

LA RESILIENCIA COMO MEDIADOR ENTRE EL SÍNDROME DEL QUEMADO (BURNOUT) Y EL BIENESTAR SUBJETIVO EN RESIDENTES DE HOSPITALES ESPAÑOLES

Isabel Saavedra Rionda¹, Laura Cortés-García² y
María de la Villa Moral Jiménez³

¹*Servicio de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias;*

²*Universidad de Santiago de Compostela;* ³*Universidad de Oviedo (España)*

Resumen

Numerosos estudios han demostrado el impacto del síndrome del quemado (*burnout*) en el bienestar de los residentes, sin embargo, los mecanismos que explican esta influencia siguen sin estar claros. Este estudio analizó el grado del síndrome del quemado, así como su evolución en los años formativos y el papel mediador de la resiliencia entre el síndrome y el bienestar subjetivo en una muestra de 237 residentes de diferentes especialidades de hospitales españoles. A los participantes se les administró el "Inventario del síndrome del quemado de Maslach", la "Escala de resiliencia de Connor-Davidson" y la "Escala reducida de bienestar subjetivo". Del total de residentes, el 48,9% puntuaron alto en el síndrome del quemado, el 53,6% en agotamiento emocional y el 74,7% en despersonalización. Los niveles del síndrome aumentaron según avanza la residencia y la resiliencia medió en la relación entre los niveles de síndrome del quemado y de bienestar subjetivo. Estos resultados sugieren que la resiliencia es un factor protector a implementar en programas preventivos.

PALABRAS CLAVE: *síndrome del quemado, resiliencia, bienestar, residente, modelo mediacional.*

Abstract

Ample research has supported the detrimental impact of burnout on the well-being of resident doctors. However, the mechanisms accounting for this influence remain unclear. Consequently, this study analysed for the first time the degree of burnout as well as its evolution throughout the residency period and tested the mediational role of resiliency in the relationship between burnout and its subscales and well-being in a sample of 237 Spanish residents of different specialties from Spanish hospitals. Participants were administered the Maslach Burnout Inventory,

Para la distribución y análisis de la encuesta se contó con la colaboración del 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. Laura Cortés-García ha sido apoyada por dos becas del Consejo de Investigación de Noruega (ref. 288083 y 301010).

Correspondencia: Isabel Saavedra Rionda, San Melchor García Sampedro, 37, 5ªA, 33008 Oviedo (España). E-mail: isasaavedrar@hotmail.com

the Connor Davidson Resilience Scale and the short-version scale of Subjective Well-being. From the total sample of residents, 48.9% reported high levels of total burnout, 53.6% in the subscale of emotional burnout and 74.7% in depersonalization. Additionally, burnout levels increased as the residency period progressed, and resilience mediated the relationship between burnout and subjective well-being level. Such findings suggest resilience as a protector factor against burnout that should be included in prevention programs.

KEY WORDS: *burnout, resilience, well-being, resident, mediational model.*

Introducción

Desde que en los años 70-80 del pasado siglo se empezó a emplear y a popularizar en la literatura científica la expresión “síndrome del quemado” (*burnout*, en inglés), definido por el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, encontramos numerosas investigaciones que demuestran la existencia de un alto nivel de síndrome del quemado en el ámbito sanitario (Yates, 2020). Ello 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, o la toma de decisiones complicadas, entre otras (Pastores *et al.*, 2019). A este respecto, los residentes son un grupo especialmente afectado por el síndrome del quemado (Berger y Waidyaratne-Wijeratne, 2019), habiéndose constatado que 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).

Según las últimas revisiones, el porcentaje de síndrome del quemado oscila entre un 27 y 75% dependiendo de la especialidad (Dahn *et al.*, 2019). 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 síndrome del quemado y depresión (Delgado *et al.*, 2020; Eckleberry-Hunt *et al.*, 2009). De hecho, se sabe que el síndrome del quemado 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, Dyrbye, y Shanafelt, 2018). En consecuencia, es crucial la realización de estudios que informen sobre factores de protección de cara a diseñar estrategias de intervención óptimas para prevenir el desarrollo de síndrome del quemado en los residentes, y la resiliencia podría contemplarse como uno de estos factores (Fox *et al.*, 2018).

La resiliencia se define como la capacidad de prosperar ante la adversidad, por lo que permite una respuesta sana y adaptativa al estrés (Siegel y Nagengast, 2019) y posibilita recuperarse de eventos difíciles o traumáticos (Connor y Davidson, 2003). Ésta es entendida como una característica que se puede desarrollar y que puede

suponer una mayor sensación de control (Winkel *et al.*, 2018). Se ha constatado que una mayor resiliencia se asocia con menores tasas de síndrome del quemado en médicos y residentes (Dahn *et al.*, 2019) suponiendo así, un factor de protección contra el síndrome del quemado. De la misma manera, la resiliencia se ha relacionado con un mayor nivel de bienestar subjetivo, entendiéndose 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). Dado que aproximadamente un tercio de nuestro día se dedica a la actividad laboral, la sensación de bienestar en el mismo 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 síndrome del quemado y la salud mental (Arrogante, 2014; Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2017), reduciendo así las consecuencias del síndrome del quemado sobre la salud mental de los trabajadores. No obstante, no existen estudios que hayan explorado el papel mediador de la resiliencia entre el síndrome del quemado y el bienestar de residentes españoles.

Debido al elevado nivel de síndrome del quemado entre residentes y a su impacto a nivel sanitario y laboral, es necesaria la realización de más estudios en los que se analicen los niveles de síndrome del quemado, resiliencia y bienestar y se indague en el papel mediador de la resiliencia en la asociación entre síndrome del quemado y bienestar, especialmente en este grupo, ya que ayudaría a desarrollar estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativas ante las frecuentes situaciones complicadas a las que se tienen que enfrentar. Consecuentemente, en el presente trabajo se plantean los siguientes objetivos: (1) conocer el grado de síndrome del quemado de una muestra de residentes del conjunto de las especialidades, (2) analizar si el grado de este síndrome aumenta a medida que aumentan los años de formación especializada, (3) determinar las relaciones entre las tres dimensiones del síndrome del quemado, el bienestar subjetivo y la resiliencia en una muestra de residentes, y (4) analizar el papel mediador de la resiliencia en las relaciones entre las dimensiones del síndrome del quemado y el bienestar subjetivo. Teniendo en cuenta la evidencia hasta el momento, se espera encontrar un elevado nivel de síndrome del quemado entre los residentes y que éste aumente a medida que avanza la residencia, que exista una asociación entre las variables observadas y que la resiliencia medie en la relación entre síndrome del quemado y bienestar subjetivo.

Método

Participantes

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio sobre síndrome del quemado en residentes. 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 devolvieron las encuestas completadas, conformando así la muestra del presente estudio. En la tabla 1 se describen sus características sociodemográficas y laborales.

Tabla 1
Características sociodemográficas y laborales

Variables	<i>n</i>	%
Sexo		
Mujer	175	73,8
Hombre	62	26,2
Librar tras la guardia (<i>n</i> = 216)		
Si	130	54,9
A veces	46	19,4
No	40	16,9
Año de residencia		
Primero	70	29,5
Segundo	72	30,4
Tercero	42	17,7
Cuarto	46	19,4
Quinto	7	3
Especialidad		
Médica	120	50,63
Quirúrgica y médico-quirúrgica	41	17,29
Laboratorio	5	2,1
Salud mental	19	8
Enfermero interno residente	40	16,9
Otras (BIR, FIR, QIR...)	12	5,1

Nota: BIR= biólogo interno residente; FIR= farmacéutico interno residente; QIR= químico interno residente.

Instrumentos

- a) "Inventario del síndrome del quemado de Maslach" (*Maslach Burnout Inventory*, MBI; Maslach y Jackson, 1981). El MBI es un inventario de 22 ítems que evalúa el síndrome de estar quemado. Los ítems se responden en una escala Likert de 1 (nunca) a 5 (diariamente). Está dividido en tres subescalas: 1) *Agotamiento emocional* (9 ítems), 2) *Despersonalización* (5 ítems) y 3) *Realización personal* (8 ítems). Se obtendría una puntuación alta, media o baja en cada una de las tres subescalas según los siguientes puntos de corte: Agotamiento emocional alto si es superior a 27, intermedio si está entre 19 y 26, y bajo si es menor de 19. En Despersonalización, es alto si es superior a 10, intermedio si está entre 6 y 9 y bajo si es menor de 5. En la tercera subescala, que se puntúa de forma inversa, se considera Realización personal alta una puntuación mayor de 40, intermedia si está entre 34 y 39 y baja una puntuación menor de 34. Para la corrección se obtuvieron puntuaciones independientes de las diferentes subescalas y se consideró que tenían síndrome del quemado alto aquellos 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 síndrome del quemado bajo. Los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) hallados en este estudio fueron de 0,89 para Agotamiento emocional, 0,76 para Despersonalización, 0,82 para Realización personal y 0,75 para la puntuación global del MBI.

- b) "Escala de resiliencia de Connor-Davidson" (*Connor Davidson Resilience Scale*; CD-RISC; Connor y Davidson, 2003). Esta escala consta de 25 ítems que evalúa la resiliencia. Los ítems se responden en una escala Likert de cinco puntos (0= en absoluto a 4= casi siempre) para expresar el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones que se distribuyen en cinco dimensiones: 1) persistencia-autoeficacia-tenacidad (8 ítems), 2) control bajo presión (5 ítems), 3) adaptabilidad y redes de apoyo (5 ítems), 4) control y propósito (3 ítems) y 5) 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. El nivel de consistencia interna de la CD-RISC en este estudio fue alto ($\alpha= 0,90$).
- c) "Escala reducida de bienestar subjetivo" (Calleja y Mason, 2020). Se trata de una escala de 10 ítems que evalúa la percepción de bienestar. Los ítems se responden en una escala Likert de 5 puntos (1= nunca o casi nunca a 5 = siempre). Incluye cuatro dimensiones: 1) aspectos hedónicos (3 ítems), 2) satisfacción consigo mismo (3 ítems), 3) satisfacción con la actividad que realiza (2 ítems) y 4) autoimagen saludable (2 ítems). 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. Su nivel de consistencia interna en este estudio fue alto ($\alpha= 0,91$).

Procedimiento

Los participantes recibieron una encuesta online que incluía, junto a los instrumentos de interés, datos sociodemográficos como el sexo, la edad, especialidad, año de residencia, convivencia, realización y libranza de guardias. La encuesta, con una duración de aproximadamente 20 minutos, estuvo disponible para los residentes durante 4 meses, cerrándose la participación en marzo de 2019. La participación fue de carácter voluntario, anónimo y confidencial

Análisis de datos

Los análisis fueron realizados mediante el programa R versión 3.6.0. (Moon y Hong, 2020; *R Core Team* 2018). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables de interés en la muestra. Se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) para determinar las diferencias entre los años de residencia y el síndrome del quemado. También se realizó un análisis de las correlaciones entre el síndrome del quemado y sus dimensiones y la resiliencia y el bienestar subjetivo con el coeficiente de

correlación de Pearson. Por último, se llevó a cabo el análisis mediacional donde el síndrome del quemado y sus dimensiones fueron las variables independientes, el bienestar subjetivo la variable dependiente y la resiliencia el mediador. Se aplicó, por último, el test de Sobel para saber si los modelos mediacionales obtenidos eran significativos. El nivel de significación empleado fue de 0,05.

Resultados

Aproximadamente la mitad de los residentes informaron alto síndrome del quemado (48,9%). En cuanto a las dimensiones, la puntuación media en agotamiento emocional fue de 25,63 ($DT= 7,51$) (síndrome del quemado medio), en despersonalización 10,88 ($DT= 4,1$) (síndrome del quemado alto) y en realización personal 29,4 ($DT= 5,39$) (síndrome del quemado 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).

En función de los resultados hallados, se constató la existencia de diferencias significativas en el nivel de síndrome del quemado, en concreto en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización en función del año de residencia. No se encontraron diferencias significativas con respecto a realización personal. A través de las pruebas post hoc comprobamos que los niveles de síndrome del quemado, agotamiento y despersonalización aumentan a medida que se avanzan los años de formación especializada (tabla 2).

En la tabla 3 se recogen las correlaciones halladas entre las tres dimensiones de síndrome del quemado, síndrome del quemado total, bienestar subjetivo y resiliencia. Tanto el síndrome del quemado como las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización correlacionaron significativamente y de manera inversa con bienestar subjetivo. En cambio, realización personal correlacionó de manera directa. A su vez, tanto realización personal como bienestar subjetivo y resiliencia correlacionaron positivamente.

Tabla 2
Diferencias grupales en el nivel de síndrome del quemado global y sus subescalas según año de residencia

Variables (MBI)	Año de residencia					F	p	η^2	Comparaciones post-hoc
	1º (n= 166) M (DT)	2º (n= 19) M (DT)	3º (n= 40) M (DT)	4º (n= 12) M (DT)	5º (n= 7) M (DT)				
Síndrome del quemado global	61,64 (8,36)	65,74 (9,35)	67,45 (10,36)	70,87 (8,74)	68,43 (6,26)	7,743	< 0,001	0,118	4º>1º; 3º>1º; 4º>2º
Agotamiento emocional	21,59 (6,37)	26,13 (6,69)	27,62 (7,77)	28,96 (7,88)	27,14 (5,58)	9,392	< 0,001	0,139	4º>1º; 3º>1º; 2º>1º
Despersonalización	9,81 (3,32)	10,53 (3,65)	11,86 (4,93)	12,2 (4,67)	10,71 (3,25)	3,219	0,013	0,053	4º>1º
Realización personal	30,24 (5,51)	29,08 (5,1)	27,98 (5,44)	29,72 (5,83)	30,57 (1,27)	1,353	0,251	0,023	--

Nota: MBI= "Inventario del síndrome del quemado de Maslach".

Tabla 3
Correlaciones entre síndrome del quemado y sus tres dimensiones, resiliencia y bienestar subjetivo

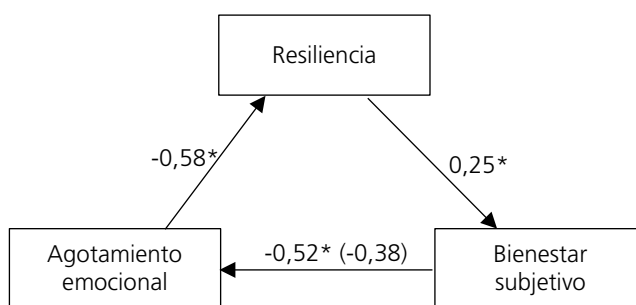
Variable	1	2	3	4	5	6
1. Síndrome del quemado	1					
2. Agotamiento emocional	0,78**	1				
3. Despersonalización	0,74**	0,56**	1			
4. Realización personal	0,13	-0,43**	-0,23**	1		
5. Bienestar subjetivo	-0,20**	-0,49**	-0,23**	0,50**	1	
6. Resiliencia	0,04	-0,30**	-0,09	0,56**	0,56**	1

Nota: ** $p < 0,05$ (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 realización personal (variable independiente) y el bienestar subjetivo (variable dependiente) y se comprobó su significación con el test de Sobel. En la figura 1 podemos observar que se confirma el papel mediador de la resiliencia dado que el efecto del agotamiento sobre el bienestar subjetivo pasa de $-0,52$ ($p < 0,001$) a $-0,38$ ($p < 0,001$). En la figura 2 el efecto de la realización personal disminuye por mediación de la resiliencia de $0,74$ ($p < 0,001$) a $0,41$ ($p < 0,001$), sugiriendo probablemente que el bienestar subjetivo viene explicado tanto por sentirse realizado como por la capacidad de hacer frente a la adversidad. Mediante el test de Sobel, en el caso del agotamiento emocional $z = -4,265$ ($p < 0,001$) y para la realización personal $z = 5,504$ ($p < 0,001$), se confirmó la existencia de mediación parcial en los dos modelos expuestos.

Figura 1

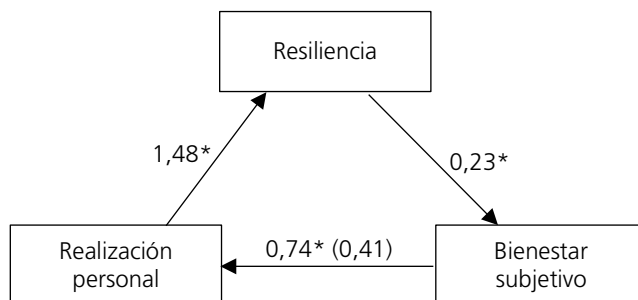
Resiliencia como variable mediadora entre agotamiento emocional y bienestar subjetivo



Nota: $p < 0,001$.

Figura 2

Resiliencia como variable mediadora entre realización personal y bienestar subjetivo

Nota: $p < 0,001$.

Discusión

Las consecuencias del síndrome del quemado han sido ampliamente estudiadas en el ámbito sanitario: depresión, ansiedad, irritabilidad, abuso de sustancias, abandono de la profesión, peor calidad de cuidados, etc. (Fox *et al.*, 2018). Se ha demostrado que, a medida que se va avanzando en la formación especializada a través de los años, también se incrementa el nivel de síndrome del quemado, 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). Así, en los últimos años, se ha promovido la realización de investigaciones que identifiquen factores que influyen en el desarrollo y/o en la prevención del síndrome del quemado (Palacio *et al.*, 2020; Panagioti *et al.*, 2017). No obstante, hasta el momento, muy pocos estudios han explorado estas variables en residentes de España, y ninguno ha examinado el papel mediador de la resiliencia en este grupo.

Tal y como se esperaba, en nuestra muestra se obtuvo un nivel de alto síndrome del quemado de casi el 50%, de acuerdo con las investigaciones antes mencionadas (Dahn *et al.*, 2019). En concreto, el mayor porcentaje de residentes puntuaron en agotamiento emocional y despersonalización alta y en baja realización personal (Fonseca *et al.*, 2010). Esto podría sugerir, en la línea de investigaciones previas, que la mayoría de los residentes tienen una pérdida progresiva de energía y recursos personales de adaptación, percepción de estar desbordados a nivel afectivo, desarrollan actitudes y sentimientos que llevan a distanciarse de los problemas y de las personas que atienden, etc. (Maslach y Leiter, 2016). Por otro lado, sólo un 30% de la muestra aproximadamente refirió una sensación de bienestar considerada como alta.

Confirmando nuestra hipótesis, y en la línea de otros estudios (Eckleberry-Hunt *et al.*, 2009), se observó un deterioro del bienestar y una mayor puntuación en las diferentes escalas del síndrome del quemado y del síndrome del quemado 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 hace, a su vez, que los nuevos profesionales comiencen su andadura como especialistas con un nivel de síndrome del quemado elevado (Dewa *et al.*, 2014; Mercedes *et al.*, 2017; Prendergast *et al.*, 2016; Žutautienė *et al.*, 2020).

El resultado del análisis de correlaciones en nuestra muestra 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 observan relaciones negativas entre éstas y las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización y una fuerte relación positiva con la realización personal. De nuevo coincidimos con la literatura existente en cuanto a cómo se relacionan estas variables (Arrogante, 2014).

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 (Arrogante, 2014). Consecuentemente, la presencia de la resiliencia o el saber hacer frente a la adversidad de manera adecuada 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 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, 2014; Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2017), por lo tanto, futuras investigaciones deberían replicar nuestros resultados. 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, confirmando por consiguiente la hipótesis de la importancia que juega la resiliencia en el afrontamiento de aspectos relaciones con el síndrome del quemado, tales como el agotamiento emocional (Shakir *et al.*, 2020).

Nuestros resultados coinciden con la investigación reciente que 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 demuestra su asociación con mayor bienestar de los residentes y su efecto beneficioso en la reducción de aspectos relacionados con el síndrome del quemado, como el agotamiento emocional y la baja realización personal en el trabajo (Berger y Waidyaratne-Wijeratne, 2019; Limonero *et al.*, 2012; Raj, 2016). 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 síndrome del quemado. De esta manera 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).

Como limitaciones de este estudio encontramos que al ser un estudio transversal los resultados no pueden reflejar causalidad. Por otro lado, con el bajo nivel de respuesta es difícil generalizar los resultados. Además, no se realizó un muestreo aleatorizado ya que la encuesta fue dirigida a la totalidad de la muestra y habría que analizar el sesgo derivado de la tasa de respuesta. Por otra parte, no se han podido controlar la influencia de otras variables que podrían estar interfiriendo en los niveles de síndrome del quemado, así como en la percepción de bienestar. Como fortalezas destacamos la metodología utilizada y el acercamiento más profundo que supone a la hora de dilucidar las acciones preventivas a llevar a cabo entre los residentes.

Los resultados obtenidos en la presente investigación sugieren que una posible manera de amortiguar los efectos del síndrome del quemado sobre el bienestar subjetivo sería a través de estrategias resilientes que reduzcan el agotamiento emocional. 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. Para ello 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.

Referencias

- American Medical Association (s.f.). *Real-world solutions to enhance clinical practice effectiveness*. <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward>
- Arnold, J., Tango, J., Walker, I., Waranch, C., McKamie, J., Poonja, Z. y 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. doi: 10.5811/westjem.2017.12.36244
- Arrogante, Ó. (2014). Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 24(5), 283-289. doi: 10.1016/j.enfcli.2014.06.003
- Arrogante, Ó. y Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: the mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 110-115. doi: 10.1016/j.iccn.2017.04.010
- Berger, L. y 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. doi: 10.36834/cmej.42992
- Bodenheimer, T. y 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. doi: 10.1370/afm.1713
- Calleja, N. y 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. doi: 10.21865/RIDEP55.2.14

- Connor, K. M. y 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. doi: 10.1002/da.10113
- Dahn, H., McGibbon, A. y Bowes, D. (2019). Burnout and resiliency in Canadian oncology residents: a nationwide resident and program director survey. *Practical Radiation Oncology*, 9(1), e118-e125. doi: 10.1016/j.prro.2018.08.001
- Delgado, C., Rodríguez, A., Lagunes, R. y Vázquez, F. D. (2020). Bienestar psicológico en médicos residentes de una universidad pública en México. *Universitas Médica*, 61(2), 3-11. doi: 10.11144/Javeriana.umed61-2.bpsi
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X. y Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 325. doi: 10.1186/1472-6963-14-325
- Eckleberry-Hunt, J., Lick, D., Boura, J., Hunt, R., Balasubramaniam, M., Mulhem, E. y Fisher, C. (2009). An exploratory study of resident burnout and wellness. *Academic Medicine*, 84(2), 269-277. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181938a45
- Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E. y Miró, Ò. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista Clínica Española*, 210(5), 209-215. doi: 10.1016/j.rce.2009.12.006
- Fox, S., Lydon, S., Byrne, D., Madden, C., Connolly, F. y O'Connor, P. (2018). A systematic review of interventions to foster physician resilience. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1109), 162-170. doi: 10.1136/postgradmedj-2017-135212
- Frank, J., Snell, L. y Sherbino, J. (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. L. y Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(1), 183-196.
- Mahmoud, N. N. y Rothenberger, D. (2019). From burnout to well-being: a focus on resilience. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 32(06), 415-423. doi: 10.1055/s-0039-1692710
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C. y 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. doi: 10.1002/wps.20311
- Merces, M. C. das, Lopes, R. A., Silva, D. de S. E., Oliveira, D. S., Lua, I., Mattos, A. I. S. y 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. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.208-214
- Moon, K.-W. y Hong, S. (2020). processR: implementation of the «PROCESS» macro (Versión 0.2.3). <https://CRAN.R-project.org/package=processR>
- Palacio G, C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M. J. y Limonero, J. T. (2020). Resilience in caregivers: a systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(8), 648-658. doi: 10.1177/1049909119893977
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K. y Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195-205. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7674
- 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. y Price, K. (2019). Workforce, Workload, and burnout

- among intensivists and advanced practice providers: a narrative review. *Critical Care Medicine*, 47(4), 550-557. doi: 10.1097/CCM.0000000000003637
- Prendergast, C., Ketteler, E. y Evans, G. (2016). Burnout in the plastic surgeon: implications and interventions. *Aesthetic Surgery Journal*, 37(3), 363-368. doi: 10.1093/asj/sjw158
- R Core Team (2018). *R A language and environment for statistical computing. R foundation for statistical computing*. Vienna: References—Scientific Research.
- Raj, K. S. (2016). Well-being in residency: a systematic review. *Journal of Graduate Medical Education*, 8(5), 674-684. doi: 10.4300/JGME-D-15-00764.1
- Shakir, H. J., Cappuzzo, J. M., Shallwani, H., Kwasnicki, A., Bullis, C., Wang, J., Hess, R. M. y Levy, E. I. (2020). Relationship of grit and resilience to burnout among U.S. neurosurgery residents. *World Neurosurgery*, 134, e224-e236. doi: 10.1016/j.wneu.2019.10.043
- Siegel, T. R. y Nagengast, A. K. (2019). Mitigating burnout. *Surgical Clinics of North America*, 99(5), 1029-1035. doi: 10.1016/j.suc.2019.06.015
- West, C. P., Dyrbye, L. N. y Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. doi: 10.1111/joim.12752
- Winkel, A. F., Honart, A. W., Robinson, A., Jones, A.-A. y Squires, A. (2018). Thriving in scrubs: a qualitative study of resident resilience. *Reproductive Health*, 15(1), 53. doi: 10.1186/s12978-018-0489-4
- Yates, S. W. (2020). Physician stress and burnout. *The American Journal of Medicine*, 133(2), 160-164. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.08.034
- Žutautienė, R., Radišauskas, R., Kaliniene, G. y 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. doi: 10.3390/ijerph17103739

RECIBIDO: 21 de noviembre de 2020

ACEPTADO: 25 de septiembre de 2021