

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Facultad de Psicología

Tesis de Grado

Título:

“Resiliencia, liderazgo transformacional y síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata”

Cátedra o Seminario de radicación:

Psicología Laboral

Supervisor/a:

Dra. Yamila Fernanda Silva Peralta

Apellido, Nombres y Matrícula de los alumnos:

Briano, Guadalupe (Mat. 09116/10)

Santecchia, Rocío Marian (Mat. 09275/10)

Año

2017

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Briano, Guadalupe (Mat. 09116/10) y Santecchia, Rocío Marian (Mat. 09275/10) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores".

"El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por los alumnos Briano, Guadalupe (Mat. 09116/10) y Santecchia, Rocío Marian (Mat. 09275/10), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 23 días del mes de marzo del año 2018".

Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-Supervisor.

Informe de Evaluación del Supervisor

Las tesis han desarrollado un trabajo prolijo, organizado y respetando plazos y objetivos propuestos. Se han coordinado muy bien entre ellas para desarrollar las actividades propuestas así como para resolver dificultades que se fueron presentando en el proceso.

La temática investigada es socialmente pertinente en el marco de las investigaciones sobre salud ocupacional positiva y ha sido abordada satisfactoriamente. Invito a la publicación de esta tesis en formato de artículo científico en revista de impacto del área de la Psicología Organizacional.

Dra. Yamila F. Silva Peralta

Supervisora

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Briano, Guadalupe (Mat. 09116/10) y Santecchia, Rocío Marian (Mat. 09275/10).

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

Apellidos y Nombre de los alumnos: Briano, Guadalupe (Mat. 09116/10); Santecchia, Rocío Marian (Mat. 09275/10)

Cátedra o Seminario de radicación: Psicología Laboral

Supervisor: Dra. Yamila Fernanda Silva Peralta

Título del proyecto: *Resiliencia, liderazgo transformacional y síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata.*

Descripción resumida:

La presente es una investigación descriptiva con enfoque comparativo, de tipo cuali y cuantitativo, que tiene como finalidad indagar y comparar niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia en médicos residentes del Hospital Privado de la Comunidad, con una muestra intencional conformada por 20 residentes médicos (10 de primer año y 10 de cuarto año). Se administrará el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986), las escalas transformacionales del *Multifactor Leadership Questionnaire* de Avolio y Bass (2004), el *Test de Resiliencia* de Wagnild y Young (1987) y una entrevista semi-estructurada. Serán calculados descriptivos básicos y tablas de contingencia que permitan comparar los niveles de resiliencia, liderazgo transformacional y burnout en médicos residentes de los primeros y los últimos años.

Palabras clave: burnout, liderazgo transformacional, resiliencia, médicos residentes

Descripción detallada:

-Motivo: Los resultados de esta investigación aportarán elementos que contribuyan a la prevención de enfermedades laborales (como el estrés crónico) en organizaciones de salud, promoviendo una adecuada resiliencia y habilidades transformacionales de liderazgo. Como futuras Psicólogas esta misión nos incumbe directamente y nos motiva a realizar la presente investigación.

-Antecedentes:

Se considera al estrés como un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de las personas para afrontarlos, las experiencias del estrés

provocan en el individuo respuestas que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación; una de estas es el síndrome de burnout, cuya definición más consolidada es la de Maslach y Jackson (1981), quienes consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés crónico caracterizado por tres dimensiones: cansancio/agotamiento emocional, despersonalización/deshumanización y falta/disminución de realización personal en el trabajo. Son muchas y diversas las investigaciones sobre el burnout, entre sus resultados más importantes, la investigación de Beltrán, Moreno y Reyes (2004) muestra que una tercera parte de las bajas laborales entre los profesionales de sanidad se debe al burnout con prevalencia en los médicos. Moreno-Egea, Latorre-Reviriego, Morales-Cuenca, Campillo-Soto, Bataller-Peñañiel y Sáez-Carreras (2009) ubican a los residentes como factores internos generadores de burnout, estableciendo que estos no pueden ser entendidos como una figura de descarga de cualquier tarea, sino que deben tener un plan previamente diseñado y supervisado a diario, destacando la comunicación con el jefe de residentes o su residente mayor como imprescindible; muestran que el burnout debe ser entendido desde una perspectiva de igualdad y nunca de dominio o desprecio. Carrillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012) escriben un artículo de revisión donde destacan la creciente incidencia que tiene el síndrome de burnout en profesionales de la salud, y como esto disminuye su desempeño, calidad y seguridad en la atención de sus pacientes; lo interesante es el énfasis puesto en los pacientes. La investigación de Cubillo, Guevara, Bravo, Riguera, Castro y Sanz (2012), incluyen la variable prevención en su estudio prospectivo, al exponer que el empleo estable y de calidad es una vía para mitigar indirectamente (favoreciendo la comunicación interna) el desgaste profesional por parte de los profesionales de Centros de Atención Primaria, considerando fundamental una adecuada comunicación entre médicos y enfermeros. En una reciente investigación de Sánchez-Mendiola (2016) se esbozan viñetas clínicas donde en todas aparece el temor, el miedo a cometer errores y ser humillado públicamente, una sensación de vulnerabilidad que implica la asimetría de poder intrínseca a las jerarquías. Se plantea como preocupante que conductas tan poco sanas y agresivas perduren en los ambientes hospitalarios. En el marco de la UNMdP, Flego y Tagliapietra (2015) estudiaron el síndrome de

burnout en una población expuesta constantemente a situaciones potencialmente estresoras como son los bomberos voluntarios (al igual que los médicos residentes), lo hacen desde una visión salugénica al considerar que los aportes arrojados por la investigación podrían ser de utilidad para el aumento de calidad de vida laboral en dicha población, teniendo en cuenta un mejor aprovechamiento de recursos psicológicos.

Respecto a la definición de liderazgo transformacional, Avolio y Bass (2004) plantean que es un proceso enfocado en la consideración, estimulación, motivación e influencia de los trabajadores, a fin de promover compromiso con el alcance de la misión organizacional, dejando de lado sus intereses particulares y centrándose en el interés colectivo. Con esta herramienta, se producen cambios grupos, organizaciones y sociedad. Es una estrategia fundamental para trabajar sobre el estrés laboral, como un proceso y no como un rol particular dentro de una organización, ya que su finalidad debe ser el cambio para mejor (Schenini, 2009). García Pachón (1990) señala que cuando se habla de “calidad de jefe” no solamente se incluye la capacidad profesional y técnica, sino también la habilidad para dirigir. La autoridad debe estar siempre ejercida desde el respeto y la habilidad acompañada del estímulo necesario y del reconocimiento del trabajo realizado. En el marco de residencias médicas, Morales-Guzmán, Huber-Beristain, Pérez-Morales y Murillo-Bautista (1998) incluyen como variable la opinión de residentes quienes afirman que el ambiente hostil sería un obstáculo para el proceso de enseñanza aprendizaje; esto se relaciona con lo expuesto por Treviño (2005) sobre cómo el cambio de actitud de los médicos residentes es determinado por el trato punitivo y hostil recibido en la escuela de medicina. Se considera relevante la investigación de Carrió (2007) por incluir la variable prevención a partir de la importancia dada al control y regulación emocional y a la promoción de la comunicación para reducir las tensiones en el ambiente laboral médico, teniendo en cuenta a todos sus integrantes y jerarquías. A su vez, autores como García-García, González-Martínez, Estrada-Aguilar y Uriega-González Plata (2010) destacan la necesidad de que las instituciones regulen el ejercicio del necesario liderazgo para un completo desarrollo de los programas formativos. En la investigación de Cervera y Torregrosa (2011), se cita al concepto de liderazgo como nodal dentro del ámbito de las residencias médicas, siendo este aplicable a toda

especialización. Este término no es solamente asociado a “liderar”, sino también a fortalecer al residente menor, a aumentar su autoconfianza, y autoestima y motivarlo a la excelencia. Dados los efectos y consecuencias negativas que produce un liderazgo hostil autores confirman que los médicos residentes que durante su formación han sufrido acoso, intimidación o bullying como producto de aquel, a menos que cuenten con herramientas de inteligencia emocional, o capacidad de resiliencia carecerán de las actitudes y valores necesarios para enfrentar dicha situación, teniendo un gran impacto en su formación, actitud como en el desenvolvimiento social y profesional (Carrillo-Esper & Gómez-Hernández, 2014). La competencia de liderazgo efectivo debe tomarse en cuenta en la planeación educativa de las escuelas e instituciones de ciencias de la salud. (Sánchez-Mendiola, 2015). La tesis de grado de Caridi, Del Otero y Savino (2016) tiene por finalidad conocer asociaciones entre liderazgo transformacional y engagement en trabajadores de salas de juego de Mar del Plata; se extrae como importante de dicha investigación el énfasis puesto en la promoción de organizaciones saludables, a través de un buen uso de estrategias como son el liderazgo transformacional y el engagement, ya que estas permiten mejorar la calidad laboral de una organización.

Por último, la otra herramienta considerada para afrontar el estrés laboral es la resiliencia; los autores de la escala de medición de la misma, Wagnild y Young (1987), la consideran como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Se destaca también la definición de resiliencia de Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez (2005), como la capacidad de atravesar y superar situaciones sociales adversas, para esto el sujeto debe ser activo de su experiencia, ya que no se nace resiliente. Este es un término relativamente nuevo y desde el año 2010 se encuentra investigaciones respecto a su relación con residentes médicos. Como dice Arquer (1997), son muchas las adversidades que debe enfrentar el personal médico cada día. La investigación de Peña (2010) arroja que el estudio de la resiliencia podría contribuir a determinar de qué manera el personal médico enfrenta adversidades como la fatiga laboral, y concluyen que esta adversidad puede superarse más rápido cuando se poseen altos niveles de resiliencia. Autores como Aymat Rodríguez, Bazán, Cerisola Moreno, Heredia, Llapur Acosta, Puchulu y Calduch (2011), señalan que los médicos residentes llegan a

implementar mecanismos personales para hacerle frente a las situaciones adversas y al vínculo docente-residente; están quienes toman una postura de sometimiento a las deformaciones del sistema, y quienes logran hacer de su formación una experiencia productiva, haciendo uso de su capacidad resiliente. Molina, Pérez, Espinoza y López (2013) destacan el efecto protector de la resiliencia sobre el cansancio emocional, siendo este a su vez el índice predictor de un posible burnout. Siguiendo con la variable prevención, Muñoz Ruiperez (2014) señala en su trabajo que el estrés se puede relacionar con altos niveles de depresión y elevados niveles de ansiedad; a partir de esto se estudian diferentes tipos de personalidades, concluyendo que a mayor fortaleza de mecanismos de “resiliencia” logrados, menor estrés se generará. Según varios autores, es aconsejable fijar criterios para la detección temprana de riesgos emergentes del cansancio agudo y crónico en programas de entrenamiento de residentes, en la identificación de medidas para promover la resiliencia y el bienestar del médico (Pandikow & Mendes, 2014). Pilatti y Martínez (2015) investigan el constructo resiliencia a partir de la población de bomberos voluntarios enfrentada a situaciones laborales de alto riesgo en forma frecuente; lo significativamente extraído es la asociación que realizan dichos autores entre una personalidad resiliente y la autoeficacia laboral.

Atendiendo a la motivación que tiene esta tesis, se concluye citando que según investigaciones de Cerezo, Bernabé, Lisbona y Palací (2017), hay una relación estadísticamente significativa entre socialización resiliencia y engagement, y el papel mediador de la resiliencia para generar engagement en profesionales sanitarios. La socialización positiva de los médicos en formación junto con la capacidad de resiliencia puede generar un buen desempeño.

-Objetivos generales y particulares: Como objetivo general se propone conocer los niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia de los médicos residentes de una organización privada de salud de la ciudad de Mar del Plata. Los objetivos específicos son: a) analizar los niveles de burnout de los médicos residentes; b) analizar los niveles de liderazgo transformacional de los médicos residentes; c) analizar los niveles de resiliencia de los médicos residentes; d) comparar niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia en médicos de primer año y cuarto año de residencia.

-Hipótesis: Los médicos residentes de primer año presentarían niveles más bajos de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia respecto de los residentes de cuarto año.

-Métodos y técnicas: Se trata de una investigación descriptiva con enfoque comparativo, de tipo cuali y cuantitativo. La muestra a utilizar será intencional conformada por 20 residentes médicos del Hospital Privado de la Comunidad (HPC), siendo la misma dividida en 10 (el 25%) residentes de primer año y 10 (el 32%) residentes de cuarto año; teniendo en cuenta que el HPC cuenta actualmente con 39 residentes en primer año y 31 residentes en cuarto año. La participación de los residentes en la investigación será voluntaria y previo consentimiento informado. Se administrará el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986), las escalas transformacionales del *Multifactor Leadership Questionnaire* de Avolio y Bass (2004), el *Test de Resiliencia* de Wagnild y Young (1987) y una entrevista semi-estructurada, donde se indagaran datos socio-demográficos, descripción del puesto y situaciones laborales específicas. Serán analizados descriptivos básicos y tablas de contingencia que permitan comparar ambos grupos en cada una de las variables.

-Lugar de realización del trabajo: Hospital Privado de la Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

-Cronograma de actividades:

| Actividades / Meses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Revisión bibliográfica | x | x | x | x | x | x | | | | |
| Administración de instrumentos | | | x | x | x | x | | | | |
| Carga de datos | | | | x | x | x | | | | |
| Análisis de datos | | | | | | x | x | x | x | |
| Elaboración de conclusiones | | | | | | | | | x | x |

-Bibliografía básica de referencia

- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). *MLQ: Multifactor leadership questionnaire*. California: Mind Garden.
- Aymat Rodríguez, A., Bazán, J., Cerisola Moreno, G., Heredia, V., Llapur Acosta, F., Puchulu, M.,... & Calduch, R. (2011). El Sistema de Residencias Visto por el Residente. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3(2), 22-27.
- Beltrán, C. A., Moreno, M. P., & Reyes, M. B. P. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y salud*, 14(1), 79-87.
- Caridi, A. S. G., Del Otero, S. B., & Savino, H. J. (2016). *Liderazgo Transformacional y Engagement en trabajadores de salas de Juegos en la ciudad de Mar del Plata*. Tesis de Grado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Carrillo-Esper, R., & Gómez-Hernández, K. (2014). Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. *Médica Sur Socied A Sur Socied A Sur Sociedad De Médicos, Ac Ad De Médicos, AC*, 172.
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584.
- Cerezo, J., Bernabé, M., Lisbona, A., & Palací, F. J. (2017). La socialización de los profesionales sanitarios y el papel de la resiliencia en el desarrollo de conductas de bienestar en el trabajo. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(1), 27-32.
- Cervera, S., & Torregrosa, L. (2011). El liderazgo como una competencia fundamental para el residente de Cirugía General. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(3), 164-170.
- Cubillo, Á. C. M., Guevara, J. C., Bravo, J. J. M., Riguera, M. J. P., Castro, M. L. G., & Sanz, A. G. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 44(9), 532-539.
- Flego, M. F., & Tagliapietra, A. F. (2015). *Estudio sobre la incidencia de burnout en una población de Bomberos voluntarios de la ciudad de Santa Clara del Mar, Provincia de Buenos Aires*. Tesis de Grado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- García Pachón, E. (1990). ¿Cómo es un buen jefe de neumología? *Archivos de bronconeumología*, 26(3), 96-97.
- García-García, J. A., García-García, G. E., Arnaud-Viñas, M. R., González-Martínez, J. F., Arámbula-Morales, E. G., & Mendoza-Guerrero, J. A. (2009). Inteligencia

- emocional en médicos residentes del Hospital General de México. *Revista médica de México. Hospital General*, 72, 178-186.
- García-García, J. A., González-Martínez, J. F., Estrada-Aguilar, L., & Uriega-González Plata, S. (2010). Educación médica basada en competencias. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 73(1), 57-69.
- Carrió, F. B. (2007). La relación médico paciente en un mundo cambiante. *Humanitas*, 0(15), 7-15.
- Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N. y Rodríguez, D. (Comp.). (2005). *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Molina, M. D., Pérez, C. B., Espinoza, J., & López, G. (2013). Riesgo psicosocial y factores personales protectores de la salud en trabajadores sanitarios. *Dos puntas*, 0(8), 165-178.
- Morales-Guzmán, M. I., Huber-Beristain, J. J., Pérez-Morales, A. G., & Murillo-Bautista, C. E. (1998). Aprendizaje en la residencia de cirugía. *Cirugía y Cirujanos*, 66(5), 176-181.
- Moreno-Egea, A., Latorre-Reviriego, I., Morales-Cuenca, G., Campillo-Soto, Á., Bataller-Peñañiel, E., & Sáez-Carreras, J. (2009). Cómo evitar quemarse (o padecer el síndrome de burnout) en un servicio de cirugía general. *Cir Cir*, 77(2), 149-155.
- Muñoz Ruiperez, C. (2014). *Factores genéticos y de personalidad de vulnerabilidad-protección al estrés en una muestra de médicos internos residentes: aplicación desde la prevención de riesgos laborales*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Pandikow, M. H. A., & Mendes, F. F. Los residentes de Anestesiología: La importancia del bienestar ocupacional. *El Bienestar Ocupacional en Anestesiología*, 133-150.
- Parra, O. B., & Guiliany, J. G. (2013). Algunas consideraciones teóricas sobre el liderazgo transformacional. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 15(2), 165-177.
- Peña, R. D. P. (2010) El claroscuro del estrés laboral integral crónico del personal médico de organizaciones de salud pública. Ponencia presentada en XV Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática, México, D.F.
- Pilatti, N. B., & Martínez, R. E. (2015). *Estudio exploratorio de Resiliencia, y Autoeficacia en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires*. Tesis de Grado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

- Sánchez-Mendiola, M. (2015). Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? *Investigación en educación médica*, 4(14), 99-107.
- Sánchez-Mendiola, M. (2016). La formación de médicos y especialistas: ¿Ya no los hacen como antes? *Investigación en Educación Médica*, 5(18), 65-66.
- Schenini, M. (2009). *Liderazgo Ético*. Material de circulación interna de la cátedra Psicología Laboral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Treviño, C. V. (2005). Ética y poder: formación de residentes e internos. *Rev Med IMSS*, 43(1), 1-3.

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I | 5 |
| REVISIÓN TEÓRICA | 5 |
| Síndrome de burnout..... | 5 |
| Liderazgo transformacional..... | 7 |
| Resiliencia..... | 10 |
| CAPÍTULO II | 15 |
| MÉTODO | 15 |
| Diseño | 15 |
| Hipótesis | 15 |
| Variables..... | 15 |
| Muestra | 16 |
| Instrumentos | 16 |
| Procedimiento..... | 19 |
| CAPÍTULO III | 22 |
| RESULTADOS | 22 |
| Análisis sociodemográfico..... | 23 |
| Tablas de contingencia..... | 37 |
| Interpretación de resultados..... | 49 |
| CAPÍTULO IV | 55 |
| DISCUSIÓN | 55 |
| Futuras líneas de investigación..... | 60 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| Impacto y principales alcances..... | 63 |
| REFERENCIAS | 64 |
| ANEXOS..... | 68 |

INTRODUCCIÓN

La finalidad de esta investigación es indagar y comparar niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia en médicos residentes de una organización privada de salud de la ciudad de Mar del Plata. El diseño es descriptivo-comparativo, tanto cualitativo como cuantitativo.

Como objetivo general nos proponemos conocer los niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia de los médicos residentes de dicha organización. Los objetivos específicos son: a) analizar los niveles de burnout de los médicos residentes; b) analizar los niveles de liderazgo transformacional de los médicos residentes; c) analizar los niveles de resiliencia de los médicos residentes; d) comparar niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia en médicos de primer año y cuarto año de residencia.

Teniendo en cuenta que nuestra investigación es parte de los requisitos de aprobación de la carrera de Licenciatura en Psicología, y que la misma se radica en la cátedra de Psicología Laboral, las variables que seleccionamos para el estudio son propias de dicho ámbito psicológico. Ellas son: (a) síndrome de burnout, cuya definición más consolidada es la de Maslach y Jackson (1981), quienes los definen como una respuesta inadecuada a un estrés crónico caracterizado por tres dimensiones: cansancio/agotamiento emocional, despersonalización/deshumanización y falta/disminución de realización personal en el trabajo; (b) liderazgo transformacional, variable definida por Avolio y Bass (2004) como un proceso enfocado en la consideración, estimulación, motivación e influencia de los trabajadores, a fin de promover compromiso con el alcance de la misión organizacional, dejando de lado sus

intereses particulares y centrándose en el interés colectivo; y (c) la última variable seleccionada es resiliencia, entendida por Wagnild y Young (1987) como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Además, tomamos como referente la definición de Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez (2005), quienes entienden a la resiliencia como la capacidad de atravesar y superar situaciones sociales adversas, para esto el sujeto debe ser activo de su experiencia, ya que no se nace resiliente.

La muestra a utilizar es intencional y está conformada por 20 residentes médicos de una organización privada de salud de la ciudad de Mar del Plata, siendo la misma dividida en 10 (el 25%) residentes de primer año y 10 (el 32%) residentes de cuarto año; además tuvimos en cuenta que actualmente la organización cuenta con 39 residentes en primer año y 31 residentes en cuarto año. La participación de los residentes en la investigación fue voluntaria y con previo consentimiento informado, que les brindamos por escrito y reforzamos verbalmente.

La principal motivación que nos promovió la selección de dicho tema de investigación, está en que los resultados de nuestra investigación aporten elementos que contribuyan a la prevención de enfermedades laborales (como el estrés crónico) en organizaciones de salud, a través de la promoción de una adecuada resiliencia y habilidades transformacionales de liderazgo. Nuestra motivación es incentivada y promovida a partir del estudio de las llamadas organizaciones saludables, concepto que ha sido abordado desde múltiples disciplinas y con variadas orientaciones. Tenemos en cuenta como referente, la propuesta de un modelo integral de organización saludable de Grueso Hinestroza y Rey Sarmiento (2013), quienes comienzan por tomar como

fundamento del mismo el concepto de salud defendido por la Organización Mundial de la Salud (1946), desde el cual la salud se entiende no solamente como la ausencia de enfermedad, sino como la existencia de un estado de bienestar en todas las esferas de la vida: física, psicológica y social. Desde dicha concepción de salud, el modelo integral considera a la organización saludable como aquella que goza de un estado de bienestar en función de sus factores relacionales y estructurales, tanto de carácter interno como externo; lo cual implica que al ser la organización considerada un sistema, como tal, todas las partes del sistema deben encontrarse saludables para poder funcionar y cumplir su fin.

De lo anterior hacemos la lectura de que para que la organización (de salud en este caso) funcione correctamente, es necesario que los médicos residentes como parte de su estructura organizacional funcionen y lo hagan desde el bienestar para atraer así mejores resultados y lograr la productividad buscada. Si tenemos en cuenta la promoción de la salud tal cual fue ya explicada, podríamos incluir recursos psicológicos como son las variables de estudio de esta tesis, para trabajar sobre la particular salud (física, psicológica y social) de cada uno de los médicos residentes.

Creemos que promover la resiliencia y el uso de habilidades transformacionales de liderazgo para un mejor manejo del estrés laboral, propio de las organizaciones de salud y su particular sistema de formación de residentes, es también promover una organización saludable.

Si bien nos paramos desde la premisa de que no somos quienes puedan cambiar el sistema y la estructuración y burocracia que configura a las residencias médicas hoy en nuestro país, creemos que se pueden realizar

posibles intervenciones y sugerencias desde el campo psicológico, que refuercen y sugieran a los médicos en formación sobre cómo prevenir posibles patologías psicológicas generadas en el ámbito laboral. Como futuras psicólogas esta misión nos incumbe directamente y nos motiva a realizar la presente investigación, con el interés de poder también plantear posibles futuras líneas de investigación que continúen con el desarrollo de la temática planteada.

CAPÍTULO I

REVISIÓN TEÓRICA

Consideramos al estrés como un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de las personas para afrontarlos, las experiencias del estrés provocan en el individuo respuestas que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación; una de estas es el síndrome de burnout, cuya definición más consolidada es la de Maslach y Jackson (1981), quienes consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés crónico caracterizado por tres dimensiones: cansancio/agotamiento emocional, despersonalización/deshumanización y falta/disminución de realización personal en el trabajo.

Son muchas y diversas las investigaciones sobre el burnout; entre sus resultados más importantes, Beltrán, Moreno y Reyes (2004), en su investigación en médicos de primer nivel de atención del instituto Mexicano del Seguro Social muestran a partir de los datos arrojados de un cuestionario de datos generales, la escala de Maslach Burnout Inventory y la guía de identificación de factores psicosociales que una tercera parte de las bajas laborales entre los profesionales de sanidad se debe al burnout con prevalencia en los médicos. Moreno Egea, Latorre Reviriego, Morales Cuenca, Campillo Soto, Bataller Peñafiel y Sáez Carreras (2009), ubican a los residentes como factores internos generadores de burnout, teniendo concordancia con la conclusión de la anterior investigación que concluye en que ,los médicos tienen prevalencia de dicho síndrome; además, los autores dicen que los residentes no pueden ser entendidos como una figura de descarga de cualquier tarea,

sino que deben tener un plan previamente diseñado y supervisado a diario, destacando la comunicación con el jefe de residentes o su residente mayor como imprescindible; muestran que el burnout debe ser entendido desde una perspectiva de igualdad y nunca de dominio o desprecio. En las investigaciones seleccionadas, podemos ver como el síndrome incidiría tanto en aspectos que hacen a las bajas laborales como al ejercicio profesional, tal cual lo escriben en un artículo de revisión teórica Carrillo Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012), donde destacan la creciente incidencia que este tiene en profesionales de la salud, y como esto disminuye su desempeño, calidad y seguridad en la atención de sus pacientes; lo interesante es el énfasis puesto en los pacientes.

La investigación de Cubillo, Guevara, Bravo, Riguera, Castro y Sanz (2012), incluye la variable prevención en su estudio prospectivo, mediante la aplicación del cuestionario anónimo auto administrado: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y el test de la χ^2 , exponen que el empleo estable y de calidad es una vía para mitigar indirectamente (favoreciendo la comunicación interna) el desgaste profesional por parte de los profesionales de Centros de Atención Primaria, considerando fundamental una adecuada comunicación entre médicos y enfermeros, quedando por fuera en esta investigación, urgencias, pediatría y residentes. Siguiendo el énfasis de promover una adecuada y sana comunicación en el trabajo, observamos las posibles consecuencias de su no aplicación en la reciente investigación de Sánchez Mendiola (2016) en médicos internos de pregrado en un hospital de la Ciudad de México. Aquí se esbozan viñetas clínicas donde en todas aparece el temor, el miedo a cometer errores y ser humillado públicamente, una sensación de vulnerabilidad que implica la

asimetría de poder intrínseca a las jerarquías. Se plantea como preocupante que conductas tan poco sanas y agresivas perduren en los ambientes hospitalarios. En el marco de la UNMdP, Flego y Tagliapietra (2015) estudiaron el síndrome de burnout en bomberos dependientes de la Policía de la Provincia de Bs. As., en la ciudad de Miramar, desarrollándose la toma del inventario a la “Brigada Forestal”. Esta tesis al igual que las dos anteriores investigaciones, refuerza la utilidad de los recursos psicológicos para un mejor clima y desempeño laboral. Trabajan con una población expuesta constantemente a situaciones potencialmente estresoras como son los bomberos voluntarios (al igual que los médicos residentes), lo hacen desde una visión salugénica al considerar que los aportes arrojados por la investigación podrían ser de utilidad para el aumento de calidad de vida laboral en dicha población, teniendo en cuenta un mejor aprovechamiento de recursos psicológicos. Para dicha investigación utilizaron la adaptación realizada por María del Carmen Neira (2004), válida para Argentina, del *Maslach Burnout Inventory*, de Maslach y Jackson.

Respecto a la definición de liderazgo transformacional, Avolio y Bass (2004) a través de su investigación sobre una muestra no probabilística, dirigida, compuesta por 10 grupos de trabajo del área de ventas, a 107 seguidores, y 10 líderes con un diseño no experimental, ex-post-facto y transversal y la aplicación del instrumento Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), Forma 5X Corta, en sus dos versiones - Líder y Clasificador plantean que es un proceso enfocado en la consideración, estimulación, motivación e influencia de los trabajadores, a fin de promover compromiso con el alcance de la misión organizacional, dejando de lado sus intereses particulares y centrándose en el

interés colectivo. Con esta herramienta, se producen cambios en grupos, organizaciones y sociedad. Es una estrategia fundamental para trabajar sobre el estrés laboral, como un proceso y no como un rol particular dentro de una organización, ya que su finalidad debe ser el cambio para mejor (Schenini, 2009). García Pachón (1990) adhiere a la anterior definición en su archivo publicado en la revista de bronco neumología, al afirmar que cuando se habla de “calidad de jefe” no solamente se incluye la capacidad profesional y técnica, sino también la habilidad para dirigir. La autoridad debe estar siempre ejercida desde el respeto y la habilidad acompañada del estímulo necesario y del reconocimiento del trabajo realizado. En el marco de residencias médicas, Morales Guzmán, Huber Beristain, Pérez Morales y Murillo Bautista (1998), mediante la aplicación de encuestas con preguntas abiertas y cerradas a 15 residentes de cirugía general en un estudio prospectivo, descriptivo, transversal y observacional donde afirman que el ambiente hostil sería un obstáculo para el proceso de enseñanza aprendizaje; esto se relaciona con lo expuesto por Treviño (2005) en su investigación teórica sobre cómo el cambio de actitud de los médicos residentes es determinado por el trato punitivo y hostil recibido en la escuela de medicina.

Consideramos relevante la investigación de Carrió (2007) por incluir la variable prevención a partir de la importancia dada al control y regulación emocional y a la promoción de la comunicación para reducir las tensiones en el ambiente laboral médico, teniendo en cuenta a todos sus integrantes y jerarquías. Una posible manera de prevención podría ser lo propuesto por García García, González Martínez, Estrada Aguilar y Uriega González Plata (2010), quienes destacan en su artículo de revisión teórica, la necesidad de

que las instituciones regulen el ejercicio del necesario liderazgo para un completo desarrollo de los programas formativos. Siguiendo con los programas formativos, tenemos en cuenta tanto la investigación de Sánchez Mendiola (2015), que afirma que la competencia de liderazgo efectivo debe tomarse en cuenta en la planeación educativa de las escuelas e instituciones de ciencias de la salud; como la de Cervera y Torregrosa (2011), que en su investigación en educación en posgrado en medicina de cirugía general, aluden al concepto de liderazgo no solo asociado a “liderar”, sino también a fortalecer al residente menor, a aumentar su autoconfianza, y autoestima y motivarlo a la excelencia. No aplicar el liderazgo como es mencionado en la investigación anterior, podría ser considerado como un liderazgo hostil, tal como lo mencionan Carrillo Esper y Gómez Hernández (2014) en su revisión literaria. Dichos autores confirman que este tipo de liderazgo genera efectos y consecuencias negativas; explican que los médicos residentes que durante su formación han sufrido acoso, intimidación o bullying como producto de aquel, a menos que cuenten con herramientas de inteligencia emocional, o capacidad de resiliencia carecerán de las actitudes y valores necesarios para enfrentar dicha situación, teniendo un gran impacto en su formación, actitud como en el desenvolvimiento social y profesional. Para concluir con la revisión teórica sobre liderazgo, y siguiendo con el énfasis ya puesto sobre sus efectos positivos y negativos según cómo se lo aplique, introducimos la tesis de grado de Caridi, Del Otero y Savino (2016) por incluir la promoción de organizaciones saludables a partir de un buen uso de estrategias como son el liderazgo transformacional y el engagement. Este es un estudio de carácter descriptivo-comparativo, el cual tiene por finalidad conocer asociaciones entre liderazgo transformacional y engagement en 80

trabajadores correspondientes a personal operativo y directivo de salas de juego del Casino de la ciudad de Mar del Plata. Para dicha investigación se administraron el Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ-5x) de Avolio y Bass (2004) que mide los niveles de Liderazgo Transformacional y el Cuestionario UWES-17 (*Utrecht Work Engagement Survey*) de Schaufeli y Bakker (2003) para medir el Engagement. Como resultados se evidencia dificultad de los directivos para transmitir valores congruentes con sus acciones y promover la importancia de una misión colectiva, así como para establecer una comunicación que refiera a una visión de futuro clara, deseable y significativa, que permitiera persuadir con entusiasmo y optimismo la factibilidad de dicha visión.

La tercera y última variable que consideramos para afrontar el estrés laboral es la resiliencia; los autores de la escala de medición de la misma, Wagnild y Young (1987), la consideran como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Destacamos también la definición de resiliencia de Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez (2005), como la capacidad de atravesar y superar situaciones sociales adversas, para esto el sujeto debe ser activo de su experiencia, ya que no se nace resiliente. Este es un término relativamente nuevo, desde el año 2010 se encuentran investigaciones respecto a su relación con médicos residentes; no obstante, la investigación de tipo descriptiva correlacional y con un diseño no experimental de Arquer (1997), es aplicada a médicos residentes que trabajan en los servicios de medicina interna de los hospitales públicos tipo IV, tomó como base el inventario multidimensional de la fatiga propuesto por Smets y otros (1995) para medición del constructo mencionado.

Por otro lado, la resiliencia se midió a través de una adaptación del cuestionario de Respuesta a la Adversidad desarrollado por Stolz (2003). Como dice el autor, son muchas las adversidades que debe enfrentar el personal médico cada día; en dicha investigación pudo determinarse que el nivel de resiliencia de los médicos residentes de medicina interna de los Hospitales Tipo IV está “desarrollado”. Estos profesionales tienen la capacidad humana, individual o grupal, de resistir a las situaciones adversas y encontrar recursos creativos para emerger de ellas. Se arroja que sí hay una relación entre la fatiga y la resiliencia, de magnitud “moderada”, y con una dirección inversa. La fatiga es una adversidad que puede superarse más rápidamente y afecta menos aspectos de la vida cuando se poseen altos niveles de resiliencia. Siguiendo con la relación entre la fatiga y la resiliencia, se cita la investigación de Peña (2010); esta es un estudio transversal, de correlación, explicativo, desarrollado en centros hospitalarios de alta complejidad, con similares características, de dos ciudades representativas del sur de Chile. La muestra es comprendida por 101 enfermeras a quienes se le aplicó el instrumento, previa firma del consentimiento informado, que contenía preguntas socio demográficas y laborales (incluyendo la escala influencia trabajo familia); y las escalas de fatiga “Check List Individual Strength” (CIS) y “Maslach Burnout Inventory General Survey” (MBIGS) arroja que el estudio de la resiliencia podría contribuir a determinar de qué manera el personal médico enfrenta adversidades como la fatiga laboral. Como resultados destacables, la fatiga y el síndrome de burnout presentaron una correlación alta, específicamente con la dimensión desgaste emocional lo que demuestra que existe influencia de esta en el síndrome, de tal manera que cuando esta aumenta el burnout también lo

hace. Concluyen que esta adversidad puede superarse más rápido cuando se poseen altos niveles de resiliencia. Observamos que las anteriores investigaciones coinciden al relacionar las variables de resiliencia y burnout; por eso citamos como última investigación al respecto la de Molina, Pérez, Espinoza y López (2013). A través de su investigación de carácter descriptivo y diseño trasversal, dichos autores destacan el efecto protector de la resiliencia sobre el cansancio emocional, siendo este a su vez el índice predictor de un posible burnout. Para lograrlo utilizan una muestra compuesta por 160 trabajadores del Servicio de Urgencias del Hospital Rawson (San Juan, Argentina) aplicándoseles los instrumentos de Connor Davidson Resilience Scale, Maslach Burnout Inventory y el Cuestionario Socio demográfico ad-hoc.

Autores como Aymat Rodríguez, Bazán, Cerisola Moreno, Heredia, Llapur Acosta, Puchulu y Calduch (2011), señalan a través de lo recabado en una investigación cualitativa utilizando como método la "Teoría Fundamentada" de Glaser y Strauss habiendo realizado 6 grupos focales con la participación de residentes de diez Residencias Médicas con sede en Hospitales públicos de San Miguel de Tucumán, que los médicos residentes llegan a implementar mecanismos personales para hacerle frente a las situaciones adversas y al vínculo docente-residente. Están por un lado quienes toman una postura de sometimiento a las deformaciones del sistema, y por otro, quienes logran hacer de su formación una experiencia productiva, haciendo uso de su capacidad resiliente. Si tenemos en cuenta la anterior conclusión, podríamos leer que promoviendo mecanismos personales en los médicos residentes, mejor podrían atravesarse las adversidades; es así que tomamos a Muñoz Ruiperez (2014) por señalar que el estrés se puede relacionar con altos niveles de depresión y

elevados niveles de ansiedad; a partir de esto estudia diferentes tipos de personalidades, concluyendo que a mayor fortaleza de mecanismos de “resiliencia” logrados, menor estrés se generará. A través de la realización de encuestas y entrevistas personales en la residencia de anestesiología en el HCPA y con un abordaje complementario con foco en el rendimiento y en la percepción de la calidad, para varios autores es aconsejable fijar criterios con el fin de la detección temprana de riesgos emergentes del cansancio agudo y crónico en programas de entrenamiento de residentes, en la identificación de medidas para promover la resiliencia y el bienestar del médico (Pandikow & Mendes, 2014). Se obtiene de las anteriores investigaciones, la incidencia de una actitud resiliente en el desempeño laboral del médico, y para lograrlo, la importancia de su promoción. Es por esto último, que consideramos a Pilatti y Martínez (2015), ya que a través de una investigación con diseño no experimental, exploratorio y descriptivo, indagan el constructo resiliencia a partir de la aplicación de dos instrumentos: uno, la escala de Resiliencia para adultos (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2006) en su versión adaptada a la Argentina por Castañeiras (2010); mientras que el restante corresponde a la Escala de Auto eficacia General de Baessler y Schwarzer (1996) en su adaptación española a la población de dos cuarteles de bomberos voluntarios de la provincia de Buenos Aires enfrentada a situaciones laborales de alto riesgo en forma frecuente. De los anteriores autores, extraemos la asociación que realizan entre una personalidad resiliente y la autoeficacia laboral.

Por último, atendiendo a la motivación que tiene esta tesis, concluimos citando las investigaciones de Cerezo, Bernabé, Lisbona y Palací (2017), en las que se llevó a cabo un muestreo de conveniencia, participando en el estudio 110 profesionales provenientes de 6 unidades docentes de diferentes hospitales. En esta, se hicieron análisis descriptivos y medicionales de las variables de estudio mediante SPSS 21 y Macro de Preacher y Hayes (2004). Aportan que hay una relación estadísticamente significativa entre socialización resiliencia y engagement, y el papel mediador de la resiliencia para generar engagement en profesionales sanitarios. La socialización positiva de los médicos en formación junto con la capacidad de resiliencia puede generar un buen desempeño.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Diseño

Se trata de una investigación descriptiva-comparativa ya que recolectamos datos con el propósito de observar el comportamiento de las tres variables seleccionadas por considerar que las mismas tienen incidencia sobre la población estudiada de médicos residentes; estas variables son: burnout, liderazgo transformacional y resiliencia. Además, es un estudio de tipo cualitativo y cuantitativo; cualitativo porque estudiamos datos socio demográficos y de contenido de condiciones de trabajo, ambos obtenidos a partir de una entrevista semi-estructurada; cuantitativo porque también analizamos estadísticamente las ya mencionadas variables a partir de tres cuestionarios auto administrables.

Hipótesis de investigación

La principal hipótesis de investigación es que *“los médicos residentes de primer año presentarían niveles más bajos de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia respecto de los residentes de cuarto año”*. Para evaluar dicha hipótesis, medimos los niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia en una muestra de residentes médicos en formación.

Muestra

La población elegida para esta investigación son los médicos residentes de una organización privada de salud de la ciudad de Mar del Plata. Seleccionamos intencionalmente una muestra de residentes de primero y cuarto año de residencia médica, para describir y comparar los niveles en las variables de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia. La muestra quedó conformada por 20 residentes médicos (10 de primer año y 10 de cuarto año) teniendo en cuenta que tal organización privada de salud, cuenta actualmente con 39 residentes en primer año y 31 residentes en cuarto año. La participación de los médicos residentes en la investigación fue voluntaria y con previo consentimiento informado.

En primera instancia nos acercamos a la organización, y luego nos contactamos con diversos médicos residentes a partir del contacto con uno de ellos en particular, y así es como tuvimos una primer comunicación donde explicamos sobre la temática de nuestra tesis y los fines de incluirlos a ellos en la misma. Una vez ofrecidos los voluntarios a participar, les explicamos qué debían hacer, cuáles eran los dos pasos a seguir, habiendo una primer instancia de completar tres cuestionarios auto administrables, para luego realizar una entrevista semi estructurada. Finalmente, les entregamos los cuestionarios auto administrables y con ellos un consentimiento informado, y luego los contactamos uno por uno para realizar la ya mencionada entrevista.

Instrumentos

Como instrumentos de análisis, administramos el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986), las escalas transformacionales del *Multifactor*

Leadership Questionnaire de Avolio y Bass (2004), el *Test de Resiliencia* de Wagnild y Young (1987) y una entrevista semi-estructurada, donde indagamos datos socio-demográficos, descripción del puesto y situaciones laborales específicas.

En cuanto a la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, tomamos determinadas investigaciones de referencia que prueben las mismas. Comenzando por el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986), destacamos la investigación de Buzzetti Bravo (2005), que tiene como fin evaluar la validación del MBI; para esto, utiliza como muestra a 98 profesores dirigentes sindicales del colegio de profesores A.G. Los resultados que arroja la investigación refieren a la distribución de los ítems como congruente en forma parcial a los del manual y se propone una solución factorial de dos dimensiones, esto es agotamiento emocional y despersonalización; además, sugieren revisar el ítem 21, dado que en este estudio mencionan encontrar evidencia para su eliminación. En conclusión, este trabajo plantea que la solución bifactorial permitiría evaluar el síndrome de burnout con un buen nivel de validez y confiabilidad. También tuvimos en cuenta el estudio de Gil Monte y Peiró (1999), que explora la estructura factorial de una adaptación al castellano del MBI; para realizarlo utilizan una muestra de 559 profesionales de distintos sectores ocupacionales, con el fin de realizar un análisis factorial mediante Componentes Principales y rotación Varimax, la cual presentó 4 factores con eigenvalues mayor que 1. Teniendo en cuenta resultados y conclusiones de estudios similares, esta investigación concluye que el cuestionario puede considerarse válido y fiable en la versión adaptada al castellano. Por último, se consideramos relevante la investigación llevada a cabo por Aranda Beltrán,

Pando Moreno y Salazar Estrada (2016), quienes a través de un estudio que toma como muestra a trabajadores de diferentes actividades económicas, cualificados y no cualificados, del occidente de México, llegan a la conclusión de que la escala del MBI se encuentra en el rango de aceptable para su utilización, debiendo tomar con precaución los valores que se obtuvieron para la subescala de despersonalización.

Siguiendo por el *Multifactor Leadership Questionnaire* de Avolio y Bass (2004), tuvimos en cuenta el trabajo de Molero Alonso, Recio Saboya y Cuadrado Guirado (2010), quienes buscan comprobar el ajuste de dicha estructura factorial y de otros posibles modelos alternativos, utilizando una versión española del MLQ. Dichos autores aplican el análisis factorial confirmatorio a los resultados obtenidos a través de una muestra de 954 participantes. El principal resultado arrojado, muestra que dicho instrumento es el modelo que mejor ajuste presenta estando formado por cuatro factores: liderazgo transformacional, liderazgo facilitador del desarrollo/transaccional, liderazgo correctivo y liderazgo pasivo/evitador. Los autores lo consideran un modelo parsimonioso y teóricamente coherente.

Para cerrar con la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados en esta tesis, para el *Test de Resiliencia* de Wagnild y Young (1987) tomamos como referente el artículo de Cabello, Coronel y Barboza Palomino (2016), ya que describe un análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia (ER) de dicho test; esta prueba se administró a una muestra de 332 participantes, tanto varones (34,3%) como mujeres (65,7%), entre los 17 y 64 años de edad. Luego de realizar un análisis de correlación ítem – test, se encuentran asociaciones altamente significativas para cada uno de los reactivos retenidos, indicando

esto que evalúan indicadores de un mismo constructo. En relación a la confiabilidad, el coeficiente de consistencia interna es considerado como elevado. La conclusión de la referente investigación, es que la ER cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para seguir con estudios de validación.

Procedimiento

En cuanto al procedimiento de trabajo de investigación para llevar adelante la metodología de análisis, aplicamos tres cuestionarios autoadministrables a cada uno de los veinte médicos residentes, siendo estos los ya mencionados *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986), las escalas transformacionales del *Multifactor Leadership Questionnaire* de Avolio y Bass (2004), y el *Test de Resiliencia* de Wagnild y Young (1987); una vez tomados los cuestionarios auto administrables, contactamos a cada uno de los residentes que conformaron la muestra para realizar una entrevista semi estructurada, ya habiendo sido notificados; esto con el fin de estudiar descriptivos básicos y tablas de contingencia que permitan comparar ambos grupos de residentes en cada una de las variables mencionadas, para poder evaluar la confirmación o no de la principal hipótesis de investigación planteada por esta tesis.

La entrevista seleccionada fue la entrevista semi estructurada, en la cual fijamos de antemano determinadas variables a ser indagadas; estas son: año de residencia, lugar de procedencia, principal motivación para estudiar la carrera de Medicina, lugar donde se realizaron sus estudios de carrera, si tienen o no familia en Mar del Plata como su actual lugar de vivienda, la zona donde viven, si conviven con alguien más, la especialidad seleccionada,

cantidad de guardias mensuales, cantidad de horas diarias de trabajo, cantidad de francos mensuales, cantidad de días de vacaciones anuales, breve relato de un día “tipo” de trabajo, breve relato de un día “tipo” de guardia, descripción de la relación con sus pacientes, sus compañeros de trabajo, su residente superior y sus médicos superiores, descripción sobre su percepción respecto a las jerarquías propias de la institución, descripción de la situación más crítica vivida al momento (en caso de haberla) y cómo se enfrentaron ante la misma, comparación de la trayectoria lograda al momento (pregunta específica para residentes de cuarto año), y por último, como cierre de la entrevista, indagamos sobre los sentimientos respecto a su residencia hoy.

La etapa de contacto para la entrevista no fue fácil; lograr la comunicación fluida y el acordar un encuentro con cada uno de los veinte residentes fue algo difícil y que nos llevó semanas hasta concretarse. Como toda experiencia, esta también fue constructiva para nuestra tesis, ya que observamos que todos los residentes de una u otra forma discursiva aclararon y destacaron su casi nula disponibilidad por “ser residentes de medicina”. Para realizar las entrevistas, dividimos la muestra en dos, con el fin de que cada integrante de la tesis tenga la experiencia de entrevistar tanto a residentes de primero como de cuarto año. Optamos por esta modalidad por considerarla la más práctica en base a la necesidad de coordinar disponibilidad horaria entre sus participantes (entrevistador – entrevistado). Las veinte entrevistas fueron coordinadas mediante WhatsApp o e-mail, y luego realizadas en un café enfrente a la institución de salud en la cual residen. Cabe destacar, que la entrevista semi estructurada nos permitió abordar diferentes temáticas previamente seleccionadas, sin dejar de lado la dinámica que cada encuentro genera ante la

singularidad de los entrevistados; es decir que cada entrevista fue única, y cada pregunta pre establecida tiene la finalidad de ser disparadora del área que se desea abarcar, con la posibilidad de apertura, sin dejar de lado la posible aparición de cuestiones que puedan sumar al posterior análisis de la muestra.

CAPÍTULO III

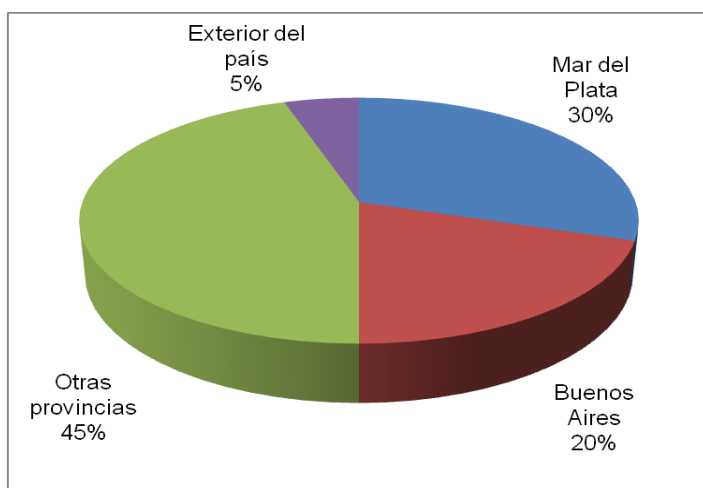
RESULTADOS

Como ya se ha explicitado, esta tesis tiene como objetivo general conocer los niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia de los médicos residentes de una organización privada de salud de la ciudad de Mar del Plata. Luego continuamos hacia sus específicos objetivos, que implican analizar los niveles alcanzados de cada una de las tres variables mencionadas, para finalmente lograr comparar sus resultados entre los médicos residentes de primer y cuarto año, tanto en forma cuantitativa como cualitativa.

En cuanto al orden del siguiente análisis, tuvimos en cuenta los objetivos específicos de nuestra tesis: a) analizar los niveles de burnout de los médicos residentes; b) analizar los niveles de liderazgo transformacional de los médicos residentes; c) analizar los niveles de resiliencia de los médicos residentes; d) comparar niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia en médicos de primer año y cuarto año de residencia.

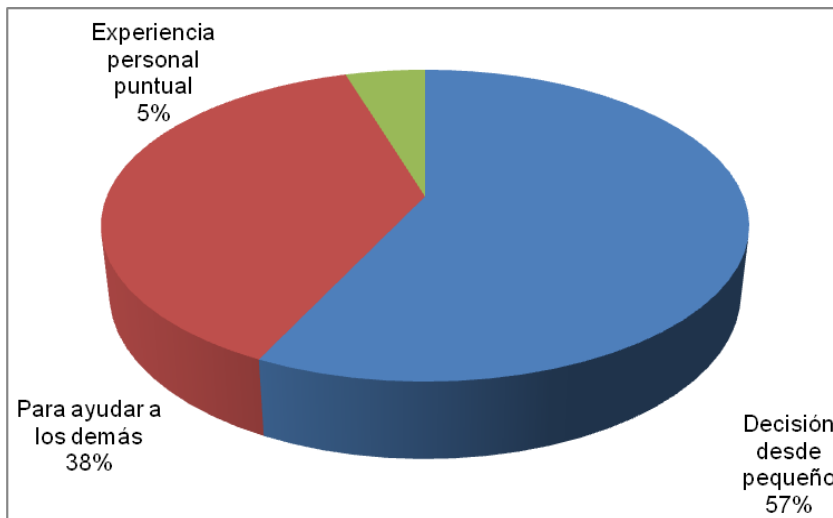
Para llevar adelante el análisis cualitativo de la muestra, describimos la misma comenzando por un análisis socio-demográfico y de contenido de condiciones de trabajo a partir de la lectura de las entrevistas semi-estructuradas y la búsqueda de sus posibles recurrencias y divergencias. Como soporte de análisis, utilizamos figuras que nos permiten una posterior lectura de los mismos.

Figura 1. Distribución de los residentes según sea la ciudad natal.



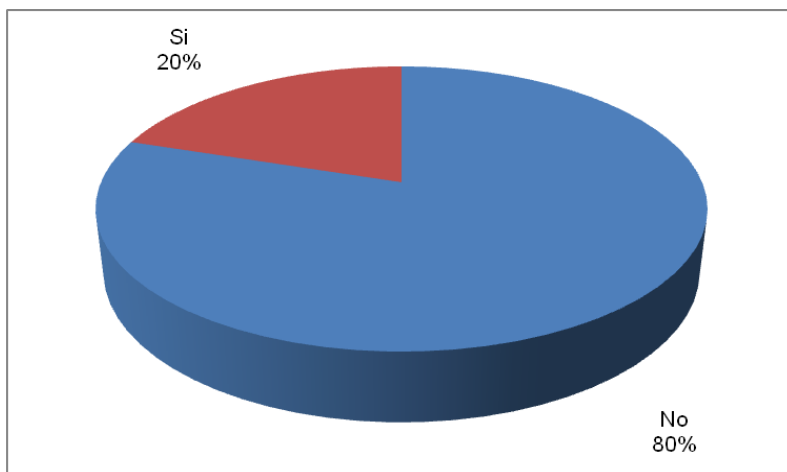
En cuanto a la ciudad natal del residente, como muestra la Figura 1, la mayoría de ellos son de otras ciudades, habiendo sólo 6 (el 30%) nativos de Mar del Plata y 1 (el 5%) del exterior (Ecuador). Cabe destacar que la solicitud de ingreso a la residencia en la institución trabajada, es de tipo privado y no por concurso a nivel provincial o local, por lo que todos sus residentes eligieron específicamente esta institución como su lugar de especialización.

Figura 2. Distribución de residentes según sea su motivación para elegir estudiar Medicina.



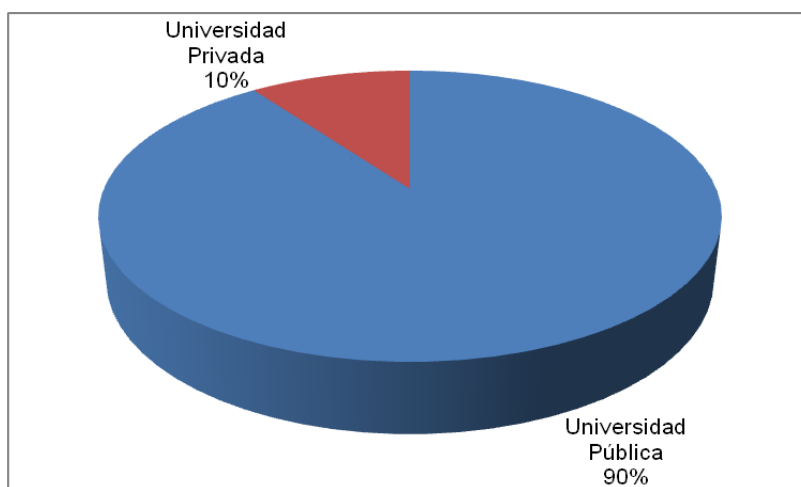
Siguiendo con la motivación a elegir estudiar la carrera de Medicina, como muestra la Figura 2, la mayoría (el 57%) afirmó tener ésta desde temprana edad, apareciendo un segundo grupo que la atribuye al argumento de “ayudar a los demás” (el 38%); cabe destacar que sólo 1 (el 5%) sujeto describió encontrar su motivación en una experiencia personal particular vivida en su infancia y en su círculo familiar.

Figura 3. Distribución de residentes según presencia de familiar/es médico/s.



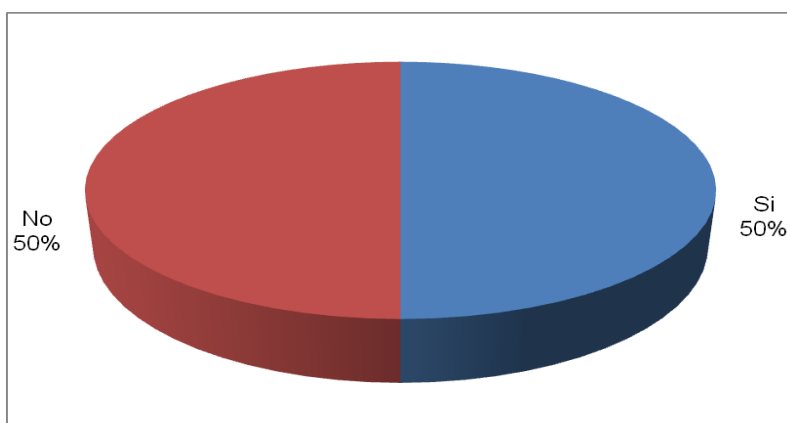
En cuanto al tener o no un familiar medico cercano, sólo 4 (el 20%) residentes afirmaron tenerlo/s, tal como muestra la Figura 3.

Figura 4. Distribución de residentes según sea su lugar de estudios de carrera.



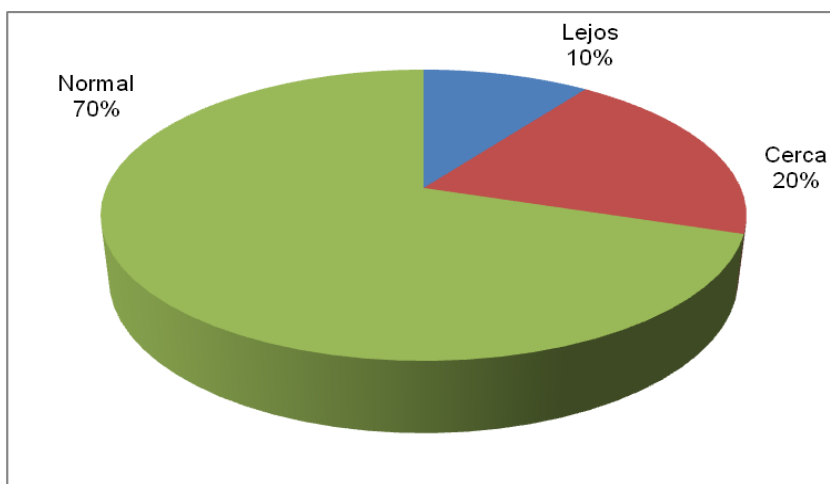
Se puede observar en la Figura 4, que, respecto al lugar de realización de estudios de grado, son 18 (el 90%) los residentes que han estudiado en Universidad Pública, representando a la mayoría de la muestra.

Figura 5. Distribución de residentes según sea la presencia de familiar/es en Mar del Plata.



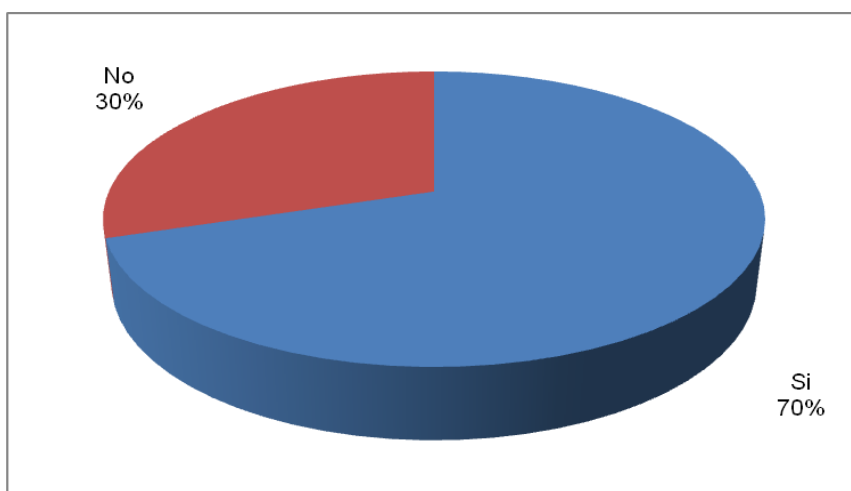
Una variable representada en dos exactas partes en la Figura 5, es la de tener o no familia en la ciudad de Mar del Plata, habiendo una mitad que si tienen y otra mitad que no, representando esto a un 50% y 50% de la muestra.

Figura 6. Distribución de residentes según sea la distancia de su actual hogar en relación al hospital.



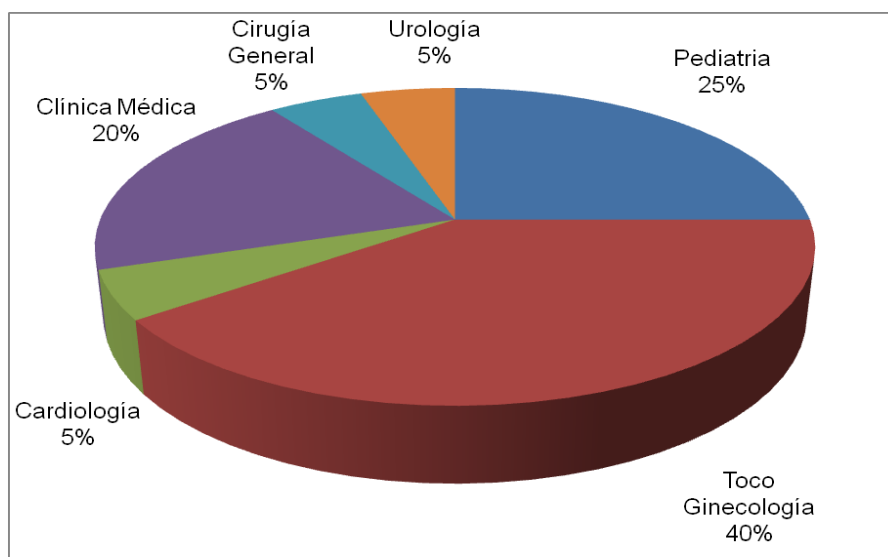
Respecto a su vivienda actual, la mayoría vive a una distancia medianamente cerca de la institución de residencia, habiendo 4 (el 20%) que viven muy cerca y sólo 2 (el 10%) que viven alejados del hospital, quedando esto plasmado en la Figura 6.

Figura 7. Distribución de residentes según convivencia con otra/s persona/s.



Otra variable que presenta recurrencias, tal como muestra la Figura 7, es respecto a la convivencia con otra/s persona/s, siendo 14 (el 70%) quienes comparten su hogar con un otro; además, de aquí se lee que la mayoría se encuentra en pareja estable, siendo que 13 de los 14 que conviven, aclararon espontáneamente el hacerlo con su pareja.

Figura 8. Distribución de residentes según sea su especialidad médica.

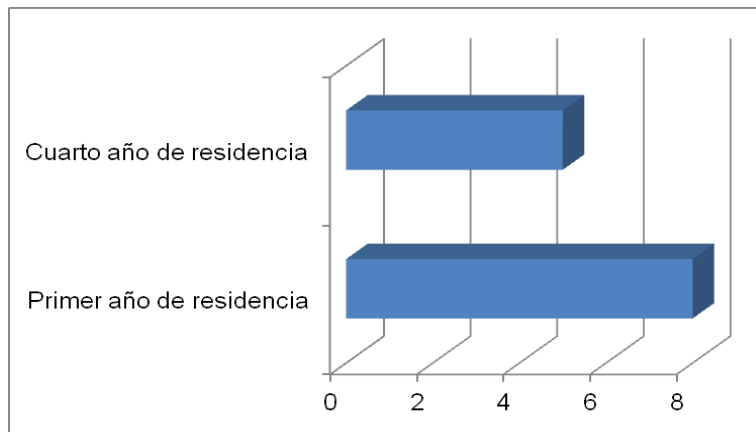


Las especialidades de los residentes entrevistados están representadas en la Figura 8 (en orden de mayor a menor en cuanto a cantidad de residentes que representan la muestra): Toco ginecología (el 40%), Pediatría (el 25%), Clínica Médica (el 20%), y solo 1 de Cardiología (el 5%), Cirugía General (el 5%) y Urología (el 5%).

Una variable puntualmente estudiada en los residentes de cuarto año, fue la descripción de su trayectoria a modo comparativo respecto a años anteriores; todos destacaron la menor carga horaria e intensidad laboral así como menos guardias mensuales, así mismo todos mencionaron tener mayores responsabilidades. La mayoría de los entrevistados incluyeron las palabras “tranquilidad” y “responsabilidad” en sus discursos.

A todos los residentes les hicimos preguntas puntuales para indagar características formales del puesto, la mayoría coincidieron según se encuentren en primer o cuarto año de residencia presentando sólo algunas mínimas diferencias según la especialidad donde radica su residencia. Estas son:

Figura 9. Distribución de residentes según sea la cantidad de guardias mensuales.



La primera característica formal indagada fue la cantidad de guardias mensuales; siendo 8 en primero y entre 4 y 6 en cuarto año, quedando esto plasmado en la Figura 9.

Figura 10. Distribución de residentes según sea la cantidad de horas diarias de trabajo en primer año de residencia.

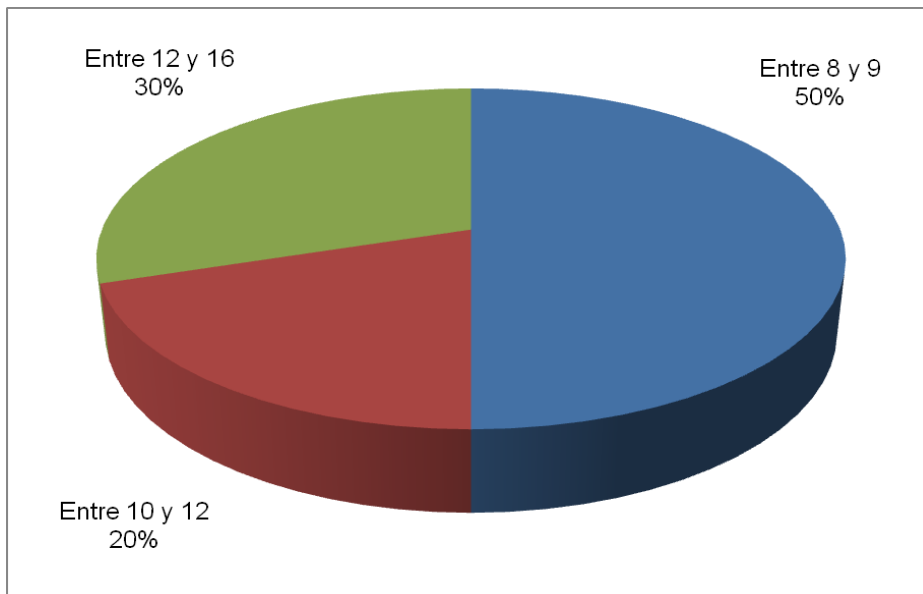
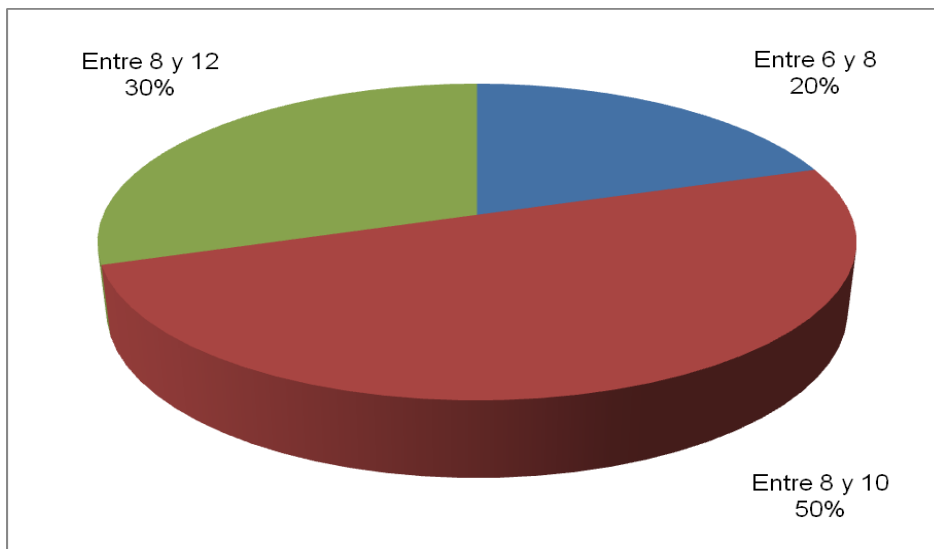


Figura 11. Distribución de residentes según sea la cantidad de horas diarias de trabajo en cuarto año de residencia.



Luego se indagó sobre la cantidad de horas diarias de trabajo, siendo un promedio de entre 8 y 16 horas diarias en primer año, con una mayoría (el 50%) trabajando entre 8 y 9 horas diarias, tal como lo representa la Figura 10; y un promedio de entre 6 y 12 en cuarto año, con una mayoría (el 50%) trabajando entre 8 y 10 horas diarias, tal como se ve en la Figura 11.

Figura 12. Distribución de residentes según sea la cantidad de francos mensuales en primer año de residencia.

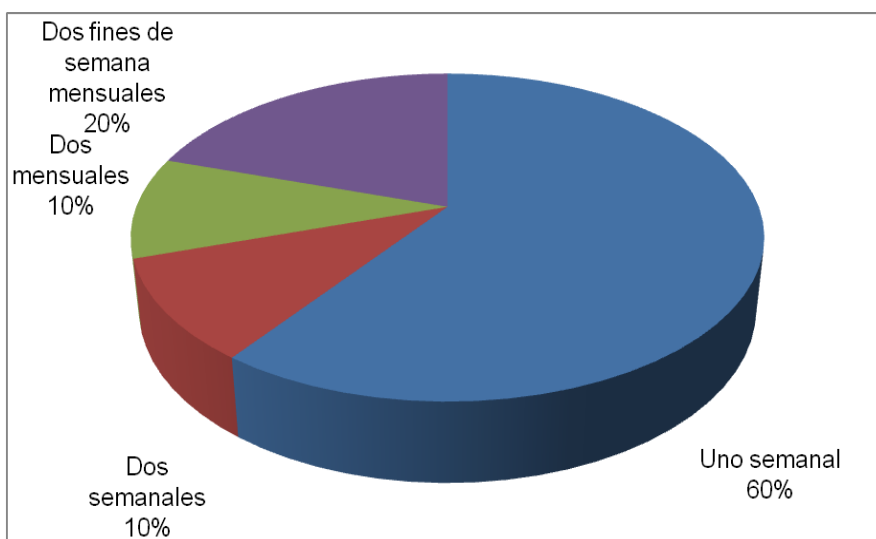
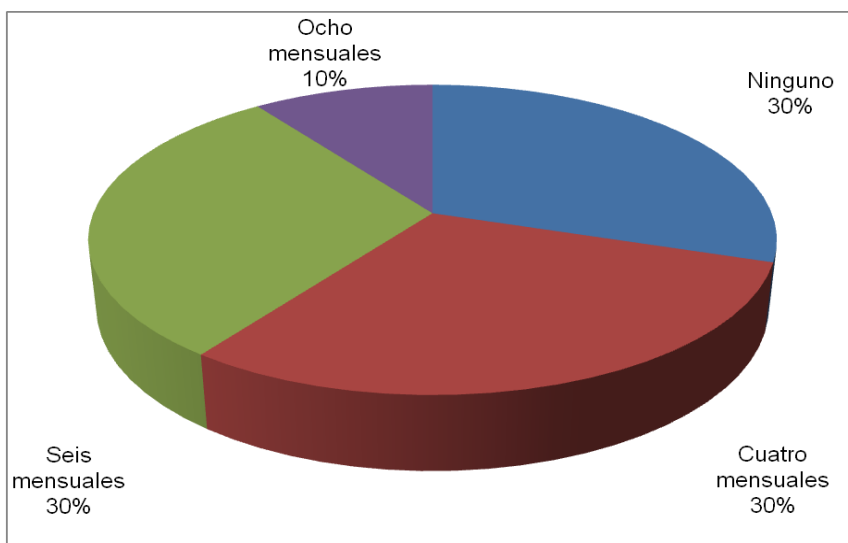


Figura 13. Distribución de residentes según sea la cantidad de francos mensuales en cuarto año de residencia.



Otra característica formal, fue la relativa a la cantidad de francos mensuales; siendo 1 semanal (el 60%) en la mayoría de los evaluados en primer año, tal como se plasma en la Figura 12, y con una amplia variabilidad de 0 a 8 francos mensuales en cuarto año, dependiendo esto como ya se ha dicho de la especialidad y la cantidad de horas de trabajo diarias, representado esto en la

Figura 13, habiendo un 30% con 0, un 30 % con 4, un 30% con 6 y una minoría del 10% con 8 francos mensuales.

Figura 14. Distribución de residentes según sea la modalidad vacacional en primer año de residencia.

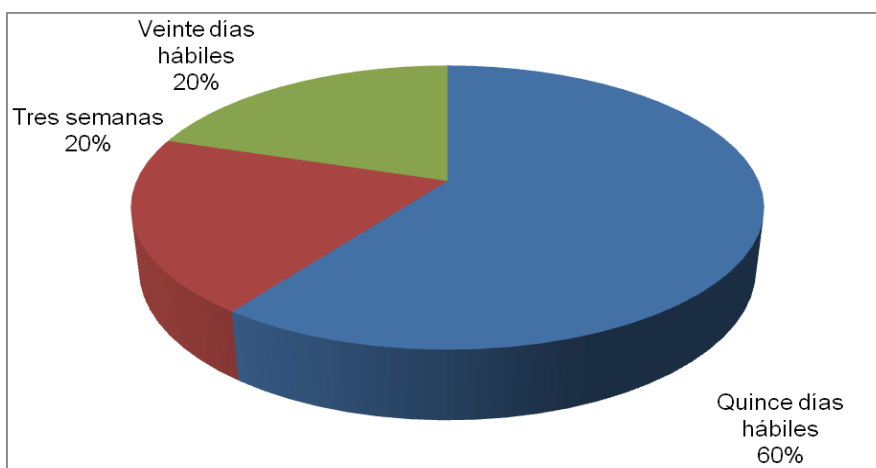
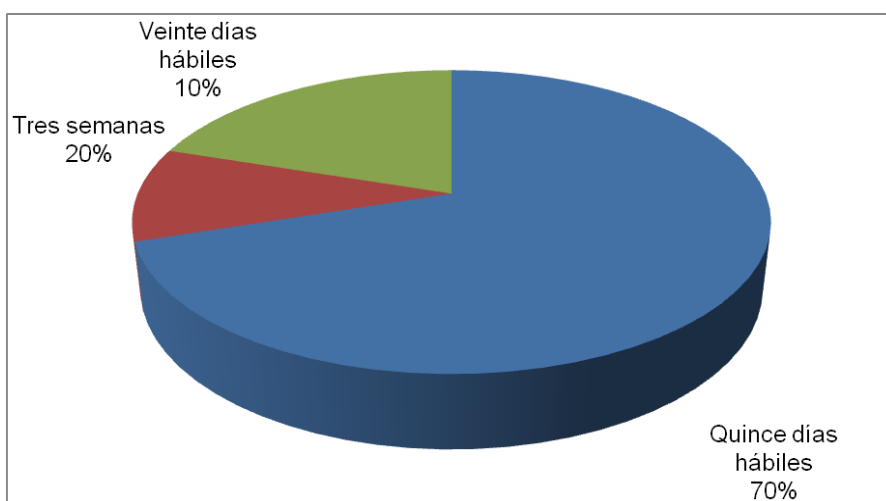


Figura 15. Distribución de residentes según sea la modalidad vacacional en cuarto año de residencia.

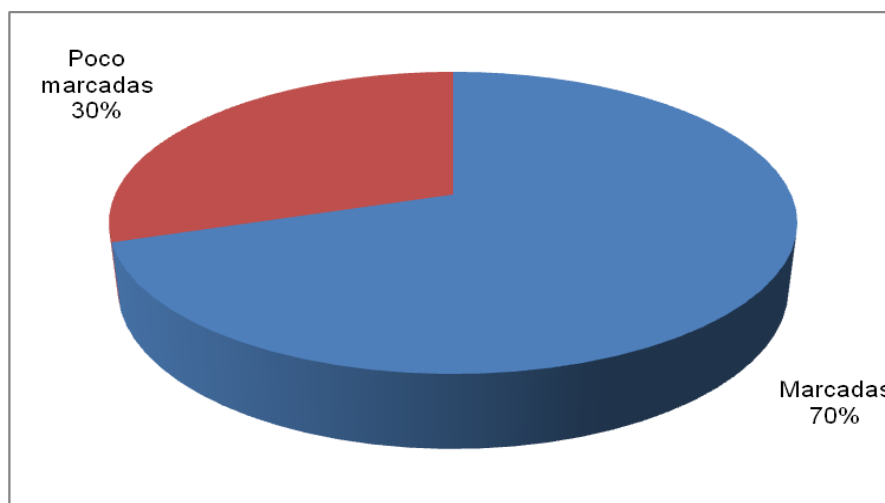


Una última característica formal, fue la modalidad vacacional, siendo esta la característica formal con mayor convergencia de resultados en la comparación entre primer y cuarto año ya que ambos años tienen, según la especialidad, entre 15 y 20 días hábiles por año, estando esto representado en las figuras

anteriores, correspondiéndose la Figura 14 a datos de primer año de residencia y la Figura 15 a datos de cuarto año. Tal como muestra la figura 14, la mayoría (el 60%) de los médicos residentes de primer año tienen 15 días hábiles de vacaciones, y tal como muestra la figura 15, la mayoría (el 70%) de los médicos residentes de cuarto año también tienen 15 días hábiles de vacaciones.

Dejando de lado las características formales del puesto, en las entrevistas también indagamos sobre situaciones y vivencias personales enmarcadas en el ámbito laboral de residencia, con el fin de obtener implicación por parte de quien responde.

Figura 16. Distribución de residentes según sea su percepción de jerarquías.



En cuanto a la percepción que tienen los médicos residentes sobre las jerarquías, propias de la estructura organizacional del hospital como organización laboral, se representa en la Figura 16 que la mayoría (el 70%) de los residentes consideraron que estas “están marcadas”, siendo sólo 6 (el 30%) sujetos quienes dijeron “no sentir las tan marcadas”. Quienes señalaron sentir bien marcadas las diferentes jerarquías también aclararon que lo consideran “lo

normal” y pareciera que es algo ya implícito de antemano y ya naturalizado como que así debe ser, “a más años, más experiencia, no se cuestiona”.

Quienes señalan sentir poco marcadas las diferentes jerarquías aludieron a que se marcan lo necesario como para dividir el trabajo correspondiente a cada uno según su año, rol y cargo en la institución. La mayoría destacó la verticalidad en cuanto a que no se puede cuestionar a un superior, pero todos señalan el respeto y la posibilidad de diálogo como variables que no se pierden.

Los residentes de cuarto año marcaron la diferencia respecto a su primer año, señalando la mayoría que la mayor verticalidad se vive en primer año, dado que a partir de segundo ya esto se flexibiliza un poco debido a que se empiezan a tomar decisiones en forma autónoma al momento de atender.

Si bien en la entrevista semi estructurada, cuando se realizó esta pregunta respecto a las jerarquías, no se especificó el tipo de superior (residente/ médico de planta), la mayoría de los residentes indican que la mayor verticalidad se vive entre residentes y no tanto con los médicos de planta, con quienes se tiende a tener vínculos más flexibles, accesibles y de diálogo.

En cuanto al día tipo de trabajo el horario de entrada es a las 7 am. Se observaron como principales actividades: la lectura de historias clínicas, el pase de guardia, la recorrida por el sector de internación para ver a los pacientes, horas de quirófano, horas de consultorio (compartido o particular según el año y especialidad), asistencia a clases académicas y su respectivo estudio. Pasando a la descripción de un día de guardia, éstas suelen tomarse alrededor de las 8 pm; todos dijeron, cada uno desde su singularidad y con su forma discursiva, que este día es igual a un día común con la diferencia de que

se trabaja más horas. Todos mencionaron el dormir muy poco y algunos dijeron aprovechar el tiempo libre para estudiar y/o preparar clases. La gran diferencia entre los residentes de primero y de cuarto es que los de primero dijeron tener que bajar ellos ante cualquier demanda y sólo en caso de necesitar supervisión de su superior se encargan de llamarlo para que baje. Se estima que la guardia más concurrida es la de Ginecología y Obstetricia.

A su vez, analizamos el área vincular del residente teniendo en cuenta los diferentes lazos que pueden generar en su trabajo institucional. Respecto a su relación con los pacientes, apareció una variable de gran relevancia para esta tesis: el cansancio; se observó que a mayor cansancio, menor empatía logra generar el residente respecto al paciente que tiene enfrente, lo cual incide considerablemente en su relación con el mismo; aun así, la mayoría define a su relación médico-paciente como “buena”. Respecto a la relación con sus compañeros, se observó una casi total convergencia en definir a esta como “buena”, habiendo sólo dos sujetos que describen tener una excelente relación y un sujeto que dice que esta es “no muy buena”. Respecto a la relación con el residente superior, se destaca que quienes están actualmente viviendo esta son los residentes de primero año, ya que los de cuarto ya no cuentan con un superior; hay convergencia en el decir que esta es/fue buena. Respecto a la relación con los médicos superiores, todos dicen que es “buena”; mientras algunos aluden a que es una relación que no excede lo laboral, otros señalan que tienen “juntadas laborales” por fuera del hospital, como una forma más de consolidar todo el grupo de trabajo. Todos mencionan la palabra “respeto” en su respuesta.

Respecto a la resiliencia, la evaluamos en la entrevista a partir de la pregunta disparadora que propone al residente describir lo que consideren la situación más crítica vivida al momento y como afrontaron la misma. Del análisis de las respuestas obtenidas destacamos ciertos criterios compartidos al momento de relatar; siendo la mayor convergencia el incluir muerte en el episodio relatado, siguiendo por el hacer algún tipo de mención de haber vivido dicha situación con estrés, desborde emocional y/o angustia; con menor frecuencia, aparecen otros criterios compartidos: están quienes hacen una lectura constructiva luego de vivida la situación, quienes mencionan y destacan la importancia de contar con contención y trabajo en equipo de manera reforzada ante situaciones más “críticas” y quienes, alejados de destacar lo anterior, mencionan el “haberse acostumbrado” a situaciones críticas y estresantes en el trabajo. Sólo 1 sujeto no quiso responder nada ante esta pregunta.

Como cierre de entrevista elegimos una pregunta apuntada a la singularidad de cada experiencia vivida, con el fin de obtener algo de información sobre los sentimientos vividos hasta el momento en la residencia. La mayor frecuencia la encontramos en el señalar estar “bien”, “contentos” y/o “a gusto” respecto a su residencia, habiendo 18 de los 20 entrevistados dicho esto en forma espontánea. Continuando con respuestas recurrentes, volvió a aparecer la variable del cansancio, habiendo la gran mayoría afirmado el sentirse cansados hoy en día. La mitad de la muestra destacó el sentir haber progresado y crecido tanto académica como profesionalmente. También, casi la mitad de los sujetos, hizo alusiones al aislamiento social y el alejamiento de los vínculos personales, destacando además que encuentran muy poco tiempo para tener una vida por

fuera del espacio de residencia. Dentro del grupo de residentes de cuarto año, la mitad de ellos coincidió en señalar los primeros años como los más duros de toda la experiencia en comparación al último.

A continuación presentamos el análisis cuantitativo a partir del correspondiente cálculo de resultados de cada uno de los cuestionarios auto administrados. Dichos resultados se plasman en las siguientes tablas de contingencia. Para esto tenemos en cuenta la medición correspondiente a cada uno de los cuestionarios utilizados, teniendo como guía los objetivos de esta tesis. Al igual que con las entrevistas, realizamos una lectura de carácter descriptivo a partir de los resultados arrojados en las ya mencionadas tablas de contingencia, las cuales serán en este caso el soporte de análisis.

Tabla 1. *Distribución de residentes según el nivel de agotamiento emocional.*

| Agotamiento emocional | F | % |
|-----------------------|----|-------|
| Nivel medio | 12 | 60,00 |
| Nivel alto | 6 | 30,00 |
| Total | 20 | 100 |

La variable de burnout se evalúa y mide a partir de tres dimensiones, la primera de ellas es el agotamiento emocional, tal cual muestra la Tabla 1 el 60% de los residentes presenta nivel medio en esta dimensión.

Tabla 2. *Distribución de residentes según el nivel de despersonalización.*

| Despersonalización | F | % |
|--------------------|----|-------|
| Nivel bajo | 4 | 20,00 |
| Nivel medio | 14 | 70,00 |
| Nivel alto | 2 | 10,00 |
| Total | 20 | 100 |

Luego está la despersonalización, cuya distribución de residentes presenta en un 70% un nivel medio, tal como indica la Tabla 2.

Tabla 3. *Distribución de residentes según el nivel de realización personal.*

| Realización personal | F | % |
|----------------------|----|-------|
| Nivel bajo | 3 | 15,00 |
| Nivel medio | 4 | 20,00 |
| Nivel alto | 13 | 65,00 |
| Total | 20 | 100 |

Como tercera dimensión, la realización personal, es reflejada en la Tabla 3 con un 65% de residentes en nivel alto.

Tabla 4. *Distribución de residentes según el nivel de consideración individual.*

| Consideración individual | F | % |
|--------------------------|----|-------|
| Nivel muy bajo | 4 | 20,00 |
| Nivel bajo | 11 | 55,00 |
| Nivel medio | 2 | 10,00 |
| Nivel alto | 3 | 15,00 |
| Total | 20 | 100 |

Continuando por las dimensiones de liderazgo transformacional, se analizaron los niveles de consideración individual auto-evaluados, tal cual muestra la Tabla 4, la distribución de residentes indica en un 55% un nivel bajo y un 20% en nivel muy bajo.

Tabla 5. *Distribución de residentes según el nivel de estimulación intelectual.*

| Estimulación intelectual | F | % |
|--------------------------|----|-------|
| Nivel muy bajo | 5 | 25,00 |
| Nivel bajo | 6 | 30,00 |
| Nivel medio | 4 | 20,00 |
| Nivel alto | 4 | 20,00 |
| Sin datos | 1 | 5,00 |
| Total | 20 | 100 |

Como segunda dimensión transformacional, la estimulación intelectual, tal cual muestra la Tabla 5, presenta una distribución de residentes con un 30% de nivel bajo y un 25% en nivel muy bajo.

Tabla 6. *Distribución de residentes según el nivel de motivación inspiracional.*

| Motivación inspiracional | F | % |
|--------------------------|----|-------|
| Nivel bajo | 5 | 25,00 |
| Nivel medio | 10 | 50,00 |
| Nivel alto | 3 | 15,00 |
| Nivel muy alto | 1 | 5,00 |
| Sin datos | 1 | 5,00 |
| Total | 20 | 100 |

Como tercera dimensión, la motivación inspiracional, se ve en la Tabla 6, donde la distribución de residentes indica en un 50% un nivel medio, un 25% en nivel bajo.

Tabla 7. *Distribución de residentes según el nivel de influencia idealizada (comportamiento).*

| Influencia idealizada (comportamiento) | F | % |
|--|----|-------|
| Nivel muy bajo | 1 | 5,00 |
| Nivel bajo | 11 | 55,00 |
| Nivel medio | 3 | 15,00 |
| Nivel alto | 5 | 25,00 |
| Total | 20 | 100 |

Como cuarta dimensión, la influencia idealizada de tipo comportamental, tal cual muestra la Tabla 7, muestra una distribución del 55% de los residentes en nivel bajo y 25% en nivel alto.

Tabla 8. *Distribución de residentes según el nivel de influencia idealizada (atributo).*

| Influencia idealizada (atributo) | F | % |
|----------------------------------|----|-------|
| Nivel muy bajo | 12 | 60,00 |
| Nivel bajo | 6 | 30,00 |
| Sin datos | 2 | 10,00 |
| Total | 20 | 100 |

La influencia idealizada como atributo, tal cual muestra la Tabla 8, indica en un 60% un nivel muy bajo y un 30% en nivel bajo.

Destacamos que los datos anteriormente descriptos, hacen referencia a la totalidad de la muestra, los cuales arrojan resultados predominantemente bajos y muy bajos en algunos casos en lo que hace a las dimensiones de liderazgo transformacional.

Tabla 9. *Distribución de residentes según el nivel de resiliencia.*

| Resiliencia | F | % |
|------------------|----|-------|
| Nivel medio | 2 | 10,00 |
| Nivel medio alto | 10 | 50,00 |
| Nivel alto | 8 | 40,00 |
| Total | 20 | 100 |

Finalizando con la lectura descriptiva, se encuentra la variable de resiliencia, la cual se observa en la Tabla 9, con una distribución del 50% de los residentes que presentan un nivel medio alto de resiliencia; dicho dato mostraría que la

mitad de los residentes evaluados tendrían una buena adaptación al medio de trabajo en el que están a diario.

A continuación plasmamos en las tablas de contingencia, la comparación entre los niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia en médicos de primer año y cuarto año de residencia.

Tabla 10. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de agotamiento emocional.*

| Agotamiento Emocional | Tipo de Residente | | | |
|-----------------------|-------------------|-------|---------|-------|
| | 1er año | | 4to año | |
| | (F) | (%) | (F) | (%) |
| Bajo | 0 | 0,00 | 2 | 20,00 |
| Medio | 7 | 70,00 | 5 | 50,00 |
| Alto | 3 | 30,00 | 3 | 30,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

En cuanto a los niveles de la muestra según sean de primer o cuarto año de residencia, la distribución de residentes de primer año, indica tener en un 70% un nivel medio de agotamiento emocional, habiendo un 50% de nivel también medio en la distribución de residentes de cuarto año, ambos resultados observados en la Tabla 10.

Tabla 11. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de despersonalización.*

| Despersonalización | Tipo de Residente | | | |
|--------------------|-------------------|---------|---------|---------|
| | 1er año | 1er año | 4to año | 4to año |
| | (F) | (%) | (F) | (%) |
| Bajo | 1 | 10,00 | 3 | 30,00 |
| Medio | 8 | 80,00 | 6 | 60,00 |
| Alto | 1 | 10,00 | 1 | 10,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

Siguiendo por la dimensión de despersonalización, tal cual muestra la Tabla 11, ambas distribuciones de residentes presentan un nivel medio de la misma, siendo un 80% en los residentes de primer año y un 60% en los residentes de cuarto año.

Tabla 12. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de realización personal.*

| Realización Personal | Tipo de Residente | | | |
|----------------------|-------------------|---------|---------|---------|
| | 1er año | 1er año | 4to año | 4to año |
| | (F) | (%) | (F) | (%) |
| Bajo | 3 | 30,00 | 0 | 0,00 |
| Medio | 0 | 0,00 | 4 | 40,00 |
| Alto | 7 | 70,00 | 6 | 60,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

Por último, se lee la Tabla 12, la cual indica los niveles de realización personal; esta dimensión presenta un nivel alto en el 70% de la distribución de residentes de primer año, y un 60% del mismo nivel alto en la distribución de residentes de cuarto año.

Tabla 13. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de consideración individual.*

| Consideración | Tipo de Residente | | | |
|---------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| | 1er año (F) | 1er año (%) | 4to año (F) | 4to año (%) |
| Muy bajo | 3 | 30,00 | 1 | 10,00 |
| Bajo | 4 | 40,00 | 7 | 70,00 |
| Medio | 1 | 10,00 | 1 | 10,00 |
| Alto | 2 | 20,00 | 1 | 10,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

La distribución de residentes de primer año, indica tener en un 40% una consideración individual baja, presentándose un nivel muy bajo en el 70% de la distribución de residentes de cuarto año, tal cual muestra la Tabla 13.

Tabla 14. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de estimulación intelectual.*

| Estimulación Intelectual | Tipo de Residente | | | |
|--------------------------|-------------------|---------|---------|---------|
| | 1er año | 1er año | 4to año | 4to año |
| | (F) | (%) | (F) | (%) |
| Muy bajo | 2 | 20,00 | 3 | 30,00 |
| Bajo | 2 | 20,00 | 4 | 40,00 |
| Medio | 1 | 10,00 | 3 | 30,00 |
| Alto | 4 | 40,00 | 0 | 0,00 |
| Sin datos | 1 | 10,00 | 0 | 0,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

Desde el factor de estimulación intelectual, se observa en la Tabla 14, que la distribución de residentes de primer año presenta en un 40% un nivel alto de la misma, primando por lo contrario el nivel bajo en la distribución de residentes de cuarto año, presentándose la misma en un 40% también.

Tabla 15. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de motivación inspiracional.*

| Motivación | Tipo de Residente | | | |
|------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| | 1er año (F) | 1er año (%) | 4to año (F) | 4to año (%) |
| Bajo | 2 | 20,00 | 3 | 30,00 |
| Medio | 3 | 30,00 | 7 | 70,00 |
| Alto | 3 | 30,00 | 0 | 0,00 |
| Muy alto | 1 | 10,00 | 0 | 0,00 |
| Sin datos | 1 | 10,00 | 0 | 0,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

Según indicaría la motivación inspiracional en la Tabla 15, la distribución de residentes de primer año presentan en un 30% un nivel medio, aumentando claramente este porcentaje en la distribución de residentes de cuarto año, quienes presentan en un 70% un nivel medio de dicha dimensión transformacional.

Tabla 16. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de influencia idealizada (comportamiento).*

| Influencia Idealizada (Comportamiento) | Tipo de Residente | | | |
|---|-------------------|---------|---------|---------|
| | 1er año | 1er año | 4to año | 4to año |
| | (F) | (%) | (F) | (%) |
| Muy bajo | 1 | 10,00 | 0 | 0,00 |
| Bajo | 5 | 50,00 | 6 | 60,00 |
| Medio | 1 | 10,00 | 2 | 20,00 |
| Alto | 3 | 30,00 | 2 | 20,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

Por último, se encuentra el factor de influencia idealizada, la cual es leída a partir de dos tipos; primero el tipo comportamental, tal cual se observa en la Tabla 16, presentando una distribución de residentes de primer año con un 50% de nivel bajo, y una distribución de cuarto año con un mismo nivel pero en mayor cantidad, siendo el 60% de sus residentes quienes los representan.

Tabla 17. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de influencia idealizada (atributo).*

| Influencia Idealizada (Atributo) | Tipo de Residente | | | |
|-------------------------------------|-------------------|---------|---------|---------|
| | 1er año | 1er año | 4to año | 4to año |
| | (F) | (%) | (F) | (%) |
| Muy bajo | 4 | 40,00 | 8 | 80,00 |
| Bajo | 5 | 50,00 | 1 | 10,00 |
| Sin datos | 1 | 10,00 | 1 | 10,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

Segundo el tipo atributivo, el cual se lee a partir de la Tabla 17, la cual indica un 50% de nivel bajo en la distribución de residentes de primer año, y un 80% de nivel muy bajo en la distribución de residentes de cuarto año.

Tabla 18. *Distribución de residentes de primer y cuarto año según el nivel de resiliencia.*

| Resiliencia | Tipo de Residente | | | |
|-------------|-------------------|---------|---------|---------|
| | 1er año | 1er año | 4to año | 4to año |
| | (F) | (%) | (F) | (%) |
| Medio | 1 | 10,00 | 1 | 10,00 |
| Medio alto | 4 | 40,00 | 6 | 60,00 |
| Alto | 5 | 50,00 | 3 | 30,00 |
| Total | 10 | 100 | 10 | 100 |

Tal como se presenta en la Tabla 18, la distribución de residentes de primer año indica tener en un 50% un nivel alto, mientras que la distribución de residentes de cuarto año, indica tener un 60% medio alto.

Interpretación de resultados

Luego de haber realizado una lectura descriptiva de los datos arrojados por los instrumentos implementados, siendo estos la entrevista semi-estructurada y los tres cuestionarios auto administrables, realizamos las pertinentes interpretaciones de dichos resultados, comparando y relacionando los datos cualitativos con los cuantitativos.

Comenzando por la variable de burnout, tenemos en cuenta para su interpretación los diferentes factores que la conforman: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. En cuanto al agotamiento emocional como uno de los tres signos de estrés laboral crónico, ambos años de residencia presentan un nivel medio del mismo; destacando que si bien los residentes de primer año lo presentan en un mayor nivel, descriptivamente ambos años de residencia se encuentran en un mismo nivel de agotamiento emocional, aun estando en lo que parecerían dos etapas totalmente diferentes de la residencia médica. Siguiendo con la despersonalización, ambos años de residencia presentan un nivel medio de la misma, destacando que si bien los de cuarto año presentan menos signos de despersonalización, las diferencias entre un año y otro de residencia no son marcadas. Por último, aparece la realización personal, la cual arroja un nivel alto en ambos años de residencia, siendo que los de primero presentan mayores signos de la misma. Específicamente esta variable, es la que mayor sorpresa arroja en sus resultados, partiendo de la hipótesis planteada por esta investigación que creería que los residentes de cuarto año tendrían menos tendencia a desarrollar un síndrome de burnout que los de primer año; por el contrario los

resultados no muestran grandes diferencias y hasta resultados en un mismo nivel.

Relacionando los resultados arrojados por el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986) con los de la entrevista semi estructurada, podríamos leer que ambos grupos de residentes estarían equilibrados en los niveles de cada una de las dimensión de burnout analizadas a pesar de las notorias diferencias que sí manifestaron diferencias en las condiciones de trabajo, siendo más favorables para el grupo de cuarto año respecto al de primer año, ellas son: horas diarias de trabajo, cantidad de guardias mensuales, cantidad de francos mensuales, modalidad vacacional por año y los días tipo de trabajo y de guardia. De esto podríamos inferir que el tener más beneficios en cuanto a las condiciones formales del puesto de trabajo, no haría menos propenso a desarrollar un síndrome de burnout al residente más avanzado.

Siguiendo por la variable de liderazgo transformacional, tenemos en cuenta para su interpretación las cinco dimensiones transformacionales: consideración individual, estimulación intelectual, motivación inspiracional e influencia idealizada, tanto como comportamiento como atributo. En cuanto a la consideración individual, tanto residentes de primer como cuarto año, presentan un nivel bajo pudiéndose leer que, si bien este es aun más bajo en cuarto año, ambos presentarían reducida atención a las necesidades individuales de logro y crecimiento de los miembros de su equipo.

Siguiendo con la estimulación intelectual, los de primer año presentan un nivel alto en esta dimensión, mientras que los de cuarto año un nivel bajo. Es importante remarcar que los residentes de cuarto año ya no cuentan con un

residente superior que ejerza en ellos esta estimulación intelectual, los residentes de primer año sí estarían estimulados a ser innovadores, creativos y buscar por si mismos la solución de diferentes problemas.

En cuanto a la motivación inspiracional, el nivel de ambos años de residencia es medio, representando un mayor porcentaje para los residentes de cuarto año, pudiendo interpretar que dichos residentes presentarían cierta capacidad para entusiasmar y promover optimismo en los miembros de su equipo.

Por último, se encuentra la dimensión influencia idealizada, tanto en su carácter comportamental como atributivo. Desde el comportamiento, ambos años de residencia presentarían un nivel bajo de esta influencia. Desde la atribución, ambos años de residencia presentan un nivel bajo de esta influencia idealizada también, siendo aún más marcadamente baja en los de cuarto año. Podría leerse que ni los residentes de primer año demostrarían mediante conductas específicas el tener una admiración, respeto y confianza hacia quienes serian sus líderes, ni los de cuarto año se sentirían así por parte de quienes liderarían.

Relacionando los resultados arrojados por el *Multifactor Leadership Questionnaire* de Avolio y Bass (2004) con los de la entrevista semi estructurada, podríamos leer que ante la pregunta sobre cómo se sienten las jerarquías propias de la organización de la institución de salud evaluada, el hecho de que todos los residentes las sientan “marcadas”, y que el 70% afirme que son “muy marcadas”, sería un dato en consonancia con la falta del uso del liderazgo transformacional como estrategia laboral; un espacio laboral donde se promueve principalmente la verticalidad junto a una general naturalización

del no cuestionamiento de nada que venga de un superior no se enmarcaría en una organización que cumple con los requisitos para formar un líder ético, tal como promueven los teóricos del liderazgo transformacional.

Podría decirse que dicha institución de salud utiliza una figura de “líder” en su jerarquía de residentes y médicos ya formados, pero no como un proceso de consideración, motivación, influencia y estimulación de los trabajadores, promoviendo así su compromiso el cual traería un beneficio para el fin de la organización. Por el contrario, los resultados obtenidos, mostrarían que el líder para ellos sería una persona que cumple un rol particular dentro de la organización sin importar si esto genera cambios positivos para la institución. Para llegar a esta conclusión, se tiene en cuenta el predominante discurso de los residentes entrevistados al decir en forma casi espontánea que lo normal es tener un residente superior al cual nada se cuestiona porque “es así”, siendo que en la mayoría de los casos estos vínculos se leen con rasgos de abuso de autoridad y hasta en algunos casos posible violencia.

Desde la mirada de los residentes inferiores, se obtiene la figura de un residente superior que no estaría anteponiendo el bien común al bien particular, tal como se promueve en un líder ético. Esta última conclusión se relaciona con la dificultad que tuvimos para lograr una entrevista con cada médico residente que había completado los cuestionarios auto-administrables; ya que si bien logramos entrevistar a la totalidad de la muestra, la demora que tuvimos para concretarlo, estaría en consonancia con predominantes rasgos de personalidad de individualismo por parte de los médicos residentes, que a su vez tampoco serían congruentes con la aplicabilidad y presencia de liderazgo transformacional en dicho grupo de trabajo.

En cuanto a la variable de resiliencia, de la cual leemos como resultado que los residentes de primer año presentarían un nivel alto de resiliencia mientras que los de cuarto año un nivel medio/alto; obtenemos como resultado final que el 90% de la muestra evaluada sería resiliente.

Relacionando los resultados arrojados por el *Test de Resiliencia* de Wagnild y Young (1987) con los de la entrevista semi estructurada, tenemos en cuenta principalmente los datos arrojados por dos preguntas de la entrevista; primero, el hecho de que el 90% de la muestra haya realizado sus estudios de grado en universidad pública, ya que podría leerse que ante la formación tipo de una universidad como tal, donde la cantidad de estudiantes es muy numerosa lo cual implicaría que los estos pierdan el trato más de tipo personal que si habría en las instituciones privadas, además de presentar mayores exigencias en los requisitos académicos, entre otras características, darían una formación de mayor promoción de una actitud resiliente por parte de sus integrantes. Como segundo dato destacado para esta lectura, tenemos en cuenta que el 70% de la muestra convive y está en pareja estable, lo cual podríamos leer como factores de la vida personal del residente que le brindan mayor contención, sostén y apoyo, tan necesarios para todos y más en la vida de una persona que se encuentra expuesta a diario a situaciones potencialmente muy estresantes y atravesando una formación con altas exigencias.

Como cierre del apartado, leemos los datos obtenidos en torno a la variable de resiliencia, la cual comparte la lectura hecha en relación al síndrome de burnout y los resultados arrojados por la entrevista semi-estructurada sobre las notorias diferencias en las condiciones de trabajo entre un residente y otro; ya que podríamos también inferir que el tener más beneficios en cuanto a las

condiciones formales del puesto de trabajo, no haría más resiliente al residente más avanzado. Los residentes de cuarto año presentan más beneficios formales del puesto, tal como expresan en sus entrevistas, adquieren más responsabilidades y exigencias que podrían estar aumentando el estrés laboral y por lo tanto influyendo en los niveles tanto de resiliencia como de síndrome de burnout, a pesar de ello no muestran diferencias en los puntajes de burnout respecto al grupo de residentes más novatos.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Siguiendo con la finalidad de este apartado de dialogar con otros autores, inferimos que los resultados obtenidos por nuestra tesis acompañan a los resultados de investigaciones anteriores. Comenzando por la variable de burnout, coincidimos con la investigación de Beltrán, Moreno y Reyes (2004) al afirmar que las bajas laborales en el sistema sanitario tienen que ver con la prevalencia del burnout en el mismo. Si bien en esta tesis no evaluamos la deserción laboral, si obtuvimos a través de las entrevistas semi-estructuradas, el recurrente discurso que asociaba el extremo cansancio y hasta el agotamiento emocional con los “peores momentos” de la residencia, momentos donde hasta algunos hablaron de su deseo de abandonar la formación. Esto en consonancia a lo arrojado por Carrillo Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012), al afirmar que el burnout tiene una incidencia directa sobre el desempeño y la calidad laboral, acompaña la motivación de nuestra tesis al promover la idea de que trabajar sobre estrategias psicológicas disminuiría el estrés crónico propio de la residencia medica.

Otra investigación que sostiene lo evaluado y obtenido por nuestra tesis, es la de Moreno Egea, Latorre Reviriego, Morales Cuenca, Campillo Soto, Bataller Peñafiel y Sáez Carreras (2009) al concluir que los médicos residentes son factores internos generadores de burnout, lo cual coincide con nuestra premisa motivadora de promover estrategias psicológicas desde adentro del sistema de formación, y además justifica nuestra elección de burnout como variable a estudiar sobre la población seleccionada. Además tenemos en cuenta y

compartimos la afirmación de los autores de que los médicos residentes no pueden ser una descarga negativa desde otras jerarquías y que esto se mejora fomentando la buena comunicación entre jerarquías; en esta tesis estudiamos la percepción de las jerarquías desde la mirada del médico residente, y tanto los de primero como cuarto año, afirmaron en su mayoría el sentir las muy marcadas así como también naturalizan en su discurso la imposibilidad de cuestionar a quien ocupe la autoridad y aceptan la extrema verticalidad “porque es así”. La anterior lectura obtenida de esta tesis, también es acompañada por Sánchez Mendiola (2016) al concluir que los médicos residentes son vulnerables y tienen miedo al momento de cuestionar a la autoridad. La lectura de los resultados obtenidos en nuestra tesis, demuestra que gran parte de la muestra presenta conflictos que repercuten en su desempeño por no haber gran posibilidad de comunicación entre jerarquías. Este resultado sería compartido por los resultados de la investigación de Cubillo, Guevara, Bravo, Riguera, Castro y Sanz (2012) que afirman que para que haya calidad laboral debe presentarse una buena comunicación interna. Como cierre de la variable de burnout, el desarrollo de nuestra tesis es acompañado por el trabajo de Flego y Tagliapietra (2015), quienes confirman que para mejorar el clima y el desempeño laboral, reduciendo el estrés crónico que podría llevar al burnout por ejemplo, se deben trabajar los recursos psicológicos.

Respecto a la variable de liderazgo transformacional, y siguiendo los resultados obtenidos en nuestra investigación, lo consideramos concordante con la definición de Schenini (2009) al trabajarlo como una estrategia fundamental para tratar el estrés de una manera global y no de manera individual. Siguiendo el hilo de tal concepción del liderazgo, García Pachón

(1990) afirma que la autoridad debe estar siempre ejercida desde el respeto y la habilidad de liderar, acompañados ambos del estímulo necesario y del reconocimiento del trabajo realizado. De esta manera, la investigación de Cervera y Torregrosa (2011) compartiría la definición, al entender el liderar como estimulador de la autoconfianza, autoestima y motivación. Consideramos la importancia de regular y enseñar el ejercicio del liderazgo, como también lo hacen García García, González Martínez, Estrada Aguilar y Uriega González Plata (2010). También se adhiere a la idea planteada por Morales Guzmán, Huber Beristain, Pérez Morales y Murillo Bautista (1998) de que la no implementación de un buen liderazgo generaría ambientes hostiles que actuarían luego como obstáculo a un buen desempeño en las personas en su ambiente de trabajo y en sus relaciones laborales. A partir de ver reflejado en los resultados de nuestra investigación los bajos niveles de dicho constructo, los residentes de cuarto año presentan niveles aun más bajos que los de primer año. Por ello es relevante tener en cuenta este resultado a la hora de planear la formación médica del residente. Esto coincidiría con la investigación de Sánchez Mendiola (2015) quien afirma que la planeación educativa de ciertas estrategias psicológicas como el liderazgo, debe tenerse en cuenta desde los programas formativos.

Por otro lado, la investigación de Carrió (2007) acompaña nuestra tesis, por incluir la variable prevención a partir de la importancia que le da el autor al control y regulación emocional así como a la promoción de la comunicación para reducir las tensiones en el ambiente laboral médico. Además, el autor tiene en cuenta con su propuesta, a todos los integrantes y jerarquías de la

organización, lo cual coincide con las futuras líneas de investigación planteadas a partir de los resultados obtenidos.

Una de las motivaciones de este trabajo fue poder realizar un aporte al sistema de salud y la específica formación de médicos residentes a través de la promoción de organizaciones saludables con el uso de estrategias psicológicas como el liderazgo transformacional, acompañamos a la investigación de Caridi, Del Otero y Savino (2016), quienes aportan resultados a fin sobre su población estudiada.

Como cierre de esta discusión, comparamos los resultados obtenidos en cuanto a la resiliencia. Dados los resultados obtenidos que no confirman la hipótesis planteada en nuestra investigación, siendo que los residentes de primer año cuentan con más alto nivel de resiliencia que los de cuarto año, coincidimos con la investigación de Stolz (2003) que plantea que los médicos residentes tienen espontáneamente la capacidad humana de encontrar recursos y emerger a pesar de no ser promovidos a hacerlo. Esta tesis acompaña lo planteado por Stolz (2003), ya que el hecho de que la totalidad de la muestra presente buenos niveles de resiliencia a pesar de no tener una promoción de la misma desde la organización privada de salud estudiada, demostraría que algo de esta variable está potencialmente en los médicos residentes. De esta forma compartimos lo descrito por Aymat Rodríguez, Bazán, Cerisola Moreno, Heredia, Llapur Acosta, Puchulu y Calduch (2011), al afirmar que los residentes implementan recursos personales frente a la adversidad. Consideramos relevante promover y educar esa posibilidad que los médicos residentes tendrían potencialmente; en nuestros resultados vemos que los médicos residentes de cuarto año presentan mayores

responsabilidades, acompañadas de un mayor nivel de cansancio y agotamiento, por lo que sería de gran importancia potenciar la resiliencia con la que ya demostraron contar. Esto se refleja en la investigación de Molina, Pérez, Espinoza y López (2013), quienes hacen hincapié en el efecto protector de la resiliencia sobre el cansancio emocional. Como se observa, la fatiga es parte del contexto de la residencia médica, y siguiendo con lo anterior, Peña (2010) sostiene que se puede superar la fatiga promoviendo la resiliencia.

Adherimos a lo planteado por varios autores acerca de hacer foco en la prevención. Como indican Pandikow y Mendes (2014), se deben fijar criterios con el fin de una detección temprana de riesgos emergentes del cansancio agudo y crónico, en programas de entrenamiento de residentes; así, se deben identificar medidas que promuevan la resiliencia y el bienestar del médico.

Pilatti y Martínez (2015) reafirman de alguna manera la postura sostenida en nuestra investigación sobre la importancia de incorporar espacios de escucha y de acompañamiento en el curso de la residencia médica para desarrollar autoeficacia laboral. Similar es el caso de Cerezo, Bernabé, Lisbona y Palací (2017), quienes enfatizan en el papel mediador de la resiliencia como generadora de engagement en profesionales sanitarios. Esta última investigación citada, acompaña estos resultados y conclusiones que sostienen que un aumento en la capacidad resiliente colaboraría con un mejor desempeño laboral.

Futuras líneas de investigación

Se plantean dos posibles futuras líneas de investigación. Por un lado el estudio de la *“Posible disminución del nivel de estrés laboral a partir de la presencia de un equipo de acompañamiento psicológico durante la formación de médicos residentes”*. Por otro lado, y en relación también a la anterior, el estudio del *“Nivel de compatibilidad del liderazgo transformacional como estrategia de trabajo y la formación de médicos residentes”*. La primera de estas, sería más bien una intervención en cuanto a la incorporación de profesionales de salud mental como un espacio más dentro del sistema de formación de residencias. El objetivo sería que los médicos residentes cuenten con un espacio de escucha, contención y acompañamiento durante todo el proceso de su formación, ya que esto promovería el crecimiento no solo académico sino también la obtención de recursos personales para afrontar y sobrellevar mejor la residencia medica, con todas sus posibles adversidades. La segunda opción, sería una investigación que apunte al estudio de la compatibilidad del liderazgo transformacional y la formación de médicos residentes, teniendo como hipótesis principal que su aplicabilidad mejoraría el clima laboral, lo cual incidiría positivamente sobre el desempeño final del médico residente.

CONCLUSIONES

Esta investigación de carácter descriptivo-comparativo, tanto cuantitativo como cualitativo, se orientó a los siguientes objetivos: a) analizar los niveles de burnout de los médicos residentes; b) analizar los niveles de liderazgo transformacional de los médicos residentes; c) analizar los niveles de resiliencia de los médicos residentes; d) comparar niveles de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia en médicos de primer año y cuarto año de residencia. Los mismos fueron cumplidos exitosamente.

A modo de síntesis, los resultados de mayor impacto arrojados por cada cuestionario auto administrable, indican que la distribución de médicos residentes de primero y cuarto año presenta dentro de los niveles de burnout, un 60% de nivel medio de agotamiento emocional, un 70% de nivel medio de despersonalización y un 65% de nivel alto de realización personal. No habría burnout aún en estos residentes ya que los niveles de agotamiento y despersonalización no son altos y la realización personal es alta.

En cuanto al liderazgo transformacional, el total de médicos residentes evaluados presenta en un 55% un nivel de consideración individual bajo, en un 30% un nivel de estimulación intelectual bajo, en un 50% un nivel de motivación inspiracional medio, en un 55% un nivel de influencia idealizada de tipo comportamental bajo y en un 60% un nivel de influencia idealizada de tipo atributivo muy bajo. No serían residentes transformacionales los participantes de esta investigación.

Por último, teniendo en cuenta los resultados por lo indagado en resiliencia, el 50% de los médicos residentes que conforman la muestra presenta un nivel

medio alto. A modo de lectura interpretativa de dichos datos estadísticos respecto a la variable de burnout, los residentes de cuarto año presentarían mejores niveles que los de primer año, siendo esto una diferencia con las variables de resiliencia y liderazgo transformacional. En cuanto a la variable de liderazgo transformacional, sus resultados indicarían mejores niveles en los residentes de primer año que en los de cuarto año. Y en cuanto a la variable de resiliencia, los resultados arrojados muestran que los residentes de primer año serían más resilientes que los de cuarto año, aunque sin ser esta una gran diferencia.

De los anteriores datos estadísticos, leemos en complemento a las entrevistas semi-estructuradas, que así como residentes de primer y cuarto año de residencia no presentan grandes diferencias en cuanto a los valores obtenidos de burnout, liderazgo transformacional y resiliencia, si presentan mayores diferencias desde lo relacionado con los datos socio-demográficos y de contenido de condiciones laborales según sea el año de residencia médica. La muestra conformada presenta grandes diferencias, sobre todo en torno a cómo es el día tipo de trabajo, sus responsabilidades a cargo, la cantidad de horas diarias de trabajo, la cantidad de francos mensuales y la cantidad de guardias mensuales, entre otras características evaluadas.

No confirmamos la hipótesis de investigación: *“los médicos residentes de primer año presentarían niveles más bajos de resiliencia, liderazgo transformacional y burnout respecto de los residentes de cuarto año”*. La no confirmación de la hipótesis, la obtenemos luego de realizar un lectura descriptiva e interpretativa de todos los datos arrojados por la entrevista semi estructurada, la cual utilizamos de complemento al análisis de descriptivos

básicos y tablas de contingencia que nos permitieron comparar ambos grupos en cada una de las variables. Obtenemos así finalmente, que los médicos residentes de primer año no presentan niveles más bajos de resiliencia, liderazgo transformacional y burnout respecto de los residentes de cuarto año, sino que por el contrario no se presentaron grandes diferencias entre ambos años, obteniendo hasta resultados muy parejos en algunas de las dimensiones evaluadas.

Consideramos que nuestra motivación fue que los resultados de esta investigación aporten elementos que puedan contribuir a la prevención de enfermedades laborales en organizaciones de salud, promoviendo una adecuada resiliencia y habilidades transformacionales de liderazgo. Una organización de salud como la evaluada, no estaría promoviendo y estimulando el desarrollo de estrategias psicológicas, es decir, que esta organización no estaría en consonancia con la ya citada y explicada organización saludable ya que no demuestra darle lugar al desarrollo psicológico así como si se lo estaría dando al académico. El principal alcance de nuestra tesis estaría en poder comenzar a pensar en la importancia de incluir a un psicólogo en la formación de residentes médicos. Creemos que dicha apertura promovería el estudio de nuevas variables que hacen a las semejanzas y diferencias entre un año de residencia y otro; además podría posibilitar el uso de nuevas e importantes estrategias terapéuticas en el ámbito laboral que sean acordes al desarrollo de una organización saludable, donde no solo importe el fin mismo de la organización, sino también la salud de todas sus partes en el camino que realizan para cumplir con aquel fin. Salud entendida como un estado de bienestar en todas las esferas de la vida: física, psicológica y social.

REFERENCIAS

- Aranda Beltrán, C., & Pando Moreno, M., & Salazar Estrada, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32 (2), 218-227.
- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). *MLQ: Multifactor leadership questionnaire*. California: Mind Garden.
- Aymat Rodríguez, A., Bazán, J., Cerisola Moreno, G., Heredia, V., Llapur Acosta, F., Puchulu, M.,... & Calduch, R. (2011). El Sistema de Residencias Visto por el Residente. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3(2), 22-27.
- Beltrán, C. A., Moreno, M. P., & Reyes, M. B. P. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y salud*, 14(1), 79-87.
- Buzzetti Bravo, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile*. Ciudad: Chile. Universidad de Chile.
- Cabello, H., & Coronel, J., & Barboza-Palomino, M. (2016). Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia (Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 121-136.
- Caridi, A. S. G., Del Otero, S. B., & Savino, H. J. (2016). *Liderazgo Transformacional y Engagement en trabajadores de salas de Juegos en la ciudad de Mar del Plata*. Tesis de Grado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Carrillo-Esper, R., & Gómez-Hernández, K. (2014). Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. *Médica Sur Socied A Sur Socied A Sur Sociedad De Médicos, Ac Ad De Médicos*, 172.

- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584.
- Carrió, F. B. (2007). La relación médico paciente en un mundo cambiante. *Humanitas*, 0(15), 7-15.
- Cerezo, J., Bernabé, M., Lisbona, A., & Palací, F. J. (2017). La socialización de los profesionales sanitarios y el papel de la resiliencia en el desarrollo de conductas de bienestar en el trabajo. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(1), 27-32.
- Cervera, S., & Torregrosa, L. (2011). El liderazgo como una competencia fundamental para el residente de Cirugía General. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(3), 164-170.
- Cubillo, Á. C. M., Guevara, J. C., Bravo, J. J. M., Riguera, M. J. P., Castro, M. L. G., & Sanz, A. G. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 44(9), 532-539.
- Flego, M. F., & Tagliapietra, A. F. (2015). *Estudio sobre la incidencia de burnout en una población de Bomberos voluntarios de la ciudad de Santa Clara del Mar, Provincia de Buenos Aires*. Tesis de Grado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- García Pachón, E. (1990). ¿Cómo es un buen jefe de neumología? *Archivos de bronconeumología*, 26(3), 96-97.
- García-García, J. A., García-García, G. E., Arnaud-Viñas, M. R., González-Martínez, J. F., Arámbula-Morales, E. G., & Mendoza-Guerrero, J. A. (2009). Inteligencia emocional en médicos residentes del Hospital General de México. *Revista médica de México. Hospital General*, 72, 178-186.
- García-García, J. A., González-Martínez, J. F., Estrada-Aguilar, L., & Uriega-González Plata, S. (2010). Educación médica basada en competencias. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 73(1), 57-69.

- Gil Monte, P., & Peiró, J. (1999). *Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional*. *Psicothema*, 11 (3), 679-689
- Grueso-Hinestroza, M. P., & Rey-Sarmiento, C. F. (2013). Hacia la construcción de un modelo integral de organizaciones saludables. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 19(4).
- Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N. y Rodríguez, D. (Comp.). (2005). *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Molero Alonso, F., & Recio Saboya, P., & Cuadrado Guirado, I. (2010). *Liderazgo transformacional y liderazgo transaccional: un análisis de la estructura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) en una muestra española*. *Psicothema*, 22(3), 495-501
- Molina, M. D., Pérez, C. B., Espinoza, J., & López, G. (2013). Riesgo psicosocial y factores personales protectores de la salud en trabajadores sanitarios. *Dos puntas*, 0(8), 165-178.
- Morales-Guzmán, M. I., Huber-Beristain, J. J., Pérez-Morales, A. G., & Murillo-Bautista, C. E. (1998). Aprendizaje en la residencia de cirugía. *Cirugía y Cirujanos*, 66(5), 176-181.
- Moreno-Egea, A., Latorre-Reviriego, I., Morales-Cuenca, G., Campillo-Soto, Á., Bataller-Peñafiel, E., & Sáez-Carreras, J. (2009). Cómo evitar quemarse (o padecer el síndrome de burnout) en un servicio de cirugía general. *Cir Cir*, 77(2), 149-155.
- Muñoz Ruiperez, C. (2014). *Factores genéticos y de personalidad de vulnerabilidad-protección al estrés en una muestra de médicos internos residentes: aplicación desde la prevención de riesgos laborales*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado el 17 de noviembre de 2017 de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

- Pandikow, M. H. A., & Mendes, F. F. Los residentes de Anestesiología: La importancia del bienestar ocupacional. *El Bienestar Ocupacional en Anestesiología*, 133-150.
- Parra, O. B., & Guilianny, J. G. (2013). Algunas consideraciones teóricas sobre el liderazgo transformacional. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 15(2), 165-177.
- Peña, R. D. P. (2010) El claroscuro del estrés laboral integral crónico del personal médico de organizaciones de salud pública. Ponencia presentada en XV Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática, México D.F.
- Pilatti, N. B., & Martínez, R. E. (2015). *Estudio exploratorio de Resiliencia, y Autoeficacia en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires*. Tesis de Grado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Sánchez-Mendiola, M. (2015). Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? *Investigación en educación médica*, 4(14), 99-107.
- Sánchez-Mendiola, M. (2016). La formación de médicos y especialistas: ¿Ya no los hacen como antes? *Investigación en Educación Médica*, 5(18), 65-66.
- Schenini, M. (2009). *Liderazgo Ético*. Material de circulación interna de la cátedra Psicología Laboral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Treviño, C. V. (2005). Ética y poder: formación de residentes e internos. *Rev Med IMSS*, 43(1), 1-3.

ANEXOS

Cabe destacar que al momento de realizar la administración de entrevistas, nos encontrábamos transitando el mes de Junio del corriente año, mes de pasaje de un año a otro en las residencias médicas. Por lo tanto, si bien nuestra investigación toma como muestra a residentes de primer y cuarto año, al momento de las entrevistas estos estaban o bien comenzando ya su segundo año, o finalizando su residencia. De todas formas los residentes de la muestra respondieron desde su experiencia vivida al momento, su primer/cuarto año.

Guía de entrevista semi-estructurada

Datos sociodemográficos:

1. ¿De dónde sos? En caso de no ser local: ¿te gusta vivir acá?
2. ¿Por qué elegiste estudiar medicina?
3. ¿Donde estudiaste?
4. ¿Tenes familia en Mar del Plata?
5. ¿Donde vivís? ¿Con quién vivís?

Descripción del puesto:

1. Especialidad
2. Año. En caso de ser de cuarto año: comparar su experiencia de residente actual con la de su primer año (indagar si nota avance y crecimiento o no)
3. Cantidad de guardias mensuales
4. Cantidad de horas diarias de trabajo
5. Cantidad de francos
6. Vacaciones
7. Contar un día “cotidiano” de trabajo
8. Contar un día de guardia
9. Relación con pacientes

Situaciones laborales específicas indicadoras de:

Resiliencia:

1. ¿Podrías describirme la situación que consideres mas critica que hayas vivido al momento? ¿Como la viviste?
2. Indagar: recursos, estrategias, capacidad resolutive

Liderazgo:

1. ¿Cómo es tu relación con tus compañeros en general?
2. ¿Cómo es tu relación con tu residente superior?
3. ¿Cómo es tu relación con tus médicos superiores?
4. ¿Qué tan marcadas crees que están las diferentes jerarquías?

Cierre:

¿Cómo te sentís con tu residencia hoy?

Cuestionarios auto administrables

Cuestionario sobre Estrés

Consignas:

1. Juzgue con qué frecuencia se ajusta Ud. a cada afirmación teniendo en cuenta su trabajo, indique su respuesta en cada ítem marcando el número correspondiente.
2. En caso de que una afirmación no proceda, o no esté Ud. seguro o no sepa la respuesta, déjela en blanco.
3. Cualquier duda o pregunta no dude en hacerla al Entrevistador.
4. Utilice la escala de valores que se muestra a continuación:

0 = Nunca / Ninguna vez
1 = Casi nunca / Pocas veces al año
2 = Algunas veces / Una vez al menos o menos
3 = Regularmente / Pocas veces al mes
4 = Bastantes veces / Una vez por semana
5= Casi siempre / Pocas veces por semana
6= Siempre / Todos los días

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 Al final de la jornada me siento agotado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 Creo que trato a algunas personas con las que trabajo como si fueran objetos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. (Que valen la pena) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 Me encuentro animado después de trabajar con personas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 Me encuentro con mucha vitalidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan las personas con las que trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 Me siento “quemado” por el trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 Me siento frustrado por mi trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 Puedo entender con facilidad lo que piensan las personas con las que trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de las personas con las que trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | Siento que las personas con las que trabajo me culpan de algunos de sus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de las personas con las que trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. (Tanto los propios problemas como los ajenos) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada en el trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Trabajar con personas todos los días es una tensión para mí. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Trabajar en contacto directo con las personas me produce bastante estrés. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Cuestionario sobre Habilidades de Liderazgo

Consignas:

1. Juzgue con qué frecuencia se ajusta Ud. a cada afirmación teniendo en cuenta su trabajo, indique su respuesta en cada ítem marcando el número correspondiente.
2. En caso de que una afirmación no proceda, o no esté Ud. seguro o no sepa la respuesta, déjela en blanco.
3. Cualquier duda o pregunta no dude en hacerla al Entrevistador.
4. Utilice la escala de valores que se muestra a continuación:

0 = Definitivamente no
1 = De vez en cuando
2 = Algunas veces
3 = A menudo
4 = Frecuentemente o casi siempre

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Al resolver problemas busco perspectivas contrapuestas. (Busco alternativas, caminos diferentes) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Aumento la voluntad de los demás para poner el máximo empeño. (Motivo a los demás para dar el máximo) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Ayudo a los demás a desarrollar sus puntos fuertes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Centro toda mi atención en resolver los errores, las quejas y los fallos que se producen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Considero las consecuencias morales y éticas de las decisiones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Considero que cada individuo tiene necesidades, aptitudes y aspiraciones distintas de los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Dedico tiempo a enseñar e instruir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Dejo muy claro lo que uno puede esperar recibir cuando se alcanzan los objetivos de rendimiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Demuestro creer profundamente en "Si no está roto, no lo arregles". (o "Si funciona no lo toques", no intervenir si viene funcionando bien) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Demuestro que los problemas deben llegar a ser crónicos para tomar medidas. (Espero a que los problemas sean crónicos para actuar) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Dirijo mi atención hacia los casos que no cumplen las normas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Discuto detenidamente quién es el responsable de alcanzar los objetivos de rendimiento. (Acuerdo quiénes deben alcanzar los objetivos de rendimiento) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Espero a que las cosas vayan mal antes de tomar medidas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Evito involucrarme cuando surgen cuestiones de importancia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Evito tomar decisiones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Expreso satisfacción cuando se cumplen las expectativas de los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 17 | Hablo con entusiasmo de las cosas que deben llevarse a cabo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Hablo sobre mis creencias y mis valores más importantes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Hago hacer a los demás más de lo que esperaban hacer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Hago hincapié en la importancia de tener una sólida visión de propósito. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Hago ostentación de un sentido de poder y de confianza. (Poder y confianza por demás) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Hago que los demás enfoquen sus problemas desde muchos ángulos distintos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Infundo orgullo en los demás por relacionarse conmigo. (Si cree que los demás sienten orgullo por relacionarse con Usted) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Lidero un grupo que es eficaz. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Manifiesto mi confianza de que se alcanzarán los objetivos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Me ausento cuando se me necesita en mi trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Me retraso en dar respuesta a cuestiones urgentes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Mi modo de actuar hace que los demás sientan respeto hacia mí. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | No intervengo a no ser que los problemas revistan gravedad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Por el bien del grupo, sobrepaso el interés propio. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Presto atención a las irregularidades, los errores, las excepciones y las desviaciones de la norma. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Proporciono ayuda a los demás a cambio de sus esfuerzos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Realzo en los demás el deseo de triunfar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Recalco la importancia de tener un sentido colectivo de misión. (Sentido colectivo de misión: el “para qué” del trabajo que hacemos) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | Re-examino asunciones críticas para plantearme si son las adecuadas. (Si reexamina planteamientos, decisiones críticas) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Sigo con atención todos los errores. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Soy eficaz en representar a mi grupo frente a la autoridad superior. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Soy eficaz en satisfacer las necesidades de índole laboral de los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Soy eficaz en satisfacer los requisitos de la organización/proyecto en el que participo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Soy optimista cuando hablo del futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41 | Sugiero nuevas formas de considerar la realización de las tareas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42 | Trabajo satisfactoriamente con los demás. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43 | Transmito una visión convincente del futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 44 | Trato a los demás como individuos más que como miembros del grupo. (Trato a otros de manera personalizada, individualizada) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45 | Utilizo métodos de liderazgo agradables. (formas de liderar) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Cuestionario sobre Resiliencia

Consigna:

A continuación lea las siguientes declaraciones, donde usted encontrará 7 números que van desde el “1” (Totalmente desacuerdo) a “7” (totalmente en de acuerdo). Marque el número que mejor indica sus sentimientos sobre esa declaración. Por ejemplo, si usted está totalmente en desacuerdo con una declaración marque “1”. Si usted es neutral, marque “4”, y si usted está de acuerdo fuertemente marque “7”

No existen respuestas buenas o malas.

| Nº | Declaración | Totalmente en Desacuerdo | Muy en Desacuerdo | Un poco en Desacuerdo | Neutral | Un poco de Acuerdo | Muy de acuerdo | Totalmente de Acuerdo |
|----|--|--------------------------|-------------------|-----------------------|---------|--------------------|----------------|-----------------------|
| 1 | Cuando hago planes persisto en ellos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Normalmente enfrento los problemas de una u otra forma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Soy capaz de depender de mi mismo más que otros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Mantener el interés en las cosas es importante para mi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Puedo estar sólo si es necesario | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Normalmente consigo las cosas sin mucha preocupación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Me quiero a mi mismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Soy decidido en las cosas que hago en mi vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | Rara vez pienso sobre por qué suceden las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12 | Hago las cosas de una, cada día | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13 | Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14 | Soy disciplinado en las cosas que hago | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | Mantengo el interés en las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Normalmente puedo encontrar un motivo para reír. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17 | Creer en mí mismo me hace superar momentos difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18 | En una emergencia, las personas pueden contar conmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19 | Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20 | A veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera hacerlas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 | Mi vida tiene significado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22 | No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23 | Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro una salida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24 | Tengo energía suficiente para lo que necesito hacer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25 | Es normal que existan personas a las que no les caigo bien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |