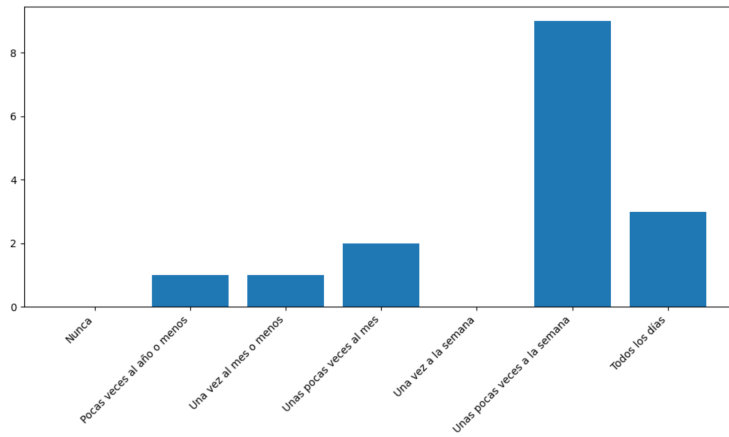
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.



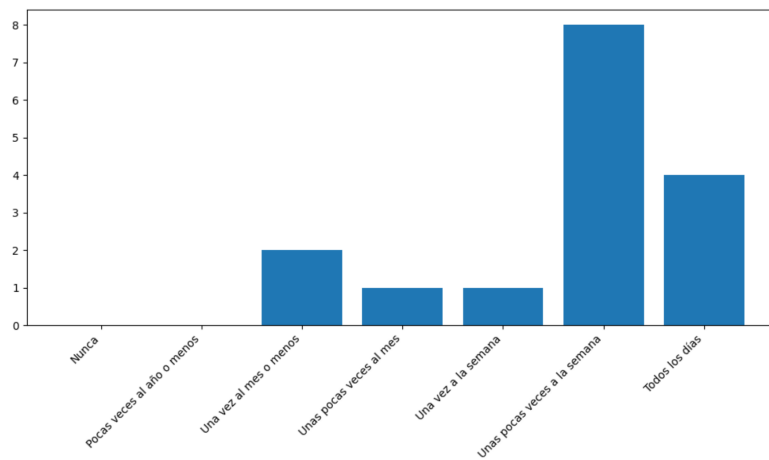
Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo.



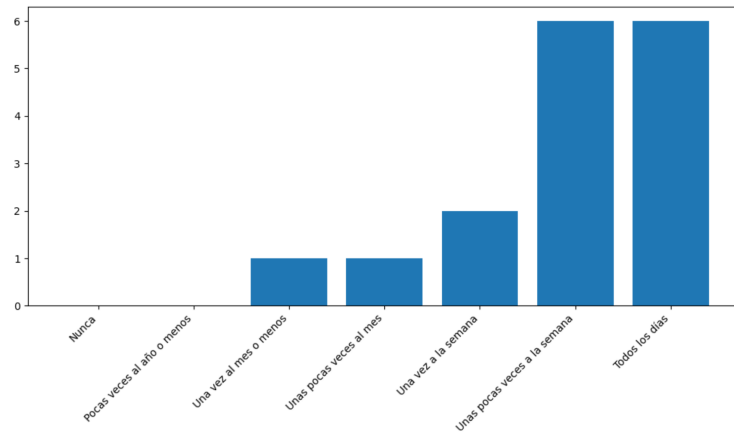
Creo que trato con eficacia los problemas de mis pacientes.



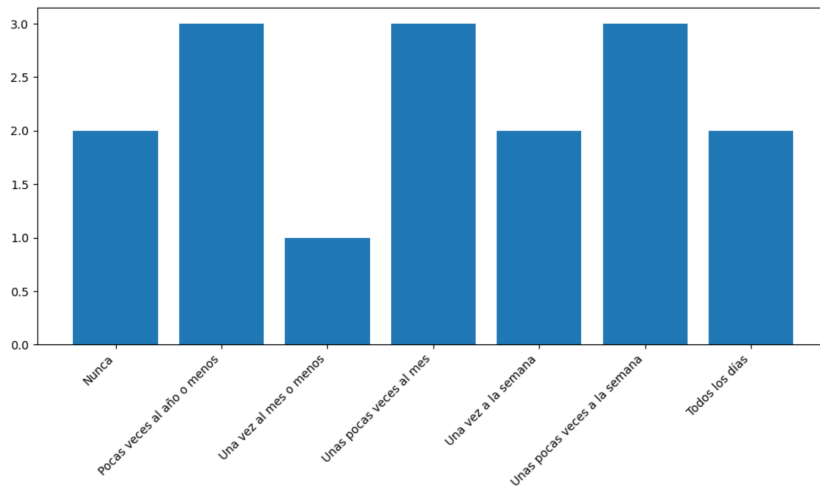
Siento que mi trabajo me está desgastando.



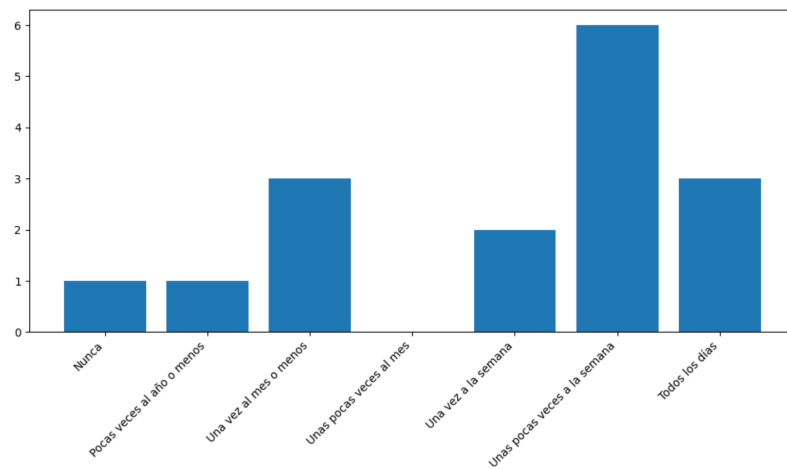
Creo que influyo positivamente en la vida de mis pacientes.



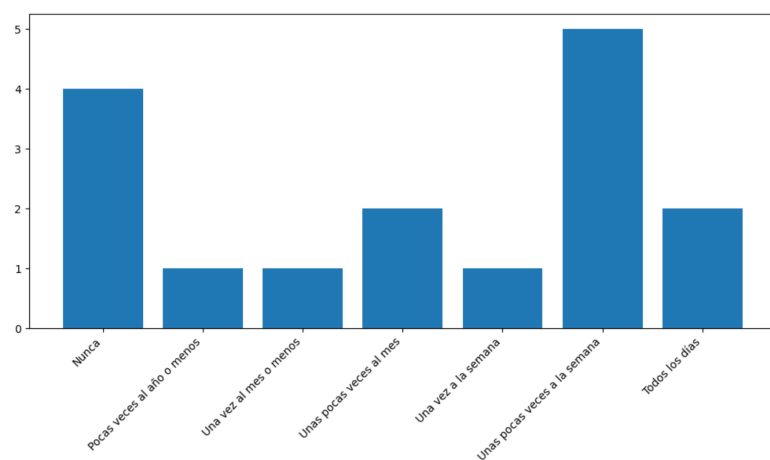
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión.



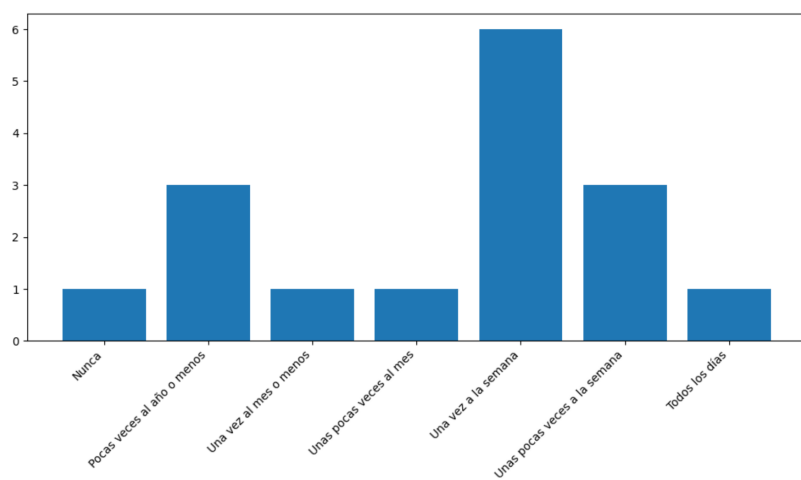
Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.



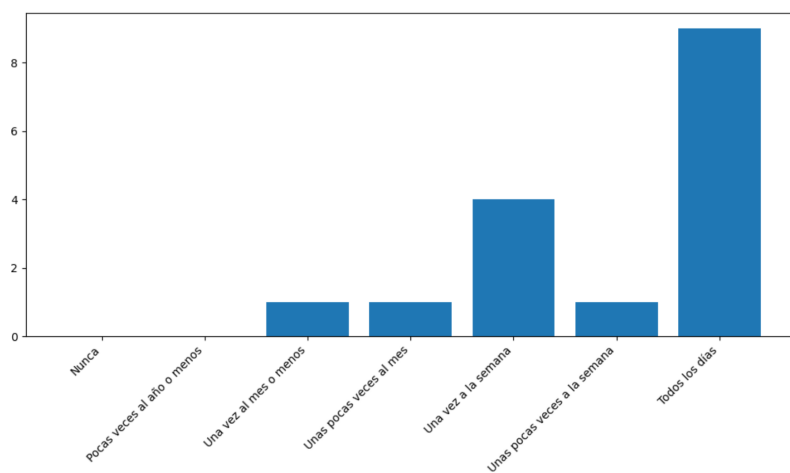
Me siento con mucha energía en mi trabajo.



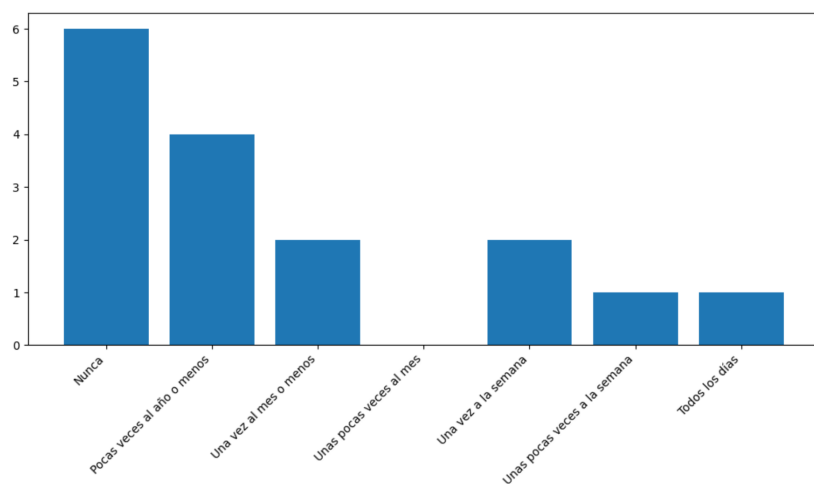
Me siento frustrado/a en mi trabajo.



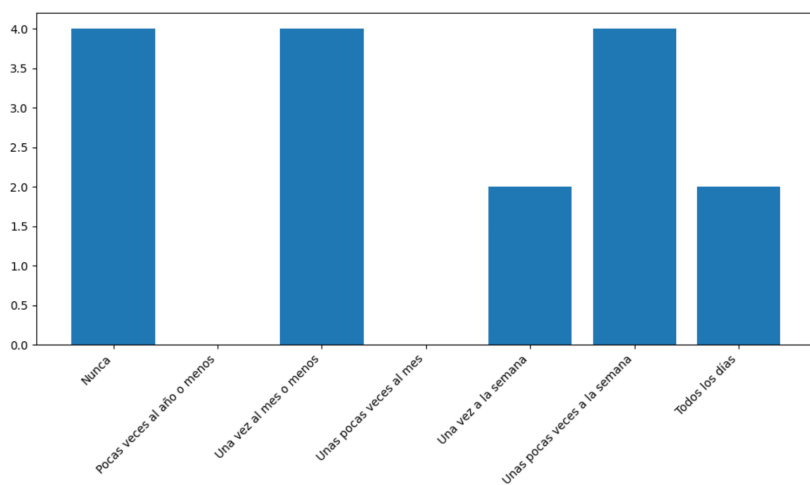
Creo que trabajo demasiado.



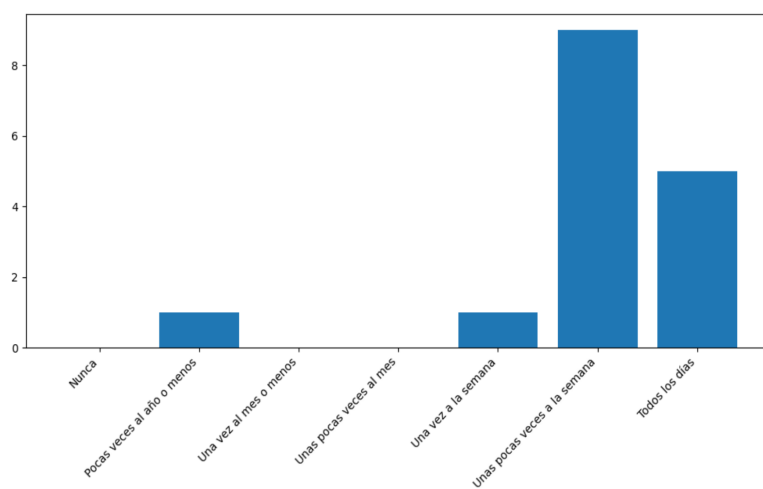
No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos pacientes.



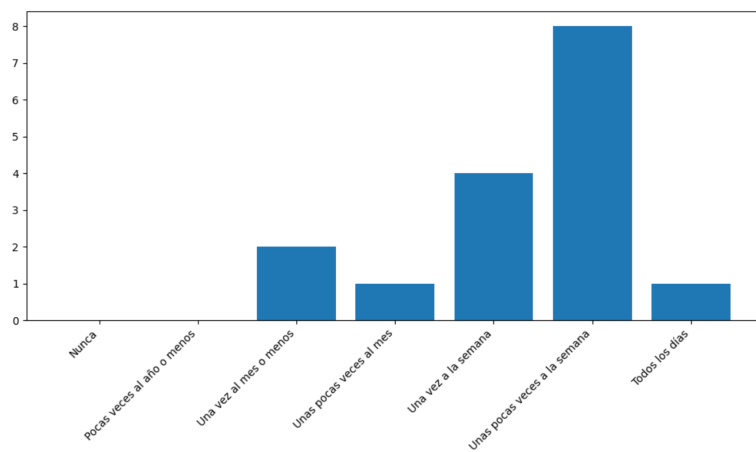
Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.



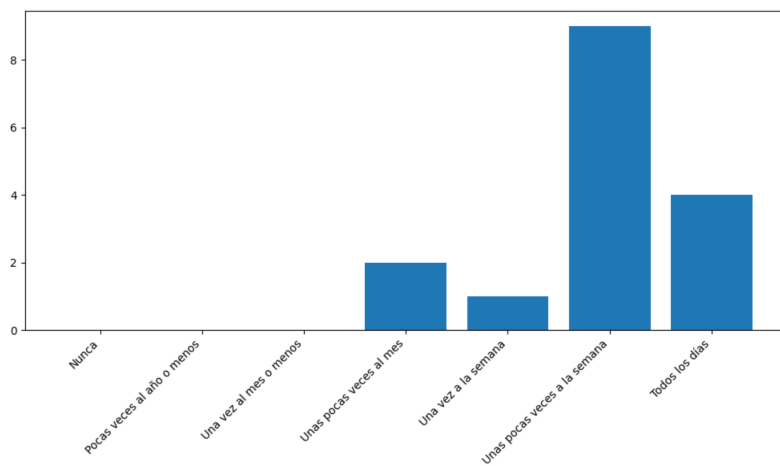
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.



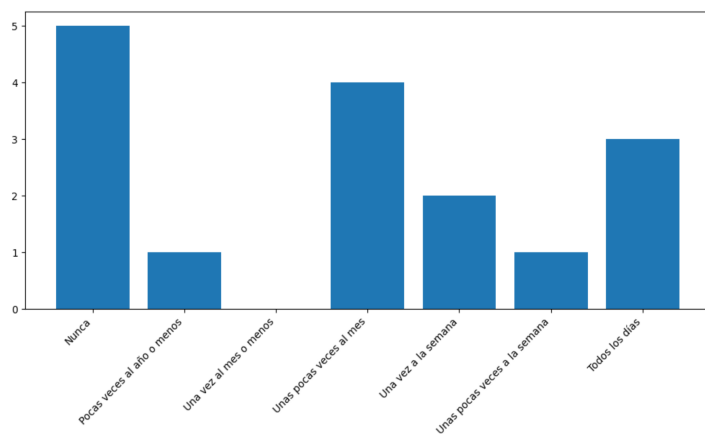
Me siento motivado/a después de trabajar con pacientes.



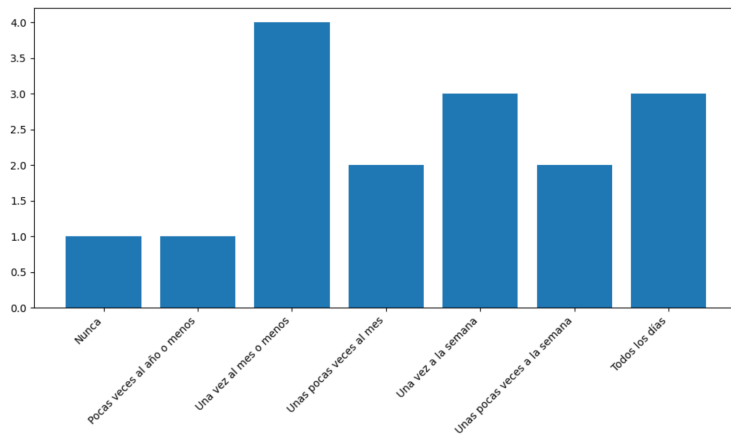
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.



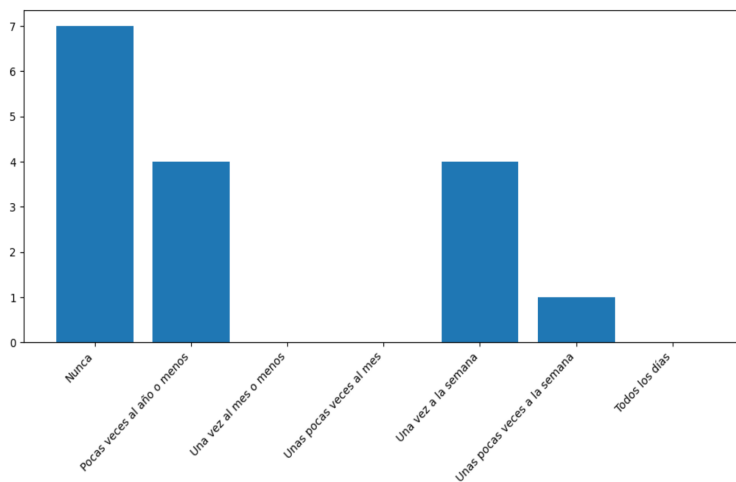
Me siento al límite de mis posibilidades.



En mi trabajo trato los problemas emocionales con calma.



Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.



Apéndice B

Cuestionario de regulación emocional (ERQ)

Fuente: Gross, J. J. & John, O. P. (2003).

Adaptación argentina: Pagano, A. E. & Vizioli, N. A. (2021).

Instrucciones: a continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con la forma en que las personas regulan sus emociones. Indique en qué medida está de acuerdo con cada afirmación.

Escala de respuesta:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Algo en desacuerdo

4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

5 = Algo de acuerdo

6 = De acuerdo

7 = Totalmente de acuerdo

Ítems

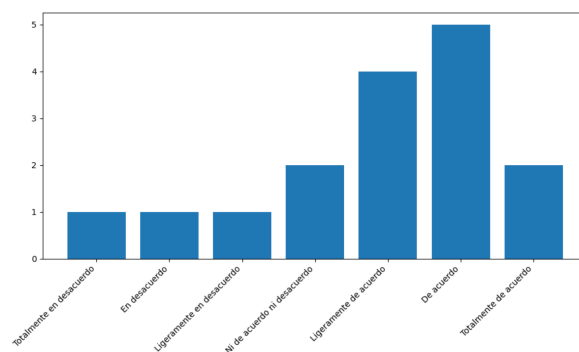
1. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio el tema sobre el que estoy pensando.
2. Guardo mis emociones para mí mismo/a.
3. Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio el tema sobre el que estoy pensando.
4. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.
5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.
6. Controlo mis emociones no expresándolas.
7. Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.
8. Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación.
9. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.
10. Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.

Subescalas del instrumento:

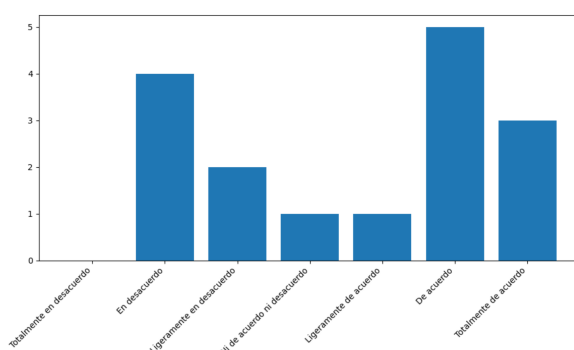
- Reevaluación cognitiva
- Supresión expresiva

Gráficos de ERQ

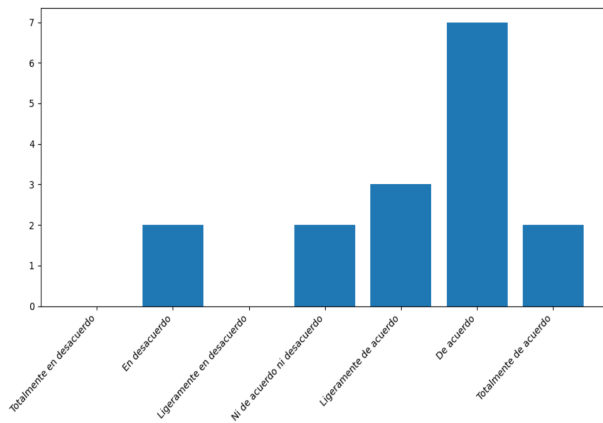
Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio el tema sobre el que estoy pensando.



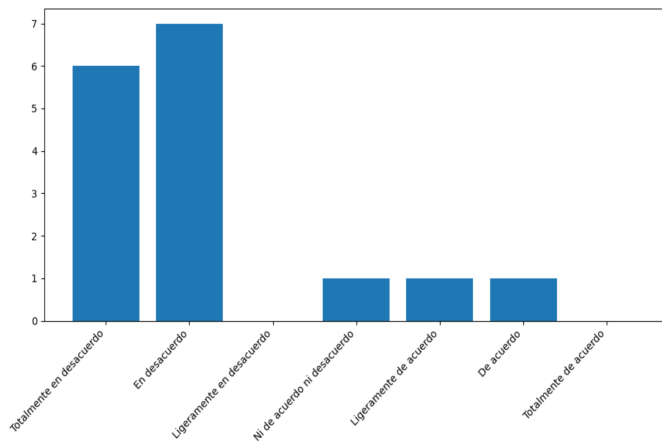
Guardo mis emociones para mí mismo/a.



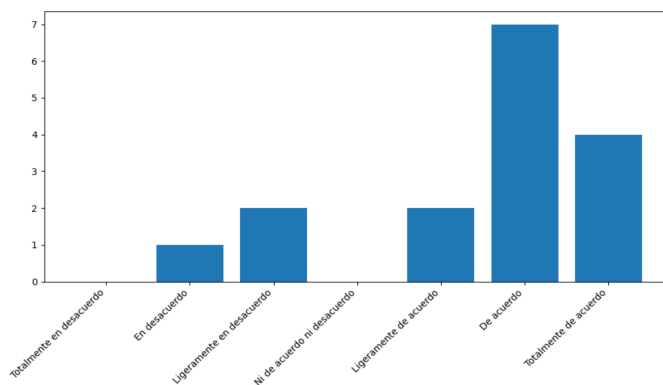
Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio el tema sobre el que estoy pensando.



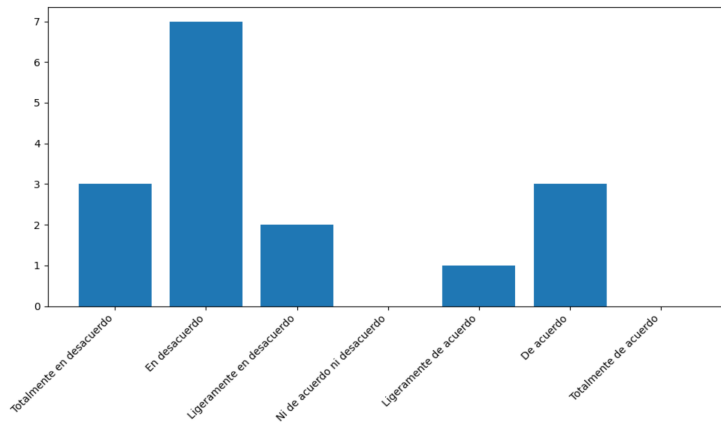
Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.



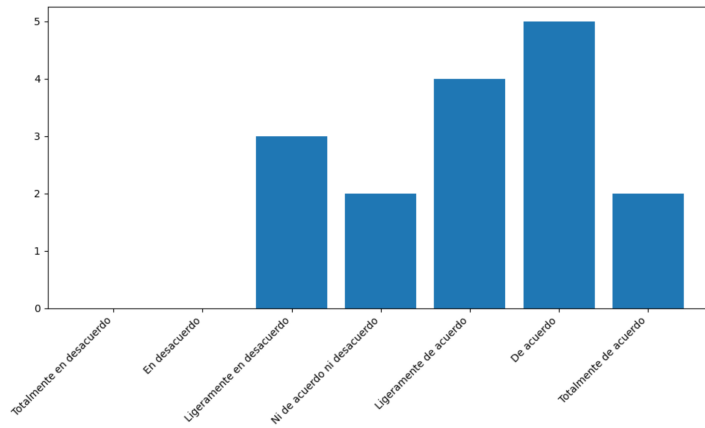
Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma.



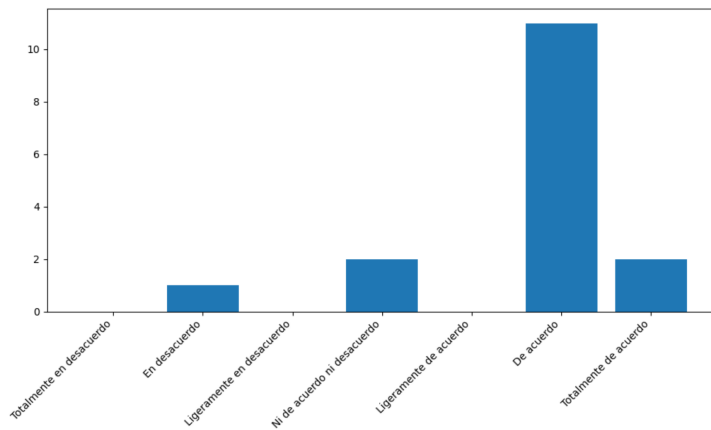
Controlo mis emociones no expresándolas.



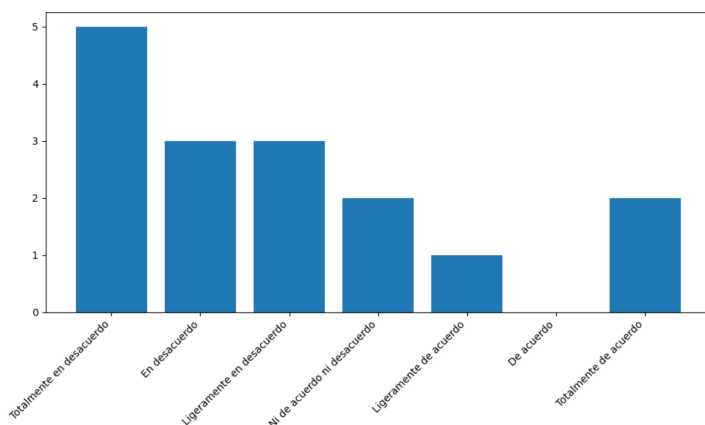
Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.



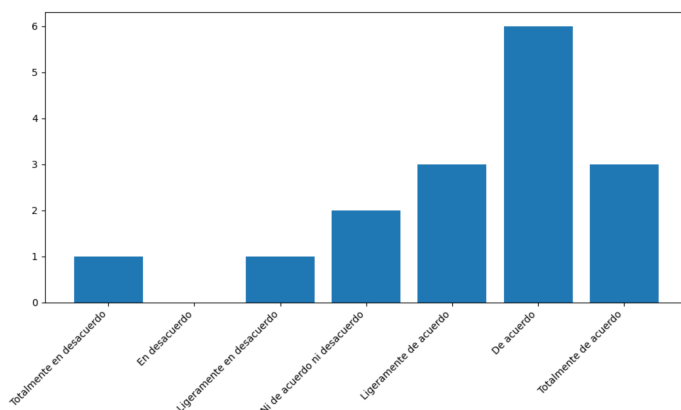
Controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar sobre la situación.



Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.



Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.



Apéndice C

Cuestionario elaborado ad hoc: preguntas sobre el acompañamiento profesional percibido

Las siguientes preguntas fueron incluidas en el formulario utilizado para explorar la percepción de los residentes respecto del acompañamiento profesional recibido durante su primer año de residencia.

1. ¿Cómo describiría el nivel de acompañamiento recibido por parte de su jefe de residencia y/o superiores directos?

Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.

2. ¿Considera que sus superiores le brindan herramientas suficientes para la resolución de situaciones complejas?

¿Qué apoyos considera necesarios para mejorar su desempeño?

3. Cuando comete un error o enfrenta una dificultad clínica, ¿cómo responden sus superiores?
¿Cómo impactó eso en usted?
4. ¿Su desempeño mejoraría con una supervisión más frecuente o estructurada?

Explique por qué.

5. ¿Siente que la presión laboral le genera altos niveles de estrés?

¿Cuenta con herramientas personales o profesionales para afrontarlo? ¿Cuáles?

6. ¿Se siente adecuadamente capacitado/a para resolver las demandas de la residencia?

¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?

7. ¿El nivel de acompañamiento influye en cómo maneja emocionalmente situaciones estresantes?

Explique de qué manera.

8. ¿Cuenta con un espacio seguro para expresar dudas o malestar?

¿Cómo impacta esto en su bienestar?

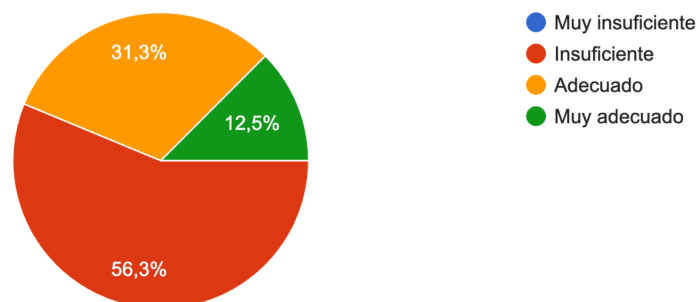
9. ¿Considera que un mayor acompañamiento profesional podría disminuir su agotamiento laboral?

Explique por qué.

Gráficos del cuestionario de acompañamiento profesional percibido

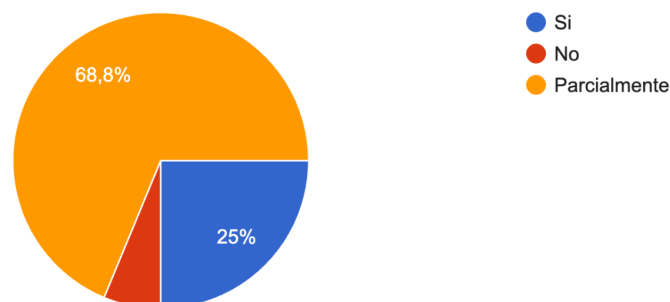
1. Percepción general del acompañamiento ¿Cómo describiría el nivel de acompañamiento recibido por parte de su jefe de residencia y/o superiores directos?

16 respuestas



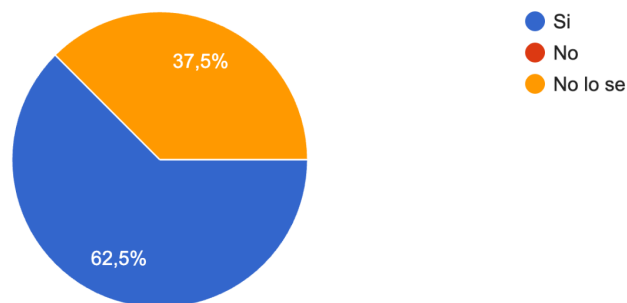
2. Recursos brindados ¿Considera que sus superiores le brindan herramientas suficientes para la resolución de situaciones complejas?

16 respuestas



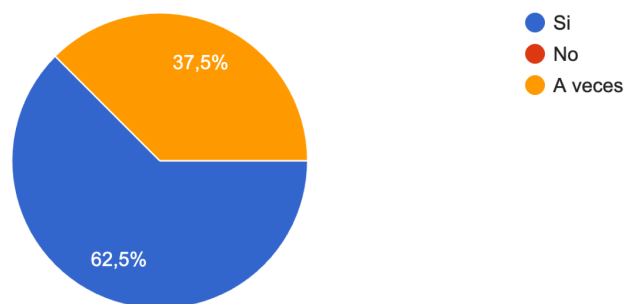
4. Supervisión y desempeño ¿Su desempeño mejoraría con una supervisión más frecuente o estructurada?

16 respuestas



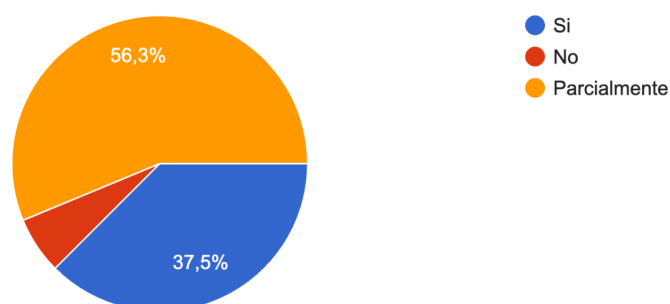
5. Presión laboral ¿Siente que la presión laboral le genera altos niveles de estrés?

16 respuestas



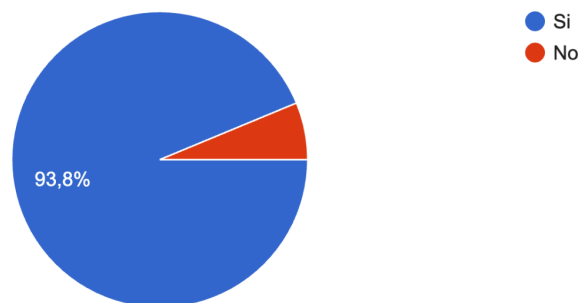
6. Capacitación ¿Se siente adecuadamente capacitado/a para resolver las demandas de la residencia?

16 respuestas



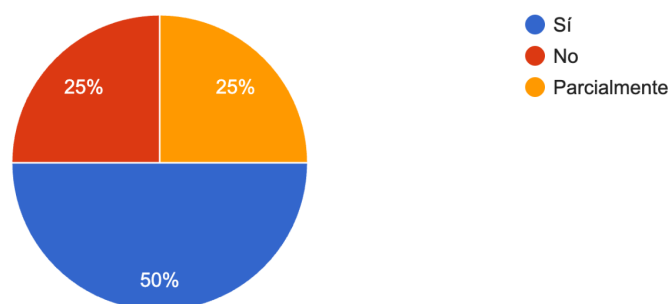
7. Impacto emocional del acompañamiento ¿El nivel de acompañamiento influye en cómo maneja emocionalmente situaciones estresantes?

16 respuestas



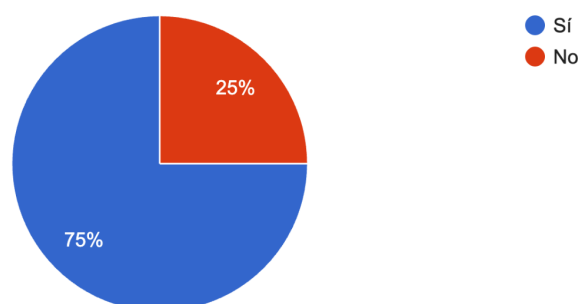
8. Espacio seguro ¿Cuenta con un espacio seguro para expresar dudas o malestar?

16 respuestas



9. Acompañamiento ¿Considera que un mayor acompañamiento profesional podría disminuir su agotamiento laboral?

16 respuestas



Respuestas abiertas del cuestionario de acompañamiento profesional

S1

Pregunta	Respuesta
----------	-----------

Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Poco acompañamiento frente a las injusticias dentro del servicio/hospital
Explique por que	El buen aprendizaje de temprano mejora el desempeño a largo plazo
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Mayor participación en actividades quirúrgicas y menos en administrativas
Pregunta abierta: Explique de que manera	El acompañamiento mejora el día a día
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Contribuye

S2

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Acompañan en la medida de sus posibilidades. Tengo buen clima laboral y suelen entender mi situación
Explique por que	No tengo jefa de residente Creo que eso ayudaría mucho en mi desempeño y aprendizaje
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Tener jefa de residentes
Pregunta abierta: Explique de que manera	No tengo cor porque renuncio, me parece muy importante en el día a día tener una compañera con quien compartir le día a día
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	.

S3

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Siento que ha habido un enorme avance en cuanto al acompañamiento durante la residencia
Explique por que	Porque una supervisión contante podría no permitir que aprenda a resolver problemas sola
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Más contenido académico. Más tiempo de sueño
Pregunta abierta: Explique de que manera	No influye
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Negativamente ya que el hecho de que no haya una persona que guarde

	confidencialidad hace que uno no pueda expresarse libremente
--	--

S4

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Siento que intentan no tener problemas con nadie y no se terminan de involucrar para ayudarnos
Explique por que	Justo mis residentes superiores directos son personas muy complejas con las que lidiar y tenerlos supervisando todo tal vez lo haría más difícil
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	No se
Pregunta abierta: Explique de que manera	No te sentis solo con toda la responsabilidad
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	A veces nuestros malestares son mal interpretados como críticas y no son bienvenidos

S5

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Estamos bien acompañados
Explique por que	Cada profesional tiene su forma de ejercer y un por qué de esa forma. Todos tienen algo por aportar, puede gustarnos más o menos. En nuestra especialidad algunos distractores a veces dificultan la supervisión
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Las formas de enseñanza más uniformes y mejorar la parte académica
Pregunta abierta: Explique de que manera	Si siento que el contexto no me va a acompañar frente a un eventual error, más presión siento en cualquier situación en la que estemos expuestos
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Mejora saber que tenemos un espacio donde se van a poder charlar cualquier situación

S6

Pregunta	Respuesta
----------	-----------

Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Honestamente, no imagino cómo se vería para nosotros tener un acompañamiento desde nuestros superiores. Mi mayor sostén son mis pares. Respecto al nivel de acompañamiento, lo percibo muy sujeto a la relación interpersonal que establecimos con nuestros superiores, mientras más cercanos a tu r2, más chances hay que te contengan si hay algo sucediéndote. De nuestros jefes, la distancia es bastante amplia y no siento apoyo desde lo emocional.
Explique por que	Siento que de esa forma podríamos reducir errores serios
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Podría haber más capacitación práctica durante la carrera
Pregunta abierta: Explique de que manera	Si bien es esperable sentirse agotado físicamente, la contención emocional me hace sentir que puedo tolerarlo
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Es clave

S7

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Por lo general hay acompañamiento
Explique por que	Corregiría conductas que creo correctas
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Mayor esfuerzo de los médicos de planta y jefe de residentes en enseñar
Pregunta abierta: Explique de que manera	Uno está más tranquilo haciendo algo si hay alguien que puede arreglar un error
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Mal no te puedes quejar de nada con superiores

S8

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Sola
Explique por que	Me sentiría más tranquila
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Más actividad académica, más acompañamiento y supervisión durante las tareas diarias de alguien superior,

	mas descanso, menos presion de no poder equivocarse
Pregunta abierta: Explique de que manera	si hay alguien que me acompaña las situaciones no me resultan igual de estresantes ya que la responsabilidad no recae solo en mi
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	me sentiria mejor si pudiera escucharme una autoridad que pueda generar un cambio como un medico de planta o jefe de residentes

S9

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Acorde para la responsabilidad que debemos tomar con nuestros pacientes
Explique por que	Porque ante el cansancio hay cosas que se me pasan por alto
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Me gustaria tener tiempo para estudiar
Pregunta abierta: Explique de que manera	Saber que no sos el unico por ejemplo al hablar con tus compañeros
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Va variando dependiendo de como este yo animicamente en general

S10

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Óptimo
Explique por que	No dejaría pasar algunas cosas que inevitablemente pueden pasar desapercibidas por la cantidad de personal y horas trabajadas
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	La carga horaria y el sueldo
Pregunta abierta: Explique de que manera	Poder compartir con alguien algún error o angustia lo hace más llevadero
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	La libertad de poder expresarse disminuye el estrés

S11

Pregunta	Respuesta
----------	-----------

Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Trabajo en un entorno en el cual muchas personas me preguntan diariamente como me siento. Cuando me ven sobrepasado de tareas me ofrecen su ayuda
Explique por que	Permitiría controlar los procedimientos que realizo a fin de corregir mis errores y actuar adecuadamente en el futuro
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Clases
Pregunta abierta: Explique de que manera	El acompañamiento que recibo me da recursos para poder enfrentar esas situaciones de otra manera
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Muy positivamwnte

S12

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Siento que al r1 los r2 le hacen lo mismo que a ellos años anteriores. Para mí tiene que ser una dupla y eso alivianaría mucho la residencia. Total que es un año más en el hospital ? Para mí es poco tiempo. Me da la sensacion que cuando se pasa de año es bueno ya fue ahora me toca a mí no hacer nada y que lo haga todo el mono que entró el año siguiente. Por eso es difícil cambiar el sistema tan vertical que manejamos.
Explique por que	Se me hace que esa pregunta va más a a la presión ejercida. Y cada superior tiene su estructura entonces es muy difícil complacer a todos.
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Lo que puse arriba.
Pregunta abierta: Explique de que manera	Y la verdad que es un alivio poder estar acompañado en esas situaciones.
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Y mucho.

S13

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Insatisfecho porque Deberíamos tener mayor acompañamiento

Explique por que	Puede ser pero tampoco me parece lo mejor tener constantemente alguien que revise y supervise todo lo que uno hace
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	La carga horaria principalmente. La organización externa de lo que son las tareas que no le corresponden al médico y las termina haciendo por falta de personal
Pregunta abierta: Explique de que manera	Porque con un acompañamiento eficaz podríamos tener más herramientas para manejar mejor situaciones desafiantes o de estres
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Negativamente

S14

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Algunos médicos de planta nos dejan completamente solos
Explique por que	En anestesia muchos plantas largan las cirugías y nos dejan solos hasta el despertar, necesitamos acompañamiento para que nos enseñen más
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Más prácticas en la carrera para no salir tan verde
Pregunta abierta: Explique de que manera	Siempre ayuda tener alguien con quien hablar
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Para bien

S15

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Bien
Explique por que	No lo se
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Menos guardias
Pregunta abierta: Explique de que manera	Si te están rentando todo el día te estresa mucho
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	bien

S16

Pregunta	Respuesta
Pregunta abierta: Describa brevemente cómo se siente respecto al nivel de acompañamiento recibido.	Siento que mejoró muchísimo en comparación a poco tiempo atrás, pero sigue siendo un ambiente no solo hostil si no de poco espacio para equivocarse sin los recursos suficientes para lograr las responsabilidades q nos asignan
Explique por que	Porque se asume que por verlo y hacerlo una vez ya sabes.
Pregunta abierta: ¿Qué aspectos deberían modificarse para mejorar su formación?	Dejar de pensar que la hostilidad es necesaria para aprender. Más acompañamiento.
Pregunta abierta: Explique de que manera	Por más simple de resolver un problema pequeño que sea, si vos no conoces el lugar o la forma de resolverlo se convierte en algo más grave. Si no conseguis el apoyo necesario la frustración se hace más grande que lo que amerita.
Pregunta abierta: Como impacta esto en su bienestar?	Muy bien. Mis compañeros son lo más.