



Universidad de Oviedo

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**“GRADO DE BURNOUT EN RESIDENTES Y SU  
ASOCIACIÓN CON RESILIENCIA, CALIDAD DE  
CUIDADOS Y FACTORES LABORALES”**

“Degree of Burnout in residents in relation with resilience, quality of care  
and work-related factors”

**Doctoranda:**

Isabel Saavedra Rionda

Oviedo, 2022



Universidad de Oviedo

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**“GRADO DE BURNOUT EN RESIDENTES Y SU  
ASOCIACIÓN CON RESILIENCIA, CALIDAD DE  
CUIDADOS Y FACTORES LABORALES”**

“Degree of Burnout in residents in relation with resilience, quality of care  
and work-related factors”

**Directora:**

María de la Villa Moral Jiménez

Oviedo, 2022



## RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Grado de Burnout en residentes y su asociación con resiliencia, calidad de cuidados y factores laborales.	Inglés: Degree of Burnout in residents in relation with resilience, quality of care and work-related factors.

2.- Autor	
Nombre: <b>Isabel Saavedra Rionda</b>	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: Educación y Psicología	
Órgano responsable: Universidad de Oviedo	

### RESUMEN (en español)

La creciente evidencia sugiere que existe un elevado nivel de burnout entre los residentes. El burnout produce consecuencias entre los sanitarios (sintomatología ansioso-depresivo, problemas de sueño, consumo de sustancias psicoactivas e incluso tasas de suicidio elevadas) y entre los pacientes ya que el burnout de los profesionales podría derivar en una peor calidad asistencial y en un mayor riesgo de cometer errores. Por ello, han proliferado numerosos artículos donde se estudian las variables intervinientes, principalmente a nivel estructural, y donde se proponen diferentes estrategias que ayuden a paliar esta situación. En esta investigación, examinamos esta cuestión en un grupo de residentes de diferentes especialidades de dos hospitales del norte de España. También consideramos la influencia de diferentes factores laborales en el burnout y en el bienestar subjetivo, así como su relación con la resiliencia. Los factores laborales estudiados fueron: calidad de la supervisión, ajuste de responsabilidad a las habilidades adquiridas, apoyo entre residentes, ambiente laboral, satisfacción con las rotaciones, la docencia y la especialidad, posibilidades de investigación y errores y actitudes hacia el trabajo. La presente Tesis Doctoral, por tanto, avanza en este conocimiento mediante la formulación de los siguientes objetivos: (1) analizar las diferencias en las variables de estudio en un grupo de residentes con burnout y sin burnout; (2) comparar el nivel de burnout según especialidad y año de residencia; (3) contribuir al desarrollo de herramientas que examinen los factores laborales que influyen en el desarrollo del burnout aplicando un instrumento novedoso *ad hoc* para la medida de dichos factores en esta población específica; (4) examinar el papel mediador de la resiliencia en la relación entre el burnout y el bienestar subjetivo; (5) determinar el papel mediador del burnout en la relación entre los factores laborales y los errores autopercebidos; y (6) proponer medidas de prevención para el burnout en residentes en formación. Los resultados mostraron que existe un elevado nivel de burnout entre los residentes sobre todo en las especialidades médicas y médico-quirúrgicas y en los primeros años de residencia. Además, se encontraron diferencias en los grupos de burnout y de bienestar subjetivo en función de los diferentes factores laborales estudiados, siendo aquellos cuya puntuación indicaba un mayor bienestar subjetivo los que afirmaban tener una



mejor supervisión, mejor ajuste de responsabilidad, mayor apoyo entre residentes, más posibilidades de investigación, mayor satisfacción con la docencia y las rotaciones y mejor ambiente laboral. Por último, los modelos de mediación proponen, por un lado, a la variable resiliencia como mediadora entre las subescalas del burnout y el bienestar subjetivo y, por otro lado, al burnout como una vía para reducir la capacidad de prevención del ajuste de responsabilidad o del apoyo entre residentes, entre otros, sobre la comisión de errores. En conclusión, los hallazgos de esta Tesis no sólo ponen el acento en el alto nivel de burnout existente entre los residentes y la importancia de su prevención, sino que, además, aporta información sobre la necesidad de poner en marcha medidas que fomenten cambios a nivel estructural del sistema de formación especializada y estrategias de afrontamiento adecuadas, como es el caso de la resiliencia, a las situaciones a las que debe enfrentarse el futuro personal sanitario en su día a día. Esta temática ha cobrado más interés, si cabe, en la situación sanitaria en la que nos encontramos actualmente.

### RESUMEN (en Inglés)

Increasing evidence suggests there is a high burnout level among residents and it is problematic both for the health professionals (who show anxious-depressive symptomatology, sleep problems, use of substances and even high suicide rates) and the patients, as burnout may affect healthcare quality and be translated into an increased risk of making mistakes. For that reason, there is a growing interest in studying the variables that contribute to burnout and how to mitigate their impact. This research studies such variables on residents of various specialties in two hospitals in Northern Spain. The effect of different work-related factors on burnout and the residents' well-being is taken into consideration, as well as the relation to resilience. Those work-related factors were: quality of supervision provided by the supervisor(s), adjustment of responsibility to the skills acquired in each year of residency, support among residents, working atmosphere, information and satisfaction with the rotations, teaching and specialty, opportunities for research and perceived errors and negative attitudes in clinical practice. The present Doctoral Thesis, therefore, advances this knowledge by formulating the following objectives: (1) to analyze the differences in the study variables in a group of residents with and without burnout syndrome; (2) to compare the level of burnout according to specialty and year of residency; (3) to contribute to the generation of tools for analyzing the impact of work-related factors on burnout development. A novel *ad hoc* instrument was designed to measure these factors in this research population; (4) to examine the mediating role of resilience in the relationship between



Universidad de Oviedo

burnout and subjective well-being; (5) to determine the mediating role of burnout in the relationship between work factors and self-perceived errors; and (6) to propose preventive measures for burnout in residents in training. The results showed that there is a high level of burnout among residents, especially in medical and medical-surgical specialties and in the first years of residency. In addition, differences were found in the burnout and subjective well-being groups according to the different work-related factors studied, with those whose scores indicated greater subjective well-being being those who claimed to have better supervision, better responsibility adjustment, greater support among residents, more research possibilities, greater satisfaction with teaching and rotations, and better work environment. Finally, the mediation models suggest, on the one hand, the variable resilience as a mediator between the burnout subscales and subjective well-being and, on the other hand, burnout as a way to reduce the preventive capacity of responsibility adjustment or inter-resident support, among others, on the commission of errors. In conclusion, the findings of this thesis not only emphasize the high level of burnout among residents and the importance of its prevention, but also provide information on the need to implement measures to promote structural changes in the specialized training system and appropriate coping strategies, such as resilience, to the situations that future healthcare personnel must face on a daily basis. This topic has become even more interesting, if possible, in the current healthcare situation of pandemic.

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO  
EN EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

## **Agradecimientos**

Podría decir que la presente Tesis ha supuesto el final de un proceso de reflexión y formación como Psicóloga Clínica. Esta andadura comenzó en 2013, hace casi una década, y finalizó en 2017, año en el que decidí poner en marcha la presente investigación relativa al periodo de aprendizaje anterior. Esta ha sido posible gracias a diferentes personas con las que he tenido la suerte de coincidir a lo largo de mi vida y en los últimos años.

En primer lugar querría agradecer a mi inicialmente profesora en la Facultad de Psicología de Oviedo y posterior directora de Tesis, María de la Villa Moral Jiménez, por su guía y apoyo a pesar de mis circunstancias laborales que me han llevado lejos de Asturias en ciertos momentos y que han dificultado un contacto continuado. Aun así me ha mostrado y ofrecido sus conocimientos, esfuerzo y disposición para poder sacar adelante en tiempo y forma este trabajo.

Gracias a Laura Cortés-García, amiga incondicional y compañera de investigación. Gracias por animarme y mostrarme la luz y el camino a seguir en los momentos más difíciles de la Tesis, gracias por ofrecerme toda tu profesionalidad y tus conocimientos en este ámbito. Gracias por ser y estar siempre.

Querría hacer especial mención a Esther Arbesú y a Jesús Vicente García, del Servicio de Investigación y Gestión del Conocimiento (Consejería de Sanidad Asturias), por alentarme a iniciar la investigación de esta temática, por la colaboración en la misma y por la difusión de la encuesta. Gracias también a Ángel López, por ayudarme y orientarme en el análisis de los datos. Sin vosotros no hubiese sido posible.

Me gustaría agradecerle a mi tutor de residencia Javier Llamazares haberme facilitado el camino hacia la especialidad de Psicología Clínica a través de su apoyo, escucha, humor y honestidad. Gracias también a mis compañeros de residencia, por haber resultado ser el mayor factor protector de burnout en ese periodo y en la actualidad.

Por último, y no por ello menos importante, gracias a mi familia por hacerme llegar hasta aquí ofreciéndome su amor incondicional y todas las oportunidades que estaban en su mano. Gracias por darme alas y por ser mi motor en la vida. Este trabajo está dedicado a vosotros.

# Índice

<b>Introducción</b> .....	2
<b>Marco Teórico y Revisión de la Literatura</b> .....	12
<b>Burnout: Análisis Conceptual, Evaluación y Factores de Riesgo y Protectores</b> .....	12
<b>Resiliencia: Aproximación Conceptual y Factores Determinantes</b> .....	21
<b>Factores Laborales en las Organizaciones Sanitarias Implicados en el Burnout</b> .....	26
<b>Objetivos e Hipótesis</b> .....	34
<b>Objetivo Principal</b> .....	34
<b>Objetivos Específicos</b> .....	34
<b>Hipótesis</b> .....	35
<b>Metodología</b> .....	36
<b>Participantes</b> .....	36
<b>Instrumentos</b> .....	36
<i>Datos Sociodemográficos</i> .....	37
<i>Medición del Burnout</i> .....	37
<i>Medición de la Resiliencia</i> .....	38
<i>Medición del Bienestar Subjetivo</i> .....	38
<i>Medición de los Factores Laborales</i> .....	39
<b>Procedimiento</b> .....	41
<b>Diseño</b> .....	42
<b>Análisis de datos</b> .....	42
<b>Resultados</b> .....	45
<b>Estudio 1</b> .....	45
<b>Estudio 2</b> .....	50
<b>Discusión</b> .....	73
<b>Principales Hallazgos e Interpretación</b> .....	73
<b>Fortalezas y Limitaciones</b> .....	88
<b>Futuras Líneas de Investigación</b> .....	89
<b>Conclusiones</b> .....	92
<b>Referencias</b> .....	95
<b>Anexos</b> .....	115
<b>Anexo 1: Encuesta Enviada a los Residentes (2019)</b> .....	115
<b>Anexo 2: Comité de Ética</b> .....	123

## **Introducción**

El presente trabajo es una investigación sobre el burnout en residentes en formación de especialidades sanitarias. El burnout es un conjunto de respuestas individuales a una serie de estresores interpersonales que se producen de manera continuada en el ámbito laboral (Maslach y Leiter, 2016).

Según las últimas revisiones, el porcentaje de burnout entre los residentes oscila entre un 27 y un 75 % dependiendo de la especialidad (Dahn et al., 2019), implicando un impacto negativo tanto en su vida personal como profesional (Prins et al., 2019). El burnout se desarrolla de manera progresiva en contextos en los que las demandas laborales superan las estrategias de afrontamiento disponibles en cada persona (Montero-Marin et al., 2015).

Más allá de las particularidades concretas de cada especialidad, los residentes tienen en común el hecho de que son un grupo especialmente vulnerable a padecer burnout dado que se desenvuelven en un ámbito con una alta probabilidad de generar estrés. Esto es debido a que, en este contexto, existen numerosas situaciones de sufrimiento, dolor y muerte, donde el contacto continuo con los pacientes exige un cierto nivel de implicación emocional y una gran responsabilidad y, en ocasiones, urgencia en la toma de decisiones. Además, están en un periodo de transición, de cambio de rol (de estudiante a profesional sanitario), de incertidumbre, de afrontamiento de nuevas situaciones en las que la carga asistencial y el nivel de exigencia y de responsabilidad pueden no corresponderse con el año de residencia y por tanto a las competencias adquiridas (Fonseca et al., 2010).

En consecuencia, podemos afirmar que el trabajo sanitario, especialmente al inicio

de la carrera formativa, es un ámbito en el cual es necesario afrontar situaciones complejas, ambiguas y altamente demandantes que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo del residente a desarrollar el síndrome de burnout.

Para llegar a ser residente de cualquier especialidad es necesario superar diferentes etapas, lo que supone recorrer un largo camino que implica un gran esfuerzo y dedicación. En primer lugar, hay que realizar los estudios reglados de Grado correspondientes, estudiar para la convocatoria anual de carácter nacional y, si se supera la prueba, por fin se podrá acceder a la formación especializada que tendrá una duración de dos a cinco años dependiendo de la especialidad. Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003, la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud implicará tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades propias de la especialidad de que se trate (*BOE.es - BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, s. f.*). De esta manera, quedan recogidos en la Ley y en el programa de la especialidad los objetivos cualitativos y cuantitativos, así como las competencias profesionales que debe cumplir el residente, el carácter progresivo de esta adquisición y la necesidad de supervisión.

Es importante considerar que está ampliamente demostrada la influencia negativa del síndrome de burnout tanto en la salud física como mental de los profesionales. Este síndrome está formado por tres dimensiones, a saber: *agotamiento emocional* (sensación de sobrecarga y de falta de recursos emocionales), *despersonalización* (respuesta negativa y distante hacia otras personas) y *baja realización personal* (baja satisfacción y sensación de competencia en el trabajo) (Maslach y Jackson, 1981; Maslach y Leiter, 2016), que dan cuenta de la complejidad y variedad de síntomas que se pueden derivar del mismo.

Se han descrito niveles de ansiedad, depresión e ideación suicida mayores que en población general en aquellos residentes con altos niveles de burnout (Zhang et al., 2019), al igual que mayor tasa de abandono de la especialidad (Galaiya et al., 2020), irritabilidad e insomnio (Spiotta et al., 2019). En esta línea, en la literatura se ha mostrado que hay una amplia tendencia entre los residentes que padecen burnout a recurrir al consumo de alcohol y otras sustancias, así como a la automedicación, como método de afrontamiento del malestar (Ferrari et al., 2015; Galaiya et al., 2020). Esto afectaría de manera directa e indirecta a la atención y actitud hacia los pacientes al producirse una actividad asistencial de peor calidad (Baer et al., 2017).

Según Sutherland et al. (2021) tanto esta actitud negativa como la menor empatía implicarían para los pacientes una menor satisfacción, menos acceso a información relevante para su proceso de enfermedad, peor adherencia a los tratamientos, deficientes resultados clínicos de las intervenciones y aumento de mala *praxis*. En sintonía con esta afirmación, en las investigaciones se muestra que los residentes con niveles altos de burnout informan de cometer un número de errores mayor de lo que suele ser habitual en un contexto de constante incertidumbre (Bochatay y Bajwa, 2020; Shanafelt et al., 2002; West et al., 2018).

En la propia definición de burnout se sitúa la experiencia individual de estrés en un contexto social (Maslach y Leiter, 2016) y, en este sentido, en la literatura especializada cada vez son más numerosos los estudios realizados sobre el ambiente de aprendizaje de los residentes, y los factores a tener en cuenta para asegurar su bienestar y prevenir el burnout, centrándose así en elementos formativos más que en los individuales (Dyrbye et al., 2018; van Vendeloo et al., 2014).

En el estudio piloto realizado por Luthy et al. (2004), a través de preguntas abiertas, se trató de determinar las dificultades por las que transitan los residentes a lo largo de su periodo de formación. Las respuestas reportadas conformaron nueve categorías de dificultades entre las que se encontraban la poca comunicación en el trabajo, no sentirse respetado, poca colaboración entre compañeros o la sobrecarga laboral (Luthy et al., 2004). Otros trabajos coinciden o añaden otros factores como la falta de hora de sueño, la no libranza de guardias, el descuido de la vida personal, escaso reconocimiento de la labor llevada a cabo o la falta de apoyo por parte de compañeros y tutores (Maslach y Leiter, 2016; Zis et al., 2014).

En la reciente investigación de Matsuo et al. (2021) se utilizó un cuestionario basado en la literatura que recogía las posibles causas de estrés en los residentes. Estas estaban divididas en doce categorías entre las que estaban: excesivo papeleo, baja autonomía, problemas de comunicación en el trabajo, quejas de los pacientes o competencia entre pares. Por su parte, Monteiro et al. (2020) también trabajaron en esta línea proponiendo un cuestionario de once ítems referidos al ambiente laboral divididos en tres dimensiones, a saber: relación con la institución, relación con los pares/compañeros y relación con los tutores/superiores. Estos trabajos son un ejemplo de la necesidad creciente de evaluar la influencia de las condiciones laborales.

De este modo, en los estudios se trata de conocer y profundizar en estos factores laborales y en las posibilidades de prevención de este síndrome, de igual manera, a nivel organizacional a través de diferentes medidas concretas y programas que modifiquen los factores de riesgo y los utilicen de manera protectora fomentando la resiliencia en los residentes (Chong et al., 2022; Sampson et al., 2020; Winkel et al., 2018).

En este sentido, Skovholt y Trotter-Mathison (2016) se han centrado en el estudio del adecuado desarrollo de los nuevos profesionales de la ayuda teniendo en cuenta aspectos como la adquisición de habilidades y el autocuidado. En su libro recogen los temas más importantes a tener en cuenta durante el desarrollo profesional, a saber: dicho desarrollo implica un proceso de integración del “yo profesional” y del “yo personal”, la reflexión continua es un requisito previo para un aprendizaje óptimo en todos los niveles de experiencia, es importante que exista un compromiso de aprender ya que el proceso de aprendizaje y de desarrollo profesional es un proceso largo, lento, errático y que dura toda la vida; el cuidado de la vida personal es un componente fundamental en el funcionamiento profesional y, asimismo, los compañeros más veteranos o los tutores suponen una fuente de apoyo para los nuevos profesionales y la experiencia con el sufrimiento favorece el reconocimiento y la aceptación de la variabilidad humana (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016).

En primer lugar, a partir de la reflexión sobre las experiencias laborales nuevas y desconocidas que suponen un desafío para el residente se pueden mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes que guiarán el comportamiento futuro. Estos momentos son cruciales para que se tome conciencia, por ejemplo, de los errores cometidos, de las herramientas teóricas obtenidas y de cómo aplicarlas de manera óptima, de las actitudes y creencias que guiarán las acciones, etc. (Mordang et al., 2020).

Por otro lado, también se ha investigado ampliamente sobre la importancia del autocuidado y del cuidado de la vida personal para un adecuado desarrollo y prevención del burnout (Saint Martin et al., 2019). El apoyo familiar y social, así como el deporte, respetar las horas de descanso y dedicar tiempo al ocio y a actividades gratificantes, supone un mayor bienestar y desarrollo de resiliencia ante las situaciones a las que se

tienen que enfrentar los residentes del ámbito sanitario durante su periodo de formación (Lebensohn et al., 2013.; Nituica et al., 2021; Spiotta et al., 2019).

Por último, el tercer aspecto señalado por Skovholt y Trotter-Mathinson (2016) ha sido objeto de estudio en las investigaciones más actuales al informar de la relevancia y de la influencia de las relaciones positivas a la hora de fomentar el bienestar y reducir el burnout y la angustia durante el periodo de residencia (Heinonen y Nissen-Lie, 2020; Lases et al., 2019; Monteiro et al., 2021; Willems et al., 2018). Según Mordang et al. (2020), recibir apoyo de compañeros residentes y de supervisores durante el proceso reflexivo facilitó la integración y elaboración de las experiencias adversas y reforzó el bienestar de los residentes a través de la sensación de reconocimiento y de confianza. Además, sentirse apoyado se ha correlacionado con un mejor desempeño y satisfacción laboral, mayor rendimiento y menos nivel de burnout (Webber et al., 2021). De esta forma, tal y como viene recogido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003, durante el proceso formativo de los futuros especialistas, no se puede separar el aprendizaje teórico y de procedimientos técnicos de las habilidades de afrontamiento y gestión emocional, entre las que destacan el apoyo entre compañeros, del entorno y del supervisor (Shea et al., 2022).

Por tanto, la evidencia apunta a que son aquellos factores organizacionales los que más influyen en la posibilidad de desarrollar burnout (Berger y Waidyaratne-Wijeratne, 2019).

La reflexión y el compromiso, así como el autocuidado y el apoyo por parte de compañeros y supervisores o tutores son aspectos potencialmente modificables, por lo que los estudios abogan por la aplicación de programas o de una actuación más activa por parte de las instituciones a la hora de fomentar disponibilidad, calidad y calidez en la

supervisión y apoyo entre residentes para favorecer una adecuada evolución y desarrollo del profesional sanitario y para, precisamente, prevenir la aparición de burnout en los futuros especialistas (Chew et al., 2019; Monteiro et al., 2021).

Asimismo, las investigaciones se han centrado en estudiar el modo de aumentar el grado de resiliencia en los residentes en formación. Esta se toma como un indicador de la capacidad de la persona de poner en marcha estrategias de afrontamiento y de crecimiento ante situaciones adversas, en este caso, algunas inherentes a las profesiones sanitarias (como la muerte, la enfermedad, la incertidumbre, etc.) y otras, producto de la estructura institucional (sobrecarga laboral, falta de espacios de apoyo, falta de recursos humanos, etc.) (Arendt y Boyle, 2021; Nituica et al., 2021). En definitiva, en los estudios se pone de manifiesto la necesidad de generar o potenciar la resiliencia en los residentes en formación, a través de acciones concretas o programas más amplios, sobre la base de que esta puede ser aprendida (Dahn et al., 2019; Goodwin et al., 2021; Ríos et al., 2010; Soria et al., 2016).

A objeto de nuestro interés investigador, se ha constatado que una mayor resiliencia se asocia con menores tasas de burnout en médicos y residentes (Dahn et al., 2019; Galaiya et al., 2020) suponiendo así, un factor de protección contra el burnout. De la misma manera, la resiliencia se ha relacionado con un mayor nivel de bienestar subjetivo, entendiendo que la salud mental o el bienestar subjetivo no consiste sólo en la ausencia de eventos negativos, sino en la presencia de experiencias, expectativas y satisfacción positivas acordes con los valores propios de cada persona (Arnold et al., 2018; Maroto, 2014).

Dado que aproximadamente un tercio de nuestro día se dedica a la actividad laboral, la sensación de bienestar es muy importante para una percepción general de salud

e irremediablemente esto influye en la implicación, motivación y calidad de la asistencia (Bodenheimer y Sinsky, 2014). En este sentido, se ha demostrado en estudios realizados con personal de enfermería, que la resiliencia media entre el burnout y la salud mental (Arrogante, 2014a; Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2017), reduciendo así las consecuencias del burnout sobre la salud mental de los trabajadores.

Esta cultura de cuidado, a su vez, favorecería la eliminación de las barreras, la reducción de la discordancia entre los residentes con algún síntoma indicativo de malestar y la búsqueda de algún tipo de tratamiento de salud mental y la superación del estigma de los profesionales sanitarios a la hora de pedir ayudar cuando se desarrolla burnout u otros problemas de salud mental (Dyrbye et al., 2021; Kolarik et al., 2018; Stergiopoulos et al., 2021). Como señalan Wu et al. (2021), otro de los motivos por el que los residentes prefieren recurrir a vías informales de ayuda más que a las formales es la de la limitación de tiempo y de dinero del que se dispone durante el periodo formativo.

A partir de los resultados mostrados en la literatura especializada se indica que las mejoras en el entorno de aprendizaje, esto es, en un buen clima de aprendizaje, en la colaboración y apoyo entre residentes, en el trabajo adaptado a la competencia o en el papel de una supervisión accesible a la cual recurrir en situaciones complicadas, dudas, malestar, etc. durante los años de especialización, se asociaron con mejoras en la calidad de vida, mayor satisfacción laboral y menor burnout (Lases et al., 2019; van Vendeloo et al., 2014; Willems et al., 2018). Así, entre los indicadores más relevantes que determinan el bienestar en el trabajo según la percepción de los profesionales, destacan las buenas relaciones de apoyo y respeto, el ser escuchado y conseguir una buena comunicación con los compañeros y otros profesionales sanitarios (Roland-Lévy et al., 2014).

A pesar de las amplias referencias actuales existentes sobre el estado de los residentes de diferentes especialidades y sus consecuencias a nivel personal y asistencial, en muy pocos estudios se han explorado estas variables en especialistas en formación de España, y ninguno ha examinado el papel mediador de la resiliencia en este grupo. Tampoco se han encontrado cuestionarios validados ni estudios en los que se examinen de manera sistemática los factores laborales que pueden desencadenar el malestar derivado del síndrome de burnout ni el papel mediador del burnout en la relación entre los factores laborales y los errores autopercebidos.

Dada la importancia y la actualidad de esta temática, se decidió realizar una investigación sobre el grado de burnout en los residentes de medicina y psicología clínica, ampliándose, posteriormente, a la totalidad de especialidades de los especialistas en formación de dos hospitales del noroeste de España. También se elaboró un cuestionario *ad hoc* que recogió los factores laborales más importantes en este periodo y se estudió la relación del grado de burnout con la resiliencia, los factores laborales y los errores autopercebidos. De los resultados derivados de estos dos estudios se elabora esta Tesis Doctoral.

En los siguientes apartados se describirán los aspectos teóricos más relevantes para una mejor comprensión de la temática de la Tesis y los resultados de la misma. En primer lugar, se expone el marco teórico y la revisión de la literatura actualizada para profundizar en el análisis conceptual del burnout y la resiliencia, explicando los factores asociados y presentando las líneas de investigación más actuales en el ámbito de los residentes.

Posteriormente se concretan los objetivos de la Tesis y las hipótesis de investigación, así como el método utilizado. Se explica la operativización de las variables

de estudio (burnout, resiliencia, bienestar subjetivo y factores laborales) y se describen los instrumentos psicométricos con los que se miden.

Por último, se procede a la exposición de los resultados que dan lugar a la discusión donde se incluyen los principales hallazgos e interpretación, las fortalezas y limitaciones, y a las conclusiones.

## **Marco Teórico y Revisión de la Literatura**

A continuación se expone el marco teórico de la Tesis a través de la definición y evolución de los términos considerados como las variables de interés: burnout, resiliencia y factores laborales. A su vez se realiza una revisión pormenorizada de la literatura especializada para reflejar el estado actual de la temática de la Tesis en relación con estas variables.

### **Burnout: Análisis Conceptual, Evaluación y Factores de Riesgo y Protectores**

La primera definición de burnout que aparece en una publicación de carácter científico la realizó Freudenberger en los años 70 del pasado siglo: “fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos” (Freudenberger, 1974, p. 159). En su primer artículo, Freudenberger describía la falta de motivación de los trabajadores de una comunidad terapéutica de personas con adicción a las drogas, como recogen Skovholt y Trotter-Mathison (2016). El burnout surge como respuesta a un estrés laboral crónico y puede generar la aparición de riesgos psicosociales (Gil-Monte, 2005). Síntomas como cansancio, fatiga, problemas gastrointestinales, irritabilidad, labilidad emocional, consumo de tranquilizantes, etc. se describieron en los primeros artículos sobre este concepto (Freudenberger, 1974).

Existen varias teorías sobre el desarrollo del burnout (Ruíz y Ríos, 2004), estas se dividen en las que se centran en aspectos individuales, en los interpersonales y los organizacionales.

En primer lugar, encontramos aquellas que se centran en procesos intrapsíquicos como la autoeficacia, la autoconfianza y el autoconcepto. Estas, a nivel general, explican el burnout como producto de un desajuste de las expectativas, necesidades y creencias de

la persona con la realidad del contexto laboral. Esto produciría la adopción de estrategias de afrontamiento inadecuadas y un posterior desgaste en el profesional. Estas teorías tienen escaso respaldo (Schaufeli y Buunk, 2003).

En segundo lugar, las teorías interpersonales ponen el foco en las dinámicas relacionales que se generan con los pacientes y con los compañeros de trabajo, las cuales suelen ser emocionalmente exigentes (Schaufeli y Buunk, 2003). Explican el desgaste o el burnout como el producto de esta elevada carga emocional y de la falta de reciprocidad hacia su implicación personal y esfuerzo tanto con los pacientes como con la organización.

Por último, las teorías organizacionales consideran que los factores laborales son la fuente de estrés y desgaste. Existiría, según estos enfoques, un desequilibrio entre lo que el trabajo exige (independientemente del contenido de la tarea) y lo que el profesional puede dar o la baja calidad laboral (Schaufeli y Buunk, 2003).

Es en grupo donde se encuadra la teoría de Maslach, la autora más relevante en esta temática hasta la actualidad. A finales de los años 70 comenzó a investigar este síndrome de manera sistemática y lo definió como “un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto, y pérdida del interés por los clientes que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio” (Pines y Maslach, 1978, p. 233). En esta definición se considera la influencia que tiene el trato con el paciente y el desgaste que puede producir el trabajo por el otro.

Maslach y Jackson, en 1981, idearon un cuestionario compuesto por tres dimensiones que sirve para medir el burnout, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

(Maslach y Jackson, 1981). Este ha sido, y es, el más utilizado en las investigaciones relativas al burnout. Este cuestionario ha supuesto un hito fundamental en la investigación del burnout ya que ha permitido medir de manera sistemática este síndrome en diferentes poblaciones (Neckel et al., 2017). Las dimensiones que incluye son la de *agotamiento emocional*, *despersonalización* y *realización personal*, las cuales se definen de la siguiente manera:

- *Agotamiento emocional*: pérdida progresiva de energía y recursos personales de adaptación, desgaste y agotamiento. Los profesionales perciben que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. El cansancio emocional está relacionado con pesimismo con respecto al futuro, así el trabajo va perdiendo el atractivo y la satisfacción que en algún momento pudo tener.
- *Despersonalización*: desarrollo de actitudes y sentimientos que lleva a adoptar un distanciamiento frente a los problemas y a las personas a las que se atiende (falta de interés, culpabilización del paciente de lo que le ocurre, deshumanización del paciente, endurecimiento afectivo, etc.). Así, en la investigación de Paredes y Sanabria-Ferrand (2018) sobre comportamientos saludables se asoció una alta puntuación en *despersonalización* con mayor consumo de medicamentos para dormir y para la depresión y la ansiedad.
- *Falta de realización personal*: creencia de que el trabajo no vale la pena, de la imposibilidad para cambiar las cosas, tendencia a evaluarse negativamente a uno mismo y a la capacidad para realizar el trabajo.

Como decíamos, este inventario es el de referencia en las investigaciones sobre el burnout (Low et al., 2019) y se creó para evaluar el grado de burnout en profesionales

que trabajan en el área de servicios humanos. Se basa en el modelo tridimensional de burnout y en sus ítems se trata de recoger la experiencia personal y las atribuciones sobre el trabajo (Maslach y Leiter, 1997). Posteriormente, surgieron otras versiones similares aplicables a otros ámbitos laborales como el educativo *Maslach Burnout Inventory-Educators Survey* (MBI-ES), o para otros contextos no relacionados con el sanitario: *Maslach Burnout Inventory- General Survey* (MBI-GS) (Maslach y Leiter, 1997).

Siguiendo el modelo original de Maslach y Jackson (1981), en el proceso de desarrollo de burnout se suceden tres fases. Lo primero que aparece es el *agotamiento emocional* debido a las altas demandas del entorno laboral y a las situaciones adversas algunas propias de las profesiones de ayuda (trabajo cercano con la muerte, malas noticias, conflictos con los iguales o los supervisores, etc.). Comienzan a aparecer dificultades de concentración, lapsus de memoria, irritabilidad y ansiedad (Staten, 2019). Como manera de protegerse, de conservar la energía frente al estrés, los trabajadores comienzan a manifestar un distanciamiento emocional de los pacientes a los cuales atienden, implicándose menos y tratando de ser más objetivos. Esto constituiría la segunda fase, en la que el foco, más que en atender a personas que sufren, se sitúa en tratar síntomas y enfermedades, por lo que se produciría un trato menos humano. También surgirían dificultades en la toma de decisiones, evitación y retraso en el contacto, procrastinación, etc. En definitiva, se produce un deterioro de la calidad asistencial. Por tanto, el *agotamiento emocional* sería un predictor de la *despersonalización* (Leiter y Maslach, 1988). A la larga, esto supone una estrategia de afrontamiento poco adaptativa, porque dicho distanciamiento produciría una baja *realización personal* (tercera fase del proceso). Habría un deterioro del autoconcepto y una sensación de inadecuación, así como desconfianza en las propias habilidades. Para considerar que existe burnout, y a través de las puntuaciones obtenidas en el MBI, tendría que haber un alto *agotamiento*

*emocional*, una alta *depersonalización* y una baja *realización personal* (Leiter y Maslach, 1988).

Este modelo fue confirmado posteriormente por Maslach y Leiter (1988), que consideraron que habrá una reducción en la capacidad de energía, en la implicación y sensación de eficacia si se produce un desajuste entre las personas y su entorno de trabajo. Describieron la relación de las tres fases con diferentes factores laborales. En consonancia con el modelo descrito del desarrollo del burnout, en su libro “*The truth about burnout. How organization cause personal stress and what to do about it*”, Maslach y Leiter se centran en una explicación contextual, referida al entorno en el que se desarrolla la actividad laboral como causa de este síndrome. No es un problema de la persona, de su carácter o comportamiento, sino de las condiciones del entorno laboral (Leiter y Maslach, 1988; Maslach y Leiter, 1997).

Así, en contraste con los escasos hallazgos en la literatura de variables individuales que expliquen el burnout, se identifican seis posibles fuentes del burnout o factores de riesgo relacionados con el entorno laboral: sobrecarga de trabajo, falta de control, insuficiente recompensa, injusticia por parte de la institución, ruptura con la comunidad y conflicto de valores, de acuerdo con Maslach y Leiter (2008). Las intervenciones, por tanto, irían dirigidas a cambiar las organizaciones. Se debe considerar el entorno psicosocial en el trabajo e intentar modificarlo para prevenir la aparición y desarrollo del burnout.

A continuación mostramos, en la tabla 1, estos factores de riesgo y cómo convertirlos en factores de protección (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016).

**Tabla 1.** Factores de riesgo y factores preventivos del burnout.

<b>Riesgo Burnout</b>	<b>Prevención Burnout</b>
Sobrecarga de trabajo	Carga de trabajo sostenible
Falta de control	Sentimientos de elección y control
Recompensa insuficiente	Reconocimiento y recompensa
Ruptura con la comunidad	Sentido de comunidad y pertenencia
Injusticia	Equidad, respeto y justicia
Conflicto de valores y falta de adecuación entre la persona y el trabajo	Trabajo valioso y significativo y adecuación trabajo-persona.

Como consecuencia del burnout aparecen disfunciones conductuales, fisiológicas y psicológicas que repercuten negativamente tanto en el trabajador como en los pacientes y en la institución. Algunas de las manifestaciones señaladas del burnout que se pueden observar en la práctica son: la evitación del compromiso emocional que implica un trato distante con el paciente, conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias. También se ha observado una falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación, carencia de autocrítica, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal no clínico. Por último, se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, así como a una sensación de pérdida capacidad de control de las situaciones (Neckel et al., 2017).

Paine (1982) divide los síntomas en cinco categorías que afectan a nivel individual

(Gil-Monte, 2005): *a) síntomas físicos*: aumento de fatiga, dolores musculares; *b) desarrollo de conductas en exceso*: aumento de consumo de psicofármacos y de sustancias psicoactivas, conductas de riesgo y agresivas; *c) problemas de ajuste emocional*: agotamiento emocional, ansiedad, depresión y suspicacia; *d) alteración de las relaciones interpersonales*: aislamiento, conflictos interpersonales, indiferencia y frialdad; y *e) síntomas actitudinales y cambio en los valores*: cinismo, ironía, impotencia y frustración.

Hasta este momento se han ido exponiendo diferentes respuestas al estrés mantenido o al burnout. Cabe distinguirlas de las consecuencias individuales y organizacionales derivadas de dichos síntomas cuya aparición e intensificación pueden generar importantes dificultades. Entre estas consecuencias encontramos el suicidio, separación o divorcio, absentismo laboral, rotación no deseada, accidentes laborales, errores, deterioro de la calidad en el trabajo, etc. (Galaiya et al., 2020; Gil-Monte, 2005).

En lo relativo a cómo afecta a los sanitarios y, en concreto, a los residentes en formación, existe consenso en considerar que el burnout tiene una alta incidencia en profesionales de ayuda (Green et al., 2020; Yates, 2020). El malestar es atribuible a numerosas circunstancias inherentes a la práctica sanitaria que influyen en esta situación, tales como el sufrimiento emocional que supone enfrentarse diariamente a la experiencia de enfermedad y muerte, la gran implicación emocional o la toma de decisiones complicadas, entre otras (Pastores et al., 2019). En este sentido, los residentes son un grupo especialmente afectado por el síndrome de burnout (Berger y Waidyaratne-Wijeratne, 2019), donde, como ya expusimos, el porcentaje de burnout, según las últimas revisiones, oscila entre un 27 y un 75 % dependiendo de la especialidad (Dahn et al., 2019). Algunos de los factores explicativos podrían ser: el cambio de rol de estudiante a

proveedor de atención médica al iniciar el periodo de formación y que, en ocasiones, no se da de manera gradual, la falta de control sobre la situación y sus decisiones, el trabajo bajo presión y/o una esperada responsabilidad hacia el cuidado del paciente, junto con una percepción limitada sobre la capacidad para influir en las decisiones asistenciales (Berger y Waidyaratne-Wijeratne, 2019).

Las consecuencias del burnout han sido ampliamente estudiadas en el ámbito sanitario: depresión, ansiedad, irritabilidad, inseguridad, cansancio, trastornos del sueño, abuso de sustancias, abandono de la profesión, peor calidad de cuidados, etc. (Fox et al., 2018). Además, existe evidencia de que, a medida que se va avanzando la residencia, se va produciendo un deterioro del bienestar, lo que conlleva que los residentes acaben desarrollando mayores niveles de burnout y depresión, iniciándose en el papel de especialista con toda la responsabilidad legal y moral que eso supone, con un nivel de malestar elevado (Delgado et al., 2020; Eckleberry-Hunt et al., 2009). De hecho, se sabe que el burnout influye de manera negativa en la salud física y mental de la persona, en la calidad de los cuidados, en la comisión de una mayor cantidad errores médicos, así como en una mayor insatisfacción de los pacientes y en el sistema general de salud (ej., aumento de listas de espera, bajas, etc.) (West et al., 2018). De este modo, según Dyrbye et al. (2018), los pacientes a cargo de residentes que experimentan burnout tienen más riesgo de tener una peor calidad en su asistencia y sufrir errores en la práctica clínica.

En este sentido, uno de los focos principales de atención de diferentes estudios ha sido dilucidar la asociación que existe entre los errores médicos y el burnout (Parks-Savage et al., 2018; Stangierski et al., 2012). En estudios como el de West (2009) se ha encontrado una relación positiva entre el burnout y los errores médicos en residentes, sin embargo se plantea el debate sobre si lo que es mayor en residentes con alto burnout es

la percepción de cometer más errores o que realmente los cometen (Fahrenkopf et al., 2008), ya que se ha comprobado que el grupo de residentes con mayor nivel de estrés laboral tienden a ser más autocríticos y más propensos a notificar la comisión de errores (Dewa et al., 2017; Firth-Cozens, 2001).

De acuerdo con Firth-Cozens (2001), es importante destacar que incluso los profesionales con una buena salud mental y física, comenten errores en su práctica diaria y no están exentos de sentir angustia o preocupación, constatándose que cuando los profesionales sufren de ansiedad o depresión existe un mayor riesgo de comisión de potenciales errores médicos. De esta manera, en los últimos años, el foco principal de los estudios sobre burnout en residentes se ha centrado en determinar aquellos factores protectores y posibles indicadores a nivel institucional que contribuyan a mejorar el entorno laboral de los residentes, lo cual supondría una reducción importante de los niveles de burnout y una mejora en la calidad asistencial (Zubairi y Noordin, 2016; Žutautienė et al., 2020).

En algunos estudios se aconseja la implementación de medidas para prevenir y atajar todos estos problemas: realización de grupos Balint (espacios de expresión emocional ante situaciones difíciles en el trabajo) muy común en algunos países (Pérez et al., 2013), limitación de horas de trabajo semanal, mayor supervisión y consideración del estado del residente. Se incide en la importancia de ofrecer la oportunidad de desarrollar estrategias de autocuidado que ayudan a afrontar el estrés laboral, disminuirían las consecuencias emocionales y el burnout. También se trata de favorecer la búsqueda de calidad de vida laboral, es decir, humanizar el lugar de trabajo y responder a las necesidades de los trabajadores teniendo en cuenta las características de los puestos de trabajo, de los factores de riesgo, etc. (Gil-Monte, 2005).

En su estudio pionero, Freudenberguer (1974) ya mencionaba la necesidad de una preparación previa al inicio de la actividad laboral, una especie de entorno de autoayuda, así como limitación de horas de trabajo, control del propio nivel de energía y motivaciones personales para ayudar, trabajo en grupo, asegurar descansos, etc. Otros autores además añadieron la posibilidad de fomentar programas de tutoría, flexibilización de horarios y formación de equipos para mejorar el apoyo social (Chew et al., 2019; Gifford et al., 2022; Staten, 2019).

Dada la evidencia de la asociación positiva entre una mejor salud mental y programas de tutoría y apoyo entre pares, podemos considerar que algunas de las intervenciones señaladas son de gran complejidad, por lo que no estaría sólo dentro de la responsabilidad individual el facilitar un entorno laboral seguro, sino que es necesaria una reorganización institucional y políticas de intervención mediante las que se favorezcan una adecuada adaptación al entorno laboral y un desempeño óptimo de la actividad asistencial (Lourel et al., 2011; Staten, 2019). Mediante estas medidas, por tanto, se favorecería y ampliaría la capacidad de afrontamiento de los nuevos profesionales, es decir, se potenciaría la resiliencia, término que expondremos en el siguiente apartado.

### **Resiliencia: Aproximación Conceptual y Factores Determinantes**

Según la RAE, la resiliencia es la “capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos”. Para la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) la resiliencia supone un proceso de adecuada adaptación a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como sería el caso de problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras. Defiende que la resiliencia no es

algo extraordinario, sino que es algo común entre las personas.

El término de resiliencia surge en el ámbito de la física de materiales haciendo referencia a la capacidad de un cuerpo para recuperar su estado o posición original una vez dejen de actuar aquellas fuerzas que tienden a deformarlo (Oriol-Bosch, 2012). Este concepto cobra interés por parte de la Psicología tras años de estudio de diversas situaciones como la Segunda Guerra Mundial, campos de concentración, situaciones de pobreza, trauma, etc. en la que se ha comprobado que las personas se sobreponen a ello (Deshields et al., 2016). Por lo tanto, de acuerdo con Cabanyes (2010), es un concepto con gran implicación en salud mental.

En el estudio de la resiliencia y la Psicología destaca, en los años 60, el profesor de Trabajo Social, Henry Maas, el cual utilizó este término en investigaciones de adultos que fueron separados de sus padres durante la Segunda Guerra Mundial. Maas llegó a la conclusión de que la personalidad humana es plástica y resiliente, de manera que las personas pueden superar los efectos a largo plazo de la separación en la infancia (Maas, 1963). Como pioneros en la investigación, le siguen Emmy Werner y Norman Garmezy, como recogen Skovholt y Trotter-Mathison (2016). Ambos, en un inicio, focalizaban sus esfuerzos en el estudio de aquellos factores que causaban problemas psicológicos en la infancia como la pobreza, el racismo o la inestabilidad familiar. Los dos autores percibieron que muchos niños prosperaban a pesar de estas circunstancias y utilizaron el término de resiliencia para describirlo. Werner (1992), por un lado, realizó un estudio con una muestra de 500 niños a principios de los años 90, en el que obtuvo como resultado que un tercio de ellos, a pesar de estar sometidos a situaciones de estrés y de convivir con familias con problemas de consumo de alcohol, prosperaban y tenían la capacidad de construir un futuro con significado (García-Vesga, 2013). Por otro lado, Garmezy (1991),

en su trabajo con niños de padres con trastornos emocionales, llegó a la misma conclusión y comenzó a centrarse en aquellos aspectos referidos a la invulnerabilidad, es decir, en las características de la persona que se ven implicadas en la capacidad de recuperarse y en la prevención de trastornos psicológicos (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016).

En este momento de la investigación y con los resultados de estos autores, la resiliencia se asocia con factores protectores, es decir, con recursos, capacidades o características psicológicas que tienen los niños, para amortiguar las adversidades derivadas de problemas físicos y emocionales (Garmezy, 1991; Rutter, 2012). Como recogen Block et al. (2013), algunos de estos factores protectores serían: tendencia al acercamiento social, humor positivo y ritmo biológico estable, un mayor C.I. verbal y matemático, empatía, mayor autoestima y motivación de logro, sentimiento de autosuficiencia, baja desesperanza, autonomía en las acciones emprendidas y orientación a la resolución de problemas (Block et al., 2013).

Posteriormente se comenzó a entender la resiliencia como un concepto dinámico, esto es, producto de la interacción entre factores de riesgo y de protección, y se inició la búsqueda de modelos para promover la resiliencia a nivel de programas sociales. De esta forma, el foco de interés se traslada a los factores externos y no tanto a los internos (García-Vesga, 2013). En este sentido, destaca Rutter, que la define como “fenómeno por el que los individuos alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas” (Rutter, 2007, p. 205). Esto no significa inmunidad sino capacidad, variabilidad de respuestas. Así, afirmaba que no se trataba de una mera resistencia a la adversidad, sino de una interacción con las situaciones y un posible desarrollo de la resiliencia a lo largo del ciclo vital (Rutter, 1993).

La resiliencia se ve influida por múltiples factores individuales y ambientales

entre los que se encuentran: mayor capacidad cognitiva, resistencia psicológica, autoestima y habilidades sociales, sentido de la esperanza, respeto y estima por los demás, sentido de control sobre la vida, interpretación de su experiencia traumática como no su culpa, capacidad para aceptar apoyo y asistencia, apoyar a la gente, buenas relaciones con los compañeros y pasatiempos y actividades creativas (Rutter, 2012). De esta manera, podemos considerar que la resiliencia no es algo estático sino un proceso dinámico que puede variar en función de las experiencias vitales y que, de igual forma, puede ser entrenada o fomentada (Zautra et al., 2010).

Han sido numerosos los autores que han continuado la investigación sobre la resiliencia, tantos como definiciones nos podemos encontrar en la literatura. Fletcher y Sarkar (2013), en su amplia revisión, llegan a la conclusión de que la mayoría de las definiciones tienen dos componentes: adversidad y adaptación positiva. De igual manera defienden que la resiliencia no es una característica estática sino que es una capacidad que se va desarrollando con el tiempo a través de las interacciones de la persona con el entorno. Algunas de las principales estrategias para potenciar la resiliencia son: reducir el pensamiento y las creencias negativas, gestionar la energía, aprender habilidades de resolución de problemas, cultivar la gratitud y tener relaciones sólidas, estables y de confianza (Fletcher y Sarkar, 2013).

Promover la resiliencia implica implementar cambios a nivel macro y micro. A nivel macro se proporciona el marco de actuación para las actividades micro, más concretas. Es decir, el nivel macro se centra en generar políticas, entornos y comunidades seguras, de apoyo y saludables con, por ejemplo, educación pública, campañas de formación, programas de mentores para jóvenes y grupos para personas mayores, etc. Por otro lado las intervenciones a nivel micro son aquellas que se llevan a cabo en las escuelas,

en el ámbito laboral, etc., y en la que se focalizan en generar habilidades de comunicación, promoción de valores positivos y relaciones sociales positivas (Hornor, 2017). En nuestro ámbito, la APA ha llevado a cabo la iniciativa de educación sobre resiliencia encabezada por psicólogos (Fletcher y Sarkar, 2013).

En el ámbito sanitario se ha comenzado a considerar la resiliencia como un elemento imprescindible para afrontar las situaciones adversas del día a día. Esta es entendida como una característica que se puede desarrollar y que puede suponer una mayor sensación de control (Winkel et al., 2018). En las investigaciones se ha señalado la necesidad de incluir estrategias educativas que promuevan la resiliencia en el sistema de formación de especialistas de manera que se generen mecanismos para enfrentarse a la adversidad. Esto reforzaría la capacidad de coordinación y planificación y aumentaría la percepción de control (Oriol-Bosch, 2012). Según Dunn et al. (2008), los supervisores o tutores adecuados supondrían un factor clave para el desarrollo de la resiliencia, evitando abandono de la especialidad y disminuyendo el grado de burnout. En algunos países como Canadá y Estados Unidos, se han llevado a cabo programas que generen habilidades y características resilientes en los especialistas sanitarios en formación. En el marco de competencias de los profesionales de Canadá de 2015, se describe a los profesionales como aquellos que:

“están comprometidos con la salud y el bienestar de los pacientes y la sociedad, lo que se observa a través de una práctica ética, con altos estándares de conducta individual, responsabilidad con la profesión y la sociedad, autorregulación profesional y preocupación por la propia salud” (Frank et al., 2015, p. 26).

Tendrían así un compromiso con los pacientes, con la sociedad, con la profesión y con ellos mismos. Dentro del compromiso con ellos mismos encontraríamos, entre

otros: la capacidad de autorregulación y evaluación de los propios pensamientos, conductas, emociones y atención, para un rendimiento óptimo y bienestar personal; enfoque reflexivo y consciente respecto de la práctica; resiliencia para la práctica sostenible; responsabilidad con sí mismo, incluido el cuidado personal, con el fin de servir a los demás (Frank et al., 2015). Lo mismo sucede con la Academia de Medicina Americana, que en 2017 proporciona un plan de estudios que incluye módulos orientados a promover la resiliencia y la prevención del burnout. De esta manera, se reconoce la relevancia de poner en un primer plano el cuidado del profesional y queda implícito que la resiliencia es innata, dinámica, relacional y temporal, por lo que se justifican las intervenciones basadas en la resiliencia que promueven la adquisición de habilidades de afrontamiento específicas (Berger y Waidyaratne-Wijeratne, 2019).

En el siguiente apartado se exponen aquellos factores laborales que influyen tanto en la aparición como en la prevención del burnout y que se deben tener en cuenta a la hora de poner en marcha las estrategias resilientes y de autocuidado.

### **Factores Laborales en las Organizaciones Sanitarias Implicados en el Burnout**

Como hemos expuesto, Maslach otorgaba más importancia a los factores laborales que a los personales en su influencia sobre el nivel de burnout. En investigaciones más recientes se ha confirmado esta priorización (Dyrbye y Shanafelt, 2016), de modo que en su modelo teórico identificaron seis posibles fuentes del burnout relacionadas con el entorno laboral (Leiter y Maslach, 1999; Maslach y Leiter, 2008), que se aplicarían de la siguiente manera a los residentes:

- *sobrecarga de trabajo*: cantidad de trabajo que se realiza en un determinado momento y que va más allá de los recursos disponibles de la persona. Los

residentes trabajan un elevado número de horas y, en ocasiones, tienen falta de descanso (por ejemplo, no librar guardias). También necesitan de actualización continua de conocimientos, entre otros.

- *falta de control*: falta de oportunidad de elegir, tomar decisiones o resolver problemas. En los residentes se considera que hay falta de control cuando no hay un ajuste entre el nivel formativo adquirido y las tareas de las que se le hace responsable, no hay control sobre la propia tarea o el ambiente físico de trabajo, baja participación en la toma de decisiones y escasa disponibilidad de medios tecnológicos, etc.
- *insuficiente recompensa y reconocimiento*: tanto a nivel económico como en lo relativo a reconocimiento social. Sería un indicador del valor que da la institución al profesional en formación en este caso;
- *ruptura con la comunidad*: relacionado con el apoyo social, sentimientos positivos, la implicación con los demás. Los especialistas en formación carecerían de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales;
- *injusticia por parte de la institución*: medida en que la organización aplica normas coherentes y equitativas, la asignación de recursos, etc. Entre los residentes existirían condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de futuro y crecimiento laboral;
- *conflicto de valores*: entre el profesional y la institución, puede generar desgaste y estrés laboral.

Desde investigaciones iniciales sobre el burnout en sanitarios, se ha ido confirmando su relación con los diferentes factores laborales (Zhou et al., 2020). En estudios recientes encontramos que entre las causas organizativas señaladas en la

literatura de una peor calidad asistencial, se encuentran aquellas más reconocibles como la sobrecarga laboral y escasas horas de sueño, entre otras (McHill et al., 2018; Panagopoulou et al., 2006), así como aquellas relacionadas de modo específico con la asistencia en sí como una mala comunicación, la relación entre compañeros o aspectos organizacionales y de supervisión (Molodynski et al., 2020; Stacey et al., 2020).

La libertad de decisión de los residentes, especialmente en los primeros años, es muy limitada. En este sentido, uno de los objetivos de la formación como residente es ir ganando autonomía y control en las decisiones, sin embargo, se ha demostrado que la autonomía y la asunción de cada vez más responsabilidades puede ser una gran fuente de estrés si estos niveles están por encima de sus mecanismos de gestión y afrontamiento (Willems et al., 2018). De esta forma dependen de los tutores y supervisores de cada rotación los cuales proporcionan información sobre el nivel de responsabilidad, los límites de sus competencias, expectativas del rol de trabajo, criterios y métodos de evaluación del trabajo propio, etc. Es decir, convenimos con Willems et al. (2018) en que el que el nivel de autonomía y de responsabilidad adquirido sea adecuado a las competencias y al año de residencia es otra de las áreas importantes en las que el tutor debe intervenir.

En opinión de Staten (2019), la ausencia de esta guía puede dar lugar a confusión sobre el papel que debe cumplir el residente y por tanto, una sensación de falta de control sobre el trabajo que puede ser un factor de riesgo para desarrollar burnout si no existe una guía clara, una orientación y supervisión adecuada (Staten, 2019).

La percepción de control se va ganando progresivamente y esto implica que el profesional cuenta con suficientes recursos de afrontamiento personales y emocionales para mantener el control sobre lo que vaya aconteciendo en el entorno laboral (Bruchon-

Schweitzer, 2002). La relevancia de este aspecto reside en que la sensación de control puede amortiguar el efecto de la sobrecarga laboral, de esta manera no existiría una relación directa entre sobrecarga laboral y burnout, sino que mediaría el control percibido (Lourel et al., 2011).

Por otro lado, la remuneración laboral de un residente es mucho menor que la de un facultativo o profesional con la especialidad, lo que en ocasiones generaría un sentimiento de minusvaloración. Todo esto puede suponer un abandono, descompensación, disminución de la dedicación al cuidado de la vida personal, lo que implica de nuevo, un riesgo para la salud mental del profesional (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016; Staten, 2019).

En este sector, la complejidad de las situaciones junto a la alta demanda emocional, suponen un riesgo de desarrollar burnout. Por ejemplo, se ha encontrado que el burnout está relacionado con relaciones negativas en el entorno laboral, tanto con los iguales como con los supervisores (Leiter y Maslach, 1988). La figura del tutor y del apoyo social son dos de los factores más relevantes para el bienestar de los especialistas en formación ya que suponen un amortiguador, de orientación, consulta y afrontamiento del malestar de la carga emocional inherente a estas profesiones.

Para el abordaje del burnout, no sólo se deben conocer aquellos factores que determinan el fenómeno y que ya han sido ampliamente estudiados (Maslach y Leiter, 2016), sino aquellos que se pueden considerar como positivos y que actúan como factores de protección (Paredes y Sanabria-Ferrand, 2008).

Entre estos factores que contribuirían a la satisfacción de los residentes, se encuentra la relevancia desempeñada por la figura del tutor (el nivel de implicación en la

docencia y la supervisión), así como la disponibilidad de tiempo libre para el cuidado de la vida personal (Ayala-Morillas et al., 2014).

El tutor se define como “órgano docente a nivel unipersonal” que tiene un papel principal en la formación sanitaria especializada como responsable del proceso de aprendizaje a través de diferentes funciones de planificación, gestión, supervisión y evaluación (Medina et al., 2020). El tutor está al lado del residente durante el periodo que dura la residencia y es el encargado de acompañarle en su formación y en la atención a sus dificultades, inquietudes y manejo de situaciones, permitiendo un mejor afrontamiento y adaptación. Los buenos tutores de especialistas en formación se esfuerzan por fomentar la competencia emocional en los residentes (Laws et al., 2019), por tanto cumplen un papel de apoyo tanto en lo instrumental como en lo emocional, de acuerdo con lo expuesto por Leiter y Maslach (1988).

Existe evidencia de que aquellos residentes que se benefician de una adecuada supervisión y apoyo tienen menor nivel de *agotamiento emocional* y *despersonalización* que aquellos que no tienen dicha relación con sus tutores (Prins et al., 2008). Así mismo, se ha comprobado que una buena tutorización puede ayudar a la identificación temprana del burnout y promover, de esta forma, el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas en los residentes (Elmore et al., 2016).

De igual manera, se ha comprobado que un buen ambiente formativo influye directamente en la prevención del burnout. En estudios como el de Silkens et al. (2018) se ha observado que está asociado indirectamente con un mejor trabajo en equipo, mayor colaboración entre iguales y con la seguridad de los pacientes, de manera que al tener acceso a una adecuada supervisión, el bienestar, la seguridad y competencia de los residentes aumentan, lo cual se verá reflejado en la práctica clínica, contribuyendo a una

mejor calidad de cuidados, a una disminución de errores y a la solicitud de apoyo y retroalimentación a tutores y compañeros (Silkens et al., 2018).

Por otro lado, un ambiente laboral positivo tanto con los compañeros de residencia como con el resto de profesionales con los que hay que interactuar dentro de la práctica diaria, podría suponer un factor importante de protección para el burnout de los residentes (Galaiya et al., 2020; Szmuda et al., 2019). De esta manera, la creación de un ambiente de compañerismo y colaboración y la satisfacción de las necesidades de descanso, del cuidado de relaciones personales y del autocuidado en general (Appelbaum et al., 2019; Msaouel et al., 2010), influye sobre la percepción de mayor bienestar y realización personal entre los profesionales, así como en la comisión de menos errores asistenciales y redundante en una mejor atención a los pacientes (Szmuda et al., 2019).

De acuerdo con Sigal et al. (2020), una adecuada red social se asocia con la resiliencia, de esta forma, no sólo se trataría de actuar en situaciones de crisis derivadas de situaciones estresantes y complicadas, sino de una cultura de cuidado, implementando sesiones rutinarias, talleres, etc., en las que compartir y reflexionar sobre las consecuencias de encuentros con la enfermedad y la muerte, con pacientes particularmente difíciles y exigentes, etc. (Sigal et al., 2020).

La influencia e interacción de todos estos aspectos, pueden ser entendidas a través del Modelo de Demandas y Recursos Laborales (DRL) desarrollado por Bakker y Demerouti (2001). Desde este modelo se asume que la organización crea las condiciones laborales a través del planteamiento de objetivos, descripción de tareas y disposición de recursos (Bakker y Demerouti, 2017). Se explica a través de siete principios (Bakker y Demerouti, 2017):

Principio 1: las condiciones laborales pueden dividirse en dos categorías, a saber, demandas laborales y recursos laborales.

Principio 2: se producirían dos procesos: por un lado la alta sobrecarga asistencial, la presión de tiempo o el conflicto de rol llevan al burnout y por tanto a efectos negativos y, por otro, las oportunidades, el reconocimiento, la confianza y el apoyo por parte de tutores y compañeros conllevaría bienestar y por tanto efectos positivos y a posibilidades de crecimiento (Bakker et al., 2003; Bakker y Demerouti, 2013; Demerouti et al., 2001).

Principio 3: ambos procesos interactúan de manera que recursos laborales como el nivel autonomía, el control sobre la tarea o el apoyo social, podrían amortiguar el efecto de la carga de trabajo y la exigencia emocional (Bakker et al., 2010).

Principio 4: los recursos laborales, cuando la carga de trabajo es alta, puede influir en la motivación.

Principio 5: los recursos personales también pueden funcionar como amortiguador de la tensión generada por el trabajo. Este principio ha tenido menor respaldo empírico.

Principio 6: la motivación impacta de manera positiva en el desempeño laboral al orientar a la persona a objetivos, por el contrario, la presión laboral impacta de manera negativa ya que disminuye la energía y los recursos.

Principio 7: este se desarrolló posteriormente y describe la posibilidad de que los trabajadores motivados generen más trabajo, busquen nuevos desafíos o cambien el ambiente laboral.

La relevancia del análisis del entorno y de las condiciones laborales reside en la evidencia empírica de las consecuencias del burnout, no sólo en la salud de nuestros

profesionales, sino en la calidad asistencial y las relaciones entre profesionales, las cuales se deterioran (Low et al., 2019). En este sentido, como ya se explicó anteriormente, uno de los focos principales de atención de diferentes estudios ha sido el tema de los errores médicos y su relación con el burnout (Parks-Savage et al., 2018; Stangierski et al., 2012) donde se ha encontrado una relación positiva entre el burnout y los errores médicos en residentes (West, 2009).

Hasta el momento hemos visto que el burnout ha sido ampliamente estudiado en el ámbito sanitario. En los últimos años han crecido las investigaciones relativas a los residentes y a las posibilidades de amortiguación de los efectos del burnout así como aquellos factores que se ven implicados. A pesar de la gran evidencia, consideramos que aún queda mucho camino por recorrer en cuando al conocimiento del burnout y en la implementación de las medidas necesarias a aplicar en nuestro país.

En consecuencia, en esta Tesis la resiliencia se conceptualiza como la capacidad de afrontamiento de las situaciones adversas inherentes al trabajo sanitario y a la capacidad de prevenir el burnout y el desgaste producido por las características estructurales del sistema formativo. De este modo, se procederá a analizar el estado de un grupo de residentes de dos hospitales del norte de España y siguiendo la línea de la evidencia descrita se procederá a conocer el nivel del burnout a través del cuestionario de referencia.

## Objetivos e Hipótesis

### Objetivo Principal

Conocer el grado de burnout presente en una muestra de residentes y su relación con factores laborales y errores autopercebidos, así como con factores psicosociales, tales como la resiliencia y el bienestar subjetivo.

### Objetivos Específicos

- Analizar las diferencias en las variables de estudio en un grupo de residentes con burnout y sin burnout.
- Comparar el nivel de burnout según especialidad y año de residencia.
- Contribuir al desarrollo de herramientas que examinen los factores laborales que influyen en el desarrollo del burnout aplicando un instrumento novedoso *ad hoc* para la medida de dichos factores en esta población específica.
- Examinar el papel mediador de la resiliencia en la relación entre el burnout y el bienestar subjetivo.
- Determinar el papel mediador del burnout en la relación entre los factores laborales y los errores autopercebidos.
- Proponer medidas de prevención para el burnout en residentes en formación.

## **Hipótesis**

- Se prevé que existirá un elevado nivel de burnout entre los profesionales en formación sanitaria especializada.
- Se hallará una relación negativa entre el nivel de resiliencia de la persona y la probabilidad de desarrollar burnout.
- Un mayor nivel de burnout afectará negativamente a la calidad de los cuidados.
- Los factores laborales y contextuales influirán en el nivel de bienestar y burnout de los residentes.

## Metodología

### Participantes

Se realizaron dos recogidas de muestra que motivaron sendos estudios. En el primer estudio, la población de estudio la constituyó la totalidad de residentes de Medicina y Psicología de primer a cuarto año (a quinto año en el caso de las especialidades quirúrgicas) que se estaban formando en el año 2016 en el Área Sanitaria IV de Asturias, un total de 305 residentes. Contestaron 65 mujeres (72,2 %) y 25 varones (27,8 %). La media de edad fue de 28,52 ( $DT = 3,33$ ) años, con un rango entre 24 y 40 años. Esto dio lugar al estudio 1.

En una replicación de la investigación, un total de 952 residentes de todas las especialidades, desde el primer hasta el último año de residencia, pertenecientes a dos hospitales de la zona noroeste de España, fueron invitados a colaborar. Del total de residentes invitados, 237 (24,89 %) devolvieron las encuestas completadas, conformando así la muestra de este segundo estudio. En la muestra de este estudio, de manera similar al anterior, la mayoría de los participantes fueron mujeres (73,8 %), siendo la media de edad de los participantes de 28,87 ( $DT = 3,84$ ) y estando las edades comprendidas entre los 25 y los 32 años. Con esta muestra se elaboró el estudio 2.

### Instrumentos

Se envió una encuesta de carácter autoaplicado que incluyó cuestionarios validados y algunos ítems elaborados *ad hoc* (véase anexo 1). Dicha encuesta constó de los siguientes apartados:

## ***Datos Sociodemográficos***

En la primera parte se incluyeron datos sociodemográficos, así como año de residencia y la especialidad, realización y libranza de guardias.

## ***Medición del Burnout***

Se utilizó el *Inventario de Maslach de Burnout* (MBI) (Maslach y Jackson, 1981). Se trata del cuestionario de referencia para conocer el grado de burnout percibido, conformado por 22 ítems medidos mediante una escala Likert de 1 (*nunca*) a 5 (*diariamente*). Según la estructura factorial está integrado por tres subescalas que corresponden a los factores del burnout: *Agotamiento emocional* (9 ítems), *Despersonalización* (5 ítems) y *Realización personal* (8 ítems). La baremación original de este cuestionario realizada por Maslach y Jackson en 1981 obtuvo niveles adecuados de fiabilidad con valores de alfa de Cronbach de ,89 para *Agotamiento emocional*; ,77 para *Despersonalización* y ,74 para *Realización personal*.

Se obtendría una puntuación alta, media o baja en cada una de las tres subescalas según los siguientes puntos de corte: en *agotamiento emocional* se consideró indicativo de alto nivel de burnout una puntuación superior a 27, un nivel intermedio una puntuación entre 19 y 26, y un bajo burnout una puntuación menor de 19. En *despersonalización*, puntuaciones superiores a 10 indicarían un alto nivel de burnout, entre 6 y 9 un nivel intermedio de burnout y aquellas menores de 5, un nivel bajo de burnout. Por último, en la subescala de *realización personal*, que puntúa de forma inversa, se considera realización personal alta una puntuación mayor de 40, intermedia una puntuación de 34 a 39 y baja una puntuación menor de 34. Para la corrección se obtuvieron puntuaciones independientes de las diferentes subescalas y se consideró que tenían burnout alto

aquellos participantes que obtuvieron altas puntuaciones en *agotamiento emocional* y/o en *despersonalización* junto a una baja o media puntuación en *realización personal*. El resto de combinaciones en las puntuaciones constituyeron casos de burnout bajo. Los valores del estadístico alfa de Cronbach obtenidos fueron los siguientes: Burnout ,75, *Agotamiento emocional* ,89, *Despersonalización* ,76 y *Realización personal* ,82.

### ***Medición de la Resiliencia***

En este caso se seleccionó la *Escala de Resiliencia Connor-Davidson* (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003). El valor del alfa de Cronbach en su versión original del cuestionario completo es de ,89. Esta escala consta de 25 ítems medidos con una escala Likert (donde 0 representa el nivel de respuesta: *en absoluto* y 4: *casi siempre*) para expresar el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones que se distribuyen en las siguientes cinco dimensiones: *Persistencia-autoeficacia-tenacidad* (8 ítems), *Control bajo presión* (5 ítems), *Adaptabilidad y redes de apoyo* (5 ítems), *Control y propósito* (3 ítems) y *Espiritualidad* (2 ítems).

Para la corrección se ha tenido en cuenta la totalidad de los ítems sumando la puntuación en cada una de las afirmaciones, considerándose como puntuaciones altas en resiliencia las mayores o iguales a 88, media entre 71 y 87 y baja las menores o iguales a 70. En nuestro estudio el alfa de Cronbach obtenido fue de ,9.

### ***Medición del Bienestar Subjetivo***

Para conocer la percepción del residente de su bienestar, se utilizó la *Escala reducida de Bienestar Subjetivo* (Calleja y Mason, 2020). Se trata de una escala de 10 ítems medidos mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (donde 1 expresa *nunca o casi nunca* y 5 *siempre*). El alfa de Cronbach de su versión original es de ,93. Incluye

cuatro dimensiones: *Aspectos hedónicos* (3 ítems), *Satisfacción consigo mismo* (3 ítems), *Satisfacción con la actividad que realiza* (2 ítems) y *Autoimagen saludable* (2 ítems). De nuevo para la corrección se ha considerado la suma total de los 10 enunciados, considerándose bienestar subjetivo alto las puntuaciones mayores o iguales a 44, medio las puntuaciones entre 35 y 43 y bajo las menores o iguales a 34. Obtuvimos un alfa de Cronbach de ,91.

### ***Medición de los Factores Laborales***

En este caso se elaboró un cuestionario *ad hoc* basado en factores laborales que influyen en la satisfacción con la residencia según la bibliografía ( $\alpha = ,93$ ) y preguntas sobre errores y actitudes hacia los pacientes utilizadas en otra investigación (Shanafelt et al., 2002). Se preguntó por el grado de acuerdo en una serie de afirmaciones relacionadas con aspectos laborales y docentes agrupadas en (ver tabla 2):

**Tabla 2.** Factores laborales, número de ítems y rango de puntuación.

Supervisión por parte del o los tutores.	8 ítems, la puntuación estaría en el rango de 8 a 40.
Ajuste de responsabilidad a las competencias adquiridas en cada año de residencia.	9 ítems, rango de 9 a 45.
Información y satisfacción con la docencia y rotaciones.	4 ítems, rango de 4 a 20.
Posibilidades de investigación.	3 ítems, rango de 3 a 15.
Ambiente laboral considerando el trabajo en equipo y la relación y colaboración con los compañeros.	4 ítems, rango de 4 a 20.
Apoyo entre residentes.	4 ítems, rango de 4 a 20.
Satisfacción con la formación, especialidad y lugar elegido para realizarla	6 ítems, rango de 6 a 30.
Calidad de vida (influencia del trabajo en el estado de salud, compatibilidad con ocio y descanso)	5 ítems, rango de 5 a 25.
Impacto emocional	6 ítems, rango de 6 a 30.
Errores y actitudes en la actividad asistencial	9 ítems, rango de 9 a 45.

Algunos ejemplos de estos ítems son: “Tengo demasiada carga asistencial”, “Mi servicio trabaja en equipo” o “Puedo recurrir a otros residentes cuando necesito ayuda”.

Se valoró el grado de acuerdo o desacuerdo con las diferentes afirmaciones a través de una escala tipo Likert de 1 (*nunca o casi nunca*) a 5 (*siempre*). A mayor puntuación mayor magnitud de la variable estudiada, a excepción de calidad de vida donde a mayor puntuación menos calidad de vida. Se calculó la media teórica de cada grupo (suma de la puntuación mínima y máxima posible en cada ítem entre el número de ítems de cada apartado) como punto de referencia para la desviación de la puntuación media real resultante de las respuestas de los participantes.

Cabe añadir que en el segundo estudio los ítems de calidad de vida e impacto emocional se suprimieron para añadir la escala de bienestar subjetivo.

## **Procedimiento**

Los participantes recibieron una encuesta online que incluía, junto a los instrumentos de interés, preguntas sobre datos sociodemográficos como el sexo, la edad, especialidad, año de residencia, convivencia, realización y libranza de guardias. La encuesta tenía un formato autoaplicado, con una duración de aproximadamente 20 minutos. Estuvo disponible para los residentes durante 4 meses, cerrándose la participación en marzo de 2017 y de 2019 respectivamente. Durante este periodo se planteó un plan de recuperación de datos que consistió en enviar tres recordatorios para la cumplimentación de la misma.

Paralelamente a la elaboración de la encuesta, se obtuvo la autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias en septiembre de 2016 (anexo 2). La participación fue de carácter voluntario, anónimo y confidencial. Para la distribución de la encuesta y posteriores análisis de los mismos se contó con la colaboración del Servicio de Servicio de Investigación y Gestión del Conocimiento de la

Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, de la Comisión de Docencia del C.H. Universitario de Vigo y de la Unidad de Consultoría Estadística de los Servicios Científico-Técnicos de la Universidad de Oviedo. Las consideraciones éticas del estudio se realizaron siguiendo la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 1964/2013).

## **Diseño**

Se trató de un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.

## **Análisis de datos**

Se comenzó con el análisis descriptivo de las variables.

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnof para determinar el tipo de estadística, paramétrica o no paramétrica, según el cumplimiento o no de la normalidad de la distribución de las variables y la homocedasticidad. Se encontró que las variables objeto de estudio se comportaban con normalidad unas veces y otras no. En vista del cumplimiento parcial de los supuestos utilizamos estadísticos paramétricos en la medida de lo posible, aunque en ciertos casos, cuando las variables no lo permitían, se utilizaron pruebas no paramétricas.

Se realizaron análisis univariados descriptivos de las variables de interés en la muestra, utilizando medidas de tendencia central e intervalos de confianza del 95 % (IC), y bivariados mediante tablas de contingencia con el estadístico  $\chi^2$  de Pearson o t de Student según la naturaleza de las variables para conocer la posible asociación y el nivel de significación entre el grado de burnout y aspectos sociodemográficos y laborales. Se ha realizado contraste de medias (ANOVA de un factor o test de Kruskal-Wallis según se

cumpla o no el supuesto de homogeneidad de varianzas) para determinar las diferencias entre los años de residencia según el nivel de burnout, así como contrastes de medias para determinar si el comportamiento de las diferentes variables incluidas en los factores laborales difieren según los niveles de burnout. Posteriormente, se llevó a cabo el test de Tukey o test de Dunn, respectivamente, para conocer entre qué grupos se concentraban las diferencias.

También se realizó un análisis de las correlaciones entre el burnout y sus dimensiones y la resiliencia y el bienestar subjetivo con el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman según correspondiese, así como entre el burnout, los factores laborales considerados más relevantes según la bibliografía y los errores autopercebidos.

Por último, se llevó a cabo el análisis mediacional donde, por un lado, el nivel de burnout y sus dimensiones se emplearon como variables independientes, el bienestar subjetivo como variable dependiente y la resiliencia como variable mediadora y, por otro lado, en otro análisis los factores laborales se definieron como variables independientes, los errores autopercebidos como variable dependiente y el burnout como mediador. Se aplicó, por último, el test de Sobel para comprobar si los modelos mediacionales obtenidos eran significativos, es decir, para contrastar la existencia o no de mediación.

Algunas de las variables se agruparon en el momento de realizar el análisis para facilitar el mismo. Por ejemplo, las especialidades se agruparon en 5 grupos atendiendo a sus características comunes. Además, se consideró como padecer burnout las puntuaciones en alto burnout, y no padecer burnout las puntuaciones de nivel medio y bajo.

El nivel de significación  $p$  empleado fue  $\leq ,05$  y bilateral en todos los contrastes de hipótesis.

Los análisis fueron realizados mediante el programa R versión 3.6.0.

## **Resultados**

A continuación se exponen los resultados de la investigación organizados conforme a los dos estudios realizados.

### **Estudio 1**

Estos resultados corresponden a la investigación inicial realizada en 2016.

Tal como se ha expuesto con anterioridad, la encuesta se ha enviado a un total de 305 residentes, de los cuales contestaron 90 personas (un 29,5 % del total).

La distribución de residentes por año fue bastante homogénea, a excepción de los de quinto año, que eran menos respecto al resto de especialidades. La tasa de respuesta fue mayor en los de tercer año y menor en los de primero y quinto. El 60 % de quienes respondieron eran de especialidades médicas. Se obtuvo una infrarrepresentación de las especialidades quirúrgicas y médico-quirúrgicas y una sobrerrepresentación de Salud Mental (ver tabla 3).

**Tabla 3.** Tasa de respuesta por año de residencia y especialidad. Año 2016.

	n	%
Año de residencia		
Primero	18	25,0
Segundo	22	30,1
Tercero	26	38,2
Cuarto	19	27,5
Quinto	5	21,7
Especialidad		
Médicas	54	30,7
Quirúrgicas	6	12,0
Médico-quirúrgicas	7	18,4
Laboratorio	11	37,9
Salud Mental	12	100,0

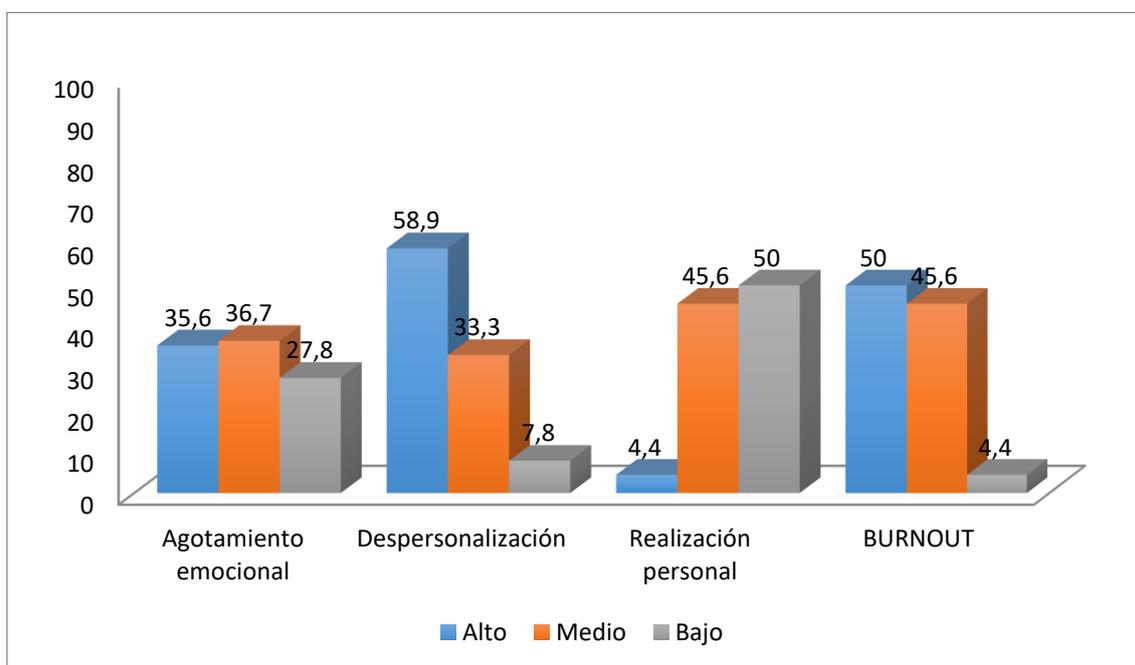
Contestaron 65 mujeres (72,2 %) y 25 varones (27,8 %). La media de edad es de 28,52 años ( $DT = 3,33$ ), con un rango entre 24 y 40 años.

La mayoría de los residentes que contestaron eran de Asturias (54,4 %), los demás eran de otra Comunidad Autónoma (34,4 %) o de otro país (11,1 %). La gran mayoría estaban casados (90 %) y los demás solteros (10 %). El 10 % refirió que sí tenían hijos mientras que el resto no. En cuanto a la convivencia, el 42,2 % vive solo, y la otra mitad de la muestra se distribuye entre los que tienen familia propia (24,4 %), vive con su familia de origen (17,8 %), con compañeros de piso (12,2 %) o en otras opciones como

en residencias, etc. (3,3 %). Contaban con especialidad previa 7 de los residentes que contestaron (7,8 %), mientras que para 83 (92,2 %) estaba siendo su primera especialidad.

El 91,7 % de los residentes realizaba guardias y, de estos, más de la mitad las libraban (56,1 %), un cuarto las libran sólo a veces (28 %) y menos de un cuarto no las libran (15,9 %).

La mayoría de los residentes puntuaron como burnout alto (50 %, IC: 39,3-60,7) y medio (45,6 %, IC: 35,0-56,4). Sólo un 4,4 % (IC: 1,2-11,0) presentaban ausencia de burnout. La dimensión/subescala que resultó tener una puntuación más frecuente en alto burnout fue la de *despersonalización*, presentándolo el 58,9 % (IC: 48,0-69,2) de los y las residentes. La baja *realización personal* sucedía en el 50,0 % (IC: 39,3-60,7) y el *agotamiento emocional* en el 35,6 % (IC: 25,7-46,3) (ver figura 1).

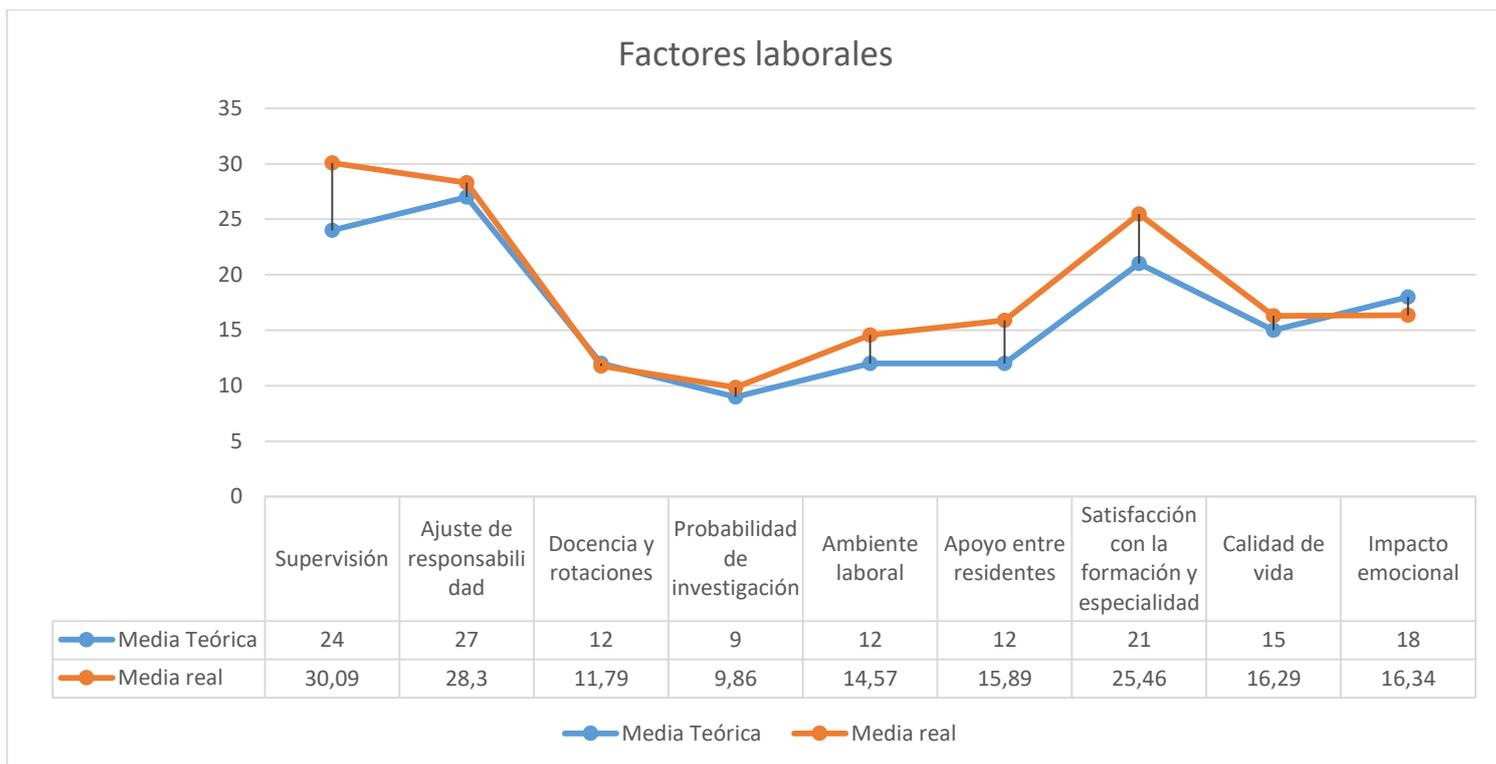


**Figura 1.** Distribución de los niveles de burnout, global y por subescalas ( $n = 90$ ). Año 2016.

Analizando cada subescala, las puntuaciones medias fueron de 24,5 (IC: 23,0-26,0) en *agotamiento emocional* (nivel intermedio de burnout), de 10,7 (IC: 9,9-11,6) en *despersonalización* (nivel alto) y de 30,5 (IC: 29,4-31,6) en *realización personal* (alto nivel de burnout).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en burnout en función de variables como sexo, edad, realización y libranza de guardias y año de residencia, pero sí según la especialidad, siendo las médicas y las médica-quirúrgicas las que obtuvieron un mayor nivel de burnout (92,3 % y 46,3 % de los residentes respectivamente). El porcentaje de residentes con alto nivel de burnout en las especialidades de laboratorio fueron de 36,4 % y en las de salud mental de 33,3 %.

En los factores laborales y docentes el intervalo de confianza de la media de las puntuaciones realmente obtenidas incluye el valor de las medias teóricas calculadas, excepto en la supervisión por parte de los tutores, la satisfacción con la formación y la especialidad, el apoyo entre los residentes y el impacto emocional, cuyos valores medios superaron a los de la media teórica correspondiente (ver figura 2).



**Figura 2.** Puntuaciones medias obtenidas en los factores laborales estudiados y la media teórica como referente de comparación. Año 2016.

La relación entre burnout y factores laborales y docentes fue estadísticamente significativa para: supervisión, ajuste de responsabilidad a las competencias adquiridas, información y satisfacción con la docencia y rotaciones, nivel de satisfacción con la formación y la especialidad, calidad de vida e impacto emocional. La media obtenida en supervisión, ajuste de responsabilidad, docencia y rotaciones y en satisfacción con la formación y la especialidad era mayor en aquellos que no puntuaban en burnout. En calidad de vida, la media en aquellos con alto burnout fue de 18,44 y en no burnout de 14,13. Recordemos que en este caso, una mayor puntuación implicaba una peor calidad de vida. Por último, la media en impacto emocional en aquellos con alto burnout fue de 19,04, es decir, mayor que en los que puntuaban en no burnout (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Puntuación media en los factores laborales según tener o no tener Burnout. Año 2016.

Factores laborales	Burnout			<i>p</i>
	Sí	No	Total	
	Media (IC95%)	Media (IC95%)	Media (IC95%)	
Supervisión	28,44 (26,46-30,42)	31,73 (30,18-33,28)	30,09 (28,79-31,39)	,012
Ajuste de responsabilidad	25,96 (24,61-27,31)	30,64 (29,20-32,08)	28,30 (27,20-29,40)	,000
Docencia y rotaciones	10,76 (9,77-11,75)	12,82 (11,83-13,81)	11,79 (11,06-12,52)	,005
Posibilidad de investigar	9,33 (8,43-10,23)	10,38 (9,56-11,20)	9,86 (9,25-10,47)	,095
Ambiente laboral	13,98 (12,97-14,99)	15,16 (14,39-15,93)	14,57 (13,93-15,21)	,073
Apoyo entre residentes	15,40 (14,64-16,16)	16,38 (15,75-17,01)	15,89 (15,39-16,39)	,056
Satisfacción con la formación y la especialidad	23,53 (22,16-24,90)	27,38 (26,51-28,25)	25,46 (24,56-26,36)	,000
Calidad de vida	18,44 (17,40-19,48)	14,13 (13,10-15,16)	16,29 (15,44-17,14)	,000
Impacto emocional	19,04 (18,02-20,06)	13,64 (12,54-14,74)	16,34 (15,41-17,27)	,000

## Estudio 2

Los resultados expuestos a continuación corresponden a la investigación realizada en 2019, continuación de la de 2016.

El nivel de respuesta fue del 25 % aproximadamente ( $n = 237$ ). La mayoría de los participantes fueron mujeres ( $n = 175$ ; 73,8 %) y la media de edad fue de 28,87 ( $DT = 3,84$ ). La mayoría de las respuestas se distribuyen entre el primer y segundo año de residencia (60 %). En cuanto a las especialidades, se agruparon para una mejor comprensión de los datos, obteniendo el porcentaje más alto de respuesta entre las especialidades médicas (50,6 %). El otro 50 % se distribuyó entre especialidades de salud mental, enfermería, farmacia, etc. (ver tabla 5).

**Tabla 5.** Tasa de respuesta por año de residencia y especialidad. Año 2019.

	<i>n</i>	%
<b>Año de residencia</b>		
Primero	70	29,5
Segundo	72	30,4
Tercero	42	17,7
Cuarto	46	19,4
Quinto	7	3
<b>Especialidad</b>		
Médica	120	50,63
Quirúrgica y M-Q	41	17,29
Laboratorio	5	2,1
Salud Mental	19	8
EIR	40	16,9
Otras (BIR, FIR, QIR...)	12	5,1

El 91,13 % de los residentes afirmaron realizar guardias ( $n = 216$ ). De estos, un 54,9 % las libraban, un 19,4 % las libraba a veces y un 16,9 % no las libraba.

También se preguntó si se disponía de especialidad previa, siendo la gran mayoría (96,6 %) residentes que realizaban su primera especialidad. El 58,2 % eran de la ciudad donde se realizó el estudio y el resto venían de otra comunidad autónoma española (32,1

%) o de otro país (9,7 %). Por último, el 88,2 % de los residentes estaban casados y el resto se distribuían entre casados/pareja de hecho (9,7 %), separados/divorciados (1,7 %) y viudo (0,4 %).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de burnout función del sexo, edad, libranza de guardias, especialidad previa, procedencia y estado civil. Por el contrario, sí existen diferencias significativas en función de la realización de guardias ( $p = ,004$ ), la especialidad y el año de residencia. En función de los resultados hallados se encontró un nivel mayor de burnout en los que realizaban guardias y los que se formaban en especialidades médicas (y dentro de estos las quirúrgicas y médico-quirúrgicas). En cuanto al año de residencia, a través de las pruebas *post hoc*, comprobamos que los niveles de burnout, *agotamiento emocional* y *despersonalización* aumentan a medida que se avanza en los años de formación especializada (ver tablas 6, 7 y 8).

**Tabla 6.** Diferencias grupales en el nivel de Burnout global y sus subescalas según especialidades Médicas, Salud Mental, EIR y Otras.

Variable	Médicas (n = 166) M(DT)	Salud Mental (n = 19) M(DT)	EIR (n = 40) M(DT)	Otras (n = 12) M(DT)	F	p	$\eta^2$	Comparaciones Post-Hoc significativas
MBI	67,37(10,19)	65,21(6,79)	61,58(6,89)	61,17(6,30)	5,308	,001	,064	Médicas>EIR
Agotamiento Emocional	26,67(7,94)	24,21(5,59)	22,43(5,96)	24,08(6,11)	4,049	,008	,050	Médicas>EIR
Despersonalización	11,66(4,27)	8,95(2,85)	9,03(2,91)	9,33(3,47)	7,266	,000	,086	Médicas>Salud Mental>EIR
Realización personal	29,04(5,49)	32,05(3,77)	30,13(5,10)	27,75(5,95)	2,445	,065	,031	

*Nota: Otras se refiere a la agrupación de especialidades de menor muestra QIR, BIR, FIR*

**Tabla 7.** Diferencias grupales en el nivel de Burnout global y sus subescalas según especialidades Médicas, Quirúrgicas y Médico-Quirúrgicas y Laboratorio.

Variable	Médicas (n = 120) M(DT)	Quirúrgicas y Médico-Quirúrgicas (n = 41) M(DT)	Laboratorio (n = 5) M(DT)	F	p	$\eta^2$	Comparaciones Post-Hoc significativas
MBI Suma	66,46(10,42)	70,98(8,88)	59,80(6,18)	4,612	,011	,054	Quirúrgicas y M-Q>Médicas
Agotamiento Emocional	26,01(7,73)	28,54(8,12)	27,40(9,01)	1,601	,205	,019	
Despersonalización	11,70(4,24)	12,15(4,22)	6,80(2,49)	3,615	,029	,042	Quirúrgicas y M-Q>Médicas>Laboratorio
Realización personal	28,75(5,55)	30,29(4,84)	25,60(7,70)	2,444	,109	,027	

**Tabla 8.** Diferencias grupales en el nivel de burnout global y sus subescalas según año de residencia.

Variable	Primero (n = 166) M(DT)	Segundo (n = 19) M(DT)	Tercero (n = 40) M(DT)	Cuarto (n = 12) M(DT)	Quinto (n = 7) M(DT)	F	p	$\eta^2$	Comparaciones Post-Hoc significativas
MBI	61,64(8,36)	65,74(9,35)	67,45(10,36)	70,87(8,74)	68,43(6,26)	7,743	<,001	,118	Cuarto>Primero; Tercero>Primero Cuarto>Segundo
Agotamiento Emocional	21,59(6,37)	26,13(6,69)	27,62(7,77)	28,96(7,88)	27,14(5,58)	9,392	<,001	,139	Cuarto>Primero; Tercero>Primero; Segundo>Primero
Despersonalización	9,81(3,32)	10,53(3,65)	11,86(4,93)	12,2(4,67)	10,71(3,25)	3,219	,013	,053	Cuarto>Primero
Realización personal	30,24(5,51)	29,08(5,1)	27,98(5,44)	29,72(5,83)	30,57(1,27)	1,353	,251	,023	

En la primera hipótesis se planteaba que existiría un elevado nivel de burnout entre los residentes. En nuestros resultados, se encontró que, aproximadamente, la mitad de los residentes reportaron alto burnout (48,9 %). En cuanto a las dimensiones, la puntuación media en *agotamiento emocional* fue de 25,63 (burnout medio), en *despersonalización* 10,88 (burnout alto) y en *realización personal* 29,4 (burnout alto). En concreto, el 44,7 % de los residentes puntuaron en *agotamiento emocional* alto, el 53,6 % en alta *despersonalización* y el 74,7 % refirieron tener una baja *realización personal*. En la escala de bienestar subjetivo, el 69,2 % de los residentes puntuaron entre un nivel medio y bajo (38,4 % y 30,4 % respectivamente).

Se comprobó que existen diferencias estadísticamente significativas en todos factores laborales estudiados según el nivel de burnout, siendo la media de cada uno de los factores mayor en el nivel de bajo burnout. Igualmente, se observan diferencias en los grupos en cuando a los errores autopercebidos y actitudes negativas, siendo la media de estos mayor en el grupo de alto burnout (véase tabla 9).

**Tabla 9.** Diferencias en factores laborales y errores en función del nivel de burnout.

	Burnout	<i>M (DT)</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Supervisión	Alto	27,55 (7,42)	<,001	0,57
	Bajo	31,50 (6,44)		
Ajuste de responsabilidad	Alto	28,89 (4,15)	<,001	0,58
	Bajo	31 (3,07)		
Docencia y Rotaciones	Alto	11,65 (3,29)	<,001	0,67
	Bajo	13,75 (3,03)		
Posibilidad de investigación	Alto	8,53 (3,17)	,004	0,38
	Bajo	9,70 (3)		
Ambiente laboral	Alto	13,69 (3,57)	<,001	0,67
	Bajo	15,91 (3,09)		
Apoyo entre residentes	Alto	15,23 (2,97)	<,001	0,69
	Bajo	17,05 (2,3)		
Satisfacción con la residencia	Alto	19,97 (4,25)	<,001	0,73
	Bajo	22,93 (3,82)		
Errores autopercebidos	Alto	19,16 (4,75)	<,001	0,63
	Bajo	16,37 (4,11)		

El nivel de bienestar subjetivo referido por el 30,8 % ( $n = 73$ ) de los participantes fue de nivel alto y el porcentaje restante puntuaron en nivel bajo. En cuando a la resiliencia, puntuaron en nivel alto el 62 % ( $n = 147$ ) y los demás en nivel bajo.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en función de la puntuación obtenida en bienestar subjetivo y en los diferentes factores laborales, siendo aquellos que percibían una mejor supervisión, un mayor ajuste de responsabilidad, una mayor satisfacción con la docencia y las rotaciones, así como más posibilidades de investigación, mejor ambiente laboral y apoyo entre residentes, los que percibían mayor bienestar subjetivo (véase tabla 10).

**Tabla 10.** Diferencias grupales en los diferentes factores laborales y Bienestar Subjetivo.

Variable	<b>Alto</b> ( <i>n</i> = 73) <i>M(DT)</i>	<b>Medio</b> ( <i>n</i> = 91) <i>M(DT)</i>	<b>Bajo</b> ( <i>n</i> = 73) <i>M(DT)</i>	<i>p</i>	Comparaciones Post-Hoc significativas
Supervisión	30,86(7,39)	30,73(5,88)	26,82(7,81)	,000	Medio>Bajo; Alto>Bajo
Ajuste de Responsabilidad	30,32(3,54)	30,80(3,22)	28,58(4,30)	,000	Medio>Bajo; Alto>Bajo
Docencia y Rotaciones	13,67(3,26)	12,99(3,05)	11,44(3,36)	,000	Medio>Bajo; Alto>Bajo
Posibilidades de Investigación	9,89(2,97)	9,02(2,99)	8,49(3,35)	,024	Alto>Bajo
Ambiente laboral	16,15(3,28)	15,10(2,79)	13,15(3,90)	,000	Medio>Bajo; Alto>Bajo; Alto>Medio
Apoyo entre residentes	16,79(2,19)	16,56(2,38)	15,03(3,44)	,000	Medio>Bajo; Alto>Bajo

Estos resultados confirman lo que planteábamos en la cuarta hipótesis sobre la influencia de los factores laborales en el nivel de bienestar y burnout.

Los análisis de correlaciones entre los factores laborales, el burnout y los errores autopercebidos, vienen reflejados en la tabla 11. Se puede observar que el factor satisfacción con la especialidad correlacionó negativamente con el burnout ( $r = -,30; p < ,01$ ). Los errores, sin embargo, obtuvieron una correlación positiva con el burnout ( $r = ,25; p < ,01$ ) y negativa con el factor responsabilidad ( $r = -,28; p < ,01$ ), confirmando de nuevo nuestra tercera hipótesis. La relación entre los factores laborales fue positiva en todos los casos.

**Tabla 11.** Correlaciones entre el burnout, factores laborales y errores autopercebidos.

	Burnout	Supervisión	Responsabilidad	Docencia-Rotaciones	Investigación	Ambiente	Apoyo	Satisfacción	Errores
Burnout	--								
Supervisión	-,20(**)	--							
Responsabilidad	-,16(*)	,38(**)	--						
Docencia-Rotaciones	-,27(**)	,53(**)	,47(**)	--					
Investigación	-,13(*)	,39(**)	,21(**)	,39(**)	--				
Ambiente	-,17(**)	,53(**)	,31(**)	,50(**)	,48(**)	--			
Apoyo	-,26(**)	,29(**)	,16(*)	,27(**)	,29(**)	,50(**)	--		
Satisfacción	-,30(**)	,49(**)	,37(**)	,63(**)	,44(**)	,63(**)	,37(**)	--	
Errores	,25(**)	-,24(**)	-,28(**)	-,25(**)	-,16(*)	-,21(**)	-,20(**)	-,17(**)	--

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 12, se muestra el análisis pormenorizado de los ítems, la diferencia de medias y correlación en función de las subescalas del burnout.

En los enunciados referidos a la supervisión se encontró que en todos ellos excepto en uno existen diferencias tanto en la escala de agotamiento emocional como en la de realización personal. A su vez hubo una correlación negativa y positiva respectivamente. Sólo en dos ítems sobre los tutores de rotación se hallaron diferencias en la escala de despersonalización.

En cuanto al ajuste de responsabilidad se observó que en aquellos ítems centrados en la presión laboral y en el conocimiento explícito de la labor a desempeñar se encontraron diferencias de nuevo en la subescala de agotamiento emocional. Las puntuaciones sobre los conocimientos y la participación activa supusieron diferencias en la subescala de realización personal.

La categoría de docencia y rotaciones, donde se preguntó sobre la satisfacción con las mismas tanto a nivel teórico como práctico, mostró diferencias en las tres subescalas. La mayoría de correlaciones resultaron significativas, las cuales fueron negativas en la subescala de agotamiento emocional y despersonalización y positiva en la de realización personal.

Sucedió lo mismo con los ítems incluidos en posibilidades de investigación, aunque en este caso sólo en los más concretos sobre recursos y facilidades para realizar esta labor se obtuvieron diferencias en la subescala de despersonalización.

En todos los elementos incluidos en el apartado de ambiente laboral se encontraron diferencias entre los residentes tanto en agotamiento emocional como en realización personal. De nuevo la correlación fue negativa en el primer caso y positiva en el segundo. No hubo diferencias en la subescala de despersonalización.

Se obtuvieron resultados similares en la categoría de apoyo entre residentes. Sin embargo, en este caso, sí se hallaron correlaciones inversas significativas en despersonalización.

Por último, al preguntar sobre la satisfacción general con la residencia los resultados mostraron diferencias en la mayoría de las cuestiones tanto en agotamiento emocional como en realización personal. La especialidad, el lugar elegido para realizarla y el sueldo estuvieron

relacionadas con la despersonalización. Las correlaciones que resultaron ser significativas siguen la misma dirección que en las categorías anteriores, es decir, negativa para agotamiento emocional y despersonalización y positiva para realización personal.

**Tabla 12.** Diferencia de medias y correlación de cada ítem con las subescalas del burnout.

FACTORES LABORALES		Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
<b>SUPERVISIÓN</b>				
Mi tutor principal tiene en cuenta mi opinión.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	,973	<b>,035</b>
	Rho de Spearman	<b>-,276(**)</b>	-,047	<b>,187(**)</b>
Tengo feedback sobre mi trabajo.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	,083	<b>,001</b>
	Rho de Spearman	<b>-,364(**)</b>	-,111	<b>,254(**)</b>
Puedo recurrir a mi tutor principal cuando me surge una duda.	<i>p</i> K-W	<b>,001</b>	,108	<b>,015</b>
	Rho de Spearman	<b>-,264(**)</b>	-,003	<b>,231(**)</b>
Mi tutor principal es accesible.	<i>p</i> K-W	,252	,849	,285
	Rho de Spearman	<b>-,174(**)</b>	,044	<b>,153(*)</b>
Mi tutor principal está implicado en la supervisión.	<i>p</i> K-W	<b>,005</b>	,846	<b>,017</b>
	Rho de Spearman	<b>-,235(**)</b>	-,055	<b>,198(**)</b>
Los tutores de rotación resuelven mis dudas.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,001</b>	<b>,030</b>
	Rho de Spearman	<b>-,285(**)</b>	<b>-,153(*)</b>	<b>,165(*)</b>
Puedo recurrir a mi tutor principal cuando estoy agobiado.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	,984	<b>,004</b>
	Rho de Spearman	<b>-,276(**)</b>	-,003	<b>,231(**)</b>
Los tutores de rotación supervisan mi trabajo.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,049</b>	<b>,019</b>
	Rho de Spearman	<b>-,317(**)</b>	-,085	<b>,153(*)</b>

---

**AJUSTE DE RESPONSABILIDAD**

Tengo los conocimientos adecuados para realizar mi trabajo.	<i>p</i> K-W	,117	,098	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	-,120	-,112	<b>,319(**)</b>
Sé lo que tengo que hacer en cada momento.	<i>p</i> K-W	<b>,044</b>	,135	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,133(*)</b>	-,082	<b>,323(**)</b>
Se me hace explícito lo que se espera de mí.	<i>p</i> K-W	<b>,011</b>	,051	<b>,017</b>
	Rho de Spearman	<b>-,187(**)</b>	<b>-,131(*)</b>	<b>,205(**)</b>
Tengo demasiada carga asistencial.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,011</b>	,085
	Rho de Spearman	-,102	-,087	,007
Tengo un nivel de responsabilidad acorde a mi año de residencia.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	,230	,052
	Rho de Spearman	<b>-,260(**)</b>	-,071	<b>,141(*)</b>
Puedo participar activamente en la actividad asistencial.	<i>p</i> K-W	,456	,198	<b>,004</b>
	Rho de Spearman	,088	,021	,122
Tengo tiempo suficiente para realizar mis tareas en el trabajo.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	,166	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,360(**)</b>	-,108	<b>,268(**)</b>
Trabajo bajo presión.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	,068	,362
	Rho de Spearman	<b>-,160(*)</b>	-,077	,040
Tengo muy poca libertad para decidir cómo realizar mi trabajo.	<i>p</i> K-W	<b>,029</b>	,530	,342
	Rho de Spearman	<b>-,163(*)</b>	-,069	,026

---

---

DOCENCIA Y ROTACIONES

Estoy satisfecho con la formación teórica recibida.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,014</b>	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,341(**)</b>	<b>-,170(**)</b>	<b>,293(**)</b>
Estoy satisfecho con las rotaciones realizadas.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,026</b>	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,377(**)</b>	<b>-,162(*)</b>	<b>,276(**)</b>
Estoy informado de los objetivos de las rotaciones.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,029</b>	<b>,005</b>
	Rho de Spearman	<b>-,300(**)</b>	<b>-,167(**)</b>	<b>,228(**)</b>
Estoy satisfecho con la docencia recibida.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,079</b>	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,368(**)</b>	<b>-,148(*)</b>	<b>,292(**)</b>

POSIBILIDAD DE INVESTIGACIÓN

En mi servicio tengo posibilidades de realizar actividades de investigación.	<i>p</i> K-W	<b>,011</b>	<b>,139</b>	<b>,019</b>
	Rho de Spearman	<b>-,189(**)</b>	<b>-,118</b>	<b>,178(**)</b>
Se me facilita realizar actividades científicas.	<i>p</i> K-W	<b>,012</b>	<b>,147</b>	<b>,004</b>
	Rho de Spearman	<b>-,223(**)</b>	<b>-,128(*)</b>	<b>,206(**)</b>
Puedo acceder a los recursos necesarios para realizar actividades científicas.	<i>p</i> K-W	<b>,005</b>	<b>,041</b>	<b>,090</b>
	Rho de Spearman	<b>-,199(**)</b>	<b>-,163(*)</b>	<b>,160(*)</b>

AMBIENTE LABORAL

En mi servicio se trabaja en equipo.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,367</b>	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,319(**)</b>	<b>-,060</b>	<b>,294(**)</b>
Considero que hay buen ambiente en mi servicio.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,174</b>	<b>,002</b>

---

	Rho de Spearman	<b>-,284(**)</b>	-,069	<b>,240(**)</b>
La colaboración entre adjuntos y residentes es fluida.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,041</b>	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,335(**)</b>	-,098	<b>,318(**)</b>
Me llevo bien con mis compañeros.	<i>p</i> K-W	<b>,039</b>	,129	<b>,002</b>
	Rho de Spearman	<b>-,298(**)</b>	<b>-,146(*)</b>	<b>,306(**)</b>
<b>APOYO ENTRE RESIDENTES</b>				
Puedo recurrir a otros residentes cuando necesito ayuda.	<i>p</i> K-W	<b>,008</b>	,273	<b>,045</b>
	Rho de Spearman	<b>-,244(**)</b>	<b>-,199(**)</b>	<b>,186(**)</b>
Puedo recurrir a otros residentes para solucionar dudas.	<i>p</i> K-W	<b>,045</b>	,152	,270
	Rho de Spearman	<b>-,186(**)</b>	<b>-,173(**)</b>	<b>,190(**)</b>
La colaboración entre residentes es fluida.	<i>p</i> K-W	<b>,003</b>	,220	<b>,024</b>
	Rho de Spearman	<b>-,198(**)</b>	<b>-,139(*)</b>	<b>,213(**)</b>
Tengo que hacerme cargo de mis R pequeños.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,007</b>	,900
	Rho de Spearman	<b>-,276(**)</b>	<b>-,209(**)</b>	,038
<b>SATISFACCIÓN CON LA RESIDENCIA</b>				
Estoy satisfecho con el sistema formativo.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,020</b>	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,475(**)</b>	<b>-,155(*)</b>	<b>,357(**)</b>
Estoy satisfecho con la especialidad elegida.	<i>p</i> K-W	<b>,003</b>	<b>,023</b>	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,338(**)</b>	<b>-,198(**)</b>	<b>,366(**)</b>
Estoy satisfecho con el lugar elegido para realizar mi especialidad.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>

	Rho de Spearman	<b>-,513(**)</b>	<b>-,247(**)</b>	<b>,296(**)</b>
Con la formación recibida podré realizar mi trabajo de forma competente.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	,121	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,307(**)</b>	-,103	<b>,412(**)</b>
Obtengo reconocimiento por mi trabajo.	<i>p</i> K-W	<b>,000</b>	<b>,002</b>	<b>,000</b>
	Rho de Spearman	<b>-,385(**)</b>	<b>-,142(*)</b>	<b>,394(**)</b>
El sueldo que percibo es adecuado.	<i>p</i> K-W	<b>,037</b>	,062	,109
	Rho de Spearman	<b>-,154(*)</b>	,017	,048

*Nota: Valores significativos en negrita.*

**\*\*** *La correlación es significativa al nivel 0,01(bilateral).* **\*** *La correlación es significativa al nivel 0,05(bilateral).*

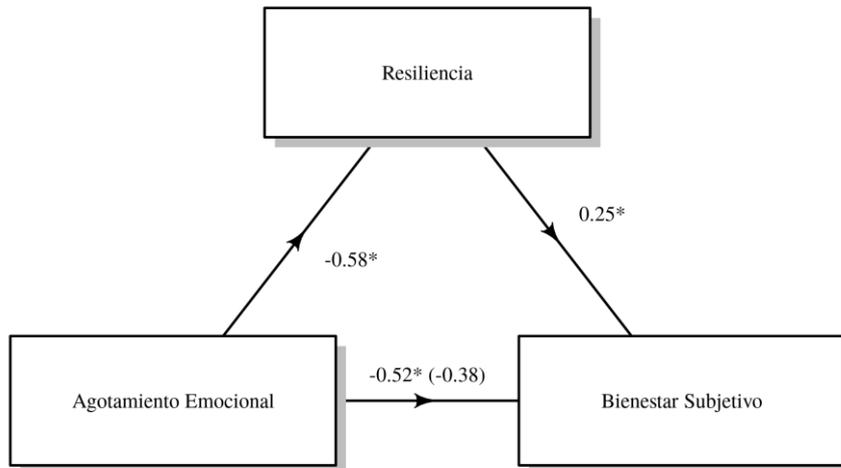
En la segunda hipótesis planteábamos que se hallaría una relación negativa entre el nivel de resiliencia y la probabilidad de desarrollar burnout. Esta relación se ha confirmado en función de los resultados expuestos en la tabla 13, donde se recogen las correlaciones halladas entre las tres dimensiones de burnout, burnout total, bienestar subjetivo y resiliencia, la confirmaron. La subescala de *Agotamiento emocional* tuvo una elevada correlación negativa con *Realización personal*, bienestar subjetivo y resiliencia. En cambio, *Realización personal* correlacionó de manera directa con bienestar subjetivo y resiliencia ( $r = ,50; p < ,01$  y  $r = ,56; p < ,01$ ).

**Tabla 13.** Correlaciones entre burnout y sus tres dimensiones, resiliencia y bienestar subjetivo.

	Burnout	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal	Bienestar Subjetivo	Resiliencia
Burnout	--					
Agotamiento Emocional	,78(**)	--				
Despersonalización	,74(**)	,56(**)	--			
Realización Personal	,13	-,43(**)	-,23(**)	--		
Bienestar Subjetivo	-,20(**)	-,49(**)	-,23(**)	,50(**)	--	
Resiliencia	,04	-,30(**)	-,09	,56(**)	,56(**)	--

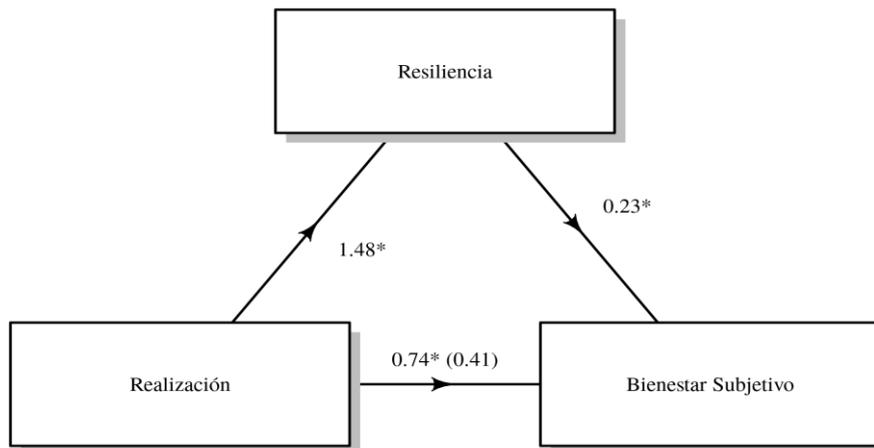
\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Dados los resultados del análisis de correlaciones se procedió a realizar el análisis del modelo de mediación para comprobar el papel mediador de la resiliencia entre el *Agotamiento emocional* y la *Realización personal* (variable independiente) y el bienestar subjetivo (variable dependiente) y se comprobó su significación con el test de Sobel. En la figura 3 podemos confirmar el papel mediador de la resiliencia ya que el efecto del agotamiento sobre el bienestar subjetivo pasa de  $-0,52$  ( $p < ,001$ ) a  $-0,38$  ( $p < ,001$ ).



**Figura 3.** Resiliencia como variable mediadora entre Agotamiento Emocional y Bienestar Subjetivo ( $p < 0,001$ )

Además, el efecto de la *Realización personal* disminuye por mediación de la resiliencia de  $0,74$  ( $p < ,001$ ) a  $0,41$  ( $p < ,001$ ) (ver figura 4).



**Figura 4.** Resiliencia como variable mediadora entre Realización Personal y Bienestar Subjetivo ( $p < 0,001$ )

Mediante el test de Sobel, en el caso del *Agotamiento emocional*  $z = -4,265$  ( $p < ,001$ ) y para la *Realización personal*  $z = 5,504$  ( $p < ,001$ ), se confirmó la existencia de mediación parcial en los dos modelos expuestos.

Con respecto a los análisis mediacionales donde los factores laborales fueron las variables independientes, los errores autopercebidos la variable dependiente y el burnout el mediador, se encontraron los siguientes resultados que contribuyen a avalar la tercera y cuarta hipótesis. En el caso de la variable ajuste de responsabilidad ( $z = -1,96$ ,  $p = ,049$ ), apoyo entre residentes ( $z = -2,25$ ,  $p = ,025$ ), docencia y rotaciones ( $z = -2,27$ ,  $p = ,023$ ) y satisfacción con la especialidad ( $z = -2,46$ ,  $p = ,014$ ) se alcanzó significación estadística, por lo que el burnout media entre estas variables y los errores autopercebidos. En el caso del apoyo entre residentes y satisfacción con la residencia se obtuvo una mediación

completa, y en responsabilidad y docencia y rotaciones una mediación parcial. En el caso de supervisión ( $z = -1,88, p = ,061$ ) y ambiente laboral ( $z = -1,70, p = ,089$ ), si bien se encontraron cerca del nivel fijado, no resultaron estadísticamente significativas, confirmándose la no existencia de mediación. También se rechazó la mediación para el factor investigación ( $z = -1,63, p = ,101$ ) (véase tabla 14).

**Tabla 14.** Resultados de los efectos de los factores laborales sobre los errores mediado por el burnout.

Mediador	X->Y		X->M		M->Y		R <sup>2</sup>
	$\beta$ (EE)	IC	$\beta$ (EE)	IC	$\beta$ (EE)	IC	
VI: Supervisión							
Burnout	-0,14(,04)	[-,22,,06]	-0,20(,09)	[-,36,-,03]	0,10(,03)	[,04,,16]	,022
<b>VI: Ajuste de Responsabilidad</b>							
Burnout	-0,26(,08)	[-,41,-,11]	-0,40(,16)	[-,72,-,08]	0,10(,03)	[,04,,16]	,101
<b>VI: Docencia-Rotaciones</b>							
Burnout	-0,31(,09)	[-,48,-,13]	-0,64(,18)	[-,99,-,28]	0,09(,03)	[,03,,15]	,103
VI: Posibilidades de Investigación							
Burnout	-0,22(,09)	[-,40,-,04]	-0,37(,20)	[-,75,,02]	0,11(,03)	[,05,,17]	,079
VI: Ambiente laboral							
Burnout	-0,21(,08)	[-,37,-,05]	-0,34(,18)	[-,69,,00]	0,11(,03)	[,05,,16]	,082
<b>VI: Apoyo entre residentes</b>							
Burnout	-0,20(,11)	[-,41,,01]	-0,66(,22)	[-1,09,-,24]	0,10(,03)	[,04,,16]	,038
<b>VI: Satisfacción con la residencia</b>							
Burnout	-0,09(,07)	[-,22,,05]	-0,51(,15)	[-,78,-,23]	0,11(,03)	[,04,,17]	,063

*Nota: Modelos significativos en negrita.*

*X = Variable Independiente; M = Mediador; Y = Variable Dependiente; EE = Estimaciones Estándar*

## Discusión

### Principales Hallazgos e Interpretación

Nuestro primer estudio supuso un acercamiento inicial al estado general de los residentes en relación con el burnout. Con la segunda investigación tratamos de profundizar en este conocimiento, ampliando la muestra recogida (incluyendo más especialidades) y las variables intervinientes tanto en el burnout como en el bienestar de los residentes.

Tal y como se planteó en nuestra primera hipótesis al inicio del estudio, los participantes obtuvieron puntuaciones indicativas de un elevado nivel de burnout tanto en la escala global como en sus subescalas con un nivel alto de *agotamiento emocional* y *despersonalización* y bajo de *realización personal*. Por otro lado, sólo un 30 % de la muestra aproximadamente refirió una sensación de bienestar considerada como alta.

Este resultado avala y contribuye a la literatura especializada sobre burnout en residentes de distintas especialidades y ámbitos geográficos (Baer et al., 2017; Delgado et al., 2020; Fonseca et al., 2010), en las cuales se pone de manifiesto el alto nivel de burnout existente entre los profesionales de sanidad y entre los residentes, así como sus consecuencias (depresión, ansiedad, irritabilidad, abuso de sustancias, abandono de la profesión, peor calidad de vida y cuidados, etc.) (Cazolari et al., 2020; Fox et al., 2018; Molodynski et al., 2020; Moreno-Jiménez et al., 2012; Vargas et al., 2014). Esto podría sugerir, acorde a como indicaban Maslach y Leiter (2016), que la mayoría de los residentes tienen una pérdida progresiva de energía y recursos personales de adaptación, manifiestan estar desbordados a nivel afectivo, desarrollan actitudes y sentimientos que llevan a distanciarse de los problemas y de las personas que atienden, etc.

Se ha demostrado que, a medida que se va avanzando en la formación sanitaria especializada a través de los años, también se incrementa el nivel de burnout, terminando la residencia, es decir, iniciándose en el papel de especialista con toda la responsabilidad legal y moral que eso supone, con un nivel de malestar elevado (Eckleberry-Hunt et al., 2009). Esta tendencia también se confirmó en nuestra investigación ya que se observó un deterioro del bienestar y una mayor puntuación en las diferentes escalas del burnout y del burnout global a medida que aumenta el año de residencia, por otro lado, el nivel de realización disminuyó.

Así, la adquisición de más experiencia, responsabilidad y autonomía sin una adecuada supervisión ni un contexto formativo adecuado, podría suponer un deterioro en el bienestar de la persona y hacer, a su vez, que los nuevos profesionales comiencen su andadura como especialistas con un nivel de burnout elevado (Dewa et al., 2014; Mercedes et al., 2017; Prendergast et al., 2016; Žutautienė et al., 2020). Esto fue más notable en las especialidades médicas y médico quirúrgicas según nuestros resultados, hecho que está en sintonía con la evidencia previa (Low et al., 2019) posiblemente debido a la mayor frecuencia de situaciones de alta dificultad, presión e incertidumbre que experimentan los residentes de cirugía a lo largo de su periodo formativo.

Este hecho es el que ha motivado que, en los últimos años, el foco principal de los estudios sobre burnout en residentes se haya centrado en determinar aquellos factores que influyen en el desarrollo o en la prevención del burnout (Palacio et al., 2020; Panagioti et al., 2017) así como los posibles indicadores a nivel institucional que contribuyan a mejorar el entorno laboral de los residentes, lo cual supondría una reducción importante de los niveles de burnout y una mejora en la calidad asistencial (Molodynski et al., 2020; Pharasi y Patra, 2020; Zubairi y Noordin, 2016; Žutautienė et al., 2020).

Entre tales factores para el desarrollo del burnout se encuentran la alta presión asistencial, la inseguridad en el trabajo y la falta de supervisión y apoyo entre compañeros de trabajo (Žutautienė et al., 2020). Cabe señalar que estos aspectos ya habían comenzado a sugerirse en las primeras investigaciones realizadas por Maslach (1971).

Baste recordar los hallazgos obtenidos en un estudio realizado con trabajadores del ámbito de salud mental en el que se ponía de manifiesto el deterioro del rendimiento laboral y de las relaciones interpersonales en profesionales con un alto ratio de pacientes a los cuales atender o con un exceso de horas de trabajo y falta de descanso (Pines y Maslach, 1978). Asimismo, hacían referencia a la importancia del trabajo en equipo y de compartir la carga laboral para, en este caso, la prevención del burnout. Observaron que la prevención también se relacionó con mayor libertad de expresión y sensación de bienestar y seguridad en uno mismo (Pines y Maslach, 1978). Parece, por tanto, que es un tema relevante para los investigadores en el último medio siglo.

En este sentido, y confirmando nuestra hipótesis sobre la influencia de los factores laborales y contextuales en el nivel de bienestar y burnout de los residentes, encontramos que el alto nivel de este último no se asoció con variables personales como el sexo, la edad, la procedencia o el estado civil (Block et al., 2013), y sí obtuvimos resultados interesantes sobre la influencia de los factores laborales que dependen de la estructura y cultura de la organización estudiados al encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de burnout de los residentes de nuestra muestra. Constatada dicha vinculación en este estudio, se pretendió contribuir al conocimiento de estos factores con una muestra de residentes españoles.

Aquellos profesionales que manifestaron alto burnout tuvieron, entre otras, peor puntuación en el nivel de supervisión, en adecuación de responsabilidad y en satisfacción con la especialidad. En concreto, a través del cuestionario *ad hoc*, se comprobó que

existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de agotamiento emocional en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad e implicación del tutor principal y de rotación, así como en el ajuste de responsabilidad al año de residencia, la sobrecarga laboral y el hacer explícitas las funciones correspondientes a cada momento en la residencia. También se encontraron diferencias en los ítems que valoraban el trabajo en equipo, la colaboración, la relación fluida entre el tutor y el residente y los propios compañeros y el ambiente laboral. Es decir, la mayoría de los ítems de cada categoría resultaron útiles para discernir entre aquellos aspectos en los que difieren los residentes según su puntuación en la escala de agotamiento emocional.

Se ha comprobado que en los ítems de la categoría supervisión y ajuste de responsabilidad relacionados con la percepción de control y de apoyo por parte del tutor como por ejemplo: “Tengo feedback sobre mi trabajo”, “Mi tutor principal está implicado en la supervisión”, “Los tutores de rotación resuelven mis dudas”, “Tengo los conocimientos adecuados para realizar mi trabajo” y “Sé lo que tengo que hacer en cada momento” se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de realización personal y se relacionaron de manera positiva con esta subescala. Otros elementos en los que se obtuvieron los mismos resultados, son la mayoría de los incluidos en docencia y rotaciones, posibilidades de investigación, ambiente laboral, apoyo entre residentes y satisfacción con la residencia. Estos resultados podrían sugerir que la tutorización y la buena relación de colaboración y apoyo con los compañeros contribuyen a una mejora en el autoconcepto y en la confianza de que los conocimientos y actuaciones son adecuados en la práctica diaria.

Por otro lado, no hemos hallado resultados significativos en la relación de nuestros ítems con la subescala de despersonalización, por lo que en un futuro proceso de validación del cuestionario este sería un aspecto relevante a considerar para encontrar

otros factores relacionados con el desarrollo del distanciamiento emocional de los pacientes.

En otros estudios con residentes estas variables venían recogidas a través de preguntas abiertas (Luthy et al., 2004), cuestionarios generales de satisfacción laboral (Msaouel et al., 2010) o de escalas específicas de empatía, clima laboral o compromiso con el trabajo (Lases et al., 2019), sin embargo no existe hasta el momento un cuestionario validado en los residentes que aborde estos aspectos tan relevantes en el periodo de residencia. En nuestro estudio, con el cuestionario *ad hoc* expuesto, pretendemos contribuir a la creciente literatura especializada mediante la que se trata de profundizar en estas variables para validar un cuestionario adecuado a la población de estudio.

Estos resultados se relacionan, a su vez, con el modelo del Maslach y Leiter (2008) ya que las categorías incluidas en el cuestionario *ad hoc* responden a las seis fuentes de burnout indicadas por estos autores. Por ejemplo, la sobrecarga de trabajo y la falta de control vienen especialmente reflejados en la categoría de ajuste de responsabilidad en ítems como “Trabajo bajo presión” o “Tengo muy poca libertad para decidir cómo realizar mi trabajo” o, lo contrario, “Sé lo que tengo que hacer en cada momento”. En estos casos, entre otros, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, lo que nos puede sugerir que son elementos adecuados para medir estos aspectos. La insuficiente recompensa y reconocimiento, ruptura con la comunidad, injusticia por parte de la administración y conflicto de valores, vienen recogidos de manera transversal en todas las categorías del cuestionario *ad hoc*. Algunos ejemplos son “La colaboración entre adjuntos y residentes es fluida”, “Puedo recurrir a mi tutor cuando estoy agobiado”, “Obtengo reconocimiento por mi trabajo”, etc. Junto a otros ítems, mostraron las diferencias entre los residentes que sí obtenían dicho reconocimiento y apoyo y los que no.

Igualmente importantes son los datos hallados sobre las diferencias existentes en lo relativo a los errores autopercebidos entre los grupos de burnout, es decir, los residentes con elevado burnout puntuaban más alto en los ítems referidos a la percepción de errores y actitudes negativas en el trabajo. Por ejemplo, afirmaban haber dado altas antes de lo recomendable, no haber proporcionado información detallada ni dedicado tiempo a la toma de decisiones de los pacientes o haber cometido errores en la medicación o en la evaluación y diagnóstico de los pacientes.

Al examinar el papel de las guardias, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la muestra del 2019 en relación con nivel de burnout y la realización de guardias. Es decir, puntuaban en alto burnout aquellos que realizaban guardias. Creemos, en consonancia con la investigación de Fonseca (2010), que la realización de guardias supone un potencial riesgo para el desarrollo de burnout en residentes al implicar un mayor número de horas de trabajo y la posibilidad de vivir situaciones de alta presión asistencial, de urgencia en la toma de decisiones, de exigencia por parte de los pacientes y familiares, de falta de descanso o de bajo control de lo que ocurre.

A este respecto, la no libranza de guardias sería un añadido en la sobrecarga laboral, sin embargo, en nuestro estudio no hemos encontrado diferencias entre los residentes que las libraban y las que no. Está ampliamente demostrado en la literatura especializada cómo afecta el exceso de horas de trabajo y la no libranza de guardias a la salud física y mental de los residentes (Block et al., 2013; Jaulin et al., 2021; Martínez et al., 2007), por lo que creemos necesario ahondar en esta cuestión en futuras ocasiones en el caso de residentes españoles dado que con los datos de nuestro estudio no se pueden arrojar conclusiones definitivas.

En esta línea se observó que aquellos residentes con un alto nivel de bienestar subjetivo refirieron tener tutores accesibles y a los que recurrir, tenían un nivel de responsabilidad adecuado a su nivel de formación, estaban satisfechos con la docencia y las rotaciones así como con las posibilidades de investigación. También afirmaban tener un ambiente laboral agradable, sensación de apoyo por parte de los compañeros y una satisfacción general con la especialidad y el hospital elegido para realizar la residencia. Por tanto, según lo esperado, coincidimos con las investigaciones realizadas hasta el momento sobre la importancia de tener en cuenta todos estos aspectos relacionados con el clima y la calidad del aprendizaje (Lases et al., 2019; Laws et al., 2019).

En consecuencia, con nuestros resultados, nos situamos dentro del modelo mencionado en la primera parte de la Tesis de demandas y recursos ya que, por un lado, diferenciamos las condiciones laborales que pueden llevar a un alto nivel de burnout (falta de sensación de control sobre la tarea, alta presión asistencial, no ajuste en el grado de responsabilidad o realización de guardias) y, por otro, los recursos y oportunidades que pueden conllevar a una sensación de bienestar (supervisión adecuada, apoyo entre compañeros, trabajo en equipo o satisfacción con la especialidad) (Bakker et al., 2014). Desde este modelo se describe el burnout como un producto del desequilibrio entre las demandas y los recursos, en este caso, de una alta demanda laboral y recursos escasos (Zis et al., 2014). Por el contrario, una alta demanda laboral balanceada con una amplia cantidad de recursos produce una mayor motivación en el trabajador y capacidad de afrontamiento (Bakker et al., 2010).

Otra evidencia más de la relevancia de fomentar la tutorización, un clima de colaboración y apoyo, una adquisición de autonomía progresiva y de sensación de control y seguridad, es la relación entre los factores objeto de análisis constatados mediante el análisis correlacional.

En primer lugar, se realizó el análisis de correlaciones entre las variables burnout, factores laborales y errores autopercebidos, donde el burnout se relacionaba de manera inversa con todos los factores laborales y de manera directa con los errores autopercebidos. De igual manera, los factores laborales se relacionaban de forma inversa con los errores autopercebidos, es decir, cuanto peor era la puntuación el nivel de supervisión, ajuste de responsabilidad, apoyo entre compañeros, etc., mayor era en los ítems de errores autopercebidos.

En base a nuestros hallazgos se confirma la hipótesis planteada y se respalda que un alto nivel de *agotamiento emocional* y *despersonalización* y un bajo nivel de *realización personal* ponen en riesgo la calidad asistencial, los cuidados y la seguridad de los pacientes y familiares que acuden al sistema sanitario público (Baer et al., 2017; Dewa et al., 2017; Shanafelt et al., 2002).

En ese sentido, convenimos en la importancia de fomentar el cuidado de los residentes en formación como manera de asegurar una mejor atención y una reducción en el número de posibles errores derivados de su praxis (Bodenheimer y Sinsky, 2014). Cuanto más se diseñen e implementen estas estrategias organizativas se percibirá menor nivel de burnout y menos errores, esto es, cuidar estos aspectos supone fomentar un nivel de competencia adecuado, incluyendo competencia emocional, reflexiva, pensamiento crítico y valores, que permitirán afrontar las dificultades de la práctica diaria de una manera más eficaz (Laws et al., 2019; Monteiro et al., 2020; Willems et al., 2018).

En segundo lugar, se estudió la correlación entre el burnout y sus tres dimensiones, la resiliencia y el bienestar subjetivo. A partir del resultado de este análisis en nuestros participantes se podría indicar la importancia de las variables psicológicas estudiadas (resiliencia y bienestar subjetivo) en un mejor estado de salud de los residentes ya que se observaron relaciones negativas entre estas y las subescalas de *Agotamiento emocional* y

*Despersonalización* y una fuerte relación positiva con la *Realización personal*. De nuevo confirmamos las hipótesis iniciales y coincidimos con los hallazgos de la literatura especializada en cuanto a cómo se relacionan estas variables (Maroto, 2014). La resiliencia influye directamente en los niveles de burnout y de bienestar, relacionándose con altos niveles de compromiso, persistencia y esfuerzo (Nituica et al., 2021; Olson et al., 2015).

En publicaciones recientes se pone de manifiesto la relación entre el *mindfulness*, el burnout y la resiliencia, mostrando intervenciones realizadas con residentes basadas en *mindfulness* que reducían los niveles de burnout en los especialistas en formación (Montero-Marin et al., 2015, 2016; Oró et al., 2021). Esta relación podría explicarse en base a los componentes del *mindfulness* relativos a la aceptación, autocompasión, defusión cognitiva, etc., los cuales han sido ampliamente utilizados en diferentes contextos como una buena herramienta de gestión emocional y bienestar (Holland et al., 2022; Lindsay y Creswell, 2019). Por esto parece lógico pensar que el *mindfulness* resulta de gran utilidad para fomentar la resiliencia y por tanto para reducir el nivel burnout.

Sin embargo, no sería la única vía, ya que existen otras investigaciones en las que se sugieren variables a tener en cuenta e intervenciones que han resultado ser efectivas a la hora de aumentar el nivel de resiliencia en residentes, a saber, aquellas basadas en la regulación emocional y cambio en condiciones laborales (Martín-Brufau et al., 2020), en fomentar las relaciones interpersonales y pertenencia a una comunidad de apoyo (Holtzclaw et al., 2021; Perry et al., 2021) o en el autocuidado (Winkel et al., 2018).

Estos hallazgos son congruentes con el hecho de que la residencia supone un proceso de aprendizaje complejo en el que intervienen numerosas variables y en el que, en general, no se tiene en cuenta que el residente se enfrenta a situaciones nuevas estresantes, a la asunción de un gran nivel de responsabilidad y a otros cambios. Así, el

bienestar de los residentes no sólo puede ser entendido y atendido a través de intervenciones dirigidas a capacidades o cualidades intrínsecas de las persona (como en el caso de la resiliencia), sino que debe tener en cuenta la interacción entre el ambiente de aprendizaje/laboral (apoyo entre compañeros, supervisión o las horas de trabajo) y la persona (Msheik-El Khoury et al., 2021) dada la evidencia de que el burnout puede potenciar la aparición de un bajo nivel de bienestar subjetivo debido a la sobrecarga laboral (Jia et al., 2021).

De esta manera, si no se atiende al desarrollo de competencias personales como la búsqueda de autonomía y criterio propio, a la intervención sobre posibles desajustes emocionales, así como a la optimización de habilidades de afrontamiento y mecanismos de adaptación al entorno, y no sólo a aspectos meramente asistenciales, se podría perpetuar la situación de desgaste de los profesionales (IsHak et al., 2009; Swensen y Shanafelt, 2017; Willems et al., 2018).

La salud mental de los profesionales no depende sólo de estar atentos a los factores de riesgo para minimizar su impacto, sino de potenciar los factores de protección como herramientas de apoyo, por tanto, la alta demanda y presión laboral no supondrían tanto problema para el residente cuando existen recursos de ayuda adecuados y suficientes (Bakker et al., 2010).

A través del modelo de mediación, se ha comprobado que la resiliencia media, aunque parcialmente, la asociación entre niveles de realización personal y bienestar, resultados que apoyan los hallazgos de estudios previos (Maroto, 2014). Encontramos que el efecto de la realización personal sobre el bienestar disminuye, sugiriendo, probablemente que el bienestar subjetivo viene explicado tanto por sentirse realizado como por la capacidad de hacer frente a la adversidad de manera adecuada.

De igual manera, en cuanto al agotamiento emocional, se observó una disminución considerable de su efecto sobre el bienestar subjetivo una vez considerada la resiliencia en el modelo, es decir, la resiliencia amortigua el efecto del subcomponente del burnout sobre el bienestar subjetivo. Esto confirma, por consiguiente, la hipótesis relativa a la importancia que desempeña la resiliencia en el afrontamiento del burnout (Shakir et al., 2020).

Consecuentemente, la presencia de la resiliencia podría estar intermediando, en parte, en el efecto negativo de una baja realización personal sobre el bienestar de los residentes. Al ser una mediación parcial debemos considerar qué otras variables pueden estar explicando tal relación, por lo que sería un objetivo interesante para futuras investigaciones centradas en los especialistas en formación.

No hemos encontrado resultados estadísticamente significativos en relación con la dimensión despersonalización; no obstante, los niveles de esta subescala en nuestra muestra eran altos, lo cual indica un elevado nivel de malestar. Además, en estudios previos con otros grupos de profesionales sí se ha encontrado dicha mediación (Arrogante, 2014b; Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2017), por lo tanto, en futuras investigaciones se debería profundizar en el análisis de esta cuestión.

Estos hallazgos están en sintonía con estudios anteriores en los que se propone la resiliencia como una herramienta eficaz para desarrollar sentido de competencia, de autonomía y control así como para la búsqueda de metas y de superación, motivación para aprender y seguir adelante, etc., y se demuestra su asociación con mayor bienestar de los residentes y su efecto beneficioso en la reducción de aspectos relacionados con el burnout, como el *agotamiento emocional* y la *baja realización personal* en el trabajo (Berger y Waidyaratne-Wijeratne, 2019; Raj, 2016). Por consiguiente, no sólo consideraríamos la resiliencia como una característica psicológica que ayuda a mejorar la salud mental, sino

como aquella que facilita amortiguar o minimizar las consecuencias negativas del burnout (Arrogante, 2014b).

Esto ha promovido el diseño de programas de intervención como es el caso del marco de competencias de los profesionales de Canadá de 2015 (Frank et al., 2015) y de la Academia de Medicina Americana en 2017 (American Medical Association, s. f.), donde se proporcionan planes de estudios que incluyen módulos orientados a promover la resiliencia y la prevención del burnout. De esta forma, se pone de relieve la responsabilidad de las instituciones a la hora de contribuir al bienestar, de manera individual y en equipo, a través de iniciativas que permitan un equilibrio trabajo-vida más sostenible. El objetivo principal sería crear un espacio donde desarrollar, enriquecer y mantener el potencial humano (Mahmoud y Rothenberger, 2019).

En la línea del estudio realizado por Msheik-El Khoury et al. (2021) respecto a los factores laborales, a través de los análisis mediacionales se ha comprobado que el burnout media entre casi todos los factores laborales estudiados y los errores. Esto implicaría una cierta disminución de la capacidad de prevención de los primeros y el aumento de la probabilidad de que surjan errores y actitudes negativas hacia los pacientes. Igualmente, podemos entender que estas variables pueden amortiguar, en parte, la aparición del burnout derivado de otras condiciones laborales antes mencionadas.

Existió mediación completa en el caso de la satisfacción con la especialidad y el apoyo entre residentes, indicando que quizás estas variables, aun siendo importantes, no son suficientes para amortiguar el efecto del burnout. De nuevo esto es congruente con el modelo de demandas y recursos, así, el apoyo y la satisfacción con la especialidad estarían relacionados en mayor medida con el bienestar dentro de la exigencia y la presión de la labor sanitaria. Es decir, los residentes que perciben apoyo por parte de los tutores y los

compañeros, se sienten más seguros y con capacidad de hacer frente a las tensiones laborales (Msheik-El Khoury et al., 2021).

Cabe recordar que las situaciones a las que se deben enfrentar los residentes de especialidades sanitarias conllevan un sufrimiento inherente y la necesidad de poner en marcha estrategias de afrontamiento y de regulación emocional aun en situaciones ideales en términos institucionales (Nituica et al., 2021). La mediación parcial en la satisfacción con la docencia y las rotaciones así como en el ajuste de responsabilidad, sugieren que hay otros aspectos aun por estudiar que median en esta relación. Creemos que la supervisión y el ambiente laboral, aun no habiendo resultado significativas en este estudio, son cruciales para la detección precoz del burnout y para capacitar al residente para la práctica diaria (Willems et al., 2018).

La influencia de variables como la privación de sueño, el cuidado de la vida personal, la libranza de guardias y la retroalimentación de los residentes sobre su plan de estudios, deberían ser estudiadas conjuntamente a las variables de este estudio en futuras investigaciones para fomentar políticas de trabajo globales y que permitan una mejor transición de estudiante a trabajador (Busireddy et al., 2017; Lee et al., 2020; Velasco et al., 2019; Willems et al., 2018).

Con todo esto podemos afirmar que la formación de especialistas supone un gran reto para las instituciones al tener que abordar diversos factores implicados. Resulta de sumo interés formar a tutores, incidiendo en la organización de programas concretos, así como en la formación académica y en capacidad crítica de los residentes. En este sentido, Ha et al. (2020) señalan que establecer una adecuada relación tutor-residente puede aliviar las tensiones propias del periodo formativo en los primeros años. A su vez, esta relación sentaría la base de apoyo para los años posteriores en las que los que el nivel de

responsabilidad adquirido aumenta en paralelo a la tensiones de la situación, exigencias, etc. (Ha et al., 2020).

Consideramos que algunas de las características más importantes de un tutor son que sea accesible, que atienda a las necesidades del residente, que oriente sobre cómo está realizando su trabajo, etc., para favorecer una mejor adaptación del especialista en formación y un menor nivel de burnout. La figura del tutor es muy relevante en el afrontamiento de situaciones difíciles a nivel técnico y emocional ya que proporciona un nivel de seguridad al residente y reducción de la incertidumbre que le impulsa al desarrollo de sus competencias, habilidades de manejo de situaciones, toma de decisiones complicadas y sobretodo, consecución de autonomía progresiva en un ambiente de elevada exigencia y presión como es el sanitario.

Así mismo, y como se ha comprobado en nuestros estudios, un ajuste adecuado del nivel de responsabilidad al año formativo también se relaciona con un menor nivel de burnout. Aquellos que se encuentran con una elevada carga asistencial y número de horas de trabajo corren el riesgo de tener que ocuparse de una gestión de las situaciones que puede que sobrepasen sus capacidades generando temor, angustia, posibles errores médicos, menor productividad y desgaste profesional y en las relaciones (Block et al., 2013; Bochatay y Bajwa, 2020; Zis et al., 2014).

Nuestros resultados se suman a la línea de investigación existente sobre la prevención del burnout y sus consecuencias a través de medidas que implican a la organización, a los tutores y a los propios compañeros, como en el estudio de Žutautienė et al. (2020). Por tanto, la investigación abre camino a más estudios en los que se profundice en la formación específica a los tutores (Willems et al., 2018), en la disponibilidad de programas de supervisión estructurados y la evaluación de los mismos (Elmore et al., 2016), en la influencia de diferentes factores laborales para el desarrollo

de políticas públicas y laborales para los profesionales de la salud (Bodenheimer y Sinsky, 2014), así como en el desarrollo de herramientas de prevención de errores y en la formación de una cultura y comunidad de trabajo que acepte la imperfección en el desempeño de las personas para favorecer que se recurra a tutores y compañeros en caso de encontrarse con dilemas y dificultades propias de la profesión (Stangierski et al., 2012).

En relación con ello, Skovholt y Trotter-Mathison (2016) describen el autocuidado continuo para promover el bienestar psicológico como una obligación ética para las profesiones de ayuda, tanto para la vida persona como un elemento prioritario para un adecuado desarrollo del trabajo. Añaden que, cuando uno no es consciente de la propia necesidad de cuidado, el cuidado sobre otros se ve comprometido (Skovholt y Trotter-Mathison, 2016). De este modo, el objetivo final es que los residentes cuenten con un apoyo profesional y personal por parte de la institución que potencien las diferentes intervenciones para reducir el burnout y mejoren la calidad asistencial (Elmore et al., 2016; Lee et al., 2020; Pharasi y Patra, 2020). Es decir, se propone aumentar el bienestar para prevenir o amortiguar el burnout (Shiri et al., 2020). Así, por medio de los factores estudiados se promueve que el sistema sanitario sea un sistema saludable para todos sus integrantes y para los intereses de todos.

En suma, mediante los resultados obtenidos en estos estudios se confirma que existe un problema estructural en relación con cómo está construido el sistema sanitario, el cual hace más probable la aparición de burnout. Por otro lado, con nuestros hallazgos se sugiere la existencia de diversos factores vinculados al ámbito laboral en los que se debe intervenir a objeto de amortiguar el burnout y mejorar la calidad asistencial. De esta manera, consideramos que no podemos descuidar la salud de los que compondrán el futuro sanitario, no sólo por ellos sino también por las posibles consecuencias para los

pacientes. Por tanto, es necesario que en el periodo constante de aprendizaje en el que los residentes se ven inmersos durante cuatro o cinco años de manera formal y el resto de su vida de manera implícita, exista un equilibrio entre la teoría y la práctica, lo técnico y lo emocional, lo profesional y lo personal para un desarrollo integral de los sanitarios.

### **Fortalezas y Limitaciones**

Como puntos fuertes de la investigación destacamos la elección de las escalas. En primer lugar, decidimos utilizar el MBI porque es la encuesta de referencia para determinar el grado de burnout percibido y, como tal, es el instrumento más utilizado en otras investigaciones similares. Creemos que con el uso del MBI se facilita la interpretación de nuestros resultados, especialmente al compararlos con los hallazgos de estudios previos con diferentes muestras. Además, decidimos incluir y diseñar un cuestionario creado *ad hoc* en el que se recogen factores relacionados con el trabajo que son ciertamente más específicos del período de formación de los residentes en España, de manera que nos ha permitido profundizar en la influencia de estos factores concretos.

Consideramos una fortaleza que nuestra investigación es una de las primeras en nuestro país en realizar un estudio exhaustivo de los factores laborales en residentes de diferentes especialidades y es la primera en examinar el papel mediador de la resiliencia en este grupo. También es pionera en explicar el papel mediador del burnout en la relación entre los factores laborales y los errores autopercebidos.

Como limitaciones de este estudio encontramos que no se realizó un muestreo aleatorizado ya que la encuesta fue dirigida a la totalidad de la muestra por lo que habría que, por un lado, ser cautos a la hora de realizar inferencias de nuestros resultados, y, por otro, analizar el sesgo derivado de la tasa de respuesta. En este sentido, debido al bajo nivel de respuesta se dificulta la generalización de resultados. Lamentablemente, la baja

tasa de participación es común y esperable en este tipo de estudios que utilizan cuestionarios online (Aerny-Perreten et al., 2012), no obstante, se ha conseguido una muestra final de residentes lo suficientemente amplia, lo cual ha permitido reportar resultados interesantes y novedosos para este campo de investigación.

Otra limitación es el carácter transversal y no longitudinal del estudio, lo que supone que con los resultados no puedan establecerse relaciones de causalidad.

Además, no se han podido controlar la influencia de otras variables que podrían estar interfiriendo en los niveles de burnout, así como en la percepción de bienestar y la comisión de errores. En el cuestionario elaborado *ad hoc* se recogen las cuestiones consideradas más relevantes del entorno laboral, pero no la totalidad de los mismos.

Para terminar, los resultados se derivan de un cuestionario autoinformado, y, aunque las percepciones de los participantes ofrecen información muy relevante y son importantes fuentes de información, no necesariamente reflejan la realidad objetiva del funcionamiento de una institución. De esta manera, habría que aplicar métodos mediante los que se controlasen estas variables en futuras investigaciones.

### **Futuras Líneas de Investigación**

Convendría replicar los análisis mediacionales en diseños longitudinales en otras muestras de manera que se complete el conocimiento adquirido y se delimiten otras variables que intervengan, por ejemplo, en la relación entre la realización personal, la resiliencia y el bienestar subjetivo. De igual manera, es preciso conocer la complejidad de la interacción de las variables en la comisión de errores y adopción de actitudes negativas hacia los pacientes.

Uno de los aspectos considerados en algunas publicaciones previas ha sido el referido al de la automedicación y consumo de sustancias en residentes (Galaiya et al., 2020). En nuestra encuesta se incluían preguntas relativas al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas así como al consumo de ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos (incluyendo quién realizaba la pauta en este último caso). Sin embargo, creemos que debido al sesgo derivado de la baja tasa de respuesta, no se pueden llegar a conclusiones válidas con los resultados obtenidos, por lo que no se han incluido en la presente Tesis, si bien sería interesante ahondar en ello en futuros estudios.

En nuestra investigación se ha dado una visión general de los residentes y se han estudiado diferencias entre los tipos de especialidades. Podría resultar de interés profundizar en el análisis de estas diferencias entre grupos y entre especialidades concretas en futuros estudios de manera que se delimiten bien aquellos factores que influyen en mayor o menor medida en cada una de ellas.

Además, no se ha encontrado una escala que evalúe los factores laborales más relevantes en el periodo de residencia, utilizándose en esta investigación una elaborada *ad hoc*. Sería interesante proceder a la construcción y validación de un cuestionario mediante el que se puedan evaluar estos factores de manera más exhaustiva, así como conocer si existen diferencias entre hospitales de nuestro país y replicar los resultados en futuras investigaciones.

Por último, la prevención primaria debería ser un objetivo prioritario para las instituciones que se encargan de los programas de formación de especialistas de modo que, no sólo conseguiríamos profesionales con un alto nivel de bienestar sino pacientes satisfechos y con una gran calidad asistencial.

Por un lado, acorde a nuestros resultados, creemos necesario poner en marcha planes de formación de tutores, incidiendo en la organización de programas concretos, así como en la formación académica, en la atención personalizada de las necesidades del residente y en la capacidad crítica.

Por otro lado, desde la propia institución sería imprescindible fomentar el cumplimiento del programa de la especialidad (en cuanto a formación, ajuste del nivel de responsabilidad, evaluación y retroalimentación, entre otros) y el trabajo en equipo para promover la colaboración y apoyo entre compañeros.

En este sentido, incluir en el itinerario formativo de manera sistemática grupos de encuentro entre residentes para generar espacios de escucha y de soporte podría hacer surgir nuevas estrategias de afrontamiento adecuadas y una mayor resiliencia en los especialistas en formación. A pesar de la amplia evidencia sobre la necesidad de implantar medidas preventivas del burnout en residentes, en nuestro país son escasas las investigaciones existentes al respecto, por lo que consideramos necesario seguir investigando en esta dirección para informar sobre el diseño y la implementación de dichos programas y de intervenciones más adecuadas en este tipo de población.

## Conclusiones

- Existe un elevado grado de burnout y, por tanto, un nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización y bajo de realización personal en los residentes. El burnout está relacionado con factores laborales y no tanto con las características sociodemográficas. Así, el alto nivel de burnout no se asoció con variables personales como el sexo, la edad, la procedencia o el estado civil. Al contrario, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de burnout de los residentes ya que aquellos que puntuaban en alto burnout tenían peor puntuación en la calidad de la supervisión, en adecuación de responsabilidad, satisfacción con la docencia, las rotaciones y la especialidad, en el ambiente laboral y apoyo entre residentes. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con grado de burnout y la realización de guardias, siendo aquellos que realizaban guardias lo que puntuaron en alto burnout. Por otro lado, los residentes con alto burnout puntuaban más alto en los ítems referidos a la percepción de errores y actitudes negativas en el trabajo (objetivo específico 1).

- Los residentes de las especialidades médicas y médico-quirúrgicas presentaron un mayor nivel de burnout (objetivo específico 2).

El nivel de burnout de los especialistas en formación se incrementa a medida que se va avanzando en la formación especializada (objetivo específico 2).

- El cuestionario elaborado *ad hoc* para este estudio, que incluye variables relevantes para los residentes, reveló resultados interesantes sobre la asociación

de dichas variables con el burnout y sus subescalas. La mayoría de los ítems mostraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de burnout y las correlaciones fueron negativas para agotamiento emocional y despersonalización y positivas para realización personal. De esta manera, supone un punto de partida para seguir profundizando en el análisis de instrumentos concretos y apropiados para esta población (objetivo específico 3).

- La resiliencia media entre el agotamiento emocional y el bienestar subjetivo y entre la realización personal y el bienestar subjetivo. Estos resultados muestran, en primer lugar, un efecto amortiguador de la resiliencia de los efectos de la subescala del burnout sobre el bienestar subjetivo y, en segundo lugar, que probablemente el bienestar subjetivo viene explicado tanto por sentirse realizado como por la capacidad de hacer frente a la adversidad de manera adecuada.

Ambas mediaciones fueron parciales por lo que habría que concretar otras variables intervinientes en la reducción de dicho impacto (objetivo específico 4).

- El burnout podría constituir la vía (o una de ellas) por la cual el ajuste de responsabilidad, el apoyo entre residentes, la satisfacción con la docencia, las rotaciones y la especialidad reducen su capacidad de prevención de la comisión de errores y de tener actitudes negativas hacia los pacientes. En el caso del apoyo entre residentes y la satisfacción con la residencia se obtuvo una mediación completa, y en responsabilidad y docencia y rotaciones una mediación parcial (objetivo específico 5).

- Teniendo en cuenta los presentes resultados y, en consonancia con los mostrados en estudios previos, consideramos que es crucial promocionar un entorno laboral

positivo en el que sea posible un desarrollo integral del residente y preservar el bienestar del personal sanitario, y por consiguiente el de los pacientes, especialmente ante la emergencia sanitaria actual. La salud mental de los profesionales no depende sólo de estar atentos a los factores de riesgo para minimizar su impacto, sino de potenciar los factores de protección como herramientas de apoyo. En este sentido, se podrían plantear intervenciones en las que se implementen medidas específicas para los residentes que incluyan el trabajo de estrategias de afrontamiento, el apoyo emocional, el fomento de la vida personal y contacto social, etc., es decir, resultaría conveniente incluir en la formación especializada estrategias resilientes mediante las que se reduzca el agotamiento emocional y que supongan una herramienta más para amortiguar los efectos del burnout sobre el bienestar subjetivo. A nivel institucional creemos importante fomentar y potenciar el papel del tutor como fuente de orientación y apoyo así como evaluar la institución y llevar a cabo cambios estructurales como fijar y cumplir el número de horas laborables, favorecer los descansos, entre otras medidas beneficiosas para mantener una adecuada salud mental de los profesionales y una mejor calidad de atención y cuidados de los pacientes (objetivo específico 6).

## Referencias

- Aerny-Perreten, N., Domínguez-Berjón, M. <sup>a</sup> F., Astray, J., Esteban-Vasallo, M. D., Blanco, L. M., & López, M. <sup>a</sup> Á. (2012). Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario. *Gaceta Sanitaria*, *26*(5), 477-479. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.016>
- American Medical Association. (s.f.). *Real-world solutions to enhance clinical practice effectiveness*. <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward>
- Appelbaum, N. P., Lee, N., Amendola, M., Dodson, K., & Kaplan, B. (2019). Surgical Resident Burnout and Job Satisfaction: The Role of Workplace Climate and Perceived Support. *Journal of Surgical Research*, *234*, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.08.035>
- Arendt, D. D., & Boyle, J. A. (2021). When resiliency is not enough: Addressing the structure of a residency program and its contribution to pharmacy resident burnout. *American Journal of Health-System Pharmacy*, *78*(11), 949-952. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxab067>
- Arnold, J., Tango, J., Walker, I., Waranch, C., McKamie, J., Poonja, Z., & Messman, A. (2018). An Evidence-based, Longitudinal Curriculum for Resident Physician Wellness: The 2017 Resident Wellness Consensus Summit. *Western Journal of Emergency Medicine*, *19*(2), 337-341. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.12.36244>
- Arrogante, Ó. (2014a). *Estudio del Bienestar en Personal Sanitario: Relaciones con Resiliencia, Apoyo Social, Estrés Laboral y Afrontamiento* (Tesis Doctoral, UNED). <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Psicologia-Oarrogante>
- Arrogante, Ó. (2014b). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enfermería Clínica*, *24*(5), 283-289. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.06.003>

- Arrogante, Ó., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010>
- Ayala-Morillas, L. E., Fuentes-Ferrer, M. E., Sánchez-Díaz, J., Rumayor-Zarzuelo, M., Fernández-Pérez, C., & Marco-Martínez, F. (2014). Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. *Revista Clínica Española*, 214(4), 175-183. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.01.004>
- Baer, T. E., Feraco, A. M., Sagalowsky, S. T., Williams, D., Litman, H. J., & Vinci, R. J. (2017). Pediatric Resident Burnout and Attitudes Toward Patients. *Pediatrics*, 139(3), e20162163. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2163>
- Bakker, A. B., & 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. <https://doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273. <https://doi.org/10.10377ocp0000056>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389-411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Bakker, A. B., van Veldhoven, M., & Xanthopoulou, D. (2010). Beyond the Demand-Control Model: Thriving on High Job Demands and Resources. *Journal of Personnel Psychology*, 9(1), 3-16. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000006>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., de Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62(2), 341-356. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00030-1](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00030-1)

- Berger, L., & Waidyaratne-Wijeratne, N. (2019). Where does resiliency fit into the residency training experience: A framework for understanding the relationship between wellness, burnout, and resiliency during residency training. *Canadian Medical Education Journal*, 10(1), e20-27. <https://doi.org/10.36834/cmej.42992>
- Block, L., Wu, A. W., Feldman, L., Yeh, H.-C., & Desai, S. V. (2013). Residency schedule, burnout and patient care among first-year residents. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1055), 495-500. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131743>
- Bochatay, N., & Bajwa, N. M. (2020). Learning to manage uncertainty: Supervision, trust and autonomy in residency training. *Sociology of Health & Illness*, 42(S1), 145-159. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13070>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod.
- Busireddy, K. R., Miller, J. A., Ellison, K., Ren, V., Qayyum, R., & Panda, M. (2017). Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 9(3), 294-301. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00372.1>
- Calleja, N., & Mason, T. (2020). Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y Validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 55(2), 185-201. <https://doi.org/10.21865/RIDEP55.2.14>
- Cazolari, P. G., Cavalcante, M. de S., Demarzo, M. M. P., Cohrs, F. M., Sanudo, A., Schweitzer, M. C., (2020). Burnout and Well-Being Levels of Medical Students: A Cross-Sectional Study. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(4). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20190138.ing>

- Chew, Q. H., Ang, L. P., Tan, L. L., Chan, H. N., Ong, S. H., Cheng, A., Lai, Y. M., Tan, M. Y., Tor, P. C., Gwee, K. P., & Sim, K. (2019). A cross-sectional study of burnout and its associations with learning environment and learner factors among psychiatry residents within a National Psychiatry Residency Programme. *BMJ Open*, *9*(8), e030619. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030619>
- Chong, M. Y. F., Lin, S. H. X., Lim, W. Y., Ong, J., Kam, P. C. A., & Ong, S. G. K. (2022). Burnout in anaesthesiology residents: A systematic review of its prevalence and stressors. *European Journal of Anaesthesiology*, *39*(4), 368-377. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001585>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Dahn, H., McGibbon, A., & Bowes, D. (2019). Burnout and Resiliency in Canadian Oncology Residents: A Nationwide Resident and Program Director Survey. *Practical Radiation Oncology*, *9*(1), e118-e125. <https://doi.org/10.1016/j.prro.2018.08.001>
- Delgado, C., Rodríguez, A., Lagunes, R., & Vázquez, F. D. (2020). Bienestar psicológico en médicos residentes de una universidad pública en México. *Universitas Médica*, *61*(2), 3-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.bpsi>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *The Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 499-512.
- Deshields, T. L., Heiland, M. F., Kracen, A. C., & Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: Development of a conceptual model: Resilience in adults with cancer. *Psycho-Oncology*, *25*(1), 11-18. <https://doi.org/10.1002/pon.3800>
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 325. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325>

- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L., & Rea, M. (2017). The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Medical Education, 17*(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1040-y>
- Dyrbye, L. N., Burke, S. E., Hardeman, R. R., Herrin, J., Wittlin, N. M., Yeazel, M., Dovidio, J. F., Cunningham, B., White, R. O., Phelan, S. M., Satele, D. V., Shanafelt, T. D., & van Ryn, M. (2018). Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. *JAMA, 320*(11), 1114. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12615>
- Dyrbye, L. N., Leep Hunderfund, A. N., Winters, R. C., Moeschler, S. M., Vaa Stelling, B. E., Dozois, E. J., Satele, D. V., & West, C. P. (2021). The Relationship Between Burnout and Help-Seeking Behaviors, Concerns, and Attitudes of Residents. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 96*(5), 701-708. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003790>
- Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education, 50*(1), 132-149. <https://doi.org/10.1111/medu.12927>
- Eckleberry-Hunt, J., Lick, D., Boura, J., Hunt, R., Balasubramaniam, M., Mulhem, E., & Fisher, C. (2009). An Exploratory Study of Resident Burnout and Wellness: *Academic Medicine, 84*(2), 269-277. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181938a45>
- 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>
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., Edwards, S., Wiedermann, B. L., & Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors

- among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ*, 336(7642), 488-491. <https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>
- Ferrari, S., Cuoghi, G., Mattei, G., Carra, E., Volpe, U., Jovanovic, N., Beezhold, J., Rigatelli, M., Galeazzi, G. M., & Pingani, L. (2015). Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *La Medicina Del Lavoro*, 106(3), 172-185.
- Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science & Medicine*, 52(2), 215-222. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00221-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00221-5)
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E., & Miró, Ò. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista Clínica Española*, 210(5), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2009.12.006>
- Fox, S., Lydon, S., Byrne, D., Madden, C., Connolly, F., & O'Connor, P. (2018). A systematic review of interventions to foster physician resilience. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1109), 162-170. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135212>
- Frank, J., Snell, L., & Sherbino, J. (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galaiya, R., Kinross, J., & Arulampalam, T. (2020). Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 102(6), 401-407. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.0040>

- García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 63-77.  
<https://doi.org/10.11600/1692715x.1113300812>
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.  
<https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
- Gifford, K. A., Choi, E., & Kieffer, K. A. (2022). Resources for clinical learning environment orientation. *Medical Education Online*, 27(1), 2013404.  
<https://doi.org/10.1080/10872981.2021.2013404>
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide
- Goodwin, M., Fingerhood, M., Slade, E., & Davidson, P. (2021). Development of an innovative curriculum-to-career transition program for nurse practitioners in primary care. *Nursing Outlook*, 69(3), 425-434. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.11.012>
- Green, S., Markaki, A., Baird, J., Murray, P., & Edwards, R. (2020). Addressing Healthcare Professional Burnout: A Quality Improvement Intervention. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(3), 213-220. <https://doi.org/10.1111/wvn.12450>
- Ha, G. Q., Go, J. T., Murayama, K. M., & Steinemann, S. (2020). Identifying Sources of Stress Across Years of General Surgery Residency. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 79(3), 75-81.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Holland, M. L., Brock, S. E., Oren, T., & van Eckhardt, M. (2022). *Burnout and Trauma Related Employment Stress: Acceptance and Commitment Strategies in the Helping*

*Professions*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-83492-0>

- Holtzclaw, A., Ellis, J., & Colombo, C. (2021). I'm No Superman: Fostering physician resilience through guided group discussion of Scrubs. *BMC Medical Education*, 21(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02856-9>
- Honor, G. (2017). Resilience. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(3), 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>
- IsHak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. A. (2009). Burnout During Residency Training: A Literature Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236-242. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>
- Jaulin, F., Nguyen, D. P., Marty, F., Druette, L., Plaud, B., Regional coordinators of teaching in Anaesthesia and Intensive Care, Duret, C., & Fletcher, D. (2021). Perceived stress, anxiety and depressive symptoms among anaesthesia and intensive care residents: A French national survey. *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, 40(3), 100830. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100830>
- Jia, Z., Wen, X., Lin, X., Lin, Y., Li, X., Li, G., & Yuan, Z. (2021). Working Hours, Job Burnout, and Subjective Well-Being of Hospital Administrators: An Empirical Study Based on China's Tertiary Public Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4539. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094539>
- Kolarik, R. C., O'Neal, R. L., & Ewing, J. A. (2018). Resident Preferences for Program Director Role in Wellness Management. *Journal of General Internal Medicine*, 33(5), 705-709. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4367-0>
- Lases, L. S. S., Arah, O. A., Busch, O. R. C., Heineman, M. J., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2019). Learning climate positively influences residents' work-related well-being.

*Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 24(2), 317-330.

<https://doi.org/10.1007/s10459-018-9868-4>

Laws, E., Samuriwo, R., Webb, K., & Bullock, A. (2019). Emotional socialisation and burnout in medicine and the role of medical educators. *Medical Education*, 53(4), 320-322.

<https://doi.org/10.1111/medu.13787>

Lebensohn, P., Dodds, S., Benn, R., Brooks, A. J., Birch, M., Cook, P., Schneider, C., Sroka, S., Waxman, D., & Maizes, V. (2013). Resident Wellness Behaviors: Relationship to Stress, Depression and Burnout. *Family Medicine*, 45(8), 541-549.

Lee, K. P., Yeung, N., Wong, C., Yip, B., Luk, L. H. F., & Wong, S. (2020). Prevalence of medical students' burnout and its associated demographics and lifestyle factors in Hong Kong. *PloS One*, 15(7), e0235154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235154>

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.

<https://doi.org/10.1002/job.4030090402>

Leiter, M., & Maslach, C. (1999). Six areas of worklife: A model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, 21, 472-489.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (2003). *Boletín Oficial del Estado*, 280, sec. I, de 22 de noviembre de 2003, 41417 a 41420.

<https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/BOE-S-2003-280.pdf>

Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness, acceptance, and emotion regulation: Perspectives from Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Current Opinion in Psychology*, 28, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.004>

Lourel, M., Mouda, F., & Chevaleyre, S. (2011). Relationship between desire for control and job control and their effects on job burnout in health-care personnel. *Psychology of Burnout: Predictors and Coping Mechanisms*, 229-242.

- Low, Z. X., Yeo, K. A., Sharma, V. K., Leung, G. K., McIntyre, R. S., Guerrero, A., Lu, B., Sin Fai Lam, C. C., Tran, B. X., Nguyen, L. H., Ho, C. S., Tam, W. W., & Ho, R. C. (2019). Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(9), 1479. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091479>
- Luthy, C., Perrier, A., Perrin, E., Cedraschi, C., & Allaz, A. F. (2004). Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study. *Swiss Medical Weekly*, *134*(41-42), 612-617. <https://doi.org/10.4414/smw.2004.10795>
- Maas, H. S. (1963). Long-term Effects of Early Childhood Separation and Group Care. *Human Development*, *6*(1-2), 34-56. <https://doi.org/10.1159/000269669>
- Mahmoud, N. N., & Rothenberger, D. (2019). From Burnout to Well-Being: A Focus on Resilience. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, *32*(06), 415-423. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1692710>
- Martín-Brufau, R., Martín-Gorgojo, A., Suso-Ribera, C., Estrada, E., Capriles-Ovalles, M.-E., & Romero-Brufau, S. (2020). Emotion Regulation Strategies, Workload Conditions, and Burnout in Healthcare Residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), E7816. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217816>
- Martínez, O. F., Cabrera, C. H., Tapia, A. M., & Suárez, S. M. (2007). Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*, *19*(3), 116-121.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, *93*(3), 498-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *15*(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Matsuo, T., Takahashi, O., Kitaoka, K., Arioka, H., & Kobayashi, D. (2021). Resident burnout and work environment. *Internal Medicine*, *60*(9), 1369-1376. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.5872-20>.
- McHill, A. W., Czeisler, C. A., & Shea, S. A. (2018). Resident physician extended work hours and burnout. *Sleep*, *41*(8). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy112>
- Medina, S., Díaz, R., Llombart, B., García-Patos, V., & Jaén, P. (2020). Funciones de los tutores de residentes de Dermatología. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, *111*(5), 347-350. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.016>
- Merces, M. C. das, Lopes, R. A., Silva, D. de S. e, Oliveira, D. S., Lua, I., Mattos, A. I. S., & Júnior, A. D. (2017). Prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde Prevalence of Burnout Syndrome in nursing professionals of basic health care. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *9*(1), 208. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.208-214>
- Molodynski, A., Lewis, T., Kadhum, M., Farrell, S. M., Chelieh, M. L., Almeida, T. F. D., Masri, R., Kar, A., Volpe, U., Moir, F., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. M., Chau, S. W. H., Wilkes, C., & Bhugra, D. (2020). Cultural variations in wellbeing, burnout and substance use amongst medical students in twelve countries. *International Review of Psychiatry*, *33* (1-2), 37-42. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1738064>
- Monteiro, G. M. C., Baeza, F. L. C., & Hauck, S. (2020). Work Environment Evaluation Instrument (WEEI): development, validation, and association with burnout. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *42*, 185-189. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0048>

- Monteiro, G. M. C., Marcon, G., Gabbard, G. O., Baeza, F. L. C., & Hauck, S. (2021).  
 Psychiatric symptoms, burnout and associated factors in psychiatry residents. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *43*, 207-216. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0040>
- Montero-Marin, J., Tops, M., Manzanera, R., Piva Demarzo, M. M., Álvarez de Mon, M., & García-Campayo, J. (2015). Mindfulness, Resilience, and Burnout Subtypes in Primary Care Physicians: The Possible Mediating Role of Positive and Negative Affect. *Frontiers in Psychology*, *6*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01895>
- Montero-Marin, J., Zubiaga, F., Cereceda, M., Piva Demarzo, M. M., Trenc, P., & Garcia-Campayo, J. (2016). Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PloS One*, *11*(6), e0157499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157499>
- Mordang, S. B. R., Vanassche, E., Smeenk, F. W. J. M., Stassen, L. P. S., & Könings, K. D. (2020). Residents' identification of learning moments and subsequent reflection: Impact of peers, supervisors, and patients. *BMC Medical Education*, *20*(1), 484. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02397-7>
- Moreno-Jiménez, B., Gálvez-Herrer, M., Carvajal, R., & Sanz Vergel, A. (2012). A study of physicians' intention to quit: The role of burnout, commitment and difficult doctor-patient interactions. *Psicothema*, *24*, 263-270.
- Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., Thireos, E., & Lionis, C. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: Will the European Work Time Directive make a difference? *Human Resources for Health*, *8*(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-16>
- Msheik-El Khoury, F., Naser, D. D., Htway, Z., & Zein El Dine, S. (2021). The mediating role of residents' wellbeing between program leadership and quality of care: A cross-

- sectional study. *PloS One*, *16*(11), e0259800.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259800>
- Neckel, S., Schaffner, A. K., & Wagner, G. (Eds.). (2017). *Burnout, Fatigue, Exhaustion*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8>
- Nituica, C., Bota, O. A., & Blebea, J. (2021). Specialty differences in resident resilience and burnout—A national survey. *The American Journal of Surgery*, *222*(2), 319-328.  
<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.12.039>
- Nituica, C., Bota, O. A., Blebea, J., Cheng, C.-I., & Slotman, G. J. (2021). Factors influencing resilience and burnout among resident physicians—A National Survey. *BMC Medical Education*, *21*(1), 514. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02950-y>
- Olson, K., Kemper, K. J., & Mahan, J. D. (2015). What Factors Promote Resilience and Protect Against Burnout in First-Year Pediatric and Medicine-Pediatric Residents? *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *20*(3), 192-198.  
<https://doi.org/10.1177/2156587214568894>
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación Médica*, *15*(2), 77-78.
- Oró, P., Esquerda, M., Mas, B., Viñas, J., Yuguero, O., & Pifarré, J. (2021). Effectiveness of a Mindfulness-Based Programme on Perceived Stress, Psychopathological Symptomatology and Burnout in Medical Students. *Mindfulness*, *12*(5), 1138-1147.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01582-5>
- Palacio G, C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M. J., & Limonero, J. T. (2020). Resilience in Caregivers: A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *37*(8), 648-658. <https://doi.org/10.1177/1049909119893977>
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-

- analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195-205.  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
- Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Benos, A. (2006). Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine*, 17(3), 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2005.11.013>
- Paredes, O. L., & 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), 25-32.
- Parks-Savage, A., Archer, L., Newton, H., Wheeler, E., & Huband, S. R. (2018). Prevention of medical errors and malpractice: Is creating resilience in physicians part of the answer? *International Journal of Law and Psychiatry*, 60, 35-39.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.07.003>
- Pastores, S. M., Kvetan, V., Coopersmith, C. M., Farmer, J. C., Sessler, C., Christman, J. W., D'Agostino, R., Diaz-Gomez, J., Gregg, S. R., Khan, R. A., Kapu, A. N., Masur, H., Mehta, G., Moore, J., Oropello, J. M., & Price, K. (2019). Workforce, Workload, and Burnout Among Intensivists and Advanced Practice Providers: A Narrative Review. *Critical Care Medicine*, 47(4), 550-557.  
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003637>
- Pérez, L. V., Piana, R. F. C., & G, M. G. (2013). Afrontando la residencia médica: Depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*, 149(2), 183-195.
- Perry, H., Naud, S., Fishman, M. D. C., & Slanetz, P. J. (2021). Longitudinal Resilience and Burnout in Radiology Residents. *Journal of the American College of Radiology*, 18(5), 639-646. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.01.022>
- Pharasi, S., & Patra, S. (2020). Burnout in medical students of a tertiary care Indian medical center: How much protection does resilience confer? *Indian Journal of Psychiatry*, 62(4), 407. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_681\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_681_19)

- Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. *Psychiatric Services, 29*(4), 233-237. <https://doi.org/10.1176/ps.29.4.233>
- Prendergast, C., Ketteler, E., & Evans, G. (2016). Burnout in the Plastic Surgeon: Implications and Interventions. *Aesthetic Surgery Journal, 37*(3), 363-368. <https://doi.org/10.1093/asj/sjw158>
- Prins, D. J., van Vendeloo, S. N., Brand, P. L. P., Van der Velpen, I., de Jong, K., van den Heijkant, F., Van der Heijden, F. M. M. A., & Prins, J. T. (2019). The relationship between burnout, personality traits, and medical specialty. A national study among Dutch residents. *Medical Teacher, 41*(5), 584-590. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1514459>
- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Dillingh, G. S., van de Wiel, H. B. M., van der Heijden, F. M. M. A., & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2008). The relationship between reciprocity and burnout in Dutch medical residents. *Medical Education, 42*(7), 721-728. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03041.x>
- Raj, K. S. (2016). Well-Being in Residency: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education, 8*(5), 674-684. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00764.1>
- Ríos, M. I., Meca, J. S., & Fernández, C. G. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. [Hardy personality, self-efficacy, and general health in nursing professionals of intensive and emergency services.]. *Psicothema, 22*(4), 600-605.
- Roland-Lévy, C., Lemoine, J., & Jeoffrion, C. (2014). Health and well-being at work: The hospital context. *European Review of Applied Psychology, 64*(2), 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2014.01.002>
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(1), 137-160.

- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14*(8), 626-631. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 205-209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*(2), 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Saint Martin, M. C., DeChristopher, P. J., & Sweeney, R. P. (2019). A Strategy for Wellness in a Pathology Residency Program: Enhancing Chances of Success During an Epidemic of Burnout. *Academic Pathology, 6*, 237428951985123. <https://doi.org/10.1177/2374289519851233>
- Sampson, M., Melnyk, B. M., & Hoying, J. (2020). The MINDBODYSTRONG Intervention for New Nurse Residents: 6-Month Effects on Mental Health Outcomes, Healthy Lifestyle Behaviors, and Job Satisfaction. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 17*(1), 16-23. <https://doi.org/10.1111/wvn.12411>
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. En M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 282-424). Wiley.
- Shakir, H. J., Cappuzzo, J. M., Shallwani, H., Kwasnicki, A., Bullis, C., Wang, J., Hess, R. M., & Levy, E. I. (2020). Relationship of Grit and Resilience to Burnout Among U.S. Neurosurgery Residents. *World Neurosurgery, 134*, e224-e236. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.10.043>
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Annals of Internal Medicine, 136*(5), 358. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Shea, J. A., Bellini, L. M., Desai, S. V., Barg, F. K., Eriksen, W., Wietlisbach, L. E., Yakubu, A.-R., & Asch, D. A. (2022). Exploring Residents' Well-Being and Burnout via

Qualitative Ecological Momentary Assessment. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 97(3), 414-419.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004508>

Shiri, S., Wexler, I., Marmor, A., Meiner, Z., Schwartz, I., Levzion Korach, O., & Azoulay, D. (2020). Hospice Care: Hope and Meaning in Life Mediate Subjective Well-Being of Staff. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 37(10), 785-790.

<https://doi.org/10.1177/1049909120905261>

Sigal, A. R., Costabel, J. P., Burgos, L. M., & Lima, A. A. D. (2020). Burnout y Resiliencia en Residentes de Cardiología y Cardiólogos Realizando Subespecialidades. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(2), 138-142.

Silkens, M. E. W. M., Arah, O. A., Wagner, C., Scherpbier, A. J. J. A., Heineman, M. J., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2018). The Relationship Between the Learning and Patient Safety Climates of Clinical Departments and Residents' Patient Safety Behaviors. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(9), 1374-1380. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002286>

Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions* (Third edition). Routledge, Taylor & Francis Group.

Soria, M. S., Gumbau, S. L., & Martínez, I. M. M. (2016). Aportaciones desde la Psicología Organizacional Positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 177-184.

Spiotta, A. M., Fargen, K. M., Patel, S., Larrew, T., & Turner, R. D. (2019). Impact of a Residency-Integrated Wellness Program on Resident Mental Health, Sleepiness, and Quality of Life. *Neurosurgery*, 84(2), 341-346. <https://doi.org/10.1093/neuros/nyy112>

- Stacey, A., D'Eon, M., & Madojemu, G. (2020). Medical student stress and burnout: Before and after COVID-19. *Canadian Medical Education Journal*, *11*(6), e204-e205.  
<https://doi.org/10.36834/cmej.70305>
- Stangierski, A., Warmuz-Stangierska, I., Ruchała, M., Zdanowska, J., Głowacka, M. D., Sowiński, J., & Ruchała, P. (2012). Medical errors—Not only patients' problem. *Archives of Medical Science: AMS*, *8*(3), 569-574.  
<https://doi.org/10.5114/aoms.2012.29413>
- Staten, A. (Ed.). (2019). *Combatting Burnout: A Guide for Medical Students and Junior Doctors* (1.<sup>a</sup> ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780429447334>
- Stergiopoulos, E., Fragoso, L., & Meeks, L. M. (2021). Cultural Barriers to Help-Seeking in Medical Education. *JAMA Internal Medicine*, *181*(2), 155-156.  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.7567>
- Swensen, S. J., & Shanafelt, T. (2017). An Organizational Framework to Reduce Professional Burnout and Bring Back Joy in Practice. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *43*(6), 308-313. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.01.007>
- Szmuda, T., Ali, S., & Słoniewski, P. (2019). Neurosurgery residency burnout: What can prevent this? *Neurologia I Neurochirurgia Polska*, *53*(5), 392-395.  
<https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2019.0043>
- van Vendeloo, S. N., Brand, P. L. P., & Verheyen, C. C. P. M. (2014). Burnout and quality of life among orthopaedic trainees in a modern educational programme: Importance of the learning climate. *The Bone & Joint Journal*, *96-B*(8), 1133-1138.  
<https://doi.org/10.1302/0301-620X.96B8.33609>
- Vargas, C., Cañadas-De la Fuente, G., Aguayo, R., Castillo, R., & Fuente, E. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*, 28-38.  
[https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70034-1](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70034-1)

- Velasco, S. J. J., Hurtado, A. F. V., García, C. P., & Duque, I. L. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Revista Cuidarte*, *10*(1), 10.
- Webber, S., Schwartz, A., Kemper, K. J., Batra, M., Mahan, J. D., Babal, J. C., & Sklansky, D. J. (2021). Faculty and Peer Support During Pediatric Residency: Association With Performance Outcomes, Race, and Gender. *Academic Pediatrics*, *21*(2), 366-374. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.08.009>
- West, C. P. (2009). Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors. *JAMA*, *302*(12), 1294. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1389>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, *283*(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Willems, R., Monten, C., & Portzky, G. (2018). Exploring the relative importance of work-organizational burnout risk factors in Belgian residents. *Medical Education Online*, *23*(1), 1521246. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1521246>
- Winkel, A. F., Honart, A. W., Robinson, A., Jones, A.-A., & Squires, A. (2018). Thriving in scrubs: A qualitative study of resident resilience. *Reproductive Health*, *15*(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0489-4>
- Yates, S. W. (2020). Physician Stress and Burnout. *The American Journal of Medicine*, *133*(2), 160-164. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.08.034>
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. *Handbook of Adult Resilience* (pp. 3-30). Guilford Press.
- Zhang, Y., Chu, X., Sha, Y., Zeng, X., & Shen, T. (2019). Survey of job burnout and depression in standardized residency training programs in China. *Medicine*, *98*(35), e16890. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016890>

- Zhou, A. Y., Panagioti, M., Esmail, A., Agius, R., Van Tongeren, M., & Bower, P. (2020). Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8), e2013761. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13761>
- Zis, P., Anagnostopoulos, F., & Sykioti, P. (2014). Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2014/673279>
- Zubairi, A. J., & Noordin, S. (2016). Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of Medicine and Surgery* (2012), 6, 60-63. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2016.01.090>
- Žutautienė, R., Radišauskas, R., Kaliniene, G., & Ustinaviciene, R. (2020). The Prevalence of Burnout and Its Associations with Psychosocial Work Environment among Kaunas Region (Lithuania) Hospitals' Physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3739. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103739>

## Anexos

### Anexo 1: Encuesta Enviada a los Residentes (2019)

Sexo: 1- Mujer      2- Hombre

Fecha de nacimiento: .....

Especialidad: .....

- 1- Médica (Alergología, Anestesiología y reanimación, Aparato digestivo, Cardiología, Endocrinología, Geriátría, , Hematología y hemoterapia, Medicina del trabajo, Medicina familiar y comunitaria, Medicina física y rehabilitación, Medicina intensiva, Medicina interna, Medicina preventiva y salud pública, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología médica, Oncología radioterápica, Pediatría, , Reumatología)
- 2- Quirúrgica (Cirugía general y del aparato digestivo, Cirugía cardiovascular, Cirugía torácica, Cirugía oral y maxilofacial, Cirugía ortopédica y traumatología, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica, estética y reconstructiva, Neurocirugía)
- 3- Médica-Quirúrgica: (Angiología y cirugía vascular, Dermatología médico-quirúrgica y venereología, , Ginecología y obstetricia o tocología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Urología)
- 4- Laboratorio ( Anatomía patológica, Medicina nuclear, Neurofisiología clínica, Radiodiagnóstico o radiología)
- 5- Salud Mental (Psicología Clínica y Psiquiatría)

Año de residencia: .....

- 1- Primero
- 2- Segundo
- 3- Tercero
- 4- Cuarto
- 5- Quinto (quirúrgicas)

¿Dispones de especialidad previa?

- 1- Sí
- 2- No

Procedencia:

- 1- Asturias
- 2- Otra comunidad autónoma
- 3- Otro país

Estado civil:

- 1- Soltero
- 2- Casado
- 3- Divorciado/ separado
- 4- Viudo

Hijos

- 1- Sí
- 2- No

Convivencia

- 1- Solo
- 2- Familia de origen
- 3- Familia propia
- 4- Compañeros de piso
- 5- Otros (residencias...)

Si procede...

Realizas guardias

- 1- Sí
- 2- No

Libras guardias

- 1- Sí
- 2- No
- 3- A veces

Las siguientes preguntas se refieren a si haces uso personal de psicofármacos y/u otro tipo de sustancias en los últimos 6 meses. En caso afirmativo se te pedirá que especifiques la frecuencia y quien realiza la pauta:

<p>Uso de ansiolíticos</p> <p>1- Sí 2- No</p>	<p>Con qué frecuencia</p> <p>1- Todos los días 2- Varias veces a la semana 3- Varias veces al mes 4- Menos de una vez al mes 5- Nunca</p>	<p>Pautado por</p> <p>1- Autoadministrado 2- Médico de Atención Primaria 3- Especialista 4- Otros</p>
<p>Uso de hipnóticos</p> <p>1- Sí 2- No</p>	<p>Con qué frecuencia</p> <p>1- Todos los días 2- Varias veces a la semana 3- Varias veces al mes 4- Menos de una vez al mes 5- Nunca</p>	<p>Pautado por</p> <p>1- Autoadministrado 2- Médico de Atención Primaria 3- Especialista 4- Otros</p>
<p>Uso de antidepresivos</p> <p>1- Sí 2- No</p>	<p>Con qué frecuencia</p> <p>1- Todos los días 2- Varias veces a la semana 3- Varias veces al mes 4- Menos de una vez al mes 5- Nunca</p>	<p>Pautado por</p> <p>1- Autoadministrado 2- Médico de Atención Primaria 3- Especialista 4- Otros</p>

A continuación aparecerán una serie de afirmaciones a las que deberá responder expresando la frecuencia con la que tiene ese sentimiento.

Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
Por favor, señale el número que considere más adecuado:	
1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13. Me siento frustrado por el trabajo.	
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

**0= “En absoluto”, 1=“Rara vez”, 2=“A veces”, 3=“A menudo”, 4=“Casi siempre”.**

1. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios.\_\_\_\_\_
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado/a.\_\_\_\_\_
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte /Dios puede ayudarme.\_\_\_\_\_
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa.\_\_\_\_\_
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades.\_\_\_\_\_
6. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico.\_\_\_\_\_
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.\_\_\_\_\_
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades.\_\_\_\_\_
9. Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón.\_\_\_\_\_
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.\_\_\_\_\_
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.\_\_\_\_\_
12. No me doy por vencido/a, aunque las cosas parezcan no tener solución.\_\_\_\_\_
13. Durante los momentos de estrés/crisis, sé dónde puedo buscar ayuda.\_\_\_\_\_
14. Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente.\_\_\_\_\_
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros deci-dan por mí.\_\_\_\_\_
16. No me desanimo fácilmente ante el fracaso.\_\_\_\_\_

17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales.\_\_\_\_\_
18. Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas.\_\_\_\_\_
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado.\_\_\_\_\_
20. Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué).\_\_\_\_\_
21. Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida.\_\_\_\_\_
22. Me siento en control de mi vida.\_\_\_\_\_
23. Me gustan los desafíos.\_\_\_\_\_
24. Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino.\_\_\_\_\_
25. Estoy orgulloso/a de mis logros.\_\_\_\_\_

Señalar en las siguientes afirmaciones el grado de acuerdo, donde:

- 1= Nunca o casi nunca
- 2= Algunas veces
- 3= Muchas veces
- 4= Casi siempre
- 5 = Siempre.

#### SUPERVISIÓN (IMPLICACIÓN PERSONAL/DOCENTE...)

- 1- Mi tutor principal tiene en cuenta mi opinión.
- 2- Tengo feedback sobre mi trabajo.
- 3- Puedo recurrir a mi tutor principal cuando me surge una duda.
- 4- Mi tutor principal es accesible.
- 5- Mi tutor principal está implicado en la supervisión.
- 6- Los tutores de rotación resuelven mis dudas.
- 7- Puedo recurrir a mi tutor principal cuando estoy agobiado.
- 8- Los tutores de rotación supervisan mi trabajo.

#### RESPONSABILIDAD

- 1- Tengo los conocimientos adecuados para realizar mi trabajo.
- 2- Sé lo que tengo que hacer en cada momento.
- 3- Se me hace explícito lo que se espera de mí.
- 4- Tengo demasiada carga asistencial.

- 5- Tengo un nivel de responsabilidad acorde a mi año de residencia.
- 6- Puedo participar activamente en la actividad asistencial.
- 7- Tengo tiempo suficiente para realizar mis tareas en el trabajo.
- 8- Trabajo bajo presión.
- 9- Tengo muy poca libertad para decidir cómo realizar mi trabajo.

#### HORAS DE FORMACIÓN/ROTACIONES

- 1- Estoy satisfecho con la formación teórica recibida.
- 2- Estoy satisfecho con las rotaciones realizadas.
- 3- Estoy informado de los objetivos de las rotaciones.
- 4- Estoy satisfecho con la docencia recibida.

#### POSIBILIDADES DE INVESTIGACIÓN

- 1- En mi servicio tengo posibilidades de realizar actividades de investigación.
- 2- Se me facilita realizar actividades científicas.
- 3- Puedo acceder a los recursos necesarios para realizar actividades científicas.

#### AMBIENTE LABORAL

- 1- En mi servicio se trabaja en equipo.
- 2- Considero que hay buen ambiente en mi servicio.
- 3- La colaboración entre adjuntos y residentes es fluida.
- 4- Me llevo bien con mis compañeros.

#### APOYO ENTRE RESIDENTES

- 1- Puedo recurrir a otros residentes cuando necesito ayuda.
- 2- Puedo recurrir a otros residentes para solucionar dudas.
- 3- La colaboración entre residentes es fluida.
- 4- Tengo que hacerme cargo de mis R pequeños.

#### SATISFACCIÓN CON LA ESPECIALIDAD

- 1- Estoy satisfecho con el sistema formativo.
- 2- Estoy satisfecho con la especialidad elegida.
- 3- Estoy satisfecho con el lugar elegido para realizar mi especialidad.
- 4- Con la formación recibida podré realizar mi trabajo de forma competente.
- 5- Obtengo reconocimiento por mi trabajo.
- 6- El sueldo que percibo es adecuado.

#### BIENESTAR SUBJETIVO

- 1- Me gusta divertirme.
- 2- Me siento jovial.
- 3- Busco momentos de distracción y descanso.
- 4- Me siento optimista.
- 5- Creo que tengo buena salud.
- 6- Creo que, como persona, he logrado lo que quería.

- 7- Me enfrento a mis tareas con buen ánimo.
- 8- Me gusta lo que hago.
- 9- Me gusta salir y ver a la gente.
- 10- Siento que todo me va bien.

## ERRORES Y ACTITUDES EN EL TRABAJO

- 1- He dado altas antes de lo recomendable para hacer el servicio 'manejable' porque el equipo estaba muy ocupado.
- 2- Comento de forma detallada las opciones de tratamiento con los pacientes
- 3- Respondo de forma adecuada las preguntas de los pacientes
- 4- Cometo errores de tratamiento o medicación que no se deben a la inexperiencia o falta de conocimiento.
- 5- Prescribo contención o medicación para pacientes agitados sin evaluarlos previamente
- 6- No realizo las pruebas diagnósticas necesarias para descargar la presión asistencial
- 7- Presto poca atención al impacto personal y social de una enfermedad en el paciente.
- 8- Tengo poca reacción emocional ante el fallecimiento de uno de mis pacientes.
- 9- Me siento culpable por el trato dado a algún paciente desde el punto de vista humanitario.

## Anexo 2: Comité de Ética



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

INSTITUTO INSUPERMUTUAL GENERAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del  
Principado de Asturias  
C/ Colacho Vilamilán  
33005-Oviedo  
Tfno: 985.10.70.27/995.0.60.29  
e-mail: [csicr\\_asturias@isa.es](mailto:csicr_asturias@isa.es)

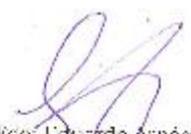
Avda. Sinaluza

Oviedo, 21 de Septiembre de 2016

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 119/16, titulado: "BURNOUT EN RESIDENTES MIR Y PIR DELÁREZ IV DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS" Investigadora Principal Dña. Isabel Saavedra Rienda Psicóloga Interna Residente.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

  
Eduardo Arnáez Miral  
Secretario del Comité de Ética de la Investigación  
del Principado de Asturias

