

**RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT, RECURSOS PERSONALES Y
ENGAGEMENT EN UNA MUESTRA DE MÉDICOS INTERNO RESIDENTES DE
ESPAÑA.**

Alumna: Elena Martín Guardiola

Tutora: Eva Garrosa Hernández

Modalidad: Investigación Aplicada

Grado de participación completo: planteamiento y diseño de investigación, elección de instrumentos de evaluación, valoración de resultados y elaboración de discusión.

Resumen

Este estudio trata de analizar si los recursos personales (personalidad resistente, sentido de coherencia, optimismo, distanciamiento psicológico, y pasión armoniosa), se pueden considerar variables de carácter salutogénico que actúan como factores de protección en el desarrollo de burnout y favorecen el engagement. Se ha llevado a cabo un estudio transversal de grupo único en el que han participado 114 Médicos Interno Residentes que cumplimentaron los cuestionarios autoinformados de manera voluntaria. Los resultados ponen de manifiesto la relación entre los recursos personales y las variables burnout y engagement. De manera general, los hallazgos encontrados muestran la necesidad de estudiar el papel de los recursos personales con el objetivo de desarrollar programas que permitan intervenir y prevenir la aparición del burnout y sus consecuencias.

Palabras clave: Burnout. Engagement. Recursos personales. Médicos interno residentes.
Variables salutogénicas.

Abstract

The present study aims to analyze if personal resources (hardiness, sense of coherence, optimism, psychological detachment, and passion toward work) can be considered as Salutogenic variables, and act as protective factors in the development of burnout and stimulate engagement. A cross-sectional study was carried out, involving the voluntary participation of 114 Resident Medical Intern that completed self-reported questionnaires. Results show the existing relationship between personal resources and both studied variables: burnout and engagement. Overall, the present findings show the necessity of studying the role of personal resources with the aim of developing programs that allow intervene and prevent the onset of burnout and its consequences.

Key Words: Burnout. Engagement. Personal Resources. Resident Medical Intern. Salutogenic variables.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Introducción	4
2. Método:	
2.1 Muestra	12
2.2 Variables e instrumentos	12
2.3 Diseño de investigación	16
2.4 Procedimiento	16
2.5 Análisis estadístico	17
3. Resultados	
3.1 Análisis descriptivos de las variables estudiadas	17
3.2 Análisis de las diferencias de media según sexo, año de residencia y grupo de especialidad médica en las variables burnout y engagement	20
3.3 Análisis de correlaciones entre las variables	21
3.4 Variables explicativas en el proceso de burnout y engagement.	22
4. Discusión	23
5. Limitaciones y futuras líneas de investigación	27
6. Referencias	29

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Análisis descriptivo de las variables burnout y engagement y dimensiones.</i>	18
Tabla 2. <i>Análisis descriptivo de las variables burnout y engagement y dimensiones según sexo.</i>	18
Tabla 3. <i>Análisis descriptivo de las variables burnout y engagement y dimensiones según año de residencia.</i>	19
Tabla 4. <i>Análisis descriptivo de las variables burnout y engagement y dimensiones según grupo de especialidad.</i>	19
Tabla 5. <i>Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable burnout.</i>	20
Tabla 6. <i>Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable engagement.</i>	20
Tabla 7. <i>Matriz de correlaciones para todas las variables medidas como índices globales.</i>	21
Tabla 8. <i>Matriz de correlaciones de las dimensiones de las variables burnout y engagement.</i>	22
Tabla 9. <i>Análisis de regresión tomando como variable criterio el burnout como índice global.</i>	22
Tabla 10. <i>Análisis de regresión tomando como variable criterio el engagement como índice global.</i>	22

1. INTRODUCCIÓN.

Actualmente nos encontramos ante un entorno laboral muy dinámico, en el cual factores como una mayor demanda en el aumento de la productividad, mayor inestabilidad laboral, aparición de nuevas formas de trabajo, mayor sobrecarga debido a las reducciones de plantilla y el aumento de las demandas emocionales, entre muchos otros, pueden suponer un aumento de la presión laboral (Rodríguez Carvajal y Rivas Hermosilla, 2011). En este entorno tan cambiante, tanto las organizaciones como los trabajadores, deben poner en marcha aquellos recursos laborales y personales que les permitan hacer frente a las nuevas demandas y retos profesionales a los que se enfrentan con el objetivo de alcanzar el bienestar laboral. Si esto no ocurre, los trabajadores pueden experimentar diferentes consecuencias negativas para su salud, entre las que destaca el Síndrome del desgaste profesional o *burnout* (Méndez Venegas, 2017).

El burnout es desde hace aproximadamente dos décadas, uno de los constructos más estudiados en el entorno de la salud laboral (Jiménez, Gutiérrez y Hernández, 2001). Fue Herbert Freudenberger en 1974 quien, desde la perspectiva clínica, utilizó por primera vez el término burnout y lo definió como un estado producido por un desajuste entre las demandas laborales y los refuerzos obtenidos a través del trabajo realizado (Freudenberger, 1974; citado por Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009). De manera paralela, y desde la perspectiva de la psicología social, Cristina Maslach en 1976 utiliza el término burnout, para referirse al estado de agotamiento emocional que sufren, de manera específica, los trabajadores de profesiones asistenciales (Gálvez et al., 2009) situando el origen de este en la relación conflictiva entre el trabajador y su profesión.

Maslach y Jackson (1981b) operativizan este constructo mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI) teniendo en cuenta las tres dimensiones que lo definen (Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli, y Usandivaras, 2007; Escribà-Agüir, Artazcoz, y Pérez-Hoyos, 2008; Jiménez et al., 2001): a) *agotamiento emocional*: considerada la dimensión más característica del desgaste (Gil Monte y Peiró, 1999). Consiste en la pérdida de recursos emocionales debido a los sentimientos de agotamiento físico, mental y emocional; b) *despersonalización*: se manifiesta mediante actitudes negativas y deshumanizadas hacia los clientes, así como por un distanciamiento interpersonal; y c) *falta de realización personal*: evaluación negativa hacia el trabajo propio y profesional. Posteriormente, Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli y Schwab (1986) adaptan el MBI (ahora MBI-GS) proponiendo sustituir la despersonalización por el

cinismo, como segunda dimensión en profesiones no asistenciales, que implica la desvalorización del propio trabajo (Jiménez et al., 2001).

No obstante, el sector sanitario es el campo en el que más estudios se han realizado sobre este asunto, posiblemente como consecuencia de la creencia de que en la relación profesional – cliente, y en las características propias del entorno organizacional, se encuentra el origen del desgaste profesional en este tipo de profesiones (Moreno-Jiménez, González, y Garrosa, 2001). Además, la importancia de su estudio en esta población específica radica en las consecuencias que pueden suponer los errores producidos por una mala práctica profesional (Ripp et al., 2011). Si bien es cierto que estos estudios se han centrado principalmente en el personal de enfermería (Portero de la Cruz y Vaquero Abellán, 2015) y los médicos, especialmente de atención primaria (Párraga Martínez, González Hidalgo, Méndez García, Villarín Castro y León Martín, 2018; Sos Tena et al., 2002), no son pocos los estudios a nivel mundial que han encontrado una alta prevalencia de este síndrome en los médicos interno residentes (MIR).

Este periodo de formación supone una etapa de mucha exigencia y presión laboral, en la cual el residente debe asumir nuevas responsabilidades, siendo, por estas circunstancias, un grupo muy vulnerable frente al desarrollo del estrés laboral y el desgaste profesional (Martínez, Cabrera, Tapia, Suárez y del Río García, 2007). Además, se encuentran expuestos a unas situaciones laborales como son una alta presión asistencial, responsabilidad civil y penal (Martínez et al., 2007), poca sensación de control sobre las responsabilidades (Thomas, 2014) trabajo por turnos, realización de guardias nocturnas y disminución de la calidad y cantidad del sueño, (Deschamps Perdomo, Olivares Román, Zabala y Asunsolo del Barco, 2011), sobrecarga de trabajo y presión temporal en la realización de la tareas (Prins et al., 2007), conflicto de rol y ambigüedad de funciones (Álvarez-Hernández, Medécigo-Vite, y Ibarra-García, 2010), y bajos niveles de autonomía (Biaggi, Peter y Ulich, 2003) que pueden actuar como factores de riesgo en el desarrollo del desgaste profesional.

Por otro lado, también se han estudiado los efectos de ciertas características demográficas que pueden afectar en el desarrollo del *“síndrome del trabajador quemado”*. En este sentido, Casado Moragón et al., (2005) encontraron diferencias significativas según el estado civil, la edad y género de la persona en formación. En concreto, Prins et al., (2007) encontraron que los hombres presentaban mayores niveles de desgaste profesional, así como aquellas personas que no estaban casadas, o no vivían en pareja. Estos mismos autores señalan el apoyo social recibido por parte de los compañeros y los supervisores en el lugar de trabajo como un factor

de protección importante (Prins et al., 2007). Asimismo, Álvarez-Hernández et al., (2010) consideran también importante contar con una red de apoyo fuera del ámbito profesional que permita aliviar las tensiones producidas durante la jornada laboral. En cuanto al año en el que se realiza la residencia, Martini, Arfken, Churchill y Balon (2004) y Prieto-Miranda, Rodríguez-Gallardo, Jiménez-Bernardino, y Guerrero-Quintero (2013), encontraron que aquellos residentes que estaban en primer año presentaban mayores niveles de burnout en comparación con los que se encontraban más avanzados en su formación profesional.

A pesar de la evidencia mencionada en el anterior párrafo, las diferencias en cuanto al género y año de residencia no están claras, ya que no se han encontrado resultados consistentes en todos los estudios. En este sentido, autores como Jácome, Villaquiran-Hurtado, García, y Duque (2019) y Niranján, Udey, y Razdan (2017), encontraron una mayor prevalencia en mujeres, y Daniels, DePasse, y Kamal (2016) y Prieto-Miranda et al., (2013), sostienen que los residentes que están más próximos a la finalización de su formación presentan mayor desgaste. De igual modo, existe controversia acerca de cuáles son las especialidades que, con mayor frecuencia, están expuestas a su desarrollo (Balcázar-Rincón, Montejó-Fraga, y Ramírez-Alcántara, 2015; Zis, Anagnostopoulos, y Sykioti, 2014).

Entre las consecuencias del Síndrome del desgaste profesional, se han encontrado afectaciones tanto a nivel profesional como a nivel individual. En cuanto a las primeras, destaca un aumento en el abandono de la profesión, mayor absentismo laboral, alta movilidad laboral, así como una despersonalización en la relación médico-paciente que afecta a la calidad de atención prestada al paciente y familiares (Álvarez-Hernández et al., 2010; Guevara, Henao, y Herrera, 2004). A nivel individual, los residentes muestran síntomas a nivel físico, cognitivo y emocional (Paredes y Sanabria-Ferrand, 2008). Entre los principales síntomas destacados por diferentes autores se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria, fatiga crónica (Balcázar-Rincón et al., 2015), alteraciones de sueño, insatisfacción laboral (Jácome, Villaquiran-Hurtado, García, y Duque, 2019), irritabilidad, cefalea, problemas gastrointestinales, abuso de sustancias (Paredes y Sanabria-Ferrand, 2008), ansiedad, depresión e ideas suicidas (Dyrbye et al., 2014), entre otros. Además, presentan una mayor despersonalización y fatiga, cuando se les compara a trabajadores pertenecientes a otros sectores, pero de su misma edad (Dyrbye et al., 2014). Todas estas consecuencias repercuten en la vida personal y en la calidad de vida del residente (Pérez, 2013; Prieto-Miranda et al., 2013), viéndose afectado el rendimiento laboral de este, pudiendo a su vez provocar un aumento en el número de errores en la práctica profesional (Dyrbye et al., 2014).

Pese a todos los estudios anteriormente mencionados, que han situado el foco del origen del burnout en los diferentes factores organizacionales y las condiciones concretas de la profesión, no todos los trabajadores desarrollan este desgaste, y, por tanto, parece clara la necesidad de estudiar a las personas como sujetos activos que responden al ambiente de diferente manera (Gutiérrez, Hernández y Jiménez, 2000). Fue Stevan Hobfoll (1989) quién, desde la *Teoría de la Conservación de Recursos (COR)*, planteó que los recursos propios de cada persona, entendiendo por recursos los objetos, características personales, condiciones personales relacionadas con la resistencia al estrés y energías de la persona, son los responsables de explicar la aparición (o no) de una respuesta de estrés. En palabras del autor, "las personas buscamos alcanzar, mantener y acumular los recursos que necesitamos y valoramos" y, por tanto, cuándo estos se pierden o se encuentran amenazados ante una posible pérdida, aparece la respuesta de estrés (Hobfoll, 1989). Siguiendo a este autor, el desgaste profesional, y en concreto la dimensión de agotamiento emocional, se puede entender como una pérdida o no obtención de una serie de recursos personales invertidos en el ámbito laboral durante un tiempo prolongado.

Otros autores, desde el enfoque de los recursos personales, han estudiado el papel que tienen estos en el afrontamiento de las demandas y estresores vitales, así como en el mantenimiento y promoción de la salud de las personas. Con esta visión surge el Modelo Salutogénico, desde el cual, cumplimentando el Modelo Patogénico y bajo un enfoque positivo, se trata de dar una explicación acerca de los mecanismos que permiten a las personas afrontar una vida de desafíos (Rodríguez, Couto y Díaz, 2015). Es decir, trata de explicar por qué las personas nos mantenemos en un estado de salud y no enfermamos.

Desde esta perspectiva, Kobasa (1979) propone el concepto de personalidad resistente o *hardiness* como variable positiva que adquiere el individuo y que favorece el proceso de salud (Gutiérrez et al., 2000). En este modelo, Kobasa distingue tres dimensiones que conforman la personalidad resistente (Kobasa, 1979): (1) *compromiso*: es la tendencia a implicarse, involucrarse e identificarse en aquellos aspectos de la vida que la persona considera de valor; (2) *control*: es la creencia o convencimiento de poder influenciar en los diferentes acontecimientos vitales; (3) *reto*: es la creencia en el cambio frente a la estabilidad como premisa en la vida. Por lo tanto, las personas "resistentes" se caracterizan por poseer estrategias de afrontamiento que les permiten adaptarse a las diferentes situaciones de la vida, tener actitudes que les inclinan hacia la búsqueda de apoyo social y por tener una percepción

más optimista de esta, percibiendo los cambios y estímulos amenazantes como oportunidades personales de crecimiento (Gálvez et al., 2009; Gutiérrez et al., 2000; Jiménez et al., 2001).

Siguiendo con la visión salutogénica, Antonovsky (1987), desarrolló dos conceptos esenciales; los recursos generales de resistencia (RGR) y el sentido de coherencia (SC). Los primeros se refieren a recursos personales, interpersonales o contextuales (p.e. autoestima, apoyo social o experiencia...) que favorecen el desarrollo del sentido de coherencia. Este se define como: *“una orientación global que expresa hasta qué punto uno tiene la penetrante, resistente, aunque dinámica sensación de confianza en que los estímulos provenientes del entorno en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables (dimensión de comprensibilidad), los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen esos estímulos (dimensión de manejabilidad) y estas demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso (dimensión de significatividad)”* (Antonovsky, 1987). El sentido de coherencia permite a las personas poner en marcha los recursos, que a su vez permiten afrontar de manera exitosa los diferentes estresores, y por tanto poseer una buena salud y bienestar como resultado final. Además, las personas con alto sentido de coherencia muestran estrategias de afrontamiento adaptativas frente al estrés (Gálvez et al., 2009).

Diferentes autores han señalado la existencia de una relación inversa entre las variables personalidad resistente y sentido de coherencia, y burnout (Herrera, Viveros y Brizio, 2007; Roger y Abalo, 2004), y en concreto con las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización (Gálvez et al., 2009), siendo, en el caso concreto de la personalidad resistente, la dimensión de reto la que mejor predice el desgaste profesional (Moreno-Jiménez et al., 2001). Por lo tanto, aquellos individuos que son más resistentes y tienen un mayor sentido de coherencia, tendrán menor nivel de desgaste como índice global (Jiménez et al., 2001) y menores puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización. Es por ello, que son consideradas como variables moduladoras entre los procesos de estrés y burnout (Gálvez et al., 2009; Herrera et al., 2007; Jiménez et al., 2001) y por tanto como recursos relevantes que intervienen amortiguando o facilitando la génesis del proceso de burnout.

Desde la Teoría de las Demandas y Recursos laborales de Bakker y Demerouti (2013), que surge como extensión al Modelo de las Demandas y Recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2007), se ha tratado de explicar cómo las características laborales influyen en el estrés laboral y la motivación de los trabajadores. El éxito de esta teoría radica, probablemente, en su flexibilidad que hace posible aplicarla en diversos entornos laborales y profesionales. En este sentido, los autores afirman la existencia de dos categorías globales y comunes a todas las

profesiones: las demandas y los recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2013), factores desencadenantes de dos procesos independientes (Bakker y Demerouti, 2007). Las primeras se definen como “*los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que requieren un esfuerzo sostenido y conllevan costes fisiológicos y psíquicos*” (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001) y se relacionan con el “proceso de deterioro energético de la salud”. Por otro lado, los recursos laborales se definen como “*los aspectos físicos, psicológicos, y organizacionales o sociales del trabajo que pueden: (a) reducir las exigencias del trabajo y los costes fisiológicos y psicológicos asociados, (b) ser decisivos en la consecución de los objetivos del trabajo o (c) estimular el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo*” (Bakker, 2011; Bakker y Demerouti, 2007), y están relacionados con el “proceso motivacional”. Esto quiere decir que las demandas permiten predecir el agotamiento emocional y los problemas psicosomáticos, y que, además, están relacionadas con el inicio del deterioro energético de la salud, y por tanto con el *burnout* (Bakker, Demerouti, De Boer, y Schaufeli, 2003), mientras que los recursos laborales permiten predecir el *engagement*, y por tanto son responsables del proceso motivacional, ya mencionado.

El término *engagement* surge del enfoque positivo, desde el cual se sitúa el foco en las fortalezas y estilos de afrontamiento positivos, frente a los factores de riesgo y la vulnerabilidad. Así, el *engagement*, en contraposición al *burnout*, se define como una variable motivacional positiva, que se relaciona con el trabajo y se caracteriza por sus tres dimensiones: a) *vigor*: altos niveles de energía y esfuerzo en el trabajo; b) *dedicación*: altos niveles de significado, implicación y entusiasmo en el trabajo realizado; y c) *absorción*: alta concentración y felicidad mientras se realiza el trabajo, además de una sensación de que el tiempo pasa rápido mientras se trabaja (Gálvez et al., 2009). Inicialmente, estos constructos se definieron como un continuo, cuyos polos estaban formados por el *burnout*, por un lado, y el *engagement*, por el otro, y, por tanto, se podían medir con el mismo instrumento (Maslach y Leiter, 1997; citado por Gálvez et al., 2009). No obstante, autores como Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap y Kladler (2001) y Schaufeli, Salanova, González-Roma y Bakker (2002), no estaban de acuerdo con esta idea y propusieron definirlos como polos opuestos pero independientes uno del otro, y por tanto defendieron la necesidad de crear un nuevo instrumento para medirlo. Por su parte, Schaufeli et al., (2002) tratan de buscar procesos subyacentes que definan las relaciones entre estas dos variables y siguiendo esta idea, establecen, por un lado, una relación entre la dimensión de agotamiento emocional y vigor,

definiéndolas como procesos de pérdida-ganancia de energía y, por otro, la relación entre cinismo y dedicación, como un proceso de menor-mayor identificación con el trabajo (Schaufeli et al., 2002).

Retomando la relación entre las demandas y recursos laborales, los autores de la Teoría, Bakker y Demerouti (2013), afirman que estos no solo dan lugar a los procesos independientes ya mencionados, sino que también están relacionadas entre sí, y mediante su efecto conjunto se puede predecir el bienestar laboral. De esta manera, se han observado dos posibles interacciones entre estos: la primera se refiere al poder que tienen los recursos laborales para amortiguar el impacto de las demandas en el estrés, mientras que la segunda hace referencia al papel potenciador que ejercen las demandas laborales sobre los recursos laborales en la motivación y engagement. Los recursos laborales generan un mayor impacto en el engagement en el trabajo cuanto mayor sean las demandas (Bakker y Demerouti, 2013).

Como extensión al Modelo de Bakker y Demerouti (2007), Xanthopoulou, Bakker, Demerouti y Schaufeli (2007) añadieron los recursos personales en la explicación del proceso de bienestar y motivación, entendidos como *“autoevaluaciones positivas vinculadas a la percepción de la propia capacidad para controlar e influir en el entorno”*. En su estudio, encontraron que los recursos personales median la relación existente entre los recursos laborales y el bienestar laboral. En concreto, y relacionándolo con la Teoría de la Conservación de Recursos (Hobfoll, 1989), en ausencia de peligro, los recursos laborales facilitan la creación de nuevos recursos personales (Bakker y Demerouti, 2013), generando en el trabajador un sentimiento capacidad para llevar a cabo las tareas sin grandes esfuerzos y con menor fatiga, así como un mayor control sobre las condiciones ambientales, resultando además en un mayor engagement con el trabajo (Xanthopoulou et al., 2007). Por otro lado, autores como Pierce y Gardner (2004) encontraron que los recursos personales tienen la función de moderar la relación entre las demandas laborales y el bienestar, así como de actuar como antecedentes en la activación de los recursos laborales, resultando en un mayor engagement y menor desgaste profesional (Judge et al., 1997). Aquellos profesionales que posean más recursos, tendrán una mayor capacidad de lidiar con las demandas laborales, experimentando menores niveles de agotamiento (Xanthopoulou et al., 2007).

Los recursos personales más estudiados hasta ahora y desde la Teoría de las Demandas y Recursos laborales, han sido la autoeficacia, la autoestima y el optimismo (Bakker y Demerouti, 2013). Sin embargo, en estudios más recientes se está estudiando el papel de otros recursos personales como son el sentido de la coherencia, la personalidad resistente, la pasión

por el trabajo, y el distanciamiento psicológico, entre otros (Trépanier, Fernet, Austin, Forest y Vallerand, 2014; Vogt, Hakanen, Jenny, y Bauer, 2016). En concreto, el distanciamiento psicológico se refiere a la capacidad de desconectar física y mentalmente con el trabajo, y se trata de una estrategia de recuperación necesaria para los trabajadores. Aquellos que no logren distanciarse psicológicamente del trabajo, comienzan la jornada laboral agotados emocionalmente y, por tanto, la aparición de síntomas tales como un bajo estado anímico y la mala calidad del sueño (Sonnetag y Bayer, 2005), así como una menor satisfacción laboral (Moreno-Jiménez y Gálvez-Herrer, 2013) se agudizan.

Parece evidente que los médicos interno residentes son un grupo muy vulnerable frente al desarrollo del desgaste profesional, que afecta tanto a la persona que lo sufre, como a la calidad del servicio que presta. Es por ello que considero necesario llevar a cabo un estudio sobre determinados factores que pueden estar actuando en la génesis del mismo, con el objetivo de intervenir sobre estos en beneficio de un menor nivel de burnout. En este sentido el presente estudio trata de analizar si los recursos personales (personalidad resistente, sentido de coherencia, optimismo, distanciamiento psicológico, y pasión armoniosa), se pueden considerar variables de carácter salutogénico, y, por tanto, actúan como factores de protección frente al desarrollo de burnout, favoreciendo además la aparición de un proceso motivacional (engagement).

En base a las líneas de investigación planteadas anteriormente, en el presente estudio se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Las mujeres obtendrán mayores puntuaciones en la variable burnout.

Hipótesis 2: Aquellos residentes que se encuentren en los primeros años de residencia obtendrán mayores puntuaciones en la variable burnout.

Hipótesis 3: Las puntuaciones en la variable burnout serán mayores en aquellos médicos interno residentes que se encuentran realizando su formación en una especialidad quirúrgica.

Hipótesis 4: La relación entre la variable engagement y burnout será una relación inversa. Es decir que cuánto más altas sean las puntuaciones de la variable engagement, menores serán las puntuaciones obtenidas en la variable burnout, o viceversa.

Hipótesis 5: Altas puntuaciones en los recursos personales evaluados se relacionarán de manera positiva con altas puntuaciones en la variable engagement en el trabajo.

Hipótesis 6: Bajas puntuaciones en los recursos personales evaluados se relacionarán de manera positiva con altas puntuaciones en la variable burnout en el trabajo.

2. MÉTODO.

2.1 Muestra.

La población de estudio está formada por aquellos médicos en formación de diferentes hospitales de España que, de manera voluntaria, quisieron participar en la presente investigación cumplimentando los cuestionarios facilitados. El número total de médicos interno residentes que participaron fue 114, siendo el 65,8% mujeres (n=75) y el 34,2% hombres (n=39). Las edades de los participantes están comprendidas entre los 25 y los 58 años (M 26,74 y DT 4,29). En cuanto al año de residencia, un 69,3% de los participantes se encontraban realizando su primer año de formación, un 14% estaban en segundo año, un 9,6% se encontraban en el tercer año de residencia, mientras que un 2,6% y un 4,4% se encontraban en su cuarto y quinto año de residencia respectivamente.

Por otro lado, destaca un 68,4% de participantes que realizan su residencia en una especialidad médica (41% medicina familiar y comunitaria, 11,5% pediatría, 6,4% medicina física y rehabilitación, 5,1% medicina interna, 5,1% cardiología, 3,8% medicina intensiva, 3,8% anestesiología y reanimación, 3,8% neurología, 3,8% aparato digestivo, 2,6% psiquiatría, 2,6% nefrología, 2,6% neumología, 1,3% endocrinología, 1,3% hematología y hemoterapia, 1,3% medicina del trabajo, 1,3% oncología médica, 1,3% medicina preventiva y salud pública, y 1,3% reumatología), un 15,8% en especialidades médico-quirúrgicas (38,9% ginecología y obstetricia, 27,8% oftalmología, 22,2% urología, 5,6% dermatología, y 5,5% otorrinolaringología), un 9,6% en especialidades quirúrgicas (63,6% cirugía ortopédica y traumatología, 18,2% cirugía general y del aparato digestivo, 9,1% cirugía oral y maxilofacial, y 9,1% cirugía plástica, estética y reparadora), y por último un 6,1% en especialidades de laboratorio (57,1% radiodiagnóstico, 28,6% anatomía patológica, y 14,3% medicina nuclear).

Por último, los participantes se encuentran realizando su residencia en 22 localidades diferentes: 24,6% Madrid, 15,8% Jaén, 13,2% Zaragoza 11,4% Badajoz, 6,1% Almería, 5,3% Málaga, 4,4% Barcelona, 2,6% Langreo, 1,8% Oviedo, 1,8% Antequera, 1,8% Granada, 1,8% Alicante, 1,8% Elda, 0,9% Alcázar de San Juan, 0,9% Cartagena, 0,9% Elche, 0,9% Gasteiz, 0,9% Marbella, 0,9% Mérida, 0,9% Sevilla, 0,9% Vic, y 0,9% Játiva.

2.2 Variables e instrumentos.

Se han administrado siete pruebas psicológicas validadas y un cuestionario diseñado ad-hoc para esta investigación. A continuación, se describen brevemente los instrumentos empleados:

2.2.1 Variables demográficas y laborales.

Evalúadas mediante un cuestionario diseñado ad-hoc. Se preguntó por el sexo, edad, año de residencia, hospital y ciudad de realización de la misma, y especialidad médica.

2.2.2 Burnout.

Se ha evaluado esta variable mediante el *Cuestionario Breve de Burnout* (CBB) (Jiménez, Rodríguez, Álvarez y Caballero, 1997). Este cuestionario está formado por 21 ítems que a su vez se dividen en tres componentes: (1) Antecedentes del burnout; (2) Factores del síndrome de burnout; y (3) Consecuencias del burnout. Se administraron únicamente aquellos ítems que evaluaban las dimensiones del síndrome de burnout, en concreto, el cansancio emocional (ítems 1, 7 y 15), la despersonalización (ítems 3, 11, y 18), y la realización personal (ítems 5, 12 y 19). Las respuestas se dan en una escala ordinal con cinco posibles respuestas, que evalúan la frecuencia con la que se experimentan determinados síntomas. Aquellas personas que obtienen puntuaciones iguales o superiores a 27 se consideran afectadas por el síndrome, además se considera como "afectado" en la variable concreta, si la puntuación es mayor de 3, y "altamente afectado" si la puntuación es superior a 4. En cuanto a los valores de fiabilidad, la escala global del síndrome presenta un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,7413$ (n=9 ítems), $\alpha=0,8220$ para la dimensión cansancio emocional, $\alpha=0,3460$ para la dimensión despersonalización, y $\alpha=0,7413$ para la dimensión falta de realización personal, cada una compuesta por 3 ítems.

2.2.3 Engagement.

Se ha empleado el *Utretch Work Engagement Scale short versión* (UWES-9) (Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006), en su versión española. Este cuestionario fue creado originalmente por Schaufeli et al. (2002), con un total de 24 ítems. Años más tarde, Schaufeli et al. (2006) realizaron una versión más corta de este instrumento, formada por 9 ítems que evalúan las tres dimensiones que comprenden la variable engagement: vigor, dedicación y absorción, cada una de ellas evaluada mediante tres ítems. La puntuación de este cuestionario se lleva a cabo mediante una escala de tipo Likert con 7 opciones de respuesta; desde 0=nunca, hasta 6=todos los días. Casuso-Holgado, Moreno-Morales, Labajos-Manzanares y Montero-Bancalero (2017), han validado este cuestionario en una muestra de estudiantes de fisioterapia españoles,

donde se obtuvo una consistencia interna $\alpha=0,90$ para la escala global, $\alpha=0,72$ para la dimensión de vigor, $\alpha=0,84$ para dedicación, y $\alpha=0,77$ para absorción. En cuanto a su evaluación, se obtiene una puntuación media para cada una de las dimensiones que se evalúan, así como una puntuación global. De esta manera, se suman las puntuaciones obtenidas en cada ítem y se divide entre el número de ítems de cada categoría. En función de la puntuación media obtenida el nivel de engagement, este puede variar entre muy bajo, bajo, promedio, alto y muy alto, siendo este más alto cuanto mayor sea la puntuación media obtenida.

2.2.4 *Personalidad Resistente.*

Adaptación española del "Personal Views Survey" (PVS), *Cuestionario de Personalidad Resistente* (CPR) (Gutiérrez, Hernández y Jiménez, 2000). Se ha evaluado la personalidad resistente como variable personal que modula la relación entre el estrés laboral y las consecuencias derivadas de este. El cuestionario está formado por 21 ítems, que evalúan las tres dimensiones que componen el constructo: control, compromiso y reto. El formato de respuesta es mediante una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, desde 1=totalmente en desacuerdo, hasta 4=totalmente de acuerdo. Para su evaluación, es posible obtener una puntuación para cada una de las dimensiones evaluadas, así como una puntuación global. Las personas que obtienen una puntuación global mayor tendrán mayor personalidad resistente. En cuanto a las propiedades psicométricas obtenidas, Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez y Morante (2006), llevaron a cabo un estudio con bomberos españoles, donde se obtuvo un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,86$ para la puntuación global, $\alpha=0,74$ para la dimensión de control, $\alpha=0,79$ para la dimensión de compromiso, y $\alpha=0,83$ para la dimensión de reto.

2.2.5 *Sentido de coherencia.*

Variable considerada como una orientación a la vida. Para su evaluación se ha empleado el instrumento *Orientation to life Questionnaire* (OLQ-13) (Antonovsky, 1993). Originalmente se construyó una versión de 29 ítems, posteriormente validada y traducida al español (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997). En esta investigación se ha empleado la versión acortada del mismo, formada por 13 ítems. En España, Virués-Ortega, Martínez-Martín, del Barrio y Lozano (2007), validaron la escala en población anciana de más de 70 años, obteniendo un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,80$. Por su parte, Martínez, Ousna y Casado (2018) han llevado a cabo una validación del mismo en una muestra de estudiantes universitarios de enfermería, obteniendo un índice Alfa de Cronbach $\alpha=0,809$. Este cuestionario mide las tres dimensiones

del constructo; (1) significatividad (ítems 1, 4, 7, y 12), (2) manejabilidad (ítems 3, 5, 10, y 13) y (3) comprensibilidad (ítems 2, 6, 8, 9 y 11). Los ítems se evalúan mediante una escala tipo Likert, con siete puntuaciones que van desde 1=nunca, hasta 7=siempre. La puntuación total de la escala oscila entre los 13 y 91 puntos, siendo el sentido de la coherencia mayor cuanto mayor sea la puntuación total obtenida.

2.2.6 Optimismo.

Para evaluar la variable optimismo se ha empleado el cuestionario *Life Orientation Test – Revised* (LOT-R) (Scheier, Carver, y Bridges, 1994). Se elaboró inicialmente con el objetivo de evaluar la relación entre optimismo y salud física y mental. En la versión española, validada por Ferrando, Chico y Tous (2002), el objetivo fue evaluar las expectativas de las personas sobre los resultados de los eventos futuros. La consistencia interna, medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en esta versión española es $\alpha=0,75$, dato muy similar al instrumento original. El cuestionario está formado por 10 ítems, de los cuales 4 son ítems de control y no se puntúan, 3 miden las expectativas positivas, y 3 las negativas. Estos ítems son puntuados mediante una escala Likert, desde 1= muy en desacuerdo, hasta 5= muy de acuerdo. Los ítems que evalúan las expectativas positivas se suman según la respuesta dada, mientras que aquellos que evalúan las expectativas negativas son ítems evaluados de modo inverso.

2.2.7 Distanciamiento psicológico.

Se ha empleado la versión española del *Recovery Experience Questionnaire* (Sonnetag y Fritz, 2007), para evaluar la variable distanciamiento psicológico como herramienta de recuperación del burnout. La escala original está formada por 16 ítems, que evalúan cuatro experiencias de recuperación: desconexión psicológica del trabajo, relajación, realización de actividades enriquecedoras, y control del tiempo libre. El *Cuestionario de Experiencias de Recuperación* (Sanz-Vergel et al., 2010), versión española, mantiene estas cuatro experiencias, pero está compuesta de 12 ítems, medidos a través de una escala Likert siendo 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo, siendo las puntuaciones más altas las que se corresponden con una mayor desconexión o distanciamiento psicológico del trabajo, experiencia evaluada en el presente trabajo. En cuanto al coeficiente de fiabilidad obtenido en la versión española del instrumento y medido mediante el Alfa de Cronbach, se encontró un índice de fiabilidad correspondiente al cuestionario completo de $\alpha=0,89$, y un índice de $\alpha=0,85$ para la subescala dimensión desconexión psicológica.

2.2.8 *Pasión armoniosa.*

La pasión armoniosa se ha evaluado mediante la escala de *Pasión por el trabajo*, traducida y validada en la población española por Orgambidez-Ramos, Borrego-Aléz y Gonçalves (2014), de la escala original *Passión Toward Work Scale* (PTWS) (Vallerand y Houliort, 2003). El cuestionario español está formado por 9 ítems y consta de dos sub-escalas: la *pasión armoniosa* (ítems 1 al 4), y la *pasión obsesiva* (ítems 5 al 9). La pasión armoniosa se refiere a la posibilidad de expresar las cualidades del trabajador en el trabajo, vivir las experiencias, y de experimentar sensaciones positivas por el trabajo, frente a la dimensión pasión obsesiva que se refiere a la dependencia emocional por el trabajo, y la dificultad de imaginarse la vida sin este. El formato de respuesta es de tipo Likert, con puntuaciones entre 1=totalmente en desacuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, tanto a nivel global, como en cada una de las subescalas, mayor será la pasión del individuo hacia su trabajo. La escala validada en población española presenta un índice de fiabilidad medido mediante Alfa de Cronbach de entre $\alpha=0,78$ y $\alpha=0,88$ para ambas subescalas. En esta investigación se ha evaluado únicamente la escala de pasión armoniosa, ya que se relaciona con el proceso motivacional y engagement (Orgambidez-Ramos et al., 2014).

2.3 Diseño de investigación.

Según la clasificación de Montero y León (2002), el tipo de estudio llevado a cabo fue de tipo no experimental, en concreto transversal correlacional de grupo único.

2.4 Procedimiento.

El primer paso, previo a la recogida de datos, fue llevar a cabo el procedimiento de aprobación del comité de ética. Una vez este fue aceptado, el siguiente paso fue ponerse en contacto con diferentes personas de referencia de diferentes hospitales en todo el territorio nacional. Las personas de referencia difundieron el cuestionario, publicado mediante una plataforma online, con el objetivo de que los participantes pudieran cumplimentar el mismo de manera individual y autoadministrada. Previo a la cumplimentación del cuestionario, se facilitó una hoja informativa donde se informaba sobre los objetivos del estudio y utilidad de los datos recogidos, así como un consentimiento informado donde se solicitaba la participación en el estudio. La participación fue completamente voluntaria y en todo momento se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los datos. El período de aplicación de los cuestionarios tuvo una duración aproximada de dos meses, entre los meses de febrero y marzo 2019.

2.5 Análisis de datos.

Para llevar a cabo el análisis de datos se ha empleado el programa estadístico SPSS. En primer lugar, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de las variables burnout y engagement tanto como medida global, como de manera específica para cada una de sus dimensiones. Además, se han tenido en cuenta las distintas variables demográficas y laborales evaluadas (sexo, estado civil, especialidad médica, y año de residencia). Por otro lado, y con el objetivo de dar respuesta a las hipótesis 1, 2 y 3, se ha llevado a cabo una comparación de medias en los distintos grupos establecidos. Para ello, en primer lugar, se ha comprobado si los grupos se distribuyen o no según la normal. En el caso de la variable dicotómica sexo, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras. Tras comprobar que esta variable no se distribuye según la normal, se procedió a realizar la comparación de medias no paramétricas mediante la Prueba T para muestras independientes.

En cuanto a la variable especialidad, se agruparon según cuatro categorías con el objetivo de categorizar dicha variable. Por tanto, para realizar la comparación de grupos según las variables especialidad y año de residencia, en primer lugar se llevó a cabo la prueba de la normalidad. Tras comprobar que ninguna de estas variables se distribuye según la normal, se llevó a cabo la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.

Por otro lado, para realizar el contraste de las hipótesis 4, 5, y 6, y tras comprobar que la muestra completa se distribuye según la normal, se llevó a cabo un análisis de correlación bivariada mediante el estadístico correlación de Pearson y bajo un nivel de confianza del 95%. Este análisis de correlación ha permitido estudiar la relación existente entre todas las variables cuantificadas. Por último, se procedió a analizar la capacidad predictiva de las variables estudiadas sobre las variables burnout y engagement, mediante un análisis de regresión llevado a cabo con el método *stepwise* (o pasos sucesivos) y bajo un nivel de confianza de 0,95.

3. RESULTADOS.

3.1 Análisis descriptivos de las variables estudiadas.

Las medias y las desviaciones típicas obtenidas para la muestra completa en las variables burnout y engagement se presentan en el cuerpo de la Tabla 1. Como se puede apreciar en la variable burnout, la puntuación media más alta se ha obtenido en la dimensión despersonalización, seguido por la dimensión cansancio emocional, y por último falta de

realización. Por su parte, la dimensión con puntuación media más alta de la variable engagement ha sido dedicación, seguido de vigor y, por último, absorción.

Tabla 1. *Análisis descriptivo de las variables burnout y engagement y dimensiones.*

Variables	M	DT	MIN	MÁX
CBB - Burnout total	22,68	5,26	13,00	38,00
Despersonalización	9,40	2,13	4,00	14,00
Cansancio Emocional	7,28	2,17	3,00	14,00
Falta de realización	6,08	2,05	3,00	11,00
UWES-9 – Engagement	4,07	1,07	0,33	6,00
Vigor	4,15	1,01	1,00	6,00
Dedicación	4,54	1,16	0,00	6,00
Absorción	3,89	1,25	0,00	6,00

Nota: rango de respuesta del CBB = 5 – 45, rango de respuesta de cada una de las dimensiones de burnout (despersonalización, cansancio emocional, falta de realización) = 3 - 15; rango del UWES – 9 = 0 – 6, rango de respuesta de cada una de las dimensiones de engagement (vigor, dedicación, absorción) = 0 – 6.

Por otro lado, como se puede observar en la Tabla 2., las medias en la variable burnout y engagement han sido semejantes entre mujeres y hombres, tanto en los índices globales como en sus dimensiones. Destaca la diferencia de medias entre ambos grupos en la dimensión cansancio emocional, siendo esta mayor en el grupo formado por mujeres.

Tabla 2. *Análisis descriptivo de las variables burnout y engagement y dimensiones según sexo.*

Variables	Mujeres (n=75)				Hombres (n=39)			
	M	DT	MIN	MÁX	M	DT	MIN	MÁX
CBB - Burnout total	23,37	5,15	14,00	38,00	23,33	5,15	14,00	38,00
Despersonalización	9,52	2,13	4,00	13,00	9,52	2,13	4,00	13,00
Cansancio Emocional	7,55	2,24	3,00	14,00	5,55	2,24	3,00	14,00
Falta de realización	6,44	1,93	3,00	11,00	6,44	1,93	3,00	11,00
UWES-9 – Engagement	4,01	1,04	1,00	6,00	4,01	1,04	1,00	6,00
Vigor	4,11	0,99	1,00	6,00	4,11	0,99	1,00	6,00
Dedicación	4,46	1,12	1,00	6,00	4,47	1,12	1,00	6,00
Absorción	3,86	1,24	0,00	6,00	3,86	1,24	0,00	6,00

Nota: rango de respuesta del CBB = 5 – 45, rango de respuesta de cada una de las dimensiones de burnout (despersonalización, cansancio emocional, falta de realización) = 3 - 15; rango del UWES – 9 = 0 – 6, rango de respuesta de cada una de las dimensiones de engagement (vigor, dedicación, absorción) = 0 – 6.

A continuación, en la Tabla 3. se muestran las diferencias en la media y desviación típica de las variables burnout y engagement según año de residencia. La media más alta encontrada en la variable burnout ha sido en el grupo formado por residentes de cuarto año, siendo además este mismo grupo el que menor nivel de engagement muestra. Por otro lado, destaca que la puntuación media más alta obtenida en la variable engagement se encuentra en el quinto año de residencia, mismo grupo que obtiene la puntuación más baja en la variable burnout.

Tabla 3. *Análisis descriptivo de las variables burnout y engagement y dimensiones según año de residencia.*

Variables	R1 (n=79)		R2 (n=16)		R3 (n=11)		R4 (n=3)		R5 (n=5)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
CBB - Burnout total	21,86	5,06	22,69	4,92	26,64	4,70	30,67	6,03	22,00	3,67
Despersonalización	9,23	2,00	8,93	2,46	10,37	1,91	12,00	1,73	10,00	2,65
Cansancio Emocional	6,90	2,06	7,62	1,74	8,82	1,89	10,00	3,60	7,20	2,77
Falta de realización	5,87	2,03	6,00	1,93	7,55	1,75	8,67	1,15	4,80	1,48
UWES-9 - Engagement	4,09	1,08	4,03	0,90	4,10	1,02	2,78	1,87	4,49	0,82
Vigor	4,18	0,99	4,23	0,81	3,88	1,15	3,22	2,17	4,48	0,77
Dedicación	4,57	1,17	4,65	0,99	4,37	1,07	3,11	1,71	5,07	1,01
Absorción	3,94	1,26	3,92	0,98	4,06	1,00	2,00	2,08	3,93	1,36

Nota: R1=primer año de residencia; R2=segundo año de residencia; R3=tercer año de residencia; R4=cuarto año de residencia; y R5=quinto año de residencia. Rango de respuesta del CBB = 5 – 45, rango de respuesta de cada una de las dimensiones de burnout (despersonalización, cansancio emocional, falta de realización) = 3 - 15; rango del UWES – 9 = 0 – 6, rango de respuesta de cada una de las dimensiones de engagement (vigor, dedicación, absorción) = 0 – 6.

En la Tabla 4. se muestran las diferencias de medias y desviaciones típicas en la variable burnout y engagement según grupo de especialidad. Las medias halladas para la variable burnout en los distintos grupos comparados son muy similares, destacando el grupo de especialidades de laboratorio, el que menor burnout presenta. Para la variable engagement, las puntuaciones obtenidas son algo más variadas. Destaca el grupo que realiza su formación en una especialidad quirúrgica por ser el que mayor nivel de engagement presenta.

Tabla 4. *Análisis descriptivo de las variables burnout y engagement y dimensiones según grupo de especialidad.*

Variables	E. Médicas (n=78)		E. Quirúrgicas (n=11)		E. Médico-quirúrgicas (n=18)		E. Laboratorio (n= 7)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
CBB - Burnout total	22,87	5,30	22,18	5,69	22,56	5,50	21,57	4,24
Despersonalización	9,38	2,10	9,64	2,16	9,33	2,52	9,42	1,62
Cansancio Emocional	7,37	2,25	7,27	1,90	7,22	2,07	6,43	2,07
Falta de realización	6,24	2,04	5,27	1,90	6,00	2,30	5,71	1,50
UWES-9 - Engagement	3,98	1,13	4,77	0,75	4,12	0,91	3,73	0,88
Vigor	4,10	1,06	4,76	0,82	4,09	0,93	3,86	0,72
Dedicación	4,49	1,25	5,09	0,73	4,61	0,90	4,10	1,08
Absorción	3,80	1,31	4,46	0,91	4,02	1,14	3,71	1,28

Nota: E.Médicas: especialidades médicas; E.Quirúrgicas: especialidades quirúrgicas; E.Médico-quirúrgicas: especialidades médico-quirúrgicas; E.laboratorio: especialidades de laboratorio. Rango de respuesta del CBB = 5 – 45, rango de respuesta de cada una de las dimensiones de burnout (despersonalización, cansancio emocional, falta de realización) = 3 - 15; rango del UWES – 9 = 0 – 6, rango de respuesta de cada una de las dimensiones de engagement (vigor, dedicación, absorción) = 0 – 6.

En cuanto al porcentaje y número de personas que han obtenido puntuaciones igual o por encima de 25 en el cuestionario empleado para evaluar la variable burnout, y que, por tanto, se consideran puntuaciones altas en esta, ha sido del 25,4% (n=29) en la muestra general, tal y

como se puede observar en la Tabla 5. Por otro lado, el grupo formado por mujeres muestra mayor nivel de burnout, siendo el porcentaje de estas que han obtenido una puntuación considerada como alta de 30,7% (n=23), frente al 15,6% (n=6) en la muestra de hombres.

Tabla 5. *Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable burnout.*

	Muestra total (n=114)		Mujeres (n=75)		Hombres (n=39)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	32	28,1	17	22,7	15	38,5
Medio	53	46,5	35	46,7	18	46,2
Alto	29	25,4	23	30,7	6	15,4

Nota: Bajo: 9 – 19, medio: 20 – 25 y alto > 25.

Por otro lado, tal y como muestra la Tabla 6. en la variable engagement un 7,0% (n=8) de la muestra total ha obtenido una puntuación considerada como un nivel muy alto en esta variable. En cuanto a las diferencias por sexo, un 8,0% (n=6) de las mujeres ha obtenido una puntuación muy alta en esta variable, frente al 5,1% (n=2) en el grupo de hombres.

Tabla 6. *Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable engagement.*

	Muestra total (n=114)		Mujeres (n=75)		Hombres (n=39)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	4	3,5	2	2,7	2	5,1
Bajo	7	6,1	6	8,0	1	2,6
Promedio	65	57,0	41	54,7	24	61,5
Alto	30	26,3	20	26,7	10	25,6
Muy alto	8	7,0	6	8,0	2	5,1

Nota: Muy bajo $\leq 1,77$, bajo 1,78 – 2,88, promedio 2,89 – 4,66, alto 4,67 – 5,50, muy alto $\geq 5,51$.

3.2 Análisis de las diferencias de media según sexo, año de residencia y grupo de especialidad médica en las variables burnout y engagement.

Bajo un nivel de confianza del 95%, se ha encontrado una tendencia a la significación en la variable burnout según el sexo ($t=1,991$, $p=0,049$). En este sentido, podemos decir que existe una posible asociación entre el burnout y el sexo, ya que la media entre esta variable y el sexo es estadísticamente diferente al nivel de significación $\alpha=0,05$. Por otro lado, y de igual modo con un nivel de confianza del 95%, no se han encontrado diferencias significativas en la variable engagement y sexo ($t=-0,781$, $p=0,436$). En este caso, podemos afirmar que no hay asociación entre estas variables, ya que la media en dicha variable y el sexo no son estadísticamente significativos con un nivel de significación $\alpha=0,05$.

En cuanto a la comparación de medias según el año de residencia y la variable burnout, se ha obtenido un estadístico $\chi^2=13,234$ y $p=0,010$. Por este motivo, y bajo un nivel de confianza del 95% podemos decir que es posible que exista una asociación entre ambas variables, y, por tanto, que estas se encuentren relacionadas. Al realizar la comparación de medias entre el año

de residencia y la variable engagement, se ha obtenido un estadístico $\chi^2=2,421$ y $p=0,659$. En este caso, y bajo un nivel de confianza del 95%, nos encontramos ante una imposibilidad de rechazo de la hipótesis nula o igualdad de medias, y podemos, por tanto, asumir, que el año de residencia no está relacionado con el engagement en el trabajo.

Por último, se han analizado las diferencias de medias entre los diferentes grupos de especialidades y las variables estudiadas. Por un lado, y en cuanto a la comparación de la variable burnout y estas, se ha obtenido un estadístico $\chi^2=0,654$ y $p=0,884$, mientras que para la variable engagement se ha encontrado un estadístico $\chi^2=6,529$ y $p=0,089$. Nuevamente, no encontramos evidencia para rechazar la hipótesis nula sobre la igualdad de medias, y podemos, por tanto, concluir que no hay argumentos para afirmar una relación entre las variables burnout y engagement y las categorías de especialidades médicas.

3.3 Análisis de correlaciones entre las variables.

Los resultados del análisis de correlaciones entre las distintas variables cuantificadas para este estudio se muestran en la Tabla 7. Estas correlaciones muestran una asociación negativa entre los recursos personales medidos y el burnout. Además, cabe destacar que estas correlaciones son significativas bajo un nivel de confianza del 99%.

Por otro lado, es llamativa la asociación positiva y significativa, bajo un nivel de confianza del 99%, entre estos recursos personales, a excepción del distanciamiento psicológico, variable con la que no muestra estar relacionada. Por último, es interesante destacar la correlación existente entre las variables burnout y engagement, como índices globales, siendo esta una asociación negativa, bajo un nivel de confianza del 99%.

Tabla 7. *Matriz de correlaciones para todas las variables medidas como índices globales.*

	OP	DIS	PR	PT	SC	EN	BU
OP	1						
DIS	0,124	1					
PR	0,381**	0,037	1				
PT	0,336**	0,165	0,427**	1			
SC	0,500**	0,249**	0,230*	0,325**	1		
EN	0,330**	-0,004	0,479**	0,479**	0,369**	1	
BUR	-0,344**	-0,240**	-0,340**	-0,481**	-0,506**	-0,562**	1

Nota: OP: Optimismo; DIS: Distanciamiento psicológico; PR: Personalidad Resistente; PT: Pasión hacia el trabajo; SC: Sentido de coherencia; EN: Engagement; BU: Burnout. * $p<0,05$, ** $p>0,01$.

En cuanto a las correlaciones halladas entre las distintas dimensiones de las variables burnout y engagement, destaca una relación negativa y significativa bajo un nivel de confianza del 99% entre todas aquellas que componen la variable burnout, por un lado, y la variable engagement por el otro, tal y como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8. *Matriz de correlaciones de las dimensiones de las variables burnout y engagement.*

	DES	FR	CE	VI	DE	AB
DES	1					
FR	0,459**	1				
CE	0,480**	0,633**	1			
VI	-0,327**	-0,581**	-0,603**	1		
DE	-0,309**	-0,629**	-0,544**	0,802**	1	
AB	-0,289**	-0,506**	-0,415**	0,671**	0,745**	1

Nota: Dimensiones del burnout (DES: Despersonalización; FR: Falta de realización personal; CE: Cansancio Emocional). Variables del engagement (VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción) **p>0,01.

3.4 Variables explicativas en el proceso de burnout y engagement.

Para cada variable criterio analizada, se han propuesto como variables predictoras los distintos recursos personales estudiados.

En el análisis de la variable burnout como índice general, se puede observar que las variables engagement, sentido de coherencia y pasión armoniosa llegan a explicar, de manera conjunta, el 45,4% de la misma. Además, todas estas variables muestran una asociación negativa tal y como se puede observar en la Tabla 9.

Tabla 9. *Análisis de regresión tomando como variable criterio el burnout como índice global.*

Variables	β	R ²	DR ²	F
Burnout				
1. Engagement	-0,562	0,316	0,316	51,697**
2. Sentido de coherencia	-0,346	0,419	0,103	40,075**
3. Pasión armoniosa	-0,215	0,454	0,035	30,451**

VNI: OP, DIS, PR

Nota: VNI= variables no introducidas en la ecuación. OP= Optimismo; DIS= Distanciamiento psicológico; PR= Personalidad Resistente; PT= Pasión armoniosa SC= Sentido de coherencia. *p<0,05, **p>0,01.

Por otro lado, tal y como se puede observar en la Tabla 10. las variables incluidas en el modelo como predictoras de la variable criterio engagement como índice global han sido la variable burnout, la personalidad resistente y la pasión armoniosa. Estas variables explican de manera conjunta el 41,6% de la varianza de las puntuaciones de los sujetos en engagement. Además, la asociación entre la variable criterio y las variables personalidad resistente y pasión es positiva ($\beta=0,325$ y $\beta=0,178$ respectivamente), mientras que la asociación entre la variable burnout y esta es negativa ($\beta=-0,562$).

Tabla 10. *Análisis de regresión tomando como variable criterio el engagement como índice global.*

Variables	β	R ²	DR ²	F
Engagement				
1. Burnout	-0,562	0,310	0,310	51,697**
2. Personalidad resistente	0,325	0,399	0,089	38,485**
3. Pasión armoniosa	0,178	0,416	0,017	27,828*

Nota: VNI= variables no introducidas en la ecuación. OP= Optimismo; DIS= Distanciamiento psicológico; PR= Personalidad Resistente; PT= Pasión armoniosa; SC= Sentido de coherencia. * $p < 0,05$, ** $p > 0,01$.

Comparando los análisis de regresión realizados con las dos variables criterio tomadas a lo largo del estudio, se observa que la variable pasión armoniosa proporciona un incremento de la varianza en las puntuaciones de ambas. No obstante, la variable que permite explicar la mayor varianza en el caso del burnout ha sido la variable engagement, y para esta última, la variable burnout ha sido la más significativa en su explicación.

4. DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha encontrado que aproximadamente el 25% de los médicos residentes que han participado presentan un nivel de desgaste profesional alto. Esta es una cifra bastante elevada teniendo en cuenta que, de manera general, se trata de un grupo muy joven que está iniciando su carrera profesional. Por este motivo se ha considerado necesario llevar a cabo un estudio que permita conocer qué factores propios de la persona están detrás de su desarrollo, con el objetivo de poder prevenir el mismo, así como las consecuencias que este origina. En concreto, el objetivo de este estudio ha sido conocer la relación existente entre los recursos personales estudiados y las variables burnout y engagement, entendiendo estas como un proceso de deterioro y motivacional, respectivamente (Bakker y Demerouti, 2013). En la presente investigación, se ha situado el foco en el individuo y en cómo este, afrontando las situaciones difíciles del día a día, puede conseguir transformarlas en eventos positivos que le permitan un mayor crecimiento personal y aprendizaje (Antonovsky, 1987; Kobasa, 1979), evitando así desarrollar el síndrome del desgaste profesional.

Según los resultados obtenidos, que apoyan lo planteado en la Hipótesis 1, el burnout parece afectar de manera más acusada a las mujeres, siendo la dimensión cansancio emocional donde se ha encontrado la mayor diferencia entre ambos sexos. A pesar de no haber un consenso claro entre los diferentes estudios publicados hasta la fecha (Arteaga-Romani, Junez-González y Navarrete-Saravia, 2018), autores como Blanca-Gutiérrez y Arias-Herrera (2018) y Gil-Monte (2002) postulan que las mujeres tienden a llevar una mayor carga física y mental en la atención de las demandas laborales y del hogar, generando un mayor agotamiento y sobrecarga percibida. Contrario a lo esperado en la Hipótesis 2, los residentes de cuarto año presentan mayores niveles de desgaste profesional, resultados congruentes con diversos estudios (Daniels et al., 2016; y Prieto-Miranda et al., 2013). Estos resultados pueden deberse a que aquellos residentes que se encuentran más próximos a finalizar su formación

presentan una posible acumulación del estrés, así como una mayor incertidumbre sobre su futuro laboral (Álvarez-Hernández et al., 2010). En cuanto a las especialidades con mayor presencia de burnout, en estudios llevados a cabo por autores como Dyrbye et al., (2018); y Rodríguez et al., (2018) se ha encontrado una mayor prevalencia en las especialidades de oftalmología, neurología y cirugía general y del aparato digestivo, no correspondiendo por tanto a un grupo concreto de especialidades, como se predijo en la Hipótesis 3. Es importante destacar que, pese a los resultados encontrados, estas diferencias pueden deberse a las diferencias de tamaño que forman los diferentes grupos analizados y, por tanto, deben interpretarse con cautela. Además, no sería adecuado generalizar estos resultados, ya que, lo más conveniente sería llevar a cabo un análisis multifactorial que tenga en cuenta otros factores que puedan estar incidiendo.

En cuanto al análisis de correlaciones, se puede observar que, de manera general, aquellos residentes que presentan mayores puntuaciones en la variable engagement, tienen menor nivel de burnout, siendo, por tanto, la relación entre estas dos variables una asociación negativa, resultados que apoyan la Hipótesis 4. Además, tal y como se observa en el análisis de correlaciones entre sus dimensiones, estas también están asociadas de manera negativa entre sí. La relación entre estas dos variables se hace más evidente en el análisis de regresión llevado a cabo, donde se observa que el síndrome de burnout queda preferentemente explicado por el engagement, de igual modo que este queda preferentemente explicado por la variable burnout. Esta relación nos hace cuestionarnos si realmente se trata de dos constructos relacionados de manera opuesta, pero diferentes, (Schaufeli et al., 2001 y Schaufeli et al., 2002) o si hablamos de un mismo constructo (Maslach y Leiter, 1997). Por su parte, Sonnetag (2017) defiende la existencia de dos constructos diferentes, y entiende el burnout como un estado crónico que surge en el trabajo, a diferencia del engagement, que fluctúa según la situación y los recursos presentes en la realización de las diferentes tareas. Sin embargo, aquellos que defienden la existencia de un mismo constructo, entienden el engagement como un proceso de exceso de energía, frente a la falta de esta en el burnout, y, por tanto, lo consideran un concepto redundante que no aporta nada nuevo al estudio del burnout (Cole, Walter, Bedeian y O'Boyle, 2012; citado por Schaufeli y De Witte, 2017). No obstante, a pesar de la discrepancia de opiniones acerca de la relación entre ambos constructos, estos hallazgos nos permiten plantearnos nuevas vías de intervención orientadas hacia el aumento de los niveles de engagement en el trabajo.

Acorde con lo esperado, se han encontrado asociaciones negativas entre todos los recursos personales estudiados y la variable burnout, y asociaciones positivas entre estos y la variable engagement. No obstante, se ha encontrado un hallazgo inesperado en el estudio: el distanciamiento psicológico y el engagement no presentan una asociación significativa entre sí. Este hallazgo es inconsistente con la literatura encontrada, donde se afirma que los distintos procesos de recuperación, como es el distanciamiento psicológico, permiten dejar a un lado los estresores presentes durante la jornada laboral (Sonnetag y Bayer, 2005). En este sentido, se ha encontrado que aquellas personas que consiguen desconectar del trabajo realizando actividades de ocio y tiempo libre distintas a las actividades que se realizan durante la jornada laboral consiguen reconectar en el trabajo al día siguiente, sintiéndose más vigorosos y entusiasmados (Ten Brummelhuis y Bakker, 2012). Sonnetag y Kühnel (2016) encontraron en su estudio que únicamente mostraban altos niveles de engagement aquellas personas que conseguían desconectar del trabajo tras la jornada laboral, y que, por tanto, podían reconectar al comenzar un nuevo día.

En relación a los demás recursos personales evaluados, podemos decir que van en la línea de lo esperado, y, por tanto, apoyan las Hipótesis 5 y 6 y la Teoría de las Demandas y Recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2013). En concreto, los recursos personales podrían estar mediando la relación entre los recursos laborales y el engagement, además de amortiguar el impacto de las demandas, evitando así el burnout (Samela-Aro y Upadyaya, 2018). Bakker y Demerouti (2013) plantean en su teoría que aquellos profesionales que se encuentran quemados serán más proclives a crear nuevas demandas laborales, mientras que los trabajadores con alto nivel de engagement, crearán nuevos recursos laborales que le permitirán aumentar aún más estos niveles. Asimismo, teniendo en cuenta lo propuesto por Hobfoll (1989) y su ciclo de ganancia de recursos, parece importante tener en cuenta el papel de los recursos personales, ya que, en ausencia de amenazas, la persona podrá generar nuevos recursos que le permitirán afrontar las demandas y adaptarse a las situaciones estresantes.

Atendiendo al análisis de regresión llevado a cabo, se puede observar que, de manera complementaria, el burnout queda explicado por las variables sentido de la coherencia y pasión armoniosa. Respecto al sentido de la coherencia, parece ir en la línea de lo propuesto por autores como Shankland et al., (2019), quienes entienden esta variable como moduladora entre los procesos de estrés y burnout y que permite amortiguar el desgaste profesional. El sentido de la coherencia es, por tanto, un recurso personal que facilita al profesional percibir la situación estresante como inteligible y retadora, facilitándole solucionar los problemas a los

que se enfrenta ante en las diferentes situaciones problemáticas, y protegiéndole del desgaste profesional (Galletta et al., 2019).

Por su parte, la variable personalidad resistente predice el nivel de engagement de manera complementaria. Considerada como una variable salutogénica (Kobasa, 1979), parece beneficiar a las personas en el afrontamiento y adaptación a las situaciones de estrés y cambio a las que se enfrentan. Las personas consideradas como "resistentes" parecen implicarse más en las tareas y comprometerse con estas, sintiéndose fuertes y competentes para hacer frente a las distintas situaciones, que ellos perciben como oportunidades de crecimiento y aprendizaje personal, en lugar de como amenazas (Blanco-Donoso et al., 2018). Por este motivo y según el Modelo de las Demandas y Recursos laborales, la personalidad resistente podría estar actuando como facilitador en la activación de los recursos laborales, generando por tanto mayores niveles de engagement, que resultan en una disminución del burnout (Xanthopoulou, et al., 2007; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2009).

En cuanto a la pasión armoniosa, se muestra como una variable relevante en la predicción tanto del burnout, como del engagement, resultados coherentes con estudios previos llevados a cabo (Lisbona Bañuelos, Palací Descals y Castaño, 2016). Altos niveles de pasión armoniosa parecen reducir los sentimientos negativos hacia el trabajo, generando a su vez mayor autonomía y permitiendo a la persona tener mayor control sobre las tareas que realiza, pudiendo así elegir si realizarla o no y cuándo hacerlo. Por otro lado, permite a la persona centrarse en el trabajo que está realizando, cometiendo menos errores y obteniendo mejores resultados (Trepanier et al., 2014). Además, parece que la pasión por el trabajo ejerce un papel protector frente al desarrollo de burnout, ya que permite poner en marcha estrategias de recuperación más efectivas que evitan el desarrollo de agotamiento emocional (Lisbona Bañuelos et al., 2016). Trepanier et al., (2014), entre otros autores, han relacionado la pasión por el trabajo con la Teoría de las Demandas y Recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2013). Esta relación se explica de la siguiente manera: los recursos laborales se relacionan con mayores niveles de pasión armoniosa, y por tanto de engagement, mientras que las demandas laborales se relacionan con niveles de pasión obsesiva mayores y, por tanto, mayores niveles de burnout (Trepanier et al., 2014).

Teniendo en cuenta que alrededor de un cuarto de los residentes que han respondido a los cuestionarios pueden considerarse padecer burnout, es posible concluir que este problema debe ser abordado. Considero, por tanto, necesario llevar a cabo intervenciones que permitan

poner una solución a este problema que afecta, en primer lugar, a los médicos residentes que lo sufren, así como al servicio que estos prestan a sus pacientes.

Como posibles formas de intervención, destaca el *job crafting*, basado en la modificación de las condiciones laborales con el objetivo de aumentar el bienestar y la motivación del trabajador (Bakker y Demerouti, 2013). El objetivo es que, mediante el control y elección de las tareas a realizar, el empleado pueda asignar un nuevo significado a las mismas, resultando en un aumento de los recursos laborales (1) sociales y (2) estructurales, así como aumentando las demandas, de tal forma que estas supongan un (3) reto, y disminuir aquellas que supongan un (4) obstáculo (Tims, Bakker y Derks 2012; citado por Bakker y Demerouti, 2013). Como intervención adicional al *job crafting*, sería conveniente llevar a cabo una intervención a nivel individual, que facilitase la adquisición de nuevos recursos personales y aumentase la confianza y capacitación del empleado, ya que en estudios como el llevado a cabo por Van Wingerden, Derks y Bakker (2017), han observado que, mediante la adquisición de nuevos recursos personales, el empleado se siente más capacitado para cambiar las condiciones y ambiente laboral. Como limitación a estas intervenciones, cabe destacar que se encuentran en un estadio muy temprano, y apenas se han llevado a la práctica, pero resultan muy prometedoras en el aumento de los niveles de engagement en el trabajo.

5. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio cuenta con ciertas limitaciones que pueden estar afectando a los resultados encontrados. En primer lugar, el tipo de estudio llevado a cabo no permite establecer relaciones de causalidad ente las variables medidas. Como solución a esta limitación, y de cara a futuros estudios, sería interesante emplear un diseño longitudinal o experimental. Por otro lado, las medidas se han obtenido mediante cuestionarios autoinformados, condición que ha podido afectar en los resultados obtenidos por la posible falta de comprensión de las preguntas y/o aquiescencia en las respuestas. Además, entre los cuestionarios existentes para la evaluación de cada una de las variables, se eligió la versión más breve publicada hasta la fecha, porque además de ser útiles para conseguir cuantificar las variables evaluadas, ha permitido facilitar a los participantes el cumplimiento de estos, consiguiendo una mejor predisposición del cuestionado hacia el mismo. No obstante, el empleo de estos puede afectar a la validez y fiabilidad de los mismos.

En cuanto al método de obtención de la muestra, llevado a cabo mediante la técnica bola de nieve, pudiendo afectar a los resultados obtenidos. Respecto a esta limitación, destaca que

únicamente han participado aquellos residentes de los hospitales con los que se pudo establecer un contacto, y que, además, de manera voluntaria, quisieron cumplimentar los cuestionarios. A pesar de que la representación del sexo femenino es superior en la población evaluada, es necesario tener en cuenta que un gran porcentaje de los residentes que han participado en el presente estudio han sido mujeres, y médicos que se encuentran en el primer año de residencia, pudiendo estas condiciones, afectar a la generalización de los resultados. No obstante, y a pesar de las limitaciones con las que cuenta este estudio, parece que los resultados encontrados son prometedores debido a la variedad de muestra, y, por tanto, permiten hablar de una buena validez externa.

Podemos concluir afirmando que en el presente estudio se ha puesto de manifiesto que el burnout se relaciona de manera inversa con el engagement, y que, a su vez, estos se relacionan con variables personales, propias de cada persona. No obstante, dado que el conocimiento de estas relaciones en la población estudiada se encuentra en una fase incipiente, considero relevante continuar la presente línea de investigación con el objetivo de esclarecer la relación existente entre las demandas, los recursos personales y laborales, y las variables burnout y engagement, así como la relación entre estas dos. Por otro lado, sería conveniente desarrollar programas de intervención y prevención, tanto a nivel individual como a nivel organizacional, que permitan reducir la presencia del síndrome y las consecuencias que afectan a los médicos residentes y a sus pacientes y familiares.

La importancia de este estudio radica en un mayor conocimiento acerca de las posibles variables que están incidiendo en la génesis del síndrome del desgaste profesional en la población estudiada, siendo esta la base del conocimiento para futuras intervenciones cuyo objetivo debe ser aumentar los niveles de engagement en el trabajador, para así, contribuir a una mejora en los ambientes laborales y en la salud de nuestros profesionales. Dados los resultados encontrados, parece que las intervenciones centradas en aumentar los niveles de engagement en el trabajador podrían potenciar la creación de nuevos recursos personales y laborales, al mismo tiempo que se lograría disminuir el nivel de burnout.

6. REFERENCIAS

- Álvarez-Hernández, G., Medécigo-Vite, S., y Ibarra-García, C. (2010). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en el Estado de Sonora. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 67(1), 44-51.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science y medicine*, 36(6), 725-733.
- Arteaga-Romani, A., Junes-Gonzales, W., y Navarrete-Saravia, A. (2018). La prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2).
- Bakker, A. B. (2011). An evidence-based model of work engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 265-269.
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 107-115.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E., y Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of vocational behavior*, 62(2), 341-356.
- Balcázar-Rincón, L. E., Montejó-Fraga, L. F., y Ramírez-Alcántara, Y. L. (2015). Prevalence of the Occupational Burnout Syndrome in Residents of a Hospital in Merida, Yucatan, Mexico. *Atención Familiar*, 22(4), 111-114.
- Biaggi, P., Peter, S., y Ulich, E. (2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents-what can be done? *Swiss Medical Weekly*, 133(23-24), 339-346.
- Blanca-Gutiérrez, J. J., y Arias-Herrera, A. (2018). Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería universitaria*, 15(1), 30-44.
- Blanco-Donoso, L. M., Carmona-Cobo, I., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez de la Pinta, M. L., Almeida, E. C. D., y Garrosa, E. (2018). Estrés y bienestar en profesionales de enfermería intensiva dentro del ámbito de la donación y el trasplante de órganos: una propuesta desde la psicología de la salud ocupacional. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64(252), 244-262.
- Casado Moragón, Á., Muñoz Durán, G., Ortega González, N., Castellanos Asenjo, A., Rodríguez Blázquez, M., y García Aroca, C. (2005). Burnout y factores asociados en profesionales del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.
- Casuso-Holgado, M. J., Moreno-Morales, N., Labajos-Manzanares, M. T., y Montero-Bancalero, F. J. (2017). Características psicométricas de la versión española de la escala UWES-S en estudiantes universitarios de Fisioterapia. *Fisioterapia*, 39(1), 4-9.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., y Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(3), 236-240.

Daniels, A. H., DePasse, J. M., y Kamal, R. N. (2016). Orthopaedic surgeon burnout: Diagnosis, treatment, and prevention. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 24(4), 213-219.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.

Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Zabala, R., y Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57(224), 224-241.

Dyrbye, L. N., Burke, S. E., Hardeman, R. R., Herrin, J., Wittlin, N. M., Yeazel, M., y Satele, D. V. (2018). Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among US resident physicians. *Jama*, 320(11), 1114-1130.

Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., y Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451.

Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., y Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308.

Ferrando, P. J., Chico, E., y Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.

Jácome, S. J., Villaquiran-Hurtado, A. F., García, C. P., y Duque, I. L. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Revista Cuidarte*, 10(1).

Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., y Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of applied psychology*, 83(1), 17.

Galletta, M., Portoghese, I., Frau, N., Pau, M., Meloni, F., Finco, G., y Campagna, M. (2019). Association between burnout and sense of coherence among speech and language therapists: an exploratory study in Italy. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 90(4-S), 25-31.

Gálvez, M., Moreno, B. y Mingote, J. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro*. 6th ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, pp.1-46.

Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia de género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de Enfermería. *Psicología em Estudo*, Maringá, 7, 3-10.

Gil Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15(2).

Guevara, C. A., Henao, D. P., y Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes.

Gutiérrez, J. L. G., Hernández, E. G., y Jiménez, B. M. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología*, (4), 64-77.

Herrera, M. E. O., Viveros, G. R. O., y Brizio, P. G. C. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5-17.

- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
- Jácome, S. J., Villaquiran-Hurtado, A. F., García, C. P., y Duque, I. L. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Revista Cuidarte*, 10(1).
- Jiménez, B. M., Rodríguez, R. B., Álvarez, A. M., y Caballero, T. M. (1997). *La evaluación del burnout: problemas y alternativas: El CBB como evaluación de los elementos del proceso*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Jiménez, B. M., Gutiérrez, J. L. G., y Hernández, E. G. (2001). Variables de personalidad y proceso del Burnout: Personalidad resistente y sentido de la coherencia. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 20(1), 1-18.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.
- Lisbona Bañuelos, A., Palací Descals, F. J., y Castaño, M. B. (2016). ¿Podemos apasionarnos por el trabajo?: Una revisión de la pasión para el trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 37(3).
- Martínez, M. D. C. V., Osuna, A. F., y Casado, R. D. P. (2018). Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española. *Gaceta Sanitaria*.
- Martínez, O. F., Cabrera, C. H., Tapia, S. M., Suárez, S. M., y del Río García, B. G. (2007). Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 19(3), 116-121.
- Martini, S., Arfken, C. L., Churchill, A., y Balon, R. (2004). Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic psychiatry*, 28(3), 240-242.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., y Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Méndez Venegas., J (2004). Estrés laboral o síndrome de "burnout". *Revista Acta Pediátrica de México*, Volumen 25, 25(5):299-302.
- Montero, I., y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508.
- Moreno, B., Alonso, M., y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 115-137.
- Moreno-Jiménez, B., y Herrer, M. G. (2013). El efecto del distanciamiento psicológico del trabajo en el bienestar y la satisfacción con la vida: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 145-151.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. L., y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. *Empleo, estrés y salud*, 20, 59-83.

Moreno-Jiménez, B., Morett, N. I.; Rodríguez, A., y Morante, Á. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.

Niranjan, V., Udey, B., y Razdan, R. G. (2017). Evaluation of burnout in medical interns: an institutional study. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5(5), 2173-2175.

Orgambídez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y., y Gonçalves, G. (2014). Passionate workers: A Spanish adaptation of the Passion Scale. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 30(2), 43-48.

Pando-Moreno, M., Castañeda-Torres, J., Gregoris-Gómez, M., Aguila-Marín, A., Ocampo-de-Aguila, L., y Navarrete, R. M. (2006). Factores psicosociales y síndrome de burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, 12(3), 523-259

Paredes, O. L., y Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1).

Párraga Martínez, I., González Hidalgo, E., Méndez García, T., Villarín Castro, A., y León Martín, A. A. (2018). Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(2), 51-60.

Pierce, J. L., y Gardner, D. G. (2004). Self-esteem within the work and organizational context: A review of the organization-based self-esteem literature. *Journal of management*, 30(5), 591-622.

Portero de la Cruz, S., y Vaquero Abellan, M. (2015). Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 23(3), 543-552.

Prieto-Miranda, S. E., Rodríguez-Gallardo, G. B., Jiménez-Bernardino, C. A., y Guerrero-Quintero, L. G. (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 574-579.

Prins, J. T., Gazendam, Donofrio, S. M., Tubben, B. J., Van Der Heijden, F. M., Van De Wiel, H. B., y Hoekstra-Weebers, J. E. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medical education*, 41(8), 788-800.

Roger, M. C., y Abalo, J. A. G. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y salud*, 14(1), 67-79.

Ripp, J., Babyatsky, M., Fallar, R., Bazari, H., Bellini, L., Kapadia, C., y Korenstein, D. (2011). The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Academic Medicine*, 86(10), 1304-1310.

Rodríguez, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., y Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(11), e0206840.

Rodríguez, M., Couto, M., y Díaz, N. (2015). Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. *Rev acta ontológica Venezolana*, 52(2).

Rodríguez Carvajal, R., y Rivas Herмосilla, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 72-88.

Salmela-Aro, K., y Upadyaya, K. (2018). Role of demands-resources in work engagement and burnout in different career stages. *Journal of Vocational Behavior*, 108, 190-200.

Sanz-Vergel, A. I., Sebastián, J., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa Hernández, E., Moreno-Jiménez, B., y Sonnentag, S. (2010). Adaptación del "Cuestionario de Experiencias de Recuperación" a una muestra española. *Psicothema*, 22 (4),990-996.

Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., y Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology y health*, 16(5), 565-582.

Schaufeli, W., Bakker, A., y Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire. A cross-national study. *Education and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716. doi:10.1177/0013164405282471.

Schaufeli, W., y De Witte, H. (2017). Work engagement: Real or redundant?.

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92.

Scheier, M. F., Carver, C. S., y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

Shankland, R., Kotsou, I., Vallet, F., Bouteyre, E., Dantzer, C., y Leys, C. (2019). Burnout in university students: the mediating role of sense of coherence on the relationship between daily hassles and burnout. *Higher Education*, 1-23.

Sonnentag, S. (2017). A task-level perspective on work engagement: A new approach that helps to differentiate the concepts of engagement and burnout. *Burnout Research*, 5, 12-20.

Sonnentag, S., y Bayer, U. V. (2005). Switching off mentally: predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *Journal of occupational health psychology*, 10(4), 393.

Sonnentag, S., y Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of occupational health psychology*, 12(3), 204.

Sonnentag, S., y Kühnel, J. (2016). Coming back to work in the morning: Psychological detachment and reattachment as predictors of work engagement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(4), 379.

Sos Tena, P., Sobreques Soriano, J., Segura Bernal, J., Manzano Mulet, E., Rodríguez Muñoz, C., García García, M., y Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12(10), 17-25.

Ten Brummelhuis, L. L., y Bakker, A. B. (2012). Staying engaged during the week: The effect of off-job activities on next day work engagement. *Journal of occupational health psychology*, 17(4), 445.

Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *Jama*, 292(23), 2880-2889.

Trépanier, S. G., Fernet, C., Austin, S., Forest, J., y Vallerand, R. J. (2014). Linking job demands and resources to burnout and work engagement: Does passion underlie these differential relationships? *Motivation and Emotion*, 38(3), 353-366.

Vallerand, R. J., y Houliort, N. (2003). Passion at work. *Emerging perspectives on values in organizations*, 175-204.

Van Wingerden, J., Derks, D., y Bakker, A. B. (2017). The impact of personal resources and job crafting interventions on work engagement and performance. *Human Resource Management*, 56(1), 51-67.

Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J. L., y Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina clínica*, 128(13), 486-492.

Vogt, K., Hakanen, J. J., Jenny, G. J., y Bauer, G. F. (2016). Sense of coherence and the motivational process of the job-demands–resources model. *Journal of occupational health psychology*, 21(2), 194.

Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., y Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International journal of stress management*, 14(2), 121.

Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., y Schaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational behavior*, 74(3), 235-244.

Zis, P., Anagnostopoulos, F., y Sykioti, P. (2014). Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *The Scientific World Journal*, 2014.