

From burnout to engagement at work:

Multi-sample
empirical results
in healthcare
professionals

PhD. Defense

Clara Ivette Hernández Vargas

Promoters

PhD. Dra. Susana Llorens Gumbau

PhD. Dra. Alma M. Rodríguez Sánchez

From burnout to engagement at work - Clara Ivette Hernández Vargas

From burnout to engagement at work:

Multi-sample empirical results in healthcare professionals

Del burnout al engagement en el trabajo:

Resultados empíricos multi-muestra en personal de salud

Clara Ivette Hernández Vargas

Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y
Metodología



Directors:

PhD. Susana Llorens Gumbau

PhD. Alma M. Rodríguez Sánchez

June, 2017

Copyright © 2017 by Clara Ivette Hernández Vargas

Cover design by Cinta Torres Pastor

Directors of the thesis are:

Ph.D. Susana Llorens Gumbau

Ph.D. Alma M^a Rodríguez Sánchez

INDICE

	Prólogo	p. 5
	Agradecimientos	p. 9
	Introducción general	p. 11
Capítulo 1	Revisión teórica	p. 27
	Del burnout al engagement: una revisión teórica desde la Psicología Organizacional Positiva	
Capítulo 2	Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México	p. 59
Capítulo 3.	Validación de la escala UWES-9 en profesionales de salud en México	p. 73
Chapter 4.	Healthy employees and service quality in the Healthcare Sector	p. 97
Capítulo 5.	Inteligencia emocional y engagement en estudiantes de Medicina: Un estudio comparativo en tres países	p. 129
¡¡Un futuro muy presente!!	Intervención positiva en capital psicológico en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano de la FES-I en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	p. 151
Capítulo 6.	Conclusiones generales	p. 167
Chapter 6.	General conclusions	p. 181
	Resumen	p. 193
	Summary	p. 203
	Referencias	p. 211

PRÓLOGO

Antes de leer esta tesis me gustaría que retrocediéramos en el tiempo para compartirles un poco de historia. De manera que se conozca cómo inicio esta investigación.

Todavía recuerdo como si fuera ayer, aquel día cuando estudiaba los últimos semestres de la carrera de Psicología, cuando tenía que realizar prácticas en un hospital, donde se nos dió opción de realizar un programa para pacientes o para trabajadores/as del contexto de la salud. Mi equipo de trabajo y yo decidimos trabajar con una población que en ese tiempo era muy poco estudiada: el personal de la salud. Nunca pensé que esto marcaría mi vida para siempre.

Se partió del hecho de que toda la atención en un hospital se centra en los/las pacientes, sin considerar que también los/las profesionales de salud están trabajando con el dolor y el sufrimiento, situación que les afecta a nivel psicológico. Y con esta hipótesis se inició una investigación que consistía en la evaluación del síndrome de burnout, que me permitió realizar investigación en Psicología del Trabajo y Salud Ocupacional (PTSO), en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala que es parte de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Y así inicio mi primer acercamiento en este mundo de la investigación, de la mano de una de las personas que han influido en mi formación: el Dr. Arturo Juárez-García. En esta primera etapa de mi formación analicé la relación que tenía el síndrome de burnout con síntomas cardiovasculares en enfermeras para identificar la relación del síndrome con este indicador fisiológico.

Posteriormente, me integré profesionalmente a trabajar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la Facultad de Medicina como profesora del departamento de Medicina familiar, hoy

llamado Subdivisión de Medicina Familiar; donde existía una línea de investigación sobre el Síndrome de burnout en personal médico, que coordinaba la Dra. Dickinson-Bannack; la misma que me arropó y me permitió seguir realizando investigación y motivó mi trabajo para continuar e identificar qué es lo que desencadena el burnout en personal de salud (personal médico, personal de enfermería, odontólogos/as, trabajadores/as sociales etc.), la personalidad de éstos o el ambiente laboral en el que están inmersos. Este proyecto sin duda fue un parte aguas en mi formación ya que con esta temática realicé mi Maestría en Psicología de las Organizaciones en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), de la mano del Dr. Arias-Galicia. Fruto de las investigaciones surgieron nuevas preguntas de investigación por aclarar, debido a que, además del burnout, en el personal de salud se identificó que también existían aspectos positivos en el trabajo. Y si bien continuamos con el estudio del burnout, era necesario estudiar el otro lado de la moneda, es decir aspectos positivos que también vive el personal de salud. Y que son precisamente estos, los que les permite seguir trabajando y disfrutar lo que hacen.

Así, con el deseo de aprender y continuar la investigación en este tema realicé un Máster Universitario en Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y en Recursos Humanos con el Equipo WANT en la Universitat Jaume I de Castellón, en España. Un lugar perfecto para continuar mi formación e investigar sobre burnout y también evaluar aspectos positivos en el trabajo como el engagement, de la mano de excelentes investigadoras y tutoras: Dra. Susana Llorens y Dra. Alma María Rodríguez, y un equipo de trabajo de expertos en esta temática, así como pioneros en el estudio de la Psicología Organizacional Positiva (POP). En el equipo WANT, dirigido por la catedrática Dra. Marisa Salanova, se investiga y aplican teorías de la Psicología Positiva aplicados en diferentes giros ocupacionales y uno de ellos es en el sector

salud. Así mismo tuve la experiencia de una estancia de investigación con otra experta en la materia, la Dra. María José Chambel de la Universidad de Lisboa en Portugal.

Y así continué con el siguiente paso, realizar estudios de Doctorado en la Universitat Jaume I en España, donde me centré en la investigación de áreas que no se han investigado en México, aspectos relacionados con la medición válida y confiable del burnout y el engagement (“entusiasmo laboral” en México). Y el inicio al estudio de aspectos positivos en el trabajo en el sector de salud, con un modelo que permite identificar que antecedentes se dan en el trabajo para que se desarrolle engagement en el personal de salud. Es por esto, que espero que esta tesis sea una contribución al conocimiento de la Psicología de la Salud Ocupacional y a la Psicología Organizacional Positiva (POP) en México. Finalmente, podemos decir que la investigación presentada, no es fruto de la casualidad, más bien es el seguimiento a un problema que se presenta en Médicos de todas partes del mundo, pero el que nos preocupa en esta tesis es la salud mental de los médicos Mexicanos.

A continuación, me permito compartir con el lector esta pequeña obra que tienen en sus manos, espero ser capaz de reflejar en cada una de las investigaciones que a continuación voy a presentar, la pasión y entusiasmo que tengo en esta área de conocimiento. Y si bien no es un final a la investigación en estos temas, significa sin duda, concluir una etapa y cerrar un ciclo académico.

Y sin más preámbulo, demos inicio a esta aventura científica...

AGRADECIMIENTOS

Sin duda alguna quiero agradecer a dos mujeres que me han cambiado la vida, mis tutoras, que no solo me mostraron el camino del aprendizaje, sino también compartieron tiempo de su vida personal. Dra. Susana Llorens y Dra. Alma M. Rodríguez: no tengo palabras para agradecer, todo lo que hicieron durante todo este tiempo. Con su apoyo y ayuda incondicional he aprendido tanto en lo personal como en lo académico. Sin su ayuda, no hubiera sido posible lograrlo. Gracias por su paciencia infinita, Moltes gràcies!!

A la Dra. Marisa Salanova que me permitió aprender de sus clases y estar en un gran equipo; gracias equipo WANT de la Universitat Jaume I y a cada uno de sus miembros. Especialmente quiero agradecer a Mercedes Ventura por ser una buena compañera de oficina. Además, quiero agradecer a la Dra. María José Chambel por el tiempo que me ayudó en mis estancias en Lisboa. Tanto académicamente, como en lo personal durante el tiempo que estuve en Portugal. Gracias a Vânia y Silvia por ser parte de mis amistades en ese hermoso lugar. Agradezco a la Dra. Dickinson porque desde que inicié mi proceso de crecimiento en la UNAM, usted estuvo ahí todo el tiempo para animarme a continuar en esta línea de aprendizaje. Gracias a la UNAM, a la Facultad de Medicina y al Consejo Técnico de la Facultad por darme la oportunidad de crecer en esta área de conocimiento: gracias por creer en mí.

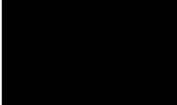
Y un agradecimiento especial a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) mediante el Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico (PASPA) de la UNAM. Gracias a las personas que trabajan ahí y me dieron el tiempo que necesité para recuperarme y volver a concluir este proyecto que es muy importante en mi vida profesional. Gracias a la Universitat Jaume I y al Banco Santander España por su apoyo invaluable.

El agradecimiento se extiende a todas las personas que estuvieron conmigo en este proceso de aprendizaje académico y de vida, a todos y cada uno con los que compartí un momento de su vida en este mundo. Gracias a este proyecto, porque gracias a él conocí a personas valiosas de México y el mundo. Gracias Ofelia, Alejo, Ramón, David, Isabella, Valeria y un largo etc. En México, gracias a la Jefatura de la carrera de Medicina de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) que creyeron en este proyecto y lo apoyaron. Gracias Dr. Rene, Dra. Lili, Dra. Lidia y Dra. Adriana. También el agradecimiento es para el personal médico y estudiantes de Medicina que participaron para la realización de este trabajo.

Sin duda, un agradecimiento especial al grupo de Psicología Positiva que también contribuyeron en la misión de ayudar a que los/las estudiantes de Medicina mejoren en su salud mental. Gracias a Iván Centeno, al Mtro. Gerardo Chaparro y el Dr. Sergio López Ramos, por contribuir a que los/las alumnos/as vuelvan a ser personas con conciencia de vida.

Un agradecimiento al Dr. Juan José Mazón y al Dr. Carlos Rivero, por las facilidades otorgadas, en mi trabajo, para finalizar esta tesis. Gracias también a Juan Carlos, compañero de mil batallas, gracias por estar en las buenas, en las malas y en las peores. Y finalmente un agradecimiento especial a Tania, gracias por llegar y apoyarme en un momento crucial de mi vida. Gracias mil. Gracias a Carlos García por acompañarme en este viaje que se llama vida. Gracias a mi familia que me ha acompañado en este tiempo. Los quiero y les doy su lugar en mi vida.

Agradezco a la vida, al universo y a Dios, por darme una nueva oportunidad de vivir y terminar esta etapa de mi vida profesional y personal.



Introducción General

INTRODUCCIÓN GENERAL

El burnout también conocido como síndrome del quemado, se convirtió en un tema de interés hace más de 35 años (desde 1974), cuando un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos. Al igual que otros/as voluntarios/as jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión. Observó que estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los/las pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al/la paciente de los propios problemas que padece.

Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la palabra burnout ("estar quemado", "consumido", "apagado"), como una metáfora que describe un estado de agotamiento similar a un fuego que se sofoca, una pérdida de energía que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso (Salanova y Llorens, 2008).

Más tarde, se estudió el burnout de manera científica y lo definieron como una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional (Maslach, Leiter y Jackson, 2012). En su última versión, estos autores mencionan que el burnout representa un estado de malestar persistente relacionado con el trabajo, caracterizado por las dimensiones de agotamiento, cinismo y reducción

Introducción General

de la eficacia profesional. El agotamiento se refiere al drenaje de la energía emocional y los sentimientos de fatiga crónica. El cinismo describe tener una actitud distante y negativa hacia el trabajo, y la eficacia profesional reducida se refiere a la creencia de que uno/una ya no es efectivo/a en el cumplimiento de las responsabilidades de un trabajo. Se supone que estas dimensiones son consecuencias negativas del estrés laboral crónico (Maslach y Leiter, 2016).

Otros/as autores/as en el contexto mexicano, describen el burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas, donde predominan los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional, aunque no es el único (es un síndrome que implica aspectos negativos). Desde esta definición el acento está en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos. Además, señalan que es un fenómeno relacionado con el trabajo (es laboral u ocupacional) y que sus síntomas se observan en individuos "normales" y no patológicos (es una alteración psicosocial, pero no necesariamente es una enfermedad). Finalmente, indican que existe un decremento en la efectividad y el desempeño laboral debido a las actitudes negativas y conductas que implica, y por tanto afecta a la productividad (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes, 2014, p.160).

Así pues, parece ser que el burnout es un problema característico, aunque no único, de los trabajos de "servicios humanos", es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia los/las pacientes. Sin embargo, recientemente el estudio del burnout se ha ampliado a todo tipo de profesiones y grupos ocupacionales como trabajadores/as que trabajan con datos, o que trabajan con cosas (e.g., operarios/as de producción de una industria) y

Introducción General

también puede aparecer en muestras preocupacionales, como estudiantes universitarios (Salanova y Llorens, 2008).

Si bien han pasado 40 años desde estos primeros estudios, podemos decir que desafortunadamente esta problemática continúa en el punto de mira. Si realizamos una búsqueda (actualizada a 20 de marzo de 2017) del síndrome de burnout en un buscador como 'Google' nos arroja cerca de 45.900.000 resultados (1.03 segundos). De la misma manera, en la base 'Pubmed', una de las bases de datos más importantes de Medicina, se reportan 11.335 resultados si proporcionamos la palabra clave 'burnout'. Atendiendo al 'buscador de la biblioteca de la Universitat Jaume I' se revelan un total de 97.351 resultados, mientras que en la base científica 'PsycNet' (antes 'Psycinfo') se obtiene un resultado de 10.518 publicaciones de los cuales 778 se han publicado entre 2016 y 2017.

Por tanto, el burnout es objeto de estudio y de preocupación tanto para el ámbito científico como para las personas (y usuarios/as) que pueden estarlo padeciendo. Quizás, lo que ha hecho que se continúe con el estudio desde 1973 es que, a diferencia de otros conceptos, no es el resultado de una exploración de laboratorio, sino la constatación de un problema real, experimentado en amplios núcleos de la profesión laboral. El término coloquial de burnout (quemado) y el modelo teórico subyacente han puesto el dedo en la llaga experimentada por un gran número de profesionales. El fenómeno descrito corresponde no únicamente a una situación académica, sino a un problema vivamente sentido por amplias capas de profesionales (Leiter y Maslach, 2009). Y como mencionan Salanova et al. (2008) el estudio del burnout no es una cuestión de modas y de unos cuantos, sino una necesidad social orientada a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.

Si bien es necesario continuar con la investigación del síndrome de burnout, es necesario también estudiar la otra vertiente, es decir, el

Introducción General

engagement, su teóricamente opuesto desde el paradigma de la Psicología Positiva. En los inicios de este enfoque positivo, sus pioneros Seligman y Csikszentmihalyi (2000) pusieron un marcado énfasis en estudiar los aspectos positivos del funcionamiento humano y social tratando temas de contenido positivo como las emociones positivas, las fortalezas del carácter o el flow. Este énfasis particular en estudiar exclusivamente los constructos positivos o el lado brillante de la naturaleza humana ha sido llamado por algunos autores como la Primera Ola de la Psicología Positiva. Sin embargo, en los últimos años se ha desarrollado más y esto ha permitido alcanzar una nueva fase de madurez y desarrollo, que se ha denominado "Segunda Ola" de la Psicología Positiva. Esta se caracteriza por un enfoque más matizado en los conceptos positivo-y-negativo. Es decir, que asume que la relación entre lo positivo vs. negativo o entre el lado oscuro vs. lado brillante no tiene por qué ser diametralmente opuesta, sino que ambos elementos están conectados íntimamente a través de un proceso de tesis-antítesis (Salanova y Llorens, 2016).

Es por esta razón que la presente tesis doctoral aborda tanto el burnout como su teóricamente opuesto: el engagement (que en México adopta el nombre de "entusiasmo laboral"). Además, se estudia en una población muy específica como es el personal de salud con el objetivo de conocer y actuar sobre la realidad psicosocial de esta profesión desde una perspectiva integral y holística (burnout y engagement). Si a nivel científico el estudio del burnout y del engagement es importante, también lo son las implicaciones prácticas de sus resultados para el contexto laboral en el que trabajo: el personal de la salud. En este sentido, la Facultad de Medicina de la UNAM, siempre busca el bienestar de los/las estudiantes. Incluso el actual rector el Dr. Graue escribió acerca del síndrome de burnout señalando que la despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo son problemas

Introducción General

en el ejercicio de la Medicina y el desarrollo profesional. Es decir, el interés que despierta la temática es más por una necesidad sentida que por una moda en la investigación. Por tanto, podemos afirmar que estudiar el burnout en la tesis doctoral no ha sido por casualidad sino por causalidad. Si bien esta problemática se ha presentado desde hace algunos años a nivel mundial, todavía existen retos para la investigación y en especial en el contexto sanitario y en México. A continuación, se describen algunos de los vacíos en la investigación-aplicada que se pretenden estudiar en la presente tesis: ampliando el estudio del burnout a su teóricamente opuesto, el engagement desde la perspectiva de la Psicología Positiva.

I. Primera pregunta de investigación: ¿Qué se sabe del burnout y del engagement?

En el primer capítulo de la tesis se realiza una revisión teórica que permitirá tener información actual del síndrome de burnout, como un problema mundial en personal de salud. Se describe la definición de burnout, sus principales dimensiones, los diferentes instrumentos de evaluación, los modelos explicativos de su etiología, así como sus diferentes consecuencias. En segundo lugar, se cambia la perspectiva al dar un giro en el estudio del malestar hacia el bienestar laboral, al considerar aspectos positivos del trabajo en personal de salud. Así, se describe el estudio de aspectos positivos, como es el engagement en personal de salud, su definición, sus principales dimensiones, su evaluación, así como sus antecedentes y consecuencias. Además, durante todo este primer capítulo se muestran resultados empíricos obtenidos en el contexto de salud.

Introducción General

II. Segunda pregunta de investigación: ¿Cuál es la estructura factorial del burnout en personal sanitario de México?

Si bien el síndrome de burnout es un tema de investigación clave en todo el mundo, no se cuenta en México con una herramienta confiable para evaluarlo. Si bien el instrumento más utilizado para su medición es el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services), en México no se había realizado un estudio de investigación que considerara el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento y menos aún en personal sanitario. A pesar de la cantidad de estudios de investigación serios y rigurosos que existen en Europa y Estados Unidos, la falta de estudios en México sobre burnout (y en profesionales de la salud) es relevante y preocupante. Por tanto, en el estudio *empírico #1* se quiere dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación: *¿Cuál es la estructura factorial del burnout en personal sanitario de México?*

El objetivo de este capítulo es poner a prueba las propiedades psicométricas y evaluar la estructura factorial del Maslach Burnout Inventory –Human Services (MBI-HSS; Maslach y Jackson, 1986) en sus dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en profesionales de salud en México. La hipótesis que se plantea es la siguiente:

Hipótesis #1: Se espera que el burnout esté compuesto por tres factores independientes pero relacionados: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Introducción General

III. Tercera pregunta de investigación: ¿Cuál es la estructura factorial del engagement en personal de salud en México? ¿Puede medirse el engagement del personal sanitario de México de forma válida y fiable con una escala corta?

Un elemento de suma importancia en el estudio del burnout es el cambio de paradigma, lo cual permite investigar también aspectos positivos en el trabajo, como es el engagement (o "entusiasmo laboral" en México), también llamada pasión por el trabajo. Puede entenderse como una fuerte inclinación hacia el trabajo que los individuos aman y consideran muy importante (Bakker y Schaufeli, 2014; Birkeland y Buch, 2015; Birkeland, Richardsen y Dysvik, 2017). Es por esto, la propuesta firme para estudiar aspectos positivos que puedan contrarrestar los negativos y centrarse en aspectos preventivos y positivos, como puede ser el engagement (Salanova et al., 2005). El engagement se define como un estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción. Más que un estado específico y momentáneo, la vinculación psicológica se refiere a un estado afectivo-cognitivo más persistente (Llorens et al., 2007, 2011; Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Se asume que contrariamente a aquellos/as que padecen burnout, los/las trabajadores/as engaged tienen un sentimiento de conexión energética y efectiva con su trabajo; en lugar de ver su trabajo como estresante y demandante lo perciben como retador. Para ellos/ellas, el trabajo es divertido y no una carga. En el engagement existe una sensación de realización en contraste con el vacío de vida que deja en las personas el sentimiento de pérdida característico del síndrome de burnout. Diferentes investigaciones han demostrado que el engagement está compuesto por tres dimensiones: vigor, dedicación y absorción. La dimensión de vigor se caracteriza por altos niveles de energía mientras se trabaja, la voluntad de invertir esfuerzo en el trabajo y la persistencia

Introducción General

en continuar a pesar de las dificultades u obstáculos. La dedicación consiste en estar fuertemente involucrado en el trabajo, el cual se vive con orgullo y como reto y se experimenta entusiasmo, inspiración y desafío identificando claramente un significado al trabajo. La absorción se caracteriza por estar completamente concentrado y comprometido con las actividades, sintiendo que el tiempo pasa rápidamente y el individuo tiene dificultad en desapegarse de su tarea (Llorens y Salanova, 2014; Salanova et al., 2000 y 2001; Salanova y Shaufeli, 2009).

Ante esta situación tan relevante, se plantea la necesidad de contar con un instrumento en México con el que se pueda medir el engagement en el sector salud. En este sentido, se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación utilizando dos muestras de personal sanitario pertenecientes a diferentes instituciones de salud de México: *¿Cuál es la estructura factorial del engagement en personal de salud en México? ¿Puede medirse el engagement del personal sanitario de México de foma válida y fiable con una escala corta?* Las hipótesis que se plantean son las siguientes.

Hipótesis #1: Se espera que la estructura tri-dimensional de la escala UWES-15 (vigor, dedicación y absorción) ajuste mejor a los datos que la estructura de un factor cuando las muestras se analicen de manera simultánea.

Hipótesis #2: Se espera que la estructura tri-dimensional de la escala UWES-9 (vigor, dedicación y absorción) ajuste mejor a los datos que la estructura de un factor, cuando las muestras se analicen de manera simultánea.

Hipótesis #3: Se espera que los índices de ajuste de la escala corta (UWES-9) sean significativamente mejores que los obtenidos en la

Introducción General

versión original (UWES-15), cuando las dos muestras se analicen de manera simultánea.

Hipótesis #4: Se espera que las diferencias en la UWES-9 serán significativas en cuanto a pesos factoriales y covarianzas de las dimensiones de entusiasmo laboral cuando las dos muestras se analicen de manera simultánea.

Hipótesis #5: Se espera que la escala UWES-9 muestre validez convergente y discriminante.

IV. Cuarta pregunta de investigación: ¿Cómo pueden incrementarse el engagement y la calidad de servicio en profesionales de la salud a través de las creencias de eficacia?

El engagement se ve reflejado en la forma en que el personal médico atiende a sus pacientes. La investigación ha demostrado que aquellos profesionales más engaged son más eficaces y mantienen una comunicación asertiva, proporcionando mejor información, en calidad y cantidad a sus pacientes. Estos/as profesionales se perciben competentes y seguros en su relación interpersonal con pacientes, colegas y autoridades que se refleja en un incremento en la calidad de servicio, en términos de desempeño, compromiso con la institución y calidad de atención al/la paciente/acompañante (Reijseger, Peeters, Taris y Schaufeli, 2016; Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012). A pesar de la relevancia de estos resultados, se hace necesario identificar los antecedentes y consecuencias del engagement en profesionales médicos con el objetivo de poder realizar alguna intervención en un futuro. En este sentido, se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: *¿Cómo pueden incrementarse el engagement y la calidad de servicio en profesionales de la salud a través de las*

Introducción General

creencias de eficacia? Para ello, el objetivo de este tercer estudio empírico fue analizar los antecedentes (*i.e.*, recursos personales en términos de creencias de eficacia y afecto positivo) y consecuencias (*i.e.*, calidad de servicio) del engagement en grupos de profesionales de salud de España basándonos en el Modelo HERO (*HEalthy & Resilient Organizations*) (Líbano, Llorens, Salanova, y Schaufeli, 2012; Salanova, Martínez y Llorens, 2014; Salanova, Llorens y Martinez, 2016). Concretamente, el estudio se centra en conocer cómo las creencias de eficacia se relacionan con la calidad de servicio a través del impacto de los afectos positivos y el engagement en profesionales de la salud. En este sentido, se plantea la siguiente hipótesis:

Hipótesis #1: Se espera que los afectos positivos y el engagement de los equipos de trabajo medien de forma consecutiva entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio percibida por el personal sanitario del hospital.

V. Quinta pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre la inteligencia emocional y el engagement académico en estudiantes de Medicina?

Si bien los estudios sobre burnout y engagement son claves para el personal de salud, creemos que su estudio en contextos preocupacionales también es decisivo. Las investigaciones previas en estudiantes de Medicina han puesto en evidencia que presentan un nivel mayor de estrés a diferencia de otras carreras que no tienen tantas demandas emocionales y de trabajo, incluso aumentan cuando estos entran a estudiar la carrera de Medicina (Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcon y Munge, 2001).

La evidencia científica señala que los/las estudiantes de Medicina con mayores niveles de inteligencia emocional son personas más

Introducción General

amables, tienen mayor bienestar psicológico, mayores niveles en salud física, así como un mejor desempeño académico y laboral (Toyama y Mauno, 2016). Este recurso personal favorece que los/las estudiantes de Medicina enfrenten la vida profesional con confianza, resistencia, determinación, esperanza y visión de futuro. Son características positivas que permiten desarrollar mayores niveles de bienestar psicológico y una gestión adecuada de las emociones. Favoreciendo, de esta forma, un personal sanitario más feliz, con mayor energía y recursos para mejorar la atención con los/las pacientes (Paredes y Sanabria, 2008). A pesar de su relevancia, existe una falta de estudios, que nosotros conozcamos, respecto al papel clave de la inteligencia emocional en el desarrollo del engagement en estudiantes de Medicina. Es por ello, que se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuál es la relación que existe entre la inteligencia emocional y el engagement y/o "entusiasmo académico" en estudiantes de Medicina?* En una muestra compuesta por estudiantes de Medicina correspondientes a tres países (México, Portugal y España), las hipótesis que se plantean son las siguientes:

Hipótesis #1. Se espera que existan diferencias significativas entre los/las estudiantes de Medicina de los tres países en las cuatro dimensiones de Inteligencia Emocional: (1) *Apreciación y expresión de emociones* (SEA; capacidad para comprender emociones profundas y expresar estas emociones de forma natural); (2) *Apreciación de las emociones de los demás* (OEA; capacidad de percibir y de entender las emociones de otras personas); (3) *Regulación de las emociones* (ROE; capacidad para auto-regular las emociones, lo que permitirá una recuperación más rápida de situaciones de angustia) y (4) *Uso de las emociones* (UOE; capacidad para hacer uso de las emociones

Introducción General

dirigiéndolas hacia actividades constructivas y funcionamiento personal) (Carvalho, Guerrero, Chambel y González-Rico, 2016).

VI. Sexta pregunta de investigación: ¿Cómo intervenir desde la Psicología Positiva en estudiantes de Medicina en México?

Finalmente, se presenta un diseño de una intervención desde la Psicología Positiva para desarrollar el bienestar psicológico (i.e., engagement e inteligencia emocional) y el desempeño en estudiantes de Medicina, concretamente en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Aunque es solo una propuesta, actualmente se está gestionando para poderse aplicar a petición de la propia universidad. Lo que destaca el carácter básico y aplicado de los resultados que se han obtenido en la presente tesis para los/las profesionales y estudiantes de Medicina. Si bien se ha demostrado la relevancia del impacto de las intervenciones positivas en diferentes contextos (e.g., clínica, salud, educación) sigue siendo necesaria más investigación científico-aplicada en personal de salud y más aún en muestras pre-profesionales, como en este caso que son estudiantes que ya han tenido contacto con pacientes y están inmersos en el ámbito hospitalario (Salanova y Llorens, 2016).

Se utilizaron estrategias de intervención a nivel individual que buscaron implicar los valores, los intereses y las preferencias de los estudiantes y que en última instancia permitieron conocerse a si mismos (Martínez, Salanova y Llorens, 2016; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005). El objetivo de la intervención estuvo dirigido a incrementar los niveles de bienestar (i.e., inteligencia emocional y engagement) y desempeño de los alumnos de Medicina, es decir, intervenir en el capital psicológico, para que los/las estudiantes mejoren en sus habilidades, capacidades y recursos psicológicos positivos que emplean para desempeñar sus tareas y lograr sus metas académicas, personales y

Introducción General

profesionales de forma exitosa (Ortega-Maldonado, Coó y Salanova, 2016).

Finalmente, el último capítulo se dedica a realizar un resumen de los principales resultados de los diferentes estudios empíricos realizados en la tesis. Además, en este capítulo final se discuten las implicaciones teóricas, así como prácticas, las limitaciones y los estudios futuros que tendrán como objetivo continuar en la mejora continua de la salud psicosocial del personal de salud en general y en México en particular.

Revisión Teórica

Capítulo 1

Capítulo 1. Revisión Teórica

Del burnout al engagement: Una revisión teórica desde la Psicología Organizacional Positiva

En la actualidad, el burnout constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad actual. Entre otras razones se debe al elevado ritmo de vida, la transformación de los mercados y la estructura del sector económico (caracterizados por un incremento del trabajo emocional y mental), las exigencias de mayor calidad del trabajo y la ruptura del contrato psicológico. Es por esto, que ha sido foco de muchas investigaciones durante las últimas décadas. Se han desarrollado medidas, así como varios modelos teóricos, y los estudios de investigación de muchos países han contribuido a una mejor comprensión del fenómeno (Maslach y Leiter, 2016; Salanova y Llorens, 2008).

Durante mucho tiempo se ha hecho énfasis en el estudio de los riesgos psicosociales y el malestar (e.g., burnout) en profesionales que trabajan con personas. Sin embargo, la aparición de la Psicología Organizacional Positiva (POP), que tiene como objetivo comprender, predecir y optimizar las fortalezas y talentos de las personas y las organizaciones, ha permitido identificar que el trabajo no solo genera estrés y/o burnout, sino que también permite desarrollar afectos positivos y engagement (recibe el nombre de "entusiasmo laboral" en México) en trabajadores/as del sector salud (Pawesky, 2016; Salanova, 2009).

1. La POP: Psicología Positiva aplicada al contexto laboral

La Psicología Positiva es una nueva corriente del pensamiento psicológico. Su objeto de estudio se centra en las emociones humanas, en concreto las emociones positivas como la felicidad, la gratitud, el optimismo, la esperanza, el perdón, el altruismo, el amor, etc. (Fredrickson, 2009). Esta aparece como corriente psicológica, en el año 2000 debido a la publicación de Martin Seligman y Mihaly Csikszentmihalyi en la Asociación Americana de Psicología (Seligman, 2006). Aunque existen estudios previos sobre la felicidad como los de Diener y Poupard, es Seligman quien institucionalizó la Psicología Positiva y le dió un enfoque unificador que ha renovado diversos campos de la psicología pura y aplicada, como son la Psicología clínica, educativa y la Psicología organizacional, por mencionar solo algunos. Una de las áreas a trabajar desde este enfoque es la *Psicología Organizacional Positiva (POP)*.

La POP se desarrolló para mejorar el bienestar de los/las trabajadores/as y explicar los estados psicológicos y afectivos que las personas (y en particular los/las profesionales de la salud) experimentan cuando están en el trabajo (Lambert, Passmore y Holder, 2015). Se define como "el estudio científico del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como de la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y del desarrollo de organizaciones para que sean más saludables. Su objetivo es describir, explicar y predecir el funcionamiento óptimo, así como amplificar y potenciar el bienestar psicosocial y la calidad de vida laboral y organizacional" (Salanova, Llorens y Martínez, 2016, p. 177).

Capítulo 1. Revisión Teórica

El estudio de la POP se ubica dentro de dos enfoques específicos. El primer enfoque es el 'hedónico', que asocia el bienestar con la experiencia de sentimientos positivos (estados de ánimo y emociones) y factores como la satisfacción con la vida en general y la ausencia del dolor. Es decir, dentro de este enfoque el bienestar consiste en sentirse bien y disfrutar la vida. Por otra parte, el segundo enfoque se centra en la postura 'eudaimónica' que concibe que la verdadera felicidad se encuentra en hacer lo que vale la pena, lo que tiene significado para nosotros/as. Un elemento importante de esta postura radica en que las experiencias de bienestar se tienen que conducir hacia el logro de una meta. Estos puntos sugieren que un concepto completo de bienestar debe incluir tanto el 'placer' como el 'fin' (Salanova, 2009; Salanova y Llorens, 2016).

Desde esta perspectiva, se considera que una visión viable de bienestar psicológico en el trabajo tiene que abarcar el grado en que los/las empleados/as experimentan emociones positivas en el trabajo a medida que experimentan significado y propósito en el mismo. Así, las personas con mayores niveles de bienestar psicológico, aprenden y resuelven problemas con mayor eficacia, son trabajadores/as más entusiastas con el cambio, se relacionan con los/las demás de manera más positiva y aceptan el cambio con mayor facilidad (Robertson y Cooper, 2010).

De este modo, las personas altamente comprometidas se caracterizan por una fuerte identidad con el trabajo y el reconocimiento del significado y la importancia del mismo. Además, continuamente aprenden y crecen en el trabajo (Bakker y Leiter, 2010). Debido a que las personas creen que su trabajo es significativo, esto puede ayudar a cristalizar, a nivel cognitivo, los conocimientos, destrezas y recursos diversos, que a su vez son más fáciles de transferir al ámbito familiar

(Siu, Lu, Broug, Bakker, Kalliath y Shi, 2010). Y además, reducen la probabilidad de que se desarrolle agotamiento emocional (Achor, 2010).

El ser humano es complejo y para atender a esta complejidad es necesaria una Psicología que no sólo atienda a los problemas, sino que vaya más allá, esto es, que permita potenciar y promover las fortalezas de las personas en todos los ámbitos de su vida incluida el contexto laboral (Salanova, Llorens y Martinez, 2016). Las organizaciones en tiempos actuales saben que para poder sobrevivir es necesario lograr que sus trabajadores/as sean más positivos, esto es, sean proactivos, muestren iniciativa personal, colaboren con los demás, tomen responsabilidades en el propio desarrollo de carrera y se comprometan con la organización. Eso se consigue apostando por la POP y en especial en el desarrollo de Organizaciones Saludables y Resilientes (HEROs; *HEalthy & Resilient Organizations*; Salanova et al., 2012, 2016).

2. Organizaciones Saludables y Resilientes: El Modelo HERO

En este tenor, en la actualidad numerosas organizaciones se preocupan por optimizar los niveles de salud y bienestar psicológico del personal, a nivel individual y en equipos de trabajo, buscando incrementar también la calidad, eficacia y excelencia organizacional. Son las denominadas Organizaciones Saludables y Resilientes (HERO) (Llorens et al., 2103; Salanova et al., 2012).

Este es el modelo que sirve de guía para la elaboración de la tesis. Se trata de un modelo heurístico que integra resultados empíricos y teóricos que provienen de diferentes áreas, por ejemplo, el estrés laboral, la gestión de recursos humanos, el comportamiento organizacional, y la Psicología Organizacional Positiva (POP). Además, se

Capítulo 1. Revisión Teórica

fundamenta en investigación previa de modelos tradicionales y contemporáneos como la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura, el Modelo de Conservación de Recursos, la Teoría de la Ampliación y Construcción de las Emociones Positivas y el Modelo Demandas y Recursos Laborales (Salanova, Llorens y Martínez, 2016, pp. 178).

El modelo HERO se focaliza en el bienestar y en el desarrollo pleno de las potencialidades de la persona en su entorno laboral, con énfasis en la importancia de la evaluación global de factores psicosociales, que abarca no sólo los riesgos psicosociales en entornos laborales, o lo que no funciona bien en el trabajo, sino también los aspectos positivos del trabajo, aquello que sí funciona, pero se puede mejorar. De acuerdo con este modelo, si existen recursos y prácticas organizacionales saludables (e.g., apoyo social, feedback, coordinación, prácticas de conciliación) se desarrollarán empleados/as saludables (e.g., eficacia, engagement, resiliencia) y como consecuencia resultados organizacionales saludables, tales como productos o servicios de excelencia (ver figura 1) (ver Salanova, Martínez y Llorens, 2012, 2014, 2016).



Figura 1. Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (HERO)

Capítulo 1. Revisión Teórica

Las prácticas organizacionales saludables (e.g., comunicación organizacional, desarrollo de carrera, justicia y equidad) se definen como las acciones llevadas a cabo en una organización para estructurar y gestionar los procesos de trabajo que estimulan el funcionamiento organizacional saludable. Es importante especificar que dichas prácticas no son técnicas tradicionales de Desarrollo de Recursos Humanos, sino estrategias colectivas y componentes culturales de la propia organización, compartidas entre las personas que trabajan en ella. Además de las prácticas organizacionales, el modelo asume la relevancia de los recursos tanto estructurales como sociales. Los recursos estructurales pertenecen al ambiente físico que están más próximos a la persona (e.g., autonomía), mientras que los recursos sociales se relacionan con las personas con las cuales trabajamos (e.g., apoyo social, coordinación, liderazgo positivo) (Salanova et al., 2012, 2014, 2016).

Las investigaciones han verificado que aquellas organizaciones que optimizan sus recursos y desarrollan prácticas organizacionales saludables, dan lugar a empleados/as y equipos de trabajo más saludables, dotados de grandes potencialidades y bienestar, lo cual redundaría en unos resultados organizacionales excelentes ya sean relativos al desempeño de los/las trabajadores/as, como de los equipos y la organización en general. En este contexto y dado el marcado carácter grupal del trabajo en la actualidad, es importante también considerar una perspectiva colectiva que partiendo de percepciones y experiencias grupales, establece relaciones causales en relación a los tres bloques de variables del modelo HERO (Acosta, Torrente, Llorens y Salanova, 2013; Gil, Llorens y Torrente, 2015; Salanova, Llorens y Martínez, 2016).

En México, hay poca investigación desde este enfoque de la Psicología Organizacional Positiva, y menos aún considerando el modelo HERO. Es por esta razón, que esta tesis pretende representar una pequeña contribución al considerar este enfoque: ampliar el foco

tradicional de estudiar los aspectos negativos en el trabajo (burnout) incluyendo los aspectos positivos como es el engagement en personal de salud. Se espera que se pueda contribuir a la disciplina y cubrir esta necesidad creciente a una aproximación positiva, más novedosa y emergente (Salanova et al., 2014, 2016).

3. El Síndrome de Burnout

Uno de los aspectos que ha suscitado más investigación por su relevancia en el personal de salud es el síndrome de burnout, también llamado síndrome del quemado o síndrome de agotamiento emocional. En Medicina ha recibido una cantidad considerable de atención en los últimos años, debido a que en la carrera se auto-seleccionan individuos que son competitivos y capaces de soportar años de intensa escolaridad y altas expectativas. Desafortunadamente, estas cualidades también contribuyen al desarrollo del agotamiento entre el personal de salud (i.e., personal médico, personal de enfermería, trabajador/a social) cuyas consecuencias van más allá del individuo que lo experimenta.

Este síndrome se asocia con el absentismo y más inquietantemente, con los errores médicos y la mala atención médica (Villwock, Sobin, Koester y Harris, 2016). Y este agotamiento, aumenta con el nivel tan intenso de formación en las escuelas de Medicina. Los estresores reportados entre los/las estudiantes de Medicina incluyen relaciones familiares y personales insatisfactorias, deudas e insuficiencia financiera, carga de trabajo excesiva, falta de tiempo para actividades sociales, recreativas, privación crónica del sueño y demandas de tiempo (Chigerwe, Boudreaux e Ilkiw, 2014). Además, el tipo de actividades que realiza el personal médico y en relación a las guardias, se asocia con un

Capítulo 1. Revisión Teórica

mayor agotamiento y disminución de la calidad de vida (Scarella, Nelligan, Roberts y Boland, 2017). Enfermería y Medicina son de las profesiones más estudiadas en el campo de estudio del burnout, debido a las repercusiones que éste tiene en los pacientes y en la salud mental de estos profesionistas (Leiter y Maslach, 2009).

Esto se hace más preocupante cuando se reconoce en la literatura mundial que el personal de salud presenta este síndrome. De manera que es una problemática que parece afectar a profesionistas del sector salud de distintas partes del mundo incluyendo México. Por mencionar algunos hallazgos pueden destacarse, por ejemplo, el caso de China donde las enfermeras mostraron altos niveles de agotamiento emocional ocasionando la retirada del lugar de trabajo (Leiter y Maslach, 2009; Qiao y Schaufeli, 2011). Otro estudio en China reportó que continúa el estudio del burnout en personal de salud debido al costo creciente del tratamiento médico, la carga de trabajo excesiva, y la relación que existe entre: (1) agotamiento profesional, (2) conflicto trabajo-familia, (3) apoyo social y (4) la insatisfacción laboral en el personal médico (Yang, Liu, Liu, Zhang, y Duan, 2017). Y en Japón, se ha reportado que las enfermeras con burnout manifiestan mayores sentimientos de irritación (Takayama, Suzuki, Kobiyama, Maruyama y Sera, 2016). En Sudáfrica se identificaron altos niveles de estrés laboral y síntomas de agotamiento en personal médico, principalmente por cuatro factores: (1) debido a que los compañeros/as de trabajo no hacían su trabajo, (2) por salarios insuficientes, (3) por demandas ocasionadoras de altos niveles de estrés en el trabajo y (4) por horas extraordinarias de labores. Situaciones similares se identificaron en la India en personal de salud (Chakraborty, Chatterjee y Chaudhury, 2012). En Holanda se identificó el desarrollo del agotamiento profesional como resultado de altas cargas de trabajo (Prins, Hoekstra-Weebers, Gazendam-Donofrio, Dillingh, Bakker, Huisman y Van der Heijden, 2010).

Capítulo 1. Revisión Teórica

Głębocka (2016) en su estudio en personal de salud de Polonia, demuestra que estaban emocionalmente más agotados y presentaban el nivel más alto de deshumanización. En el caso de España, este agotamiento (burnout) ocasiona también una pobre relación médico-paciente en estudiantes de Medicina (Galán, Sanmartín, Polo y Giner, 2011). Incluso se ha reportado que a mayor cansancio emocional y a mayor despersonalización sus competencias comunicativas y la calidad de atención al paciente fueron peores (Lucas-Milán, Moreno-Manso y Suárez-Muñoz, 2015).

Analizando esta problemática en países de Latinoamérica, se señala al burnout como factor ocasionador de graves daños en la salud, así como daños fisiológicos tales como la presencia de cortisol alto (Mommersteeg, Keijsers, Heijnen, Verbraak y Van Doornen, 2006). En Perú, Maticorena-Quevedo, Beas, Anduaga-Beramendi y Mayta-Tristán (2016) mostraron que el personal médico presenta mayor sobrecarga de trabajo, privación del sueño, conflictos laborales y bajo compromiso organizacional; factores que influyen para que se desarrolle el burnout en esta población. Centrándonos en México, el síndrome de burnout también se considera relevante, por cuanto el agotamiento emocional se ha relacionado con síntomas cardiovasculares (Hernández-Vargas, Juárez, Hernández y Páez, 2005) en muestras de enfermeras. Incluso se ha demostrado que en el caso del personal médico el burnout aumenta a medida que aumenta el número de horas que se trabajan (Gopal, Glasheen, Miyoshi y Prochazka, 2005).

En muestras preocupacionales, y en concreto en el caso de los estudiantes de Medicina que están en formación, la investigación muestra que la salud mental de los/las estudiantes de Medicina, está siendo motivo de preocupación. En Brasil, por ejemplo, se reporta que un número excesivo de tareas, sobrecarga de horarios estresantes y exigentes responsabilidades por aprender se convierten en potenciales

Capítulo 1. Revisión Teórica

desencadenantes y causas concurrentes de trastornos emocionales y presencia de burnout. Si a esto, se le suma la carga de trabajo excesiva del estudio, los exigentes requisitos educativos, la falta de tiempo para el ocio, la familia y los amigos; así como los rasgos de personalidad individuales como el perfeccionismo y los estándares auto-impuestos se convierten en potenciales desencadenantes del estrés y comportamientos disfuncionales. Además, en ciertos momentos de la educación médica del estudiante pueden surgir desencadenantes críticos de estrés, como el contacto con pacientes y enfermedades graves y la muerte. Estos eventos podrían suponer una ruptura en el equilibrio de los/las médicos y estudiantes que puede llevar a cambios psicológicos significativos que se reflejan en el consumo de drogas, depresión, suicidio y disfunción profesional (Cavalcante, Ribeiro de Souza, Almeida, Cavalcante y Almeida, 2016). Recientes estudios realizados en México han identificado la experiencia de burnout en estudiantes de Medicina; es decir, ya tienen cierto nivel de desgaste incluso antes de terminar la carrera (Gutiérrez, Marmolejo, Aguilera, Mucientes, Girónd, Cabrera, Cueto, García, Jiménez, Durán, Valdés y Sainos, 2016). Es por esto que surge la necesidad de evaluar el burnout de forma fiable y válida no sólo en muestras ocupacionales sino también preocupacionales en el sector de la salud. Y en definitiva realizar intervenciones específicas que faciliten la recuperación del burnout y su prevención efectiva en estudiantes de Medicina y profesionales de la salud.

3.1 Concepto de Burnout

El burnout es una una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con y para las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la

Capítulo 1. Revisión Teórica

aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, Leiter y Jackson, 2012). Otro nombre que ha recibido es '*síndrome de quemarse por el trabajo*', nombre otorgado por Gil Monte (2005) quien lo definió como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en los/las profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los/las clientes/as o usuarios/as de la organización, y cuyos síntomas más característicos son la pérdida de ilusión por el trabajo, el agotamiento físico y emocional, las actitudes negativas hacia los/las clientes/as de la organización y en determinados casos, sentimientos de culpa. En sus últimos estudios, lo define como un síndrome psicológico que se caracteriza por síntomas de apatía y no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo (agotamiento emocional), desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo (despersonalización), y la tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden (baja realización personal en el trabajo) (Figueiredo-Ferraz, Grau-Alberola, Gil-Monte y García-Juesas, 2012; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). De acuerdo a estos autores, el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) se produce como una respuesta prolongada a los estresores crónicos de naturaleza emocional e interpersonal (Grau-Alberola, Gil-Monte, García-Juesas y Figueiredo-Ferraz, 2010).

También ha sido nombrado como '*síndrome de agotamiento total*', nombre señalado por Peña, Ravelo y Sánchez (2007) quienes mencionan que el burnout ha sido erróneamente traducido como "síndrome del quemado" o simplemente "quemado", cuando la expresión en inglés *burned-out* en realidad se refiere a cuando una persona está completa y

Capítulo 1. Revisión Teórica

absolutamente exhausta, agotada, fatigada, drenada de toda energía y ánimo para seguir adelante que puede incluso llegar a ser incapacitante.

Además de la definición propuesta por los/las autores/as originales (Maslach, Leiter y Jackson, 2012) podemos destacar la definición que aporta Längle (2003) quien considera el burnout como un estado duradero de agotamiento debido al trabajo; éste es el síntoma que inicia el burnout y la característica general a partir del cual los demás síntomas pueden derivar. Un estado de agotamiento primero afecta el bienestar general de una persona, después éste influye en las experiencias subjetivas que pueden afectar las decisiones, actitudes y acciones.

Finalmente, otra de las definiciones más utilizadas en la actualidad es la propuesta por Salanova y Llorens (2008, p. 60), que mencionan que el síndrome se caracteriza por: (1) agotamiento (relacionado con crisis en las relaciones entre la persona y el trabajo en general), (2) distancia mental (que incluye tanto el cinismo –actitudes distantes hacia el trabajo en general- como la despersonalización –actitudes distantes hacia las personas para y con las que se trabaja), y (3) ineficacia profesional (sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo) (ver Salanova, 2006; Salanova et al., 2005). Respecto a la medida de eficacia profesional, estudios recientes vienen a señalar la necesidad de medir 'ineficacia' en lugar de 'eficacia' utilizando ítems invertidos (Bresó, Salanova y Schaufeli, 2007). En relación a esto, algunos/as autores/as mencionan que el agotamiento y distanciamiento mental constituyen el núcleo del agotamiento y que, en lugar de dimensión constitutiva, la eficacia profesional debe ser una consecuencia del agotamiento y distanciamiento. En lo que se refiere al agotamiento, la incapacidad para gastar el esfuerzo (por haberse agotado) y la falta de voluntad para gastar el esfuerzo (debido al distanciamiento y retirada) son dos lados de la misma moneda (Schaufeli y Salanova, 2014).

3.2 Medidas del Burnout

La investigación sobre burnout ha señalado que existen varios cuestionarios para evaluarlo; sin embargo, el que se ha utilizado con mayor frecuencia en todo el mundo es el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach, Leiter, y Jackson, 2012). Constituye la medida por excelencia del burnout para la comunidad científica debido a su facilidad y rapidez de administración. Existen cuatro formas diferentes de MBI en función del tipo de población a la que va dirigida: (1) Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS; 22 ítems; Maslach y Jackson, 1981) que se construyó de manera exclusiva para medir burnout en educadores y personal del sector servicios de salud (e.g., personal de enfermería, médicos, trabajadores/as sociales), u otros profesionales (e.g., funcionarios de prisiones, policías) que trabajan en contacto directo con personas (e.g., pacientes, estudiantes, presos/as, indigentes); (2) Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES; 22 ítems; Maslach y Jackson, 1986), (3) Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS; 16 ítems; Schaufeli, Martínez, Marqués-Pinto, Salanova y Bakker, 2002). Y por último, (4) el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS; 16 ítems; Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996) que puede aplicarse en diferentes ocupaciones, tales como trabajadores/as de oficina, personal técnico, gerentes, ingenieros/as, personal universitario, técnicos/as y desarrolladores/as de software y en trabajadores/as de Tecnologías de la Información y Comunicación (Llorens, 2004; Salanova et al., 2000, 2001). Y diferentes tipos de profesionistas como directivos/as y mandos intermedios de cualquier tipo de organizaciones, entrenadores/as y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (e.g., personal de voluntariado, activistas políticos y amas/os de casa).

No obstante, como mencionan Salanova y Llorens (2008) existen otras medidas alternativas del burnout, por ejemplo, el Oldenburg

Capítulo 1. Revisión Teórica

Burnout Inventory (OLBI; Demerouti, Bakker, Janssen y Schaufeli, 2001), el Burnout Measure (BM; Pines y Aronson, 1988) y el Copenhagen Burnout Inventory (CBI; Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen, 2005). El OLBI está basado en la argumentación de que existen limitaciones psicométricas en el MBI debido a que los ítems en las mismas escalas van en la misma dirección (en positivo o en negativo). El OLBI fue creado para mitigar estos posibles sesgos del MBI. Aunque está basado en una conceptualización similar al MBI tiene solo dos escalas: agotamiento y desvinculación. El Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson (1998) se diseñó alrededor de una medida simple de burnout: el agotamiento. Los ítems están escritos en términos generales y por tanto se pueden aplicar a cualquier grupo ocupacional. Finalmente, el CBI permite evaluar el burnout libre de contexto. En Salanova et al. (2008) mencionan que en otras investigaciones se ha desarrollado una escala de agotamiento alternativa denominada 'cansancio cognitivo' (cognitive weariness) que incluye ítems como "*Tengo problemas de concentración*" y "*Estoy ausente*" y que debería servir de complemento al MBI cuando se trata de analizar casos de burnout clínico (Van Horn, Taris, Schaufeli y Schreus, 2004).

Otro instrumento que ha surgido recientemente es el Inventario de Burnout de Bergen. Se trata de un instrumento de 9 ítems (BBI-9) que se compone de tres dimensiones principales: (1) agotamiento en el trabajo; (2) cinismo hacia el significado del trabajo; y (3) sensación de inadecuación en el trabajo. Ha sido aplicado en diversas poblaciones como personal administrativo, personal de educación, cultura, asuntos sociales y salud (Feldt, Rantanen, Hyvönen, Mäkikangas, Huhtala, Pihlajasaari y Kinnunen, 2014).

Sin embargo, a pesar de las múltiples medidas de evaluación del burnout, puede decirse que el MBI sigue siendo el instrumento por excelencia para la medida y evaluación del burnout. Cabe destacar que

Capítulo 1. Revisión Teórica

las diferentes versiones de MBI en su mayoría se encuentran en idiomas diferentes al castellano. Pero una de las pocas versiones que existen con estudios de validez y confiabilidad son las desarrolladas en España por la Universitat Jaume I en el equipo WANT. La versión española del instrumento fue publicada en la Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (ver Salanova, Schaufeli et al., 2000 y 2001) y en la Nota Técnica de Prevención (NTP) para el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT; Bresó, Salanova y Schaufeli, 2007) donde se señalaron puntuaciones normativas del burnout utilizando el MBI-GS (para una revisión ver Salanova y Llorens, 2008).

Respecto a México, los instrumentos que se han utilizado para evaluar el burnout han sido hasta el momento: (1) Cuestionario de Evaluación de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT; Gil-Monte, 2011), (2) Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (Uribe-Prado, 2007). No obstante, en la revisión de Juárez-García, Idrovo, Álvaro, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes (2015) los resultados obtenidos muestran que el MBI es el instrumento más frecuentemente utilizado en muestras mexicanas (90% de los artículos encontrados). De ahí la necesidad de evaluar sus propiedades psicométricas del MBI en contexto mexicano y en especial en el contexto sanitario.

3.3 Proceso de Etiología del Burnout

La forma en cómo se desarrolla el síndrome y la aparición de cada uno de los componentes del burnout en los/las trabajadores/as, varía. Existen dos perspectivas que explican esto: la perspectiva clínica y la psicosocial. *La perspectiva clínica* entiende el burnout como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. *La perspectiva psicosocial* apunta hacia su consideración como un proceso que se

Capítulo 1. Revisión Teórica

desarrolla por la interacción de las características del entorno laboral y las características personales (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Desde la perspectiva clínica, Freudenberguer (1974) señala que el burnout hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los/las profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios, como consecuencia de ese contacto diario en su trabajo. Este estado sería el resultado de gastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables (Freudenberguer, 1975). En esta misma óptica se encuentran Pines y Arosón (1988), quienes lo conceptualizan como un estado en el que se combinan la fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general y baja autoestima.

Fischer (1983; citado en Gil Monte y Peiró, 1997) considera que el burnout debe entenderse como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva una disminución en la autoestima de las personas. Este enfoque considera al burnout como consecuencia del estrés laboral al que se enfrenta la persona trabajadora cotidianamente y que se relaciona con los sentimientos y pensamientos percibidos por el/la trabajador/a respecto a su trabajo y cómo estos se convierten en actitudes y conductas negativas hacia las personas y con la actividad laboral.

En cuanto a la perspectiva psicosocial, los trabajos desarrollados a partir de esta definición se basan en que el burnout es un proceso. Rodríguez y Marín (1994) mencionan que, desde el punto de vista psicosocial, el burnout no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser atendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores/as de los mismos. Es un tipo particular de mecanismos de

Capítulo 1. Revisión Teórica

afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-cliente/a, y en la relación profesional-organización. Desde esta perspectiva, no sólo se considera a la persona trabajadora como proveedora de sus propios pensamientos, sentimientos y actitudes, sino además se consideran otras fuentes de estrés, como las interacciones que se establecen entre la persona y la institución, lo cual puede influir en el desarrollo del burnout.

Desde el modelo JD-R (Demerouti et al., 2001) el burnout se produce por el desarrollo del proceso de erosión que comienza con la percepción de demandas laborales y falta de recursos tanto laborales como personales que agotan al empleado/a y generan problemas de salud (Llorens, Bakker, Schaufeli y Salanova, 2006; Lorente, Salanova, Martínez y Vera, 2014). En este sentido, en otros estudios con distintas muestras (e.g., usuarios de tecnología, profesores de secundaria) se da apoyo al rol de la falta de eficacia profesional como predictor del desarrollo del burnout. Así, se ha demostrado que crisis sucesivas de eficacia son las responsables de la aparición del burnout a lo largo del tiempo (Llorens et al., 2005; Llorens y Salanova, 2014; Llorens, Schaufeli et al., 2007; Salanova, Bresó y Schaufeli, 2005; Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011; Ventura et al., 2015; Vera et al., 2012).

3.4. Consecuencias del Burnout

El síndrome de burnout tiene consecuencias tanto a nivel individual (agotamiento, fatiga crónica, cansancio, distancia mental, ansiedad, depresión, quejas psicósomáticas, incremento del uso de sustancias tóxicas), a nivel de trabajo (insatisfacción laboral, falta de compromiso organizacional e intención de abandonar la organización) y a nivel organizacional (incremento de la tasa de absentismo y bajas laborales, disminución del desempeño del trabajo y falta de calidad del

Capítulo 1. Revisión Teórica

servicio) (Salanova y Llorens, 2008, p. 59). De manera que tiene consecuencias negativas tanto para los/las trabajadores/as como para las organizaciones, incluyen disminución en el rendimiento laboral, mayor rotación y una mala salud mental (Birkeland, Richardsen y Dysvik, 2017). De la misma manera, las investigaciones han demostrado que el burnout también puede producir un deterioro de la salud (Hakanen, Schaufeli y Ahola, 2008), quejas musculoesqueléticas (Jaworek, Marek, Karwowski, Andrzejczak y Genaidy, 2010), una reducción del compromiso afectivo (Llorens, Bakker, Schaufeli y Salanova, 2006), y falta de habilidades crónicas relacionadas con el trabajo (Ahola, Toppinen-Tanner, Huuhtanen, Koskinen y Väänänen, 2009). En esta línea y con un estudio longitudinal en dos momentos temporales de recogida de datos, Llorens y Salanova (2011) mostraron que el burnout se inicia con la presencia de obstáculos que a su vez se relaciona con la presencia de menos autoeficacia a lo largo del tiempo siguiendo un ciclo de pérdidas.

Más concretamente, entre el personal médico, el agotamiento se asocia con el absentismo y, más inquietantemente, con los errores médicos y la mala calidad de servicio (Villwock, Sobin, Koester y Harris, 2016). Otra consecuencia es la retirada de los empleados/as, ya sea mentalmente (distanciamiento mental) o físicamente (e.g., rotación y ausencia de enfermedad frecuente) (Schaufeli y Salanova, 2014).

A nivel individual, Längle (2003) menciona que si los síntomas de burnout continúan puede conducir metafóricamente hablando a la formación de unas "lentes" que distorsionan toda futura experiencia. La experiencia de la persona – del mundo interno y del mundo externo – será vista a través de estas "lentes" y se verá caracterizada por un sentimiento de vacío generalizado debido a la persistente falta de energía somático-psicológica. Esto irá acompañado por una creciente pérdida de orientación. Como consecuencia, los sentimientos de vacío

podrán estar acompañados por un sentimiento general de falta de sentido, que puede llegar a expandirse a otros aspectos de la vida (desde el trabajo hacia el ocio, y aún dentro de la esfera privada) y podrá, finalmente, consumir la vida de la persona en su totalidad.

Sin embargo, no todo en el trabajo del personal de salud es negativo. En este sentido hay que destacar que las últimas tendencias en el estudio del burnout han sufrido un giro hacia el polo teóricamente opuesto: el engagement. Este cambio puede verse como resultado del auge de la Psicología Positiva en los últimos años y que se centra en el desarrollo óptimo, en las fortalezas de las personas y no en las disfunciones (Salanova et al., 2104, 2016).

4. Engagement en el Trabajo

En las últimas investigaciones y hallazgos se ha podido corroborar que, a pesar de que existen inadecuadas condiciones laborales en México y en algunas partes del mundo, el trabajo del personal de salud se ha identificado también como una fuente de satisfacción y de realización personal. A continuación, se muestran algunos testimonios de personal sanitario Iraquí, Africano y Mexicano donde se puede identificar que el trabajo también produce sentimientos y/o emociones positivas que generan bienestar en trabajadores/as del sector salud, aún en situaciones de dificultad (Hernández-Vargas, Arias y Juárez, 2012).

Testimonio 1:

"Independientemente de las dificultades que tenemos, la gente sigue cumpliendo con lealtad y perseverancia y responsabilidad de ayudar a las personas vulnerables; este espíritu es un elemento inestimable cuya presencia constante refleja una capacidad de afrontar situaciones extraordinarias. Ejemplos de ello son las campañas de vacunación anti poliomielítica en las cuales se llegó a más de 5 millones de niños menores de cinco años. Varios colegas perdieron la vida en el transcurso del programa, cuyos resultados positivos se deben en gran parte a la capacidad de adaptarse a la situación, que en este caso requería la utilización de equipos de vacunación fijos en zonas muy peligrosas, como el distrito de Al-Karkh en Bagdad." (OMS, 2015).

Testimonio 2:

"La situación es difícil, pero siento gratitud porque hay gente que

sigue haciendo todo lo posible para mejorar. A pesar de la situación actual y de los innumerables obstáculos con que tropezamos en el ejercicio de nuestra profesión, todos ponemos sumo empeño en hacer lo que se requiere de nosotros." (OMS, 2015).

Testimonio 3:

"El efecto en los demás pacientes fue inspirador y éstos adquirieron confianza para afrontar su enfermedad; en cuanto a mí, su médico, sentí renovadas mis fuerzas para desempeñar eficazmente mi labor. Siempre recordaré ese momento de altruismo de mi paciente curado de tuberculosis." (OMS, 2015).

Testimonio 4:

"...Yo siempre quise ser médica!,...Si yo estudiaba una carrera larga me iba a quedar totalmente ciega porque el problema mío fue desde los 5 años, ya llevaba 2 trasplantes de córnea, me acuerdo que (mi

mamá) me dijo es que te vas a quedar ciega, le dije ok, pero dame chance de hacer mi lucha y quedarme ciega, si de veras me quedo ciega en el camino porque si no te lo voy a reprochar toda la vida...entonces gracias a eso todavía soy médico por convicción, claro que mi trabajo me soporta, mi trabajo me satisface. (Mujer, 53 años, médica) (Hernández-Vargas, Arias y Juárez, 2012).

Testimonio 5:

"Me gusta mi trabajo, si a mí me gusta mucho mi trabajo, amo mi trabajo, yo en lo personal me siento satisfecha, ¿por qué? Porque el día me rinde bastante" (Mujer, 51 años, soltera, odontóloga) (Hernández-Vargas, Arias y Juárez, 2012).

Testimonio 6:

"Apenas tengo vida social. Mi pasión es la Medicina; quiero salvar vidas y hacer que la gente sea más sana y feliz..."Decidí ser médico para salvar vidas y hacer que mis conciudadanos tengan un vida mejor y más saludable, no para enriquecerme"...Viví la auténtica pobreza y en mi juventud sufrí enfermedades graves...Sólo estoy cumpliendo la promesa que hice a Dios de servirle, sirviendo al prójimo, si me ayudaba a superar aquellos momentos difíciles..." "...Mis colegas comparten mi celo profesional y el objetivo humanitario de servir a las personas y mejorar su salud, incluso a veces con un gran costo personal..." (OMS, 2015).

En estos testimonios se puede observar que a pesar de los obstáculos a los que se han enfrentado en su vida profesional, han logrado que el trabajo sea su soporte y les permite sentirse satisfechos, manifiestan sentimientos de realización personal en su vida y en su trabajo. Lo anterior está relacionado con la teoría estructural (Bernal, Ferrer, Palma, Ger, Doménech, Gutiérrez y Cebria, 2006) que explica la importancia de los valores personales, los cuales juegan un papel motivacional, las personas se implican en sus roles sociales y

profesionales que a su vez influyen en el ejercicio del rol profesional. De forma que el trabajo no solo ocasiona efectos psicológicos negativos, sino que además permite desarrollar efectos psicológicos positivos que pueden favorecer la presencia de emociones positivas (Hernández-Vargas, Arias y Juárez-García, 2012).

Por tanto, puede decirse que existe una tendencia que va encaminada a aspectos positivos que son generados por el trabajo, que permitan mejorar la salud y el bienestar del personal de salud. Esta evolución refleja una tendencia emergente hacia una 'psicología positiva' que se centra en las fortalezas y el funcionamiento óptimo humano, y no en las debilidades y errores (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Uno de los aspectos más relevantes dentro del movimiento de la Psicología aplicada al contexto organizacional es el engagement (Salanova, 2009).

4.1. Concepto de Engagement

Debido a los cambios en el trabajo, existe una necesidad creciente de una fuerza de trabajo inspirada y motivada capaz de ir por "la milla extra". Por esta razón, el estudio del engagement se ha convertido extremadamente relevante, tanto entre investigadores/as como profesionales. Este engagement se refiere a un estado de ánimo positivo, satisfactorio, relacionado con el trabajo que caracteriza a los/las empleados/as que trabajan duro y persisten a pesar de las dificultades, están fuertemente involucrados en lo que hacen y se sienten felizmente absorbidos en su trabajo (Consiglio, Borgogni, Tecco y Schaufeli, 2016; Maslach y Leiter, 2016). En líneas generales hace referencia al sentimiento de conexión energética y efectiva que las personas tienen con su trabajo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000).

Capítulo 1. Revisión Teórica

Si bien, la traducción al castellano del concepto es complicada, lo que se tiene claro es que es un concepto diferente a la implicación en el trabajo (*'work involvement'*), el compromiso organizacional (*'organizational commitment'*), dedicación al trabajo (*'work dedication'*), enganche (*'work attachment'*) o adicción al trabajo (*'workaholism'*) (Salanova y Llorens, 2008). Para evitar el mal uso del término, en México se llegó a un acuerdo de utilizar el nombre en castellano de 'entusiasmo laboral' en lugar del anglicismo 'engagement' (Juárez-García, Hernández-Vargas, Flores-Jiménez y Camacho-Ávila, 2015). Es por eso por lo que en la presente tesis ambos conceptos se usarán de manera indistinta.

De manera generalizada, el engagement se define como 'un estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción. Más que un estado específico y momentáneo, la vinculación psicológica se refiere a un estado afectivo-cognitivo más persistente (Llorens et al., 2007; Schaufeli, Salanova, González-Romá, y Bakker, 2002). La dimensión de vigor implica altos niveles de energía mientras se trabaja adicionado con un deseo de esforzarse en las tareas, incluso cuando se presentan dificultades. Por dedicación se entiende una alta implicación en el trabajo y con manifestación de sentimientos de significado, entusiasmo, orgullo y reto por los mismos; finalmente, la absorción se produce cuando la persona está totalmente concentrada en su trabajo, el tiempo pasa rápidamente y presenta dificultades para desconectarse de las tareas (Salanova y Schaufeli, 2009, p. 109). Las personas engaged muestran altos niveles de energía y resistencia mental mientras trabajan, además de emplear voluntad de invertir esfuerzo y persistencia; se caracterizan por estar muy concentrados, entusiastas, y sentirse orgullosos de su trabajo (Balducci, Fraccaroli y Schaufeli, 2010; Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002).

Capítulo 1. Revisión Teórica

En Latinoamérica, el estudio del engagement (Juárez et al., 2015; Müller, Pérez y Ramírez, 2013; Rodríguez-Montalbán, Martínez-Lugo y Sánchez-Cardona, 2014; Spontón, Medrano, Maffei, Spontón y Castellano, 2012) ha sido también centro de atención, pero todavía hay áreas de oportunidad en las que se puede continuar investigando como por ejemplo en muestras de profesionales de la salud.

4.2 Medidas del Engagement

El engagement en un primer momento, inició su estudio en el ámbito de las consultorías. Aunque cabe destacar que los cuestionarios que utilizan estas consultorías no están disponibles, debido a que estos son instrumentos que utilizan en su actividad diaria y darlo a conocer sería una forma de informar a la competencia qué tipo de herramientas utilizan (Salanova y Schaufeli, 2009). Por tanto, el conocer el nivel de confiabilidad y validez que tienen dichos instrumentos no se puede saber a ciencia cierta. En este ámbito, únicamente se ha podido obtener información acerca de El Gallup Q12, (también conocido como Q12), que está formado por doce preguntas. La versión final de este cuestionario surgió en 1998 y hasta la fecha se han administrado a más de un millón de trabajadores/as en 112 países (Salanova y Schaufeli, 2009).

En un segundo momento empezó el estudio del engagement en el ámbito científico, donde surge el cuestionario Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000; Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002), que constituye el instrumento más utilizado en el ámbito académico. Este instrumento está traducido en varios idiomas (portugués de Brasil y Portugal, chino, česká, holandés, inglés, eesti keel, francés, español, griego, italiano, japonés, alemán, polaco, rumano, ruso, somalí, svensk y turco, etc.) y su validación ha sido probada en diferentes países. Sin embargo,

Capítulo 1. Revisión Teórica

recientemente se ha retomado en países de América Latina (e.g., Rodríguez-Montalbán, 2011).

Desde sus inicios la escala ha sufrido cambios en el número de ítems. Desde la versión original compuesta por 24 ítems (9 ítems para vigor, 8 ítems que miden dedicación y 7 ítems para absorción), a la escala UWES-17 mundialmente conocida compuesta por 17 ítems (6 ítems de vigor, 5 ítems de dedicación y 6 ítems de absorción) (Schaufeli et al., 2002). Análisis psicométricos posteriores encontraron dos ítems que eran psicométricamente inconsistentes y posteriormente fueron eliminados dando lugar a la versión UWES-15 (Demerouti, Bakker, Janssen y Schaufeli, 2001). Recientemente se ha validado una escala corta de engagement compuesta por 9 ítems (UWES-9) que agrupa 3 ítems de vigor, 3 ítems de dedicación y 3 ítems de absorción (Schaufeli et al., 2006).

Diferentes investigaciones han demostrado la estructura factorial del UWES (vigor, dedicación y absorción) en sus distintas versiones (Schaufeli y Bakker, 2010) en distintos países como España (Llorens, Salanova, Bakker y Schaufeli, 2004; Salanova et al., 2000), Italia (Balducci, Fraccaroli y Schaufeli, 2010), Portugal y Holanda (Schaufeli et al., 2002) y Australia, Bélgica, Canadá, Finlandia, Francia, Alemania, Noruega y Sudáfrica (Rodríguez-Montalbán, 2011; Schaufeli, Taris y Bakker, 2006).

Las últimas investigaciones muestran evidencia a favor de la versión ultra-corta del UWES que incluye solamente tres ítems, que corresponden a un ítem por cada dimensión del constructo (vigor, dedicación y absorción) (Schaufeli, Shimazu, Hakanen, Salanova y De Witte, 2017; Schaufeli, 2017). Los tres ítems son: (1) *'En mi trabajo me siento lleno de energía'* (vigor), (2) *'Estoy entusiasmado con mi trabajo'* (dedicación), (3) *'El tiempo vuela cuando estoy trabajando'* (absorción).

Capítulo 1. Revisión Teórica

En el contexto de México existe un estudio preliminar para determinar la validez factorial y consistencia interna de la escala UWES en una muestra de profesionales de la salud que incluyen personal médico, personal de enfermería, psicólogos/as, laboratoristas y otros/as trabajadores/as de diversos hospitales del sector salud (públicos) mexicano (Juárez y Hernández-Vargas, 2010). Sin embargo, el estudio se llevó a cabo en una muestra de conveniencia. Es por ello que en la presente tesis se pretende continuar con la investigación del UWES que constituye el principal instrumento utilizado en el mundo, y reportar los hallazgos del sector salud en población Mexicana, comparado con otros profesionales procedentes de otros países del mundo como Portugal o España.

4.3 Antecedentes del Engagement

Es importante conocer los antecedentes que hacen posible que se genere este estado mental positivo relacionado con el trabajo. La investigación demuestra que cuantos más recursos laborales (e.g., oportunidades de desarrollo profesional, apoyo, feedback) estén disponibles en el trabajo, aumenta la probabilidad de tener más empleados/as engaged (Bakker, 2011; Bakker, Albrecht y Leiter, 2011; Bakker, Demerouti y Xanthopoulou, 2011; Torrente et al., 2012). Más concretamente, se ha encontrado una relación positiva entre la confianza organizacional y las prácticas organizacionales saludables que fomentan el engagement en los equipos de trabajo (Acosta, Salanova y Llorens, 2012; Salanova et al., 2012; Tripiana y Llorens, 2015), así como del impacto de los facilitadores organizacionales (e.g., facilitadores técnicos, control de la clase, control de la disciplina) y la autoeficacia en forma de ciclos positivos (Llorens y Salanova, 2014). Por ejemplo, de acuerdo con el estudio realizado por Federman (2009) la participación plena

Capítulo 1. Revisión Teórica

constituye un antecedente del engagement. En este estudio se evidenció la importancia de que en la organización se favorezca la participación plena de los/as empleados/as, puesto que, de esta manera, las personas son más eficaces y comprometidas, trabajan en un entorno más significativo el cual les permite construir relaciones más fuertes entre ellos, y finalmente superar a la competencia.

En segundo lugar, se ha demostrado el impacto de los recursos personales en el desarrollo del engagement. Concretamente la investigación previa ha mostrado el papel que ejerce la autoeficacia en el desarrollo del engagement. Parece ser que la autoeficacia (Bandura, 2001) incrementa el engagement en diferentes muestras ocupacionales (e.g., trabajadores/as de la administración pública, profesores, estudiantes) y en forma de ciclos positivos (Llorens y Salanova, 2014; Llorens, Schaufeli, Bakker y Salanova, 2007; Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011; Tripiana y Llorens, 2012; Ventura, Salanova y Llorens, 2015). Otras investigaciones señalan la relevancia de una combinación de tres recursos personales (i.e., autoeficacia, autoestima basada en la organización y el optimismo) en el desarrollo del engagement (Van den Heuvel, Demerouti, Bakker y Schaufeli, 2010).

Otro recurso personal que es decisivo en el desarrollo del engagement, y en especial en el contexto de salud, es la inteligencia emocional. Estudios han evidenciado que es una habilidad importante en el cuidado de los pacientes. Los niveles más altos de inteligencia emocional contribuyen positivamente a la relación médico-paciente, aumenta la empatía, el trabajo en equipo y las habilidades de comunicación, se mejora la gestión del estrés, el compromiso organizacional y el liderazgo (Carvalho, Guerrero, Chambel y González-Rico, 2016). De hecho, puede considerarse que sustenta las seis competencias básicas de la Medicina, a saber, el cuidado del paciente, profesionalismo, la práctica basada en el sistema, habilidades

interpersonales y de comunicación, conocimiento médico, el aprendizaje y la mejora práctica (Arora, Russ, Petrides, Sirimanna, Aggarwal y Darzi, 2011). Los/las profesionales de la Medicina son más perceptivos/as de las emociones de los/las pacientes y de esta forma estos pueden entender mejor al profesional médico respecto a su tratamiento y enfermedad. Y así de esta forma se genera un círculo positivo: más altos niveles de inteligencia emocional, les permite sentirse más engaged, y por tanto alcanzan un mayor éxito en la vida personal y profesional, al mismo tiempo que trabajan con mayor eficacia (Bar-On, 1997; Dulewicz y Higgs, 1998; Higgs y Rowland, 2002; Prati et al., 2003; Weisinger, 1998).

4.4 Consecuencias del Engagement

Respecto a las consecuencias del engagement la investigación ha demostrado que pueden encontrarse a diferentes niveles: individual, organizacional e incluso puede afectar al contexto familiar (Salanova Llorens y Schaufeli, 2011; Siu, Lu, Brough, Lu, Bakker, Kalliath y Shi, 2010).

Entre las consecuencias del engagement encontramos que cuando los/las empleados/as están engaged se observan: (1) mejoras en el clima de servicio, el desempeño del empleado/a, y la lealtad del cliente/a (Salanova, Agut y Peiró, 2005), (2) incrementos en los afectos positivos y autoeficacia en forma de espirales positivas (Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011), (3) incrementos en los niveles de compromiso (Llorens et al., 2011), (4) se desarrolla buen humor y felicidad en el trabajo de manera espontánea (Greenhaus y Powell, 2006), (5) mejoras en los niveles de desempeño in y extra-rol cuando es evaluado por el propio supervisor (Torrente et al., 2012). En este sentido, Carmeli, Ben-Hador, Waldman y Rupp (2009) afirman que el engagement (especialmente la

Capítulo 1. Revisión Teórica

dimensión de vigor) tiene efectos motivacionales por lo que determinará que el/la trabajador/a se esfuerce en la realización de tareas específicas del trabajo y las culmine con éxito, aumentando, de este modo, su rendimiento en general. Además, debido a que los/las trabajadores/as creen que su trabajo es significativo, puede mejorar cognitivamente y ayudar a cristalizar los conocimientos, destrezas y recursos diversos, lo que a su vez son más fáciles de transferir al ámbito familiar (Siu et al., 2010).

Especialmente en el contexto de salud, Benbassat y Baumal (2004) mencionan que, si el personal médico tiene compromiso emocional con los/las pacientes, puede ser más empático, desarrollar mayor preocupación por ellos/as, compasión y una urgencia de ayuda al/la paciente. De la misma manera, Isen, Rosenzweig y Young (1991), identificaron que el personal médico que experimenta emociones positivas como el engagement emite diagnósticos más acertados y es más propensos a ir más allá de la tarea asignada, expresando interés en otros casos y desarrolla más posibilidades de resolución los problemas clínicos de los pacientes. Este proceso permite explicar cómo las personas engaged podrían producir pensamientos nuevos, ampliarían repertorios de pensamiento y acción, y serían más resilientes ante las adversidades que se le presentan en la vida cotidiana y en el trabajo (Siu et al., 2010). Estas características son importantes desarrollarlas en un tiempo donde la crisis, la globalización y otros procesos de la vida diaria, merman de manera importante la salud mental de los profesionistas dentro y fuera de su trabajo (Fredrickson, Tugade y Larkin, 2003).

5. Conclusiones

Como pudimos constatar en la revisión realizada, el proceso de desarrollar burnout y engagement es un proceso complejo, que requiere de explicar procesos psicológicos que se dan en dichos constructos, es por eso el interés de continuar con su estudio e investigación. Con esta revisión que se ha realizado, estaríamos en el tenor de investigaciones actuales que hacen énfasis en la importancia de estudiar, de una forma amplia y completa el bienestar de los/las trabajadores/as, para lo cual es necesario evaluar ambos aspectos, tanto negativos como positivos (Bakker, Albrecht, Simon y Leiter, 2011; Salanova y Llorens, 2016). Razón de sobra para que esta tesis se enfoque en estudiar ambos efectos en el personal de salud. Con lo anterior, podemos concluir que, si bien hay situaciones que pueden llegar a perjudicar a los/las profesionales del sector salud a nivel emocional, es necesario identificar con qué recursos cuentan para afrontar y salir fortalecidos de esas situaciones. Esto implica tanto a estudiantes de Medicina que están en formación, como al personal de salud que ya está ejerciendo en el ambiente laboral.

Nota: Algunas investigaciones señalan que el agotamiento emocional y el cinismo constituyen, el “core del burnout” y en contrapartida vigor y dedicación, las dimensiones “core del engagement”, en esta investigación se consideró la versión de tres dimensiones, debido a que en México todavía se está iniciando la investigación en ambos conceptos (Green, Walkey y Taylor, 1991; Llorens et al., 2006, 2007; Torrente, Salanova, Llorens, Ângelo y Chambel, 2014).

Burnout en
personal sanitario:
validación de la
escala MBI en
México

Capítulo 2

Capítulo 2.

Burnout en personal sanitario: validación de la escala
MBI en México

Resumen

El objetivo del presente estudio es poner a prueba la propiedad psicométrica del burnout en personal sanitario de México. Más concretamente se evalúa la estructura factorial del *Maslach Burnout Inventory –Human Services* (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal). La muestra estuvo compuesta por 276 profesionales que trabajan en el contexto sanitario de México (70% fueron mujeres). Los resultados de Análisis Factoriales Confirmatorios confirmaron la estructura tri-dimensional del burnout en el personal sanitario de México. Tal y como se esperaba, el burnout está compuesto por tres dimensiones relacionadas pero independientes: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Palabras clave: burnout, personal sanitario, México.

Abstract

The objective in this study is to test the psychometric properties of burnout in health care workers from Mexico. More specifically, the factorial structure of the Maslach Burnout Inventory –Human Services (emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment) is tested. The sample was made up of 276 health care workers in Mexico (70% were women). Results of Confirmatory Factorial Analyses confirmed the proposed three-factor structure of burnout in health care workers in Mexico. As expected, burnout is composed by three related but independent dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment.

Key words: burnout, health care workers, Mexico.

Este estudio está subvencionado por Secretaría del Trabajo y Prevención Social (STPS), Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través de la beca de Tesis de Maestría en el proyecto de Calidad de Vida en el trabajo en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, (UAEM), México.

Publicado en Hernández-Vargas C.I., Llorens, S., y Rodríguez, A. (2012). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Forum de Recerca*, 16, 837-846. Recuperado en <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/77106>

Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México

El fenómeno del burnout aparece como resultado de un estrés laboral crónico. Está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach y Jackson 1981). A pesar de que puede experimentarse por cualquier tipo de profesión, su índice de prevalencia es mayor en aquellos profesionales que trabajan con personas (Leiter, 1991; Mutkins, Brown y Thorsteinsson, 2011; Palmer-Morales, Prince-Vélez, Searcy-Bernal y Compean-Saucedo, 2007). Aunque la relevancia del burnout en estos contextos es indiscutible, existe una falta de estudios que analicen la estructura factorial del MBI-HSS en colectivos de profesionales sanitarios en México. Para avanzar en esta línea, el presente estudio analiza las propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory en Servicios Humanos (MBI-HSS) en personal sanitario de México.

El síndrome de *burnout* es un tema que ha sido ampliamente estudiado desde el estudio de Maslach y Jackson (1981). De acuerdo con Maslach, Jackson y Leiter (1996) el burnout es una respuesta prolongada a factores estresantes crónicos emocionales e interpersonales en el trabajo que se define por tres dimensiones: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización y 3) baja realización personal. El agotamiento emocional se caracteriza por la falta de recursos emocionales propios y el sentimiento de que nada se puede ofrecer a otra persona (paciente), que ya no se puede dar más de uno mismo a nivel afectivo. Se trata de una experiencia de malestar emocional y agotamiento físico debido al

Capítulo 2. Burnout en personal sanitario

contacto diario y mantenido con las personas que son objeto de trabajo (Hernández-Vargas, Dickinson y Fernandez, 2008; Maslach y Jackson 1981). Mientras que con la despersonalización se desarrollan sentimientos y actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, los cuales son vistos por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo (Maslach y Jackson, 1981).

Por último, la falta de realización personal, se define como la percepción de que las posibilidades de logro personal en el trabajo han desaparecido, lo que hace que disminuyan las expectativas personales e implica una autoevaluación negativa en donde se incluye un rechazo de sí mismo y hacia los logros personales, así como sentimientos de fracaso y baja autoestima (Maslach y Jackson, 1981). Por su parte Schaufeli y Enzmann, (1998, p. 36; cf. Llorens y Salanova, 2011), proponen una definición sintética de burnout y lo definen como un "estado mental, persistente, negativo, relacionado con el trabajo, que aparece en personas normales como consecuencia de un estrés prolongado que se caracteriza principalmente por agotamiento, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo, debido a esta pérdida de energía".

El instrumento original para la evaluación del *burnout* ha sido el *Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS)*; Maslach y Jackson (1986). Se trata de una escala que contiene 22 elementos que componen las tres dimensiones del constructo. Ya desde la década de 1980 y principios de 1990, se han realizado estudios sobre la validez factorial del MBI-HSS con los cuales se pretendió observar la estructura factorial para confirmar las dimensiones del burnout, ya que si bien algunos estudios confirmaban los tres componentes en otros se identificaron dos o cuatro dimensiones (Vanheule, Rosseel y Vlerick,

Capítulo 2. Burnout en personal sanitario

2007). Sin embargo, estos estudios se focalizan mayoritariamente en EEUU y en Europa, mientras que en América Latina y Centroamérica, su estudio ha sido más tardío y de forma paulatina. Por ejemplo, en Chile la validación psicométrica del MBI-HSS no se realizó hasta el año 2006 (Manoso-Pinto, 2006). Por otra parte, es de destacar que en México existen antecedentes de validez en instrumentos que evalúan burnout en el contexto de la educación y en personal sanitario (Gil-Monte y Noyola Cortés, 2011; Gil-Monte y Zúñiga-Caballero, 2010) pero en ningún caso se ha validado el instrumento MBI-HSS. Esta situación es más curiosa si tenemos en cuenta que a pesar de no haberse validado en México, el MBI-HSS es el que se utiliza con más frecuencia para diagnosticar el burnout (Hernández-Vargas, Dickinson y Fernández, 2008; Toral-Villanueva, Aguilar-Madrid y Juárez-Pérez, 2009).

Dada la falta de estudios que analicen la estructura factorial del MBI-HSS en el contexto sanitario de México, existe un interés científico y aplicado en poner a prueba las propiedades psicométricas del instrumento en una población de riesgo como es el personal sanitario. Esta necesidad se hace patente si se tiene por objetivo contar con un instrumento fiable que permita diagnosticar el burnout con garantías y prevenir/intervenir en consecuencia. Además, existe evidencia empírica de la necesidad de prevenir/intervenir el burnout, dado que no es exclusivo de los individuos, sino que puede contagiarse y convertirse en un fenómeno colectivo en el sentido que puede aparecer en aquellas personas que trabajan juntas (Salanova y Llorens, 2011), debido a que se comparten situaciones estresantes, y lo llegan a vivir a un nivel de compenetración conjunta. Este contagio del *burnout* se ha evidenciado en personal sanitario, en los equipos de trabajo e incluso fuera del trabajo (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2005; Llorens y Salanova, 2011).

Capítulo 2. Burnout en personal sanitario

Por todo ello el objetivo del presente estudio es poner a prueba las propiedades psicométricas del burnout en personal sanitario de México. Más concretamente se evalúa la estructura factorial del *Maslach Burnout Inventory - Human Services* (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en personal sanitario de México. Se espera que el burnout en personal sanitario de México esté compuesto por tres factores independientes pero relacionados: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Método

Muestra y Procedimiento

La muestra estuvo compuesta por 276 profesionales sanitarios de México. Estos profesionales pertenecían a nueve Clínicas de Seguridad Social, de Atención primaria en la Ciudad de México. El 70% fueron mujeres y el 30% son hombres, con una media de edad de 42 años, y el 57% están casados. Además, llevan una media de 18 años ($dt = 9$) trabajando en el hospital.

El procedimiento de recogida de datos consistió en la administración (voluntaria) vía papel de los cuestionarios al personal sanitario durante el horario de trabajo. Una vez cumplimentados, se introdujeron en un sobre cerrado y fueron recogidos por el propio investigador quien estuvo presente en todo momento para la distribución de cuestionarios, resolución de dudas y recogida de cuestionarios. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos.

Variables

Burnout. Se evaluó mediante 21 ítems del cuestionario *Maslach Burnout Inventory Human-Services* (MBI-HSS; Maslach, Jackson y Leiter, 1986) que incluye tres dimensiones: (1) agotamiento emocional (nueve ítems; e.g., '*Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo*'); $\alpha = .81$); (2) despersonalización (cuatro ítems; e.g., '*Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales*'); $\alpha = .32$) y (3) falta de realización personal (ocho ítems, e.g., '*He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión*'); $\alpha = .80$). El personal sanitario cumplimentó el cuestionario utilizando una escala tipo Likert de 0 (*nunca*) a 6 (*siempre*).

Análisis de Datos

En primer lugar, se calcularon análisis descriptivos (i.e., medias, desviaciones típicas), intercorrelaciones y análisis de fiabilidad (alpha de Cronbach) mediante el paquete estadístico SPSS. En segundo lugar, se realizaron Análisis Factoriales Confirmatorios (CFA) mediante el paquete estadístico AMOS 19.0 para conocer las propiedades psicométricas del burnout. Se pusieron a prueba dos modelos: (1) M1.Modelo hipotetizado que asume que el burnout está compuesto por tres factores independientes pero relacionados: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal y (2) M2.Modelo alternativo que asume que el burnout está compuesto por una única dimensión. Se utilizaron métodos de estimación de máxima verosimilitud mediante el cálculo de los índices absolutos y relativos de bondad de ajuste (Marsh, Balla, y Hau, 1996): el índice Chi-square, el Root Mean Square Error Approximation (RMSEA), así como el Comparative Fit Index (CFI), el Incremental Fit Index (IFI), y el Tucker-Lewis Index (TLI). Valores por debajo de .08 y mayores de .90

indican un buen ajuste para RMSEA y para el resto de índices, respectivamente. Además, se calculó el Akaike Information Criterion (AIC; Akaike, 1987) para comparar modelos competitivos no-anidados; a niveles menores de AIC, mejor es el ajuste.

Resultados

Análisis Descriptivos

En primer lugar, los resultados de los análisis descriptivos muestran que todas las escalas cumplen con el criterio de fiabilidad propuesto por la investigación científica (Nunnally y Bernstein, 1994), a excepción de la escala de despersonalización. Además, los análisis de correlaciones indican que, tal y como se esperaba, las variables están significativamente relacionadas en un 67% de los casos (ver Tabla 1). Concretamente, las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización están relacionadas de manera positiva ($r = 0.31$) mientras que la relación entre agotamiento emocional y realización personal es negativa ($r = - .14$). Cabe destacar que la correlación entre la dimensión despersonalización y realización personal no es significativa ($r = -.09$) (ver Tabla 1).

Capítulo 2. Burnout en personal sanitario

Tabla 1. Medias (*M*), desviación típica (*dt*), consistencia interna (*alpha* de Cronbach) y correlaciones de las variables del estudio (*N* = 276)

Variable	<i>M</i>	<i>dt</i>	α	(1)	(2)
1.Agotamiento emocional	1.4	1.0	.81		
2.Despersonalización	.61	.80	.32	.31**	
3.Realización Personal	4.7	1.28	.80	-.14*	-.09

Nota. Todas las correlaciones son significativas a ** $p < .001$. * $p < .05$.

Análisis Factorial Confirmatorio

En segundo lugar, los Análisis Factoriales Confirmatorios muestran que el modelo de tres factores con sus dimensiones correlacionados ajusta razonablemente bien a los datos. Todos los índices de ajuste satisfacen el criterio para un buen ajuste de los datos y todos los ítems saturan de manera significativa en los factores predichos (ver Tabla 2). Además, el modelo propuesto (M1. Modelo hipotetizado) ajusta significativamente mejor a los datos que el modelo M2. Modelo alternativo (factor general de burnout), $\Delta\chi^2(3) = 509.14$, $p < .001$. Por tanto, los resultados evidencian que, tal y como se esperaba, el burnout está compuesto por tres dimensiones diferentes (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), aunque relacionadas. En primer lugar, todos los indicadores de cada una de las dimensiones de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) presentan pesos factoriales superiores a .20 (rango de .20 a .83) en los factores latentes correspondientes. En segundo lugar, una revisión de las covarianzas para el modelo propuesto M1

revela que, tal y como esperábamos, las tres dimensiones del burnout están positiva y significativamente relacionadas con valores superiores a -.14 (rango de -.14 a .68).

Tabla 2. Índices de Ajuste de los Modelos de Ecuaciones Estructurales (N = 276).

Modelo	χ^2	gl	RMSEA	CFI	TLI	IFI	AIC
M1. Modelo Hipotetizado	367.62	186	.06	.87	.86	.88	457.62
M2. Modelo Alternativo	876.76	189	.11	.49	.44	.50	1002.76

Notas. χ^2 = Chi-cuadrado; gl = grados de libertad; RMSEA = Root Mean Square Error Approximation; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; IFI = Incremental Fit Index; AIC = Akaike Information Criterion.

Discusión

El objetivo del presente estudio era analizar las propiedades psicométricas del MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services), aplicado a profesionales sanitarios de México. En concreto, se pretendía evaluar la estructura factorial del *Maslach Burnout Inventory – Human Services* (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en 276 profesionales que trabajan en el sector sanitario de México. Se esperaba que el burnout en personal sanitario de México estuviera compuesto por tres factores independientes pero relacionados: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) mostraron que tal y como se esperaba, el burnout está compuesto por

Capítulo 2. Burnout en personal sanitario

tres dimensiones independientes pero relacionadas: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal en el personal sanitario Mexicano. Estos resultados van en la línea de la investigación previa en contextos de América Latina, donde se muestra la estructura tri-dimensional del burnout en profesionales de ayuda (Manso-Pinto, 2006). En suma, los resultados apoyan la hipótesis planteada en esta investigación y podemos indicar que el objetivo de este estudio se ha cumplido.

Limitaciones e Investigación Futura

En cuanto a las limitaciones podemos señalar que se trata de una muestra de conveniencia, lo cual compromete la generalización de los resultados obtenidos. La segunda limitación es que los datos han sido recogidos mediante cuestionarios de autoinforme, lo que podría generar el sesgo de la varianza común. En futuros estudios sería interesante incluir más hospitales para poder replicar los resultados obtenidos. Finalmente, otra limitación del estudio es el tratamiento de la escala de despersonalización que presenta una baja fiabilidad. Y quizás también es la razón por la que esta dimensión no se relaciona con la de realización personal. En futuros estudios sería interesante analizar con más detalle si este resultado no esperado se debe a un sesgo en la muestra o bien a una creencia generalizada en los profesionales sanitarios mexicanos de que no tienen sentimientos de despersonalización con el paciente (deseabilidad social). Esto podría ocasionar asimetría y curtosis en el tratamiento de esta variable que podría determinar una falta de variabilidad en la escala. Incluso se propone que además de evaluar despersonalización se puede evaluar cinismo hacia el trabajo como una forma de explorar más de explorar la relación que tienen estos profesionales con su trabajo y los pacientes.

Implicaciones Teóricas y Prácticas

El presente estudio muestra diferentes contribuciones tanto teóricas y prácticas. A nivel teórico, amplía el estudio psicométrico sobre las propiedades psicométricas del MBI-HSS aplicado al contexto sanitario Mexicano. Los resultados obtenidos proporcionan evidencia a favor de la estructura tridimensional del burnout en el contexto sanitario de México. En segundo lugar, y desde un punto de vista práctico este estudio constituye el primer estudio de burnout en México utilizando la escala MBI-HSS y, por tanto, esperamos que contribuya al diagnóstico fiable y válido del burnout en profesionales sanitarios mexicanos, así como a una prevención/intervención específica.

Nota Final

Con el presente estudio se pretende estimular la investigación-acción dirigida a fomentar la salud ocupacional del personal sanitario mexicano, en especial de la evaluación-prevención-intervención en burnout. La dirección de las clínicas de Seguridad en Atención primaria tiene que ser consciente de que es necesario evaluar y prevenir el burnout. Sin duda alguna es necesario que se realicen otros estudios en esta línea que permitan generalizar los resultados obtenidos en organizaciones del sector sanitario en México y América Latina.



Validación de la
escala UWES-9 en
profesionales de
salud en México

Capítulo 3

Capítulo 3.

Validación de la escala UWES-9 en profesionales de salud en México

Resumen

El objetivo del trabajo era examinar las propiedades psicométricas de la escala breve del engagement o entusiasmo laboral en el trabajo (UWES-9) en comparación con la escala original (UWES-15) en una muestra de profesionales de la salud en México. Se aplicaron las escalas UWES-15 y UWES-9 a una muestra de 475 profesionales del sector salud de México, pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social ($n = 249$) y Secretaría de Salud ($n = 226$). Los resultados del análisis factorial confirmatorio multiGrupo confirmaron la estructura tri-factorial (vigor, dedicación y absorción) de ambas escalas. Además, la UWES-9 mostró índices de ajuste significativamente mejores que los obtenidos en la versión larga, siendo la estructura invariante en ambas instituciones. Como conclusión se confirma la validez de la medida breve de la escala UWES en profesionales de salud mexicanos.

Palabras clave: Condiciones de trabajo, servicios de salud, estudios de validación.

Abstract

The objective of the study was to examine the psychometric properties of the short scale of engagement at work (UWES-9) compared to the original scale (UWES-15) in a sample of health professionals in Mexico. The UWES-15 and UWES-9 scales were applied in a sample of 475 professionals who belonged to two health institutions in Mexico: Mexican Institute of Social Security (n = 249) and Secretary of Health (n = 226). The results from the MultiGroup Confirmatory Factor Analyses confirmed the three-factorial structure (vigor, dedication and absorption) in both scales. In addition, the UWES-9 showed rates of adjustment significantly better to those obtained in the long version, being the structure invariant in both institutions. As conclusions, the validity of the short measure of the UWES in Mexican health professionals is confirmed.

Keywords: Work conditions, health services, validation studies.

Este proyecto fue financiado por el Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico (PASPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Publicado en Hernández-Vargas, C. I., Llorens-Gumbau, S., Rodríguez-Sánchez, A. M., y Dickinson-Bannack, M. E. (2016). Validación de la escala UWES-9 en profesionales de salud en México. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 89-100. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.veup.

Validación de la escala UWES-9 en profesionales de salud en México

Durante los últimos años, los estudios en psicología del trabajo se han centrado en resaltar los aspectos negativos, disfuncionales y patológicos, por ejemplo, ausentismo, adicción al trabajo, ansiedad y tecnoestrés. En este sentido, autores como Salanova y Schaufeli (2009) evidenciaron que, con frecuencia, el contenido de la investigación en esta disciplina se ceñía principalmente a publicaciones basadas en las "4Ds": enfermedades (*diseases*), desórdenes, daños y discapacidades. Desde comienzos de siglo, en el contexto laboral, surgió la psicología positiva como un enfoque complementario que ha permitido el estudio y desarrollo de las fortalezas y el funcionamiento óptimo de las personas, equipos y organizaciones (Salanova, Martínez y Llorens, 2005).

Uno de los conceptos más relevantes dentro de este enfoque es el *engagement*¹, también conocido en el contexto mexicano como entusiasmo laboral (Juárez, Hernández, Flores y Camacho, 2015). Considerado teóricamente como el opuesto al burnout, el entusiasmo laboral ha suscitado un gran número de investigaciones en el contexto organizacional. En este orden de ideas, el desarrollo y la validación del instrumento UWES (Utrecht Work Engagement Scale) en diversos países y muestras ocupacionales constituyen uno de los avances claves en las organizaciones (Llorens, Schaufeli, Bakker y Salanova, 2007; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000; Schaufeli, Salanova, González, y Bakker, 2002).

En Latinoamérica, el estudio del entusiasmo laboral ha sido también centro de atención (Juárez et al., 2015; Müller, Pérez y Ramírez,

¹ Siguiendo la propuesta de estudios previos en el contexto mexicano, a partir de ahora se hará referencia al concepto de engagement como entusiasmo laboral (Juárez et al., 2015).

2013; Rodríguez-Montalbán, Martínez-Lugo y Sánchez-Cardona, 2014; Spontón, Medrano, Maffei, Spontón y Castellano, 2012). Si bien en estos países las publicaciones sobre entusiasmo laboral se han centrado básicamente en la aplicación del instrumento UWES en su versión original de 15 ítems (Salanova et al., 2000), es preciso investigar la utilidad científico-práctica de una versión reducida del UWES, tal y como se ha puesto a prueba en publicaciones europeas (Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006). Los autores anteriormente mencionados señalan que la necesidad de esta validación se centra en cuestiones pragmáticas: los investigadores prefieren escalas reducidas donde se evalúe el constructo con el mínimo número de ítems por cuestiones de parsimonia. Además, en la práctica, los cuestionarios largos aumentan la probabilidad de cansancio y la falta de respuesta por parte de los sujetos.

En esta línea, Juárez et al. (2015) pusieron a prueba la validación de la escala corta (UWES-9) en comparación con la escala original (UWES-15) del entusiasmo laboral, mediante análisis factorial confirmatorio en el contexto sanitario de México ($n = 481$). Este artículo supone un avance para evidenciar la aplicación de la escala corta del entusiasmo laboral en México. Sin embargo, se requieren más investigaciones que empleen análisis factoriales confirmatorios multigrupo, que permitan reforzar los resultados obtenidos en este estudio.

El Concepto de Entusiasmo Laboral

El entusiasmo laboral se define como un estado mental positivo, persistente y relacionado con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción (Schaufeli et al., 2002). La dimensión de vigor se caracteriza por altos niveles de energía y de resiliencia mental mientras se trabaja, la voluntad de invertir esfuerzo en el trabajo y la persistencia

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

en continuar a pesar de las dificultades u obstáculos. Por otro lado, la dedicación se refiere a estar fuertemente implicado en el trabajo y a experimentar un sentido de significado junto con una fuerte inspiración, entusiasmo, orgullo y reto. Finalmente, la absorción implica un estado placentero caracterizado por una total inmersión o concentración en el trabajo, de manera que el tiempo “pasa volando”, y es difícil dejar de realizar la actividad (Salanova et al., 2000).

La investigación previa ha demostrado que los/las empleados/as entusiasmados laboralmente presentan algunas características particulares: (a) son agentes activos, toman la iniciativa en el trabajo, generan su propio *feedback* y son proactivos (Salanova y Schaufeli, 2009); (b) confían en la organización (Acosta, Salanova y Llorens, 2012); (c) tienen altos niveles de autonomía en el puesto de trabajo (Llorens et al., 2007); y (d) presentan altos niveles de creencias de eficacia que se desarrollan en forma de espirales positivas (Llorens y Salanova, 2014; Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011). Además, las organizaciones que cuentan con empleados/as entusiasmados a nivel laboral muestran mejores resultados organizacionales en términos de: (a) mayor compromiso con la organización (Llorens, Bakker, Schaufeli y Salanova, 2006); (b) mejor desempeño (Reijseger, Peeters, Taris y Schaufeli, 2016; Salanova, Llorens, Cifre, Martínez y Schaufeli, 2003; Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012; Torrente, Salanova, Llorens y Schaufeli, 2012); y (c) mejor clima de servicio (Salanova, Agut y Peiró, 2005).

Resultados similares en el contexto sanitario han demostrado que los profesionales de salud que experimentan entusiasmo laboral manifiestan mayor satisfacción y menor estrés laboral (Jenaro, Flores, Orgaz y Cruz, 2011; Tomic y Tomic, 2011). Además, ofrecen un mejor trato al paciente, pues se muestran más profesionales, con mayor empatía y una mejor capacidad de trabajo (Gullberg, Olsson, Alenfelt e Ivarsson, 1994), lo que redundará en una mejor calidad de servicio

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

prestada a los pacientes (Hernández, Llorens y Rodríguez, 2014). Estos resultados son de gran relevancia, ya que tradicionalmente el personal de salud (al igual que sucede con otras profesiones de ayuda) ha sido uno de los colectivos con mayores demandas laborales y emocionales y mayores niveles de *burnout* ("estar quemado" en el trabajo; Bakker, Le Blanc y Schaufeli, 2005).

A pesar de las demandas emocionales y riesgos psicosociales que impone su trabajo, recientemente se ha encontrado la primacía de efectos positivos psicológicos que se manifiestan sobre los negativos en este tipo de profesionales (Hernández, Arias y Juárez, 2012). Es decir, estos profesionales cuentan con ciertas fortalezas, como es la motivación intrínseca (p. ej., en forma de vocación por su trabajo) que ayudan a incrementar sus recursos y favorecer sus niveles de entusiasmo laboral (Juárez et al., 2015).

En este contexto, el desarrollo de herramientas válidas y fiables para evaluar el entusiasmo laboral se ha constituido como uno de los avances más importantes para su desarrollo tanto científico y práctico. Si bien existen numerosas opciones para evaluar el entusiasmo laboral en términos de entrevistas o cuestionarios (Juárez et al., 2015) parece ser que es la Utrecht Work Engagement Scale (UWES) es la medida que más reconocimiento y repercusión está teniendo en todo el mundo (Schaufeli et al., 2002). Este instrumento, que considera que el entusiasmo laboral está compuesto por tres dimensiones independientes pero relacionadas (vigor, dedicación y absorción), ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en países como España (Extremera, Sánchez, Durán y Rey, 2012; Salanova et al., 2000), Holanda (Schaufeli et al., 2002), Italia (Balducci, Fraccaroli y Schaufeli, 2010), Japón (Shimazu et al., 2008) y Finlandia (Seppälä et al., 2009).

Además, el UWES ha ido perfeccionándose con el paso de los años, desde versiones largas compuestas por 24, 17 (Schaufeli et al., 2002) o

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

15 ítems (Llorens et al., 2007; Salanova et al., 2000) hasta versiones más pragmáticas compuestas por nueve ítems: tres de vigor, tres de dedicación y tres de absorción (UWES-9; Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006). Esta última versión también muestra propiedades psicométricas adecuadas para su uso a nivel científico y profesional, evidencia recogida en más de 10 países ($n = 14.521$; tabla 1). Pese a dichas evidencias y a la relevancia del UWES, son escasos los estudios sobre su validez factorial en Latinoamérica, en especial con la escala reducida de nueve ítems. Sin embargo, recientemente están surgiendo estudios en Latinoamérica que dan evidencia a favor del uso de la versión larga del UWES en Argentina (Spontón et al., 2012), Chile (Müller, Pérez y Ramírez, 2013) y México (Juárez y Hernández, 2010), como de la versión corta, en Puerto Rico (Rodríguez-Montalbán et al., 2014) y México (Juárez et al., 2015).

Tabla 1. Cuestionario UWES en su versión larga de 15 ítems (los 9 ítems pertenecientes a la escala corta están marcados con *)

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre
0	1	2	3	4	5
Vigor					
1. En mi trabajo me siento lleno de energía*					
2. Puedo continuar trabajando durante largos periodos de tiempo					
3. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar*					
4. Soy muy persistente en mi trabajo					
5. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo*					
Dedicación					
6. Mi trabajo es retador					
7. Mi trabajo me inspira*					
8. Estoy entusiasmado con mi trabajo*					
9. Estoy orgulloso del trabajo que hago*					
10. Mi trabajo está lleno de significado y propósito					
Absorción					
11. Cuando estoy trabajando me olvido de todo lo que pasa a mi alrededor					
12. El tiempo vuela cuando estoy trabajando					
13. Me "dejo llevar" por mi trabajo*					
14. Estoy inmerso en mi trabajo*					
15. Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo*					

Nota: Los autores han cedido los derechos de la escala para ser reproducida en esta parte del trabajo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000).

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

Los objetivos de esta investigación fueron: (a) poner a prueba la validez estructural de la versión corta del UWES-9, verificando la estructura tri-factorial del entusiasmo laboral obtenida en estudios previos (Juárez et al., 2015; Schaufeli et al., 2006); y (b) comparar estos resultados con la escala tradicional del entusiasmo laboral (UWES-15) en dos muestras de profesionales de salud de México, pertenecientes a dos instituciones de salud, mediante análisis factoriales confirmatorios multigrupo. En este contexto, se plantearon las siguientes hipótesis: (a) la estructura tri-dimensional de la escala UWES-15 (vigor, dedicación y absorción) ajustará mejor a los datos que la estructura de un factor, cuando las muestras se analicen de manera simultánea; (b) la estructura tri-dimensional de la escala UWES-9 (vigor, dedicación y absorción) ajustará mejor a los datos que la estructura de un factor, cuando las muestras se analizarán de manera simultánea; (c) los índices de ajuste de la escala corta (UWES-9) serán significativamente mejores que los obtenidos en la versión original (UWES-15), cuando las dos muestras se analicen de manera simultánea; (d) las diferencias en la UWES-9 serán significativas en cuanto a pesos factoriales y covarianzas de las dimensiones de entusiasmo laboral cuando las dos muestras se analicen de manera simultánea; y (e) la escala UWES-9 mostrará validez convergente y discriminante.

Método

Participantes

En el estudio participó una muestra de conveniencia compuesta por 475 profesionales del sector salud en México, pertenecientes a dos sistemas de servicios de salud públicos, en los que existen diferencias en los procesos administrativos y de organización (Gómez, Vázquez y Fernández, 2006): (a) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para población económicamente activa y (b) Secretaría de Salud (SS) dirigida a población abierta, esto es, para quienes no cuentan con un empleo formal que les asigne un seguro médico.

La muestra estuvo conformada por 249 empleados (52% de la muestra total) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de los cuales el 51% correspondió a mujeres, con una media de edad de 43 años ($DT = 12$) y con una media de 16 años trabajando en el hospital ($DT = 6$); y 226 empleados (48% de la muestra total) de la Secretaría de Salud (SS), de los cuales el 76% correspondió a hombres, con una media de edad de 42 años ($DT = 12$) y una media de 16 años trabajando en el hospital ($DT = 11$).

Instrumentos

El entusiasmo laboral en el trabajo se evaluó mediante dos versiones del cuestionario UWES: la versión española original larga de 15 ítems (Salanova et al., 2000); y la versión corta de 9 ítems (Schaufeli et al., 2006), con el objetivo de validar la versión corta y de probar su mejor ajuste en comparación con la escala tradicional larga, siguiendo el método usado por Schaufeli et al. (2006). Ambas versiones distribuyen los ítems en tres dimensiones: vigor, dedicación y absorción. En la

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

versión larga (UWES-15), las dimensiones de vigor (p. ej., "En mi trabajo me siento lleno de energía"), dedicación (p. ej., "Estoy entusiasmado sobre mi trabajo") y absorción (p. ej., "El tiempo vuela cuando estoy trabajando") se evaluaron mediante cinco ítems cada una. En la versión corta (UWES-9), el entusiasmo laboral se evaluó mediante nueve ítems, con tres ítems para cada dimensión (Schaufeli et al., 2006). En ambas versiones, el personal de salud cumplimentó el cuestionario utilizando una escala tipo Likert que osciló entre 0 (*nunca*) y 5 (*siempre*).

Procedimiento

Para el estudio de campo en IMSS, se obtuvo el permiso de la jefatura de educación continua con el fin de aplicar una batería de instrumentos dirigidos a los alumnos que cursaban la especialización de Medicina Familiar. El consentimiento fue por escrito y la recolección de los cuestionarios fue vía correo postal para todos los médicos que se ubicaban en las sedes académicas de México.

Respecto a la obtención de los datos con la muestra del SS, se asistió a cada uno de los siete centros de salud ubicados en la Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán en Ciudad de México. Se programó una reunión con los jefes de áreas y departamentos para presentar el objetivo de la investigación, el procedimiento a seguir y resolver posibles cuestiones en relación con el estudio. Una vez obtenido el consentimiento por escrito de la dirección, se suministraron los cuestionarios a los profesionales sanitarios en formato tradicional de papel, durante la jornada laboral o fuera de ella. Los profesionales sanitarios entregaron el cuestionario cumplimentado en un sobre cerrado que fue recogido por el investigador una vez terminado el proceso. En todo momento los investigadores garantizaron la confidencialidad de los datos en las dos instituciones.

Análisis de Datos

En primer lugar, se hicieron análisis de fiabilidad (alpha de Cronbach) y análisis descriptivos mediante el paquete estadístico SPSS 20.0. Luego, se realizaron análisis factoriales confirmatorios (AFC) mediante el paquete estadístico AMOS 20.0 para poner a prueba las dimensiones psicométricas del entusiasmo laboral utilizando la versión original (UWES-15 ítems) y la corta (UWES-9 ítems). Estos análisis factoriales se llevaron a cabo conjuntamente en las dos muestras de profesionales pertenecientes a las dos instituciones sanitarias (IMSS y SS), utilizando análisis multigrupo (MLG; multiGroup). Los análisis tenían por objetivo comprobar la existencia de diferencias entre las dos muestras (IMSS y SS) en las dimensiones de entusiasmo laboral en el trabajo, en cuanto a la estructura factorial, pesos factoriales y covarianzas. Por último, se utilizó una prueba de igualdad de covarianzas y pesos factoriales en las dos muestras, incluyendo restricciones en las tres covarianzas entre los factores latentes de vigor, dedicación y absorción, y entre los pesos factoriales de cada ítem de la escala con su factor. El objetivo de esta prueba fue comprobar la existencia o no de diferencias significativas entre las dos muestras en covarianzas y pesos factoriales (Byrne, 2001; Sass, 2011).

Para el AFC multigrupo, se pusieron a prueba cuatro modelos competitivos: (a) M1_{Un factor UWES-15}, que asume que todos los ítems de la versión original del UWES-15 saturan en un único factor; (b) M2_{Tres factores UWES-15}, que asume que todos los ítems de la versión original del UWES-15 saturan en tres factores correlacionados; (c) M3_{Un factor UWES-9}, que asume que todos los ítems de la versión corta del UWES-9 saturan en un único factor; y (d) M4_{Tres factores UWES-9}, que asume que todos los ítems de la versión corta del UWES-9 saturan en tres factores correlacionados. Además, se puso a prueba la validez convergente y discriminante para las variables latentes mediante el cálculo de análisis de varianza extraída

(AVE; Fornell y Larcker, 1981), y comparando las correlaciones al cuadrado de cada par de constructos latentes con su AVE, respectivamente.

Se utilizaron métodos de estimación de máxima verosimilitud mediante el cálculo de los índices absolutos y relativos de bondad de ajuste (Marsh, Balla y Hau, 1996): índice Chi-Square, Root Mean Square Error Approximation (RMSEA), Tucker-Lewis Index (TLI), Comparative Fit Index (CFI) e Incremental Fit Index (IFI). Valores por debajo de 0.08 para RMSEA y mayores de 0.90 para el resto de índices son indicadores de un buen ajuste (Brown y Cudeck, 1993; Hoyle, 1995). Además, se calculó el Akaike Information Criterion (AIC; Akaike, 1987) para comparar modelos competitivos no anidados; a niveles menores de AIC, mejor es el ajuste.

Resultados

Análisis Descriptivos

En la tabla 2 se muestran las medias, las desviaciones estándar, las consistencias internas (α de Cronbach) y las intercorrelaciones de todas las escalas utilizadas en este estudio. Las intercorrelaciones entre las dimensiones de vigor, dedicación y absorción, en la escala original y en la corta, son positivas y significativas en ambas muestras, tal y como se esperaba. Los valores alphas de las diferentes dimensiones del entusiasmo laboral, cuando se tiene en cuenta la muestra general ($n = 475$), superan el criterio de 0.70 (Nunnally y Bernstein, 1995) tanto para UWES-15 (rango de 0.84 a 0.91) como para UWES-9 (rango de 0.84 a 0.92).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos, correlaciones y consistencia interna (*alpha* de Cronbach) para IMSS (*n* = 249) y SS (*n* = 226)

	SS		IMSS		AVE		Correlaciones					
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	SS	IMSS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. VI UWES-15	3.19	0.56	4.35	0.45	-	-	0.89	0.58*	0.28*	0.92*	0.60*	0.23*
2. DE UWES-15	3.41	0.60	4.55	0.41	-	-	0.57*	0.91	0.33*	0.56*	0.85*	0.26*
3. ABS UWES-15	3.13	0.65	3.92	0.67	-	-	0.43*	0.52*	0.84	0.22*	0.28*	0.91*
4. VI UWES-9	3.21	0.60	4.48	0.49	0.48	0.41	0.94*	0.56*	0.37*	0.87	0.66*	0.19*
5. DE UWES-9	3.45	0.62	4.68	0.42	0.64	0.53	0.63*	0.95*	0.48*	0.62*	0.92	0.23*
6. ABS UWES-9	2.99	0.76	3.85	0.79	0.61	0.53	0.41*	0.48*	0.94*	0.34*	0.43*	0.84

Notas. VI = vigor, DE = dedicación, ABS = absorción. Las correlaciones para la muestra de SS se representan debajo de la diagonal y las del IMSS por arriba de la diagonal; * *p* < 0.001

Análisis Factoriales Confirmatorios MultiGrupo

En la tabla 3 se revelan, en primer lugar, los resultados obtenidos de los análisis factoriales confirmatorios multigrupo de la escala UWES-15 en las dos muestras simultáneamente analizadas. Los resultados muestran que el M2_{Tres factores UWES-15}, en el cual todos los ítems de la versión original del UWES-15 saturan en tres factores correlacionados, ajusta significativamente mejor a los datos ($\Delta \chi^2(6) = 495.05, p < 0.001$), que el M1_{Un factor UWES-15}, en el que los ítems saturan en un único factor. Estos resultados apoyan el M2_{Tres factores UWES-15}, de manera que los ítems de entusiasmo laboral, medidos en su versión original de 15 ítems, están distribuidos en tres dimensiones diferentes pero correlacionadas (vigor, dedicación y absorción) en las dos muestras tal y como se esperaba ($\chi^2(174) = 439.85, RMSEA = 0.05, TLI = 0.88, CFI = 0.90, IFI = 0.90, AIC = 571.85$). Lo anterior permite confirmar la hipótesis 1.

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

En segundo lugar, se muestran los resultados obtenidos de los análisis factoriales confirmatorios multigrupo, utilizando la escala UWES-9 en las dos muestras simultáneamente analizadas. Concretamente, los resultados muestran que el M4_{Tres factores UWES-9}, en el cual los ítems de la versión UWES-9 saturan en tres factores correlacionados, ajusta significativamente mejor con los datos en ambas muestras, cuando estas se analizan de manera simultánea ($\Delta \chi^2(6) = 377.36, p < 0.001$), que el M3_{Un factor UWES-9}, en el que los ítems saturan en un único factor. Así pues, los resultados apoyan el M4_{Tres factores UWES-9}, de manera que los ítems de entusiasmo laboral, medidos en su versión corta de nueve ítems, están distribuidos en tres dimensiones diferentes pero correlacionadas: vigor (ítems 1, 3, 5), dedicación (ítems 7, 8 y 9) y absorción (ítems 13, 14, 15), ($\chi^2(48) = 81.44, RMSEA = 0.04, TLI = 0.97, CFI = 0.98, IFI = 0.98, AIC = 165.44$). Se confirma, por tanto, la hipótesis 2.

En tercer lugar, se examinan las propiedades psicométricas de la versión corta de UWES-9 en comparación con la versión original UWES-15 en las dos muestras analizadas simultáneamente, con el objetivo de analizar cuál de las dos versiones obtiene un mejor ajuste a los datos. Para ello se compararon dos modelos competitivos: M2_{Tres factores UWES-15} y M4_{Tres factores UWES-9}, en el cual todos los ítems de entusiasmo laboral saturan en tres factores independientes pero correlacionados (vigor, dedicación y absorción), medidos mediante el UWES-15 y UWES-9, respectivamente. Los resultados del análisis factorial confirmatorio multigrupo revelan que el M4_{Tres factores UWES-9} presenta los mejores índices de ajuste ($\Delta \chi^2(126) = 353.41, p < 0.001$), para las dos muestras conjuntamente analizadas. Por tanto, se confirma la hipótesis 3. Los resultados de este M4_{Tres factores UWES-9} se representan gráficamente en la figura 1. Las relaciones estructurales específicas del M4 revelan que tanto en la muestra de SS como en la IMSS cuando se analizan de

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

manera simultánea, todos los indicadores de vigor, dedicación y absorción presentan pesos factoriales que oscilan entre 0.58 y 0.86 en los factores latentes correspondientes. Además, una revisión de las covarianzas entre las tres dimensiones de entusiasmo laboral (vigor, dedicación y absorción) revela valores que oscilan entre 0.26 y 0.89 en ambas muestras simultáneamente analizadas (figura 1).

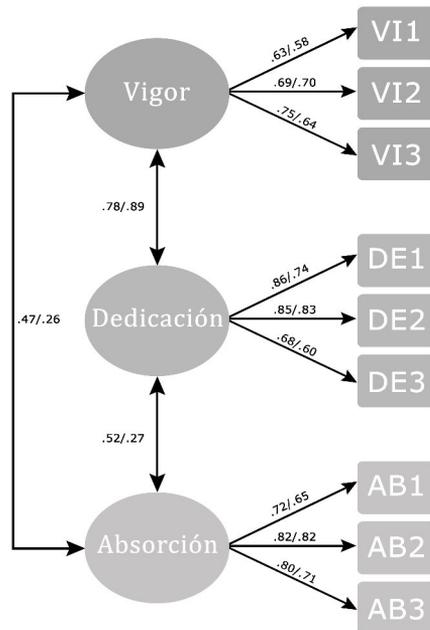


Figura 1. Modelo factorial confirmatorio multigrupo de UWES-9 en personal de salud de México (SS/IMSS). Nota. Todos los coeficientes estandarizados son significativos a $p < 0.001$.

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

En cuarto lugar, debido a la naturaleza de los análisis multigrupo, se realizaron pruebas de igualdad de covarianzas y de pesos factoriales para comprobar la existencia o no de diferencias en la estimación de los parámetros en las dos muestras (IMSS y SS), imponiendo restricciones en los parámetros correspondientes a los pesos factoriales y a las covarianzas (Byrne, 2001). La tabla 3 revela que el $M5_{\text{Todo restringido}}$, es decir, el modelo restringido en el cual los pesos factoriales y las covarianzas, entre los tres factores latentes del UWES-9 se asumen iguales en ambas muestras, obtiene un peor ajuste a los datos comparado con el modelo libre ($M4_{\text{Tres factores UWES-9}}$), (Delta $\chi^2(9) = 19.39$, $p < 0.05$). Acto seguido, se aplicó el proceso de restringir sucesivamente las covarianzas entre los tres factores latentes ($M6_{\text{Igualdad de covarianzas}}$) y los pesos factoriales ($M7_{\text{Igualdad de pesos factoriales}}$) en el modelo de tres factores UWES-9. Los resultados muestran que los pesos factoriales son idénticos (Delta $\chi^2(6) = 3.6$, $p = ns$), mientras que algunas de las covarianzas son diferentes en las dos muestras (Delta $\chi^2(3) = 13.87$, $p < 0.05$). Los resultados mostraron un modelo final ($M8_{\text{Modelo final}}$) en el que los pesos factoriales y dos de las tres covarianzas entre las variables latentes (vigor-dedicación, vigor-absorción) del UWES-9 son invariantes en las dos muestras (Delta $\chi^2(8) = 14.54$, $p = ns$). En conclusión, los resultados de una serie de AFC multigrupo proporcionan evidencia a favor de que el entusiasmo laboral puede ser medido de forma adecuada mediante la versión corta del UWES (9 ítems) y cuya estructura trifactorial (vigor, dedicación y absorción) es replicada en ambas muestras. Sin embargo, existen diferencias significativas en una de las tres covarianzas (dedicación y absorción) entre las muestras estudiadas. Por tanto, se confirma la hipótesis 4.

Finalmente, los resultados evidencian la validez convergente para los factores latentes del entusiasmo laboral en el $M4_{\text{Tres factores UWES-9}}$, para las dos muestras dado que los AVE de las escalas son superiores a 0.5.

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

Concretamente, los AVE oscilan entre 0.41 a 0.53 en el caso de IMSS y entre .048 a 0.64 en la muestra de SS. Es la dimensión de vigor la que no supera el criterio de 0.50, aunque está cercano al mismo. Además, todos los pesos factoriales son altamente significativos dado que los pesos de regresión son significativamente diferentes de cero a un nivel de 0.001 (dos colas; Fornell y Larcker, 1981). Para poner a prueba la validez discriminante se compararon las correlaciones al cuadrado de cada par de constructos latentes con el AVE de cada constructo (Fornell y Larcker, 1981). Los resultados muestran también evidencia para la validez discriminante en los factores latentes (100%). Así, las correlaciones al cuadrado de cada par de variables latentes fueron menores que los valores AVE. Por tanto, existe suficiente evidencia para decir que los diferentes constructos del modelo son significativamente diferentes.

Tabla 3. Índices de ajuste del AFC multigrupo de las versiones UWES-15 y UWES-9 en las muestras IMSS ($n = 249$) y SS ($n = 226$)

Modelos	χ^2	gl	RMSEA	TLI	CFI	IFI	AIC	χ^2 :diff	Δ RMSEA	Δ TLI	Δ CFI	Δ IFI	Δ AIC
M1Un factor UWES-15	934.90	180	0.09	0.66	0.71	0.71	1054.90						
M2Tres factores UWES-15	439.85	174	0.05	0.88	0.90	0.90	571.85						
Diff M2-M1								495.05***	0.04	0.22	0.19	0.19	483.05
M3Un factor UWES-9	458.80	54	0.13	0.64	0.73	0.73	530.80						
Diff M3-M1								476.1***	0.04	0.02	0.02	0.02	524.1
Diff M3-M2								18.95***	0.08	0.02	0.02	0.02	41.05
M4Tres factores UWES-9 (libre)	81.44	48	0.04	0.97	0.98	0.98	165.44						
Diff M4-M1								853.46***	0.05	0.31	0.27	0.27	889.46
Diff M4-M2								353.41***	0.01	0.9	0.08	0.08	406.41
Diff M4-M3								377.36***	0.09	0.33	0.25	0.25	365.36
M5Todo restricción	100.83	57	0.04	0.96	0.97	0.97	166.83						
Diff. M5-M4								19.39*	0.01	0.01	0.03	0.00	1.39
M6Igualdad de covarianzas	95.31	51	0.04	0.96	0.97	0.97	173.31						
Diff. M6-M4								13.87**	0.00	0.01	0.01	0.01	7.87
M7Totalidad de pesos factoriales	85.04	54	0.03	0.97	0.98	0.98	157.04						
Diff. M7-M4								3.6	0.01	0.00	0.00	0.00	8.4
M8Modelo final	95.98	56	0.03	0.97	0.97	0.97	163.98						
Diff. M8-M4								14.54	0.01	0.00	0.01	0.01	1.46

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Discusión

Los objetivos del presente estudio fueron poner a prueba la validez estructural de la versión corta del Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9), verificando la estructura tri-factorial del entusiasmo laboral obtenida en estudios previos (Juárez et al., 2015; Schaufeli et al., 2006); y comparar estos resultados con la escala tradicional del entusiasmo laboral (UWES-15) en dos muestras de profesionales de salud de México. Con este estudio se pretendía aumentar la literatura sobre el entusiasmo laboral, en especial referidos a dotar al contexto latinoamericano, y específicamente a México, de instrumentos válidos, fiables, parsimoniosos y pragmáticos.

Los análisis factoriales confirmatorios (AFC) multigrupo, realizados sobre las dos versiones del UWES (versión larga vs. versión corta) en las dos muestras de profesionales de la salud de México, analizadas de manera simultánea, revelaron los siguientes resultados. En primer lugar, la estructura del entusiasmo laboral no la consyituye un factor único, sino que se compone de tres dimensiones relacionadas pero independientes (vigor, dedicación y absorción), tanto cuando el entusiasmo se evalúa con la versión original de la escala UWES-15 como en su versión corta (UWES-9), tal y como se esperaba; de manera que se confirman las hipótesis 1 y 2. Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos en otras investigaciones llevadas a cabo en diferentes contextos y países (Llorens et al., 2007; Schaufeli et al., 2000) y en especial en el contexto sanitario de México (Juárez et al., 2015). De esta manera, se valida la estructura tri-dimensional del entusiasmo laboral (vigor, dedicación y absorción) en sus dos versiones (UWES-15 y UWES-9).

En segundo lugar, los resultados revelaron que la versión corta de la escala de entusiasmo laboral (UWES-9) ajusta mejor a los datos que

Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

la versión larga (UWES-15), cuando las muestras se analizan de manera simultánea mediante análisis factoriales confirmatorios multigrupo, lo que permite confirmar la hipótesis 3. De nuevo, estos resultados van en la línea de los resultados obtenidos en estudios previos en muestras europeas (Schaufeli et al., 2006) y en muestras latinoamericanas, especialmente en Puerto Rico (Rodríguez-Montalbán et al., 2014) y México (Juárez et al., 2015). Además, los resultados confirmaron que esta estructura tri-dimensional del UWES-9 era invariante en las dos muestras sanitarias evaluadas, lo que significa que el patrón factorial es idéntico en ambas muestras, cuando estas se analizan de manera simultánea, aunque existen diferencias significativas en covarianzas, lo cual confirma la hipótesis 4. Finalmente, los resultados han revelado que la escala UWES-9 muestra validez convergente y discriminante.

En general, los resultados evidencian el potencial de la medida breve del entusiasmo laboral, al compararla con su versión original, para su uso tanto científico como práctico. Se puede afirmar que los resultados demuestran que el UWES-9 es una medida útil, fiable, válida y pragmática del entusiasmo laboral, con solo nueve ítems distribuidos en sus tres dimensiones originales (vigor, dedicación y absorción).

Una de las limitaciones del presente estudio se refiere a la selección de la muestra, pues, al utilizarse muestras por conveniencia, es probable que los resultados no sean representativos; en consecuencia, no permite la generalización de los resultados a otros contextos de trabajo mexicanos. Sin embargo, el hecho de haber utilizado muestras de centros de salud mexicanos con características diferentes, podría reducir esta limitación.

Otra limitación es la que se asocia con la escala de respuesta. En este estudio se utilizó una escala Likert de 0 (*nunca*) a 5 (*siempre*), mientras que en los estudios con muestras europeas se ha utilizado una

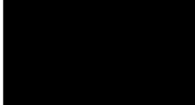
Capítulo 3. Validación de la escala UWES-9

escala de 0 (*nunca*) a 7 (*siempre*), lo que puede comprometer la comparación de los resultados.

Estudios futuros podrían no solo examinar la estructura factorial del UWES-9 en otros contextos de trabajo en México, sino que también incluir estudios transculturales. Finalmente, es recomendable dar un salto cualitativo con la validación de la estructura factorial de una medida corta, pero de carácter colectivo del entusiasmo laboral en personal sanitario de México, tal y como se ha realizado en contextos laborales de otros países (Salanova et al., 2003; Salanova et al., 2012; Torrente, Salanova, Llorens y Schaufeli, 2013).

Este es el primer estudio sobre la estructura factorial del UWES que compara las versiones UWES-15 y UWES-9 en personal de la salud de México, mediante análisis factoriales confirmatorios multigrupo. Entre las contribuciones teóricas y prácticas, esta investigación confirma una medida breve para la evaluación del entusiasmo laboral (UWES-9), en un contexto tan importante como son los profesionales de la salud de México, con índices de fiabilidad y validez adecuados para ser aplicados en posteriores estudios científicos que complementen los resultados obtenidos con otras muestras ocupacionales (y pre-ocupacionales, p.ej.: estudiantes) en otros países.

En este sentido, se pretende que este estudio motive la investigación-acción dirigida a evaluar e intervenir en aspectos positivos en pro de aportar al fomento del estudio del entusiasmo laboral y por extensión de la salud ocupacional en México, recordando que el personal de salud que permanece saludable y "entusiasmado" afronta los estresores en el trabajo de una manera más positiva (Rabin, Matalon, Maoz y Shiber, 2005) y ven incrementado su desempeño laboral y la calidad que ofrece a los usuarios del servicio (Hernández, Llorens, y Rodríguez, 2014).



Healthy employees
and service quality
in the Healthcare
Sector

Chapter 4

Chapter 4

Healthy Employees and Service Quality in the Healthcare Sector

Resumen

En este estudio se analiza el papel mediador de los afectos positivos y el engagement en el trabajo entre creencias de eficacia y calidad de servicio (desempeño, compromiso, calidad percibida) en el personal sanitario (N = 154) de un hospital de la Comunidad Valenciana. Basado en el Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (HERO) (Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012) análisis de ecuaciones estructurales y bootstrapping revelan que el afecto positivo y el engagement en el trabajo media entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio. Concretamente, aquellos empleados con mayores creencias de eficacia, presentan mayor afecto positivo y más engagement en el trabajo que a su vez, se relaciona positivamente con mayor calidad de servicio.

Palabras clave: eficacia, afecto positivo, engagement, calidad de servicio, hospitales

Abstract

In this case study, we analyze the mediating role of positive affect and work engagement among efficacy beliefs and service quality (performance, commitment, perceived quality) of health professionals (N = 154) from a hospital in Valencia. Based on Healthy & Resilient Organizations Model (HERO; Salanova, Llorens, Cifre & Martinez, 2012), structural equations and bootstrapping analysis revealed that positive affect and work engagement mediates between the efficacy beliefs and service quality. Specifically, those employees with high efficacy beliefs, showed high positive affect and more work engagement, which in turn was positively related to higher service quality.

Key words: efficacy beliefs, positive affect, engagement, service quality, hospitals

Publicado en Hernández-Vargas C.I., Llorens-Gumbau S., y Rodríguez-Sánchez, A. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*, 30(1), 247-258. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.143631>.

Este estudio está subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (#411/UJI/SALUD), Ministerio de Ciencia e Innovación (#PSI2008-01376/PSIC), Universitat Jaume I y Bancaixa (#P11B2008-06), Fundación Dávalos-Fletcher y Beca PASPA de la Universidad Nacional Autónoma de México y Beca Santander para estudiantes de Latinoamérica. Esta investigación ha sido posible gracias a una subvención del Ministerio Español de Economía y Competitividad (PSI2011-22400). Y en México por el apoyo del Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico de la UNAM (PASPA).

Healthy Employees and Service Quality in the Healthcare Sector

Work engagement is a key construct in scientific research today. It is defined as a positive affective-motivational and psychological state related to work that is characterized by vigor, dedication, and absorption (Schaufeli & Salanova, 2009). The concept, measurement, and even intervention on engagement have been studied in different occupations. However, studies are more limited when the focus is on healthcare. In this setting, the study of engagement is even more important because the more engaged workers are, the better the quality of the service they offer patients will be (Liao, Toya, Lepak, & Hong, 2009). With the aim of gaining further knowledge in this field, the purpose of this study is to analyze the antecedents (i.e., personal resources in terms of self-efficacy beliefs and positive affect) and consequences (i.e., service quality) of work engagement in the healthcare sector on the basis of the HERO Model (HEalthy & Resilient Organization Model; Salanova, Llorens et al., 2012). Specifically, this study focuses on how efficacy beliefs are related to service quality through the impact of positive affect and engagement of healthcare professionals.

Theoretical Model: The HERO Model

The HERO Model (Salanova, Llorens et al., 2012) is a heuristic model that considers the development of healthy and resilient organizations to be a key factor (Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson, & McGrath, 2004). These organizations are resilient in the face of economic and financial crises and emerge stronger from them (Cooper & Cartwright, 1994). Although the concept of resilience has been used

Chapter 4. Healthy employees and service quality

mainly with reference to people (Ablett & Jones, 2007), it may also be applied to organizations. Resilient organizations are able to create work environments that contribute to organizational productivity, and improve the psychological and physical health of their workers (Harland, Harrison, Jones, & Reiter-Palmon, 2005; Laschinger, 2010). Specifically in the setting we are dealing with here, a healthy and resilient healthcare organization would be one that strives to ensure the quality of the working life of its employees, as well as to survive and thrive in the context of economic and social change; in other words we are talking about those which are able to create work environments that can help improve the practice and health of healthcare professionals, and enhance the service quality provided to the patient/family (Matos, Neushotz, Griffin, & Fitzpatrick, 2010; McAllister & Lowe, 2011; Salanova, Rodríguez-Sánchez, Del Líbano, & Ventura, 2012). Broadly speaking, Salanova (2008) defined HEROs as organizations that make systematic, planned, and proactive efforts to improve the health of their employees and the organization itself through healthy organizational practices that relate to the improvement of job characteristics at three levels: (1) task level (e.g., task redesign to improve autonomy, *feedback*); (2) social environment level (e.g., leadership); and (3) organizational level (e.g., organizational strategies for improving health, and work-family balance).

The theoretical premises of the HERO Model propose that a healthy and resilient organization is one that integrates three interrelated key components that interact positively. These elements are: (1) healthy organizational resources and practices (e.g., social support, healthy organizational strategies), (2) healthy employees (e.g., efficacy beliefs, positive affect, engagement), and (3) healthy organizational outcomes (e.g., performance, quality, commitment) (Salanova, Llorens et al., 2012). Second, the model has been validated in a sample of 303

teams and their immediate supervisors. The results of this validation show that when organizations have resources and healthy organizational practices (autonomy, feedback, supportive teamwork climate, coordination, and transformational leadership) teams feel healthier (more effective, engaged, and resilient), which in turn leads them to generate healthier organizational results (better intra- and extra-role performance even when they are evaluated by the supervisor) (Salanova, Llorens et al., 2012). More evidence on the HERO Model was obtained in other studies conducted in teams (Acosta, Salanova, & Llorens, 2012; Cruz, Salanova, & Martinez, 2013; Torrente, Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2012). The concept of healthy organization means that occupational health is seen from an approach that focuses on optimizing human, social, and psychological capital, and maximizing the business strategy. Moreover, they are organizations that retain and attract more talented and productive workers, while their management is successful and they obtain healthy outcomes for employees and the organization (Salanova, 2008). Given the heuristic nature of the HERO Model and the impossibility of proving all relationships simultaneously, this study focuses on two basic components of the HERO Model: healthy employees (efficacy beliefs, positive affect, and engagement) and healthy outcomes (role performance, organizational commitment, perceived quality), assessed individually but with reference to the team level of the different units of the hospital.

The Role of the Team's Personal Resources on Engagement

Following the premises of the HERO Model, personal resources are defined as the resources belonging to the people that make up the task force, which either alone or in interaction with extra-organizational and job resources are functional when it comes to tackling extra-

Chapter 4. Healthy employees and service quality

organizational or job demands (Salanova, Llorens et al., 2012). At the same time they also have value in themselves as sources of motivation, learning, and development both individually and collectively (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007). In fact, there is evidence that personal resources make it easier for individuals and groups to face life with confidence, strength, determination, hope and vision, all of which are positive characteristics for the development of work engagement (Froman, 2010). Salanova (2008) indicated that personal resources can be classified as cognitive and emotional resources. Though different, they share the ability to broaden the momentary action and build lasting intellectual and psychological personal resources (Fredrickson, 2001). Therefore, in this study we consider two types of resources: cognitive (by evaluating efficacy beliefs) and emotional (by evaluating positive affect) because they show relationships with engagement in teamwork that have been empirically validated in previous studies (e.g., Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2011).

At the cognitive level, the most relevant personal resource is determined by efficacy beliefs. These are defined as "beliefs in one's capabilities to organize and execute courses of action required to produce given attainments or results" (Bandura, 1997, p. 3). These beliefs can be found individually (self-efficacy), but empirical studies have also proven the existence of a perception of collective efficacy in the group. Thus, collective efficacy is defined as the shared beliefs of a group regarding the execution of courses of action required to attain designated goals (Bandura, 2000; Wang & Lin, 2007). Efficacy beliefs influence the choice and selection of responses, as well as the effort and perseverance of people when facing various environmental situations in which there are obstacles (Llorens, Garcia-Renedo, & Salanova, 2005). In addition, they work as a motivational mechanism, so that when people feel effective, they feel good in the short term (positive affect),

their long-term commitment in their activities increases, and hence there is high effort and persistence, dedication and higher levels of absorption in the activities they perform (De Lucena Carvalho, Calvo, Martin, Campos, & Castillo, 2006; Llorens, Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2007). Furthermore, when self-efficacy and engagement exist they produce an increase in the levels of task performance, improved capacity for problem-solving, and greater professionalism, empathy, and ability to work (e.g., Gullberg, Olsson, Alenfelt, & Ivarsson, 1994).

Another key personal resource in the development of work engagement is positive affect, which in this study is understood to refer to the extent to which a person feels enthusiastic, active, optimistic, comfortable, happy and resilient to adversity (Llorens, Salanova, & Losilla, 2009; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). This positive affect enables teams to develop adaptations that are used to create lasting resources and new comprehensive thoughts, to build coping resources, and to generate more resources over time in the form of spirals (Cohn et al., 2009; Fredrickson, 2001; Llorens, Salanova, & Losilla, 2009; Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2011). Specifically, in the healthcare sector, it has been shown that positive affect increases vigor, dedication, and absorption in work with patients (Kasman, Fryer-Edwards, & Braddock, 2003; Mageau & Vallerand, 2007; Winseman, Malik, Morison, & Balkoski, 2009). According to Social Cognitive Theory (Bandura, 1997) affects may be a consequence of the efficiency of workers. Recently, Salanova, Llorens, and Schaufeli (2011) showed that efficacy beliefs (both individual and collective) influence the development of work engagement, but only through positive affect. Specifically, by means of longitudinal studies with samples used in field studies and university students in laboratory studies, these authors showed that high levels of efficacy beliefs generate positive cycles and spirals of work engagement, but only when positive affect levels increase (in terms of comfort,

excitement, and satisfaction). One of the contributions of this study to scientific research is the incorporation of positive effects, relaxation, excitement, joy, optimism, resilience, and satisfaction in their relationship with efficacy beliefs, engagement, and service quality in the healthcare sector.

Engagement in Teamwork

Work engagement has been studied mainly at the individual level and traditionally described as a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption related to work. Vigor is characterized by high levels of energy while working, and by the desire to strive in the task at hand even when there are difficulties. Dedication refers to high labor involvement with the manifestation of feelings of significance, enthusiasm, pride, and challenge with respect to the work. And absorption occurs when a person is totally focused on his/her work, time passes quickly and he/she has difficulty disconnecting from what he/she is doing (Salanova & Schaufeli, 2009, p. 109).

The study of work engagement has recently been extended to the collective level (Salanova, Llorens, Cifre, Martinez, & Schaufeli, 2003; Salanova, Llorens et al., 2012; Torrente, et al., 2012). It seems that when people work together collective constructs are developed by various processes: social persuasion among group members, or behavioral modeling. Blader and Tyler (2009) noted from social identity theory that the effort of an individual's behavior is on behalf of the collective they belong to, so that these individuals are intrinsically related to the welfare of their team and are therefore likely to behave in the name of the same interests. Besides the fact of working together, team members may also experience positive emotions through a

mechanism of emotional contagion (Bakker, van Emmerik, & Euwema, 2006; Salanova & Schaufeli, 2009).

Previous research has shown that work engagement has increased different health outcomes, such as: (1) business results (Harter, Schmidt, & Hayes, 2002), (2) performance and perceived quality of workers from various sectors (Burke, 1995; Rios-Rísquez, Mecca, & Fernandez, 2010; Salanova, Agut, & Peiro, 2005; Salanova et al., 2003), particularly in the healthcare sector (Carmeli, Ben-Hador, Waldman, & Rupp, 2009; Frojd & Von Essen, 2006; Koch & Jones, 2010; Lee & Ko, 2010), as well as (3) team performance assessed by the supervisor (Torrente et al., 2012), (4) levels of job control, positive affect, and efficacy beliefs in work teams as positive spirals (Llorens et al., 2007; Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2011), (5) future academic success (Salanova, Martinez, & Llorens, 2012), and (6) job satisfaction and organizational commitment (Lebanon, Llorens, Salanova, & Schaufeli, 2012; Llorens, Bakker, Schaufeli, & Salanova, 2006) (for an in-depth review see: Schaufeli & Salanova, 2011).

Despite these advances, there is still a lack of studies that focus on the relationship between engagement in teamwork and service quality, particularly in the healthcare sector. One of the novelties of this study (besides the fact it assesses the relationship of personal resources at both the cognitive and the affective level with engagement) is the evaluation of service quality (in terms of performance, commitment, and perceived quality).

Engagement in Teamwork and Service Quality

Previous research has shown that engagement is related to the degree of performance at work (both in-role and extra-role performance), the way in which workers engage with the organization (organizational

Chapter 4. Healthy employees and service quality

commitment), and the level of quality with which they perform their work with patients/colleagues (Bakker & Bal, 2010; Christian, Garza, & Slaughter, 2011; Hallberg & Schaufeli, 2006). In short, we may say that engagement has proven to be positively related with service quality.

According to Goodman and Svyantek (1999) there are two key dimensions of role performance: in-role and extra-role performance. Specifically, in-role performance refers to those activities that relate to work tasks, those that are defined by the contract and assigned in the job descriptions. High levels of in-role performance indicate that the employee fulfills his or her job duties as expected. On the other hand, there is also a proactive behavior that includes other actions to support and benefit the organization, colleagues or patients altruistically (Fritz, Yankelevich, Zarubin, & Barger, 2010). This case refers to extra-role performance which refers to actions that exceed those prescribed by contract, for example, organizational citizenship behaviors.

Another key element of service quality is organizational commitment. This is understood as the emotional connection that employees have with the organization, based on shared values and interests. These shared values lead employees to develop a strong bond with their organization (Hallberg & Schaufeli, 2006). Finally, the third element included in service quality is the perceived quality, which is defined as the difference between the perception of service and consumer expectations (Vinagre & Neves, 2008). In this study, the perceived quality is defined by the statement made by the healthcare workers regarding the service given by the team and the organization. Several research studies have evidenced the positive relationship that exists between employee wellbeing and service quality. For example, diverse studies have demonstrated the positive relationship between (1) engagement and extra-role performance (e.g., Schaufeli, Taris, & Bakker, 2006; Torrente et al., 2012), (2) engagement and commitment to the

organization (del Líbano et al., 2012; Llorens et al., 2006), and (3) engagement and customer-perceived quality in hotels and restaurants (Salanova, Agut, & Peiro, 2005). This positive relationship between psychosocial wellbeing and the quality of the service given to patients in the healthcare sector has also been demonstrated in several studies (e.g., Carmeli et al., 2009; Frojd & Von Essen, 2006; Koch & Jones, 2010; Schneider & Bowen, 1985), where it is claimed that happier workers will devote more energy and resources to improving the care of patients.

The Current Study

Based on previous research, the objective of this study is to analyze the antecedents (i.e., personal resources in terms of efficacy beliefs and positive affect) and consequences (i.e., service quality) of engagement in a healthcare setting, using the HERO Model (*HEalthy and Resilient Organizations Model*; Salanova, Llorens et al., 2012) as its theoretical framework. Specifically, the study focuses on how efficacy beliefs are related to service quality through the impact of positive affect and engagement in healthcare professionals. Positive affect and engagement are expected to consecutively mediate between efficacy beliefs and service quality perceived by hospital staff (see Figure 1).

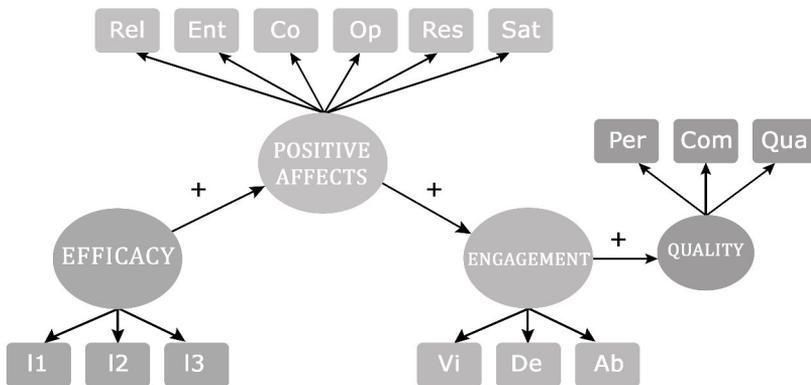


Figure 1. The proposed fully mediated model

Method

Sample and Procedure

A sample field study was carried out in a private hospital located in the Valencian Community in Spain. The methodology consisted in the (voluntary) administration of a printed version of the HERO questionnaire adapted to hospitals (Salanova, Llorens et al., 2012; Llorens & Salanova, 2012) to 154 healthcare professionals from different units in the hospital. Seventy-seven percent were women and 84% had a permanent contract with a mean of 11 years (sd=9.6) working in the hospital. Since the hospital has 211 professionals and 154 employees (73%) participated in the study, the minimum of 138 employees needed to be considered a representative sample with a margin of error of 0.015 and 90% confidence was reached. The sample was also suitable for computing SEM analyses: results show that for a power of .50 and 80

Chapter 4. Healthy employees and service quality

degrees of freedom, we need a sample of 115 observations (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996).

The present study is based on a more general project developed by the WONT Research Team with the goal of evaluating Healthy and Resilient Organizations (HERO; Salanova, Llorens et al., 2012). After an initial awareness-raising talk, the data were collected during April and May 2011. Each participant received an informative letter in which the objectives of the project, the procedure for filling out the questionnaires, and information about the confidentiality of the data were indicated. The questionnaires were administered during the work schedule. They were placed in a sealed envelope and picked up by the researcher himself, who was always present during the distribution and collection of the questionnaires in order to answer any questions. The confidentiality of the data was guaranteed.

Variables

The variables were structured following the HERO Model and the questionnaire adapted to hospital settings (Llorens & Salanova, 2012). Its validity and empirical evidence have been proven in previous research (Acosta, Salanova, & Llorens, 2012; Cruz, Salanova, & Martínez, 2013; Torrente et al., 2012; Salanova, Llorens et al., 2012). This questionnaire was designed to test healthy practices and resources, healthy employees, and healthy outcomes in healthcare settings. The present study focuses on two of these three elements: healthy employees (efficacy beliefs and positive affects), and healthy outcomes (performance, organizational commitment, and perceived quality). Healthcare employees completed the questionnaire using a Likert-type scale from 0 (*unable to do well/never*) to 6 (*sure to be able to do well/always*). They thought about the work-unit that they belonged to.

Chapter 4. Healthy employees and service quality

The variables used are presented below. In all cases, the variables were collected and analyzed at the individual level.

Personal resources of the team were measured with two factors: professional efficacy beliefs (cognitive level) and positive affect (emotional level). Professional efficacy beliefs, which constituted the independent variable, were assessed by three items ($\alpha = .93$, e.g., *'We can do the job even though unexpected situations arise'*). Positive affects at work, which played the role of the mediator variable, were measured with six items asking about *'How the group has felt during the last year'*: relaxed, enthusiastic, at ease, optimistic, resilient, and satisfied with the work ($\alpha = .92$). To do so, an adaptation of the Warr scale (1990) with a face-rating scale was used, since this allows the affective dimension of the variables to be captured (Kunin, 1955).

Work Engagement of the team was measured by 18 items using the Spanish version of the Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002) but adapted to work groups (Salanova et al., 2003). This questionnaire included three dimensions: (1) vigor (seven items; e.g., *'My group could continue working for very long periods at a time'*; $\alpha = .76$), (2) dedication (four items; e.g., *'My group was involved in the task'*; $\alpha = .87$), and (3) absorption (seven items, e.g., *'Time flew when my group was working'*; $\alpha = .72$). This variable constitutes the second of the mediator variables.

Quality of the service was taken as the independent variable, and was tested by 16 items distributed on three scales: performance, organizational commitment, and perceived quality. Specifically, performance ($\alpha = .84$) was assessed by two dimensions (adapted from the Goodman and Svyantek scale (1990): in-role performance (three items; e.g., *'My team achieves its work goals'*; $\alpha = .81$), and extra-role performance (three items; e.g., *'In my team we carry out*

functions which are not required but improve the image of the organization'; $\alpha = .83$). Organizational commitment was measured by three items using an adaptation of the Cook and Wall (1980) scale (e.g., *'We like to tell everyone that we work in this hospital'*; $\alpha = .74$). Finally, the perceived quality was assessed by seven items (e.g., *'We make the patient feel special and important'*; $\alpha = .86$) using an adaptation of the scales of Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1988) and Price, Arnould, and Tierney (1995).

Data Analyses

First, we calculated descriptive analyses (i.e., means, standard deviations), inter-correlations and reliability analyses (Cronbach's alpha) using SPSS. Second, we computed the Harman's single factor test (see Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003) with AMOS 21.0 to test for bias due to common method variance. Third, we computed Analyses of Variance (ANOVA) to test significant differences in the scales of the study depending on socio-demographic variables (gender, and type of contract²) to rule them out as control variables in the SEM analyses. Fourth, we implemented Structural Equation Modeling (SEM) by AMOS 21.0 to test the hypothesized model following the recommendations for mediating analyses for latent constructs and multiple mediators (Holmbeck, 1997; James, Mulaik, & Brett, 2006). The different steps of Baron and Kenny (1986) with latent factors and Sobel's test (Sobel, 1982; cf. Wood, Goddman, Beckmann, & Cook, 2008) were computed. Finally, we computed bootstrapping (MacKinnon et al., 2002; Preacher & Hayes, 2004) by AMOS 21.0 to test the significance of direct and indirect effects among the variables in the model. Four models were tested in

² In the research only these socio-demographic variables were tested, as requested by the hospital.

Chapter 4. Healthy employees and service quality

order to verify the hypothesis: M1.*Proposed*, which assumes that efficacy beliefs are positively related to the service quality through positive affects and engagement (see Figure 1); M2.*Partially Mediated*, in which a direct relationship was also included from efficacy to service quality (see Figure 2); M3.*Partially Mediated (bis)*, in which a direct relationship was also included from efficacy to engagement, and from positive affects to service quality (see Figure 3). Furthermore, as recommended by Kline (1998), we also tested an alternative model to show that the order of the mediating variables in our model is not arbitrary. Consequently, M4.*Alternative*, in which positive affects are mediating the relationship between engagement and service quality, was tested (see Figure 4).

For the SEM analyses, methods of maximum likelihood were used by testing absolute and relative indices of goodness of fit (Marsh, Balla, & Hau, 1996): the χ^2 index, Goodness of Fit Index (GFI), the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), the Comparative Fit Index (CFI), the Incremental Fit Index (IFI), and the Tucker-Lewis Index (TLI). Values smaller than .08 for RMSEA (Brown & Cudeck, 1993) and SRMR (Hu & Bentler, 1998) and greater than .90 for the rest of the indices (Hoyle, 1995) indicate an acceptable fit. Finally, the Akaike Information Criterion (AIC; Akaike, 1987) was computed to compare competing non-nested models; the lower the AIC index, the better the fit is.

Chapter 4. Healthy employees and service quality

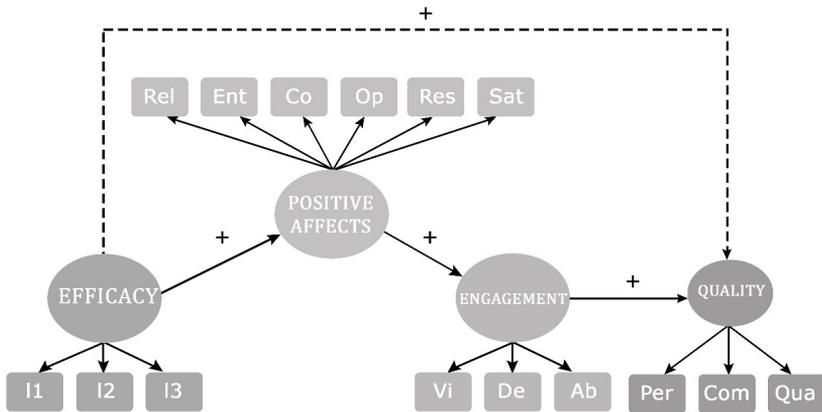


Figure 2. The partially mediated model

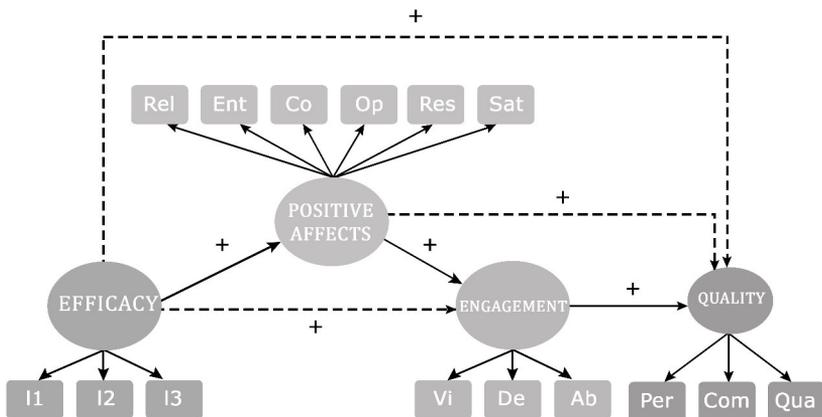


Figure 3. The partially mediated model (bis)

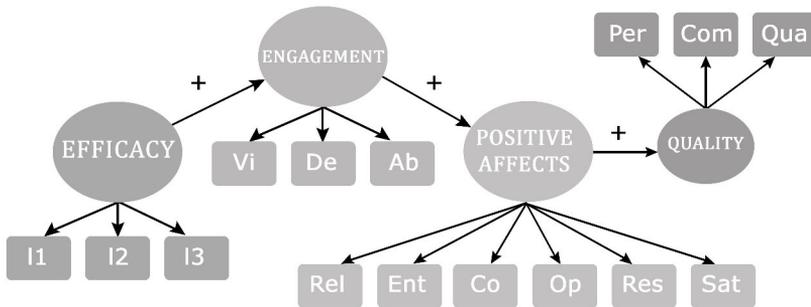


Figure 4. The alternative model

Results

Descriptive Analyses, Harman Test, and Analyses of Variance

First, results show that all scales fit the reliability criteria proposed by scientific research (Nunnally & Bernstein, 1994). Furthermore, the pattern of correlations shows that, as expected, all scales interrelate positively and significantly in 100% of cases (mean $r=0.45$) (see Table 1).

Second, Harman's single factor test (e.g., Podsakoff et al., 2003) reveals a poor fit to the data, $\chi^2(65)=339.49$, $RMSEA=.16$, $CFI=.75$, $NFI=.71$, $TLI=.70$, $IFI=.75$. It seems that the bias of common method variance does not affect the dataset. Consequently, the variance of the variables is a consequence of the psychosocial constructs and not due to the evaluation method.

Chapter 4. Healthy employees and service quality

Table 1. Means (*M*), Standard Deviations (*SD*), internal consistency (Cronbach's alpha on the diagonal) and correlations of the variables in the study (*n* = 154)

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1. Efficacy	5.13	1.11	.93							
2. Positive Affects	3.09	1.89	.24	.91						
3. Vigor	4.43	0.81	.41	.45	.76					
4. Dedication	4.92	0.97	.42	.50	.61	.87				
5. Absorption	3.98	0.90	.32	.40	.57	.61	.72			
6. Performance	4.25	1.01	.42	.35	.52	.56	.42	.84		
7. Commitment	4.49	1.13	.34	.41	.54	.61	.47	.44	.74	
8. Quality	4.77	0.82	.31	.29	.48	.4	.49	.56	.49	.86

Note. All the correlations are significant at $***p < .001$.

Third, ANOVA show there are no significant differences according to genre or type of contract in any of the study variables (efficacy beliefs, positive affects, vigor, dedication, absorption, performance, commitment, and perceived quality) (see Table 2). Consequently, in the following analyses (SEM) it was not necessary to include the genre and the contract as control variables.

Table 2. *Analyses of Variance (ANOVA) of the variables in the study based on gender and type of contract (n = 154)*

Variable	Gender			Contract		
	df	F	p	df	F	p
1. Efficacy	1, 143	2.381	.125 ns	1, 143	1.043	.309 ns
2. Positive Affects	1, 141	2.604	.109 ns	1, 141	5.879	.170 ns
3. Vigor	1, 144	.029	.866 ns	1, 144	.427	.514 ns
4. Dedication	1, 144	1.033	.311 ns	1, 144	.750	.388 ns
5. Absorption	1, 143	.455	.501 ns	1, 143	1.009	.317 ns
6. Performance	1, 143	2.309	.131 ns	1, 143	1.290	.258 ns
7. Commitment	1, 141	.602	.439 ns	1, 141	1.123	.291 ns
8. Quality	1, 142	.567	.453 ns	1, 142	.487	.486 ns

Note. df=degrees of freedom; F=F value, p=probability, ns=non-significant

Model Fit: Structural Equation Modeling

Table 2 displays the results of the structural equation analyses. In accordance with Baron and Kenny (1986) we fit our proposed model (M1) to the data. The model consists of one exogenous (efficacy beliefs) and three endogenous variables (positive affects, engagement, and service quality). Efficacy beliefs and positive affect comprise three and six indicators (items), respectively. Work engagement comprises three indicators related to the vigor, dedication, and absorption scales. Finally, service quality is composed of three indicators (scales): performance, organizational commitment, and perceived quality.

Chapter 4. Healthy employees and service quality

Results indicate that M1.*Proposed*, in which efficacy beliefs are positively related to service quality through positive affect and engagement, does not fit the data well, $\chi^2(87)=168.86$, GFI=.87, RMSEA=.07, SRMR=.10, CFI=.94, TLI=.93, IFI=.94, AIC=234.86. The partial mediation model, M2.*Partially mediated*, in which we included a direct relationship from efficacy beliefs to service quality, showed a significant difference between both models, Delta $\chi^2(1)=5.19$, $p<.05$, in favor of M2, $\chi^2(86)=163.67$, GFI=.87, RMSEA=.07, SRMR=.09, CFI=.95, TLI=.94, IFI=.95, AIC=231.67. Third, M3.*Partially mediated (bis)*, was tested, which is a partially mediated model in which we also included direct relationships from efficacy beliefs to engagement and from positive affects to service quality, $\chi^2(84)=138.78$, GFI=.90, RMSEA=.06, SRMR=.05, CFI=.96, TLI=.95, IFI=.96, AIC=210.78. Chi-square values show significant differences between M1 and M3, Delta $\chi^2(3)=30.08$, $p<.001$, and between M2 and M3, Delta $\chi^2(2)=24.89$, $p<.001$. These results give evidence for M3: (1) efficacy beliefs are positively and significantly related to service quality through positive affects and engagement; (2) there is a direct significant relationship from efficacy beliefs to engagement, $\beta=.24$, $p<.001$; but (3) the direct relationships between positive affect and quality service, $\beta=.06$, *ns*, also running from efficacy beliefs and service quality, $\beta=.08$, *ns*, were non-significant.

Concerning the mediation process, the four conditions for latent variables of Baron and Kenny (1986) were tested and met in the best model (M3): (1) efficacy beliefs were positively and significantly related with the mediating variables: positive affects, $\beta=.52$, $p<.001$, and engagement, $\beta=.50$, $p<.001$; (2) efficacy beliefs were positively and significantly related to service quality, $\beta=.51$, $p<.001$; (3) positive affects, $\beta=.51$, $p<.001$, and engagement, $\beta=.94$, $p<.001$, were positively and significantly related to service quality. Furthermore, the

Chapter 4. Healthy employees and service quality

relationship between efficacy beliefs and service quality is non-significant when we control for positive affects and engagement, $\beta = .06$, $p = .254$. Similarly, the relationship between positive affects and service quality is non-significant, $\beta = .07$, $p < .287$ when we control for the mediator effect of engagement. However, the relationship between efficacy beliefs and engagement continues to be significant, $\beta = .37$, $p < .001$, when we control for the effect of positive affect. These results offer evidence that positive affects and engagement do not fully mediate the relationship between efficacy beliefs and service quality. The Sobel test (1982; see Wood et al., 2008) shows that the indirect effect from efficacy beliefs to service quality through positive affect (Sobel test = 3.38, $p < .001$) and engagement (Sobel test = 7.35, $p < .001$) is statistically significant.

As proposed by Kline (1998), we tested an alternative model in order to prove that the order of the mediating variables in the model is not arbitrary. As a consequence, M4, in which positive affect is mediating the relationship between engagement and service quality, was tested. As expected, results yielded evidence in favor of M3, since M4 showed a higher chi-square value, Delta $\chi^2(3) = 89.12$, $p < .001$ and worse fit indices compared to M3.

Table 3. Fit indices of the Structural Equation Models (n = 154)

Model	χ^2	df	GFI	RMSEA	SRMR	CFI	TLI	IFI	AIC	χ^2 dif.
Model 1 (M1)	168.86	87	.87	.07	.10	.94	.93	.94	234.86	
Model 2 (M2)	163.67	86	.87	.07	.09	.95	.94	.95	231.67	5.19*
Dif. M2-M1										
Model 3 (M3)	138.78	84	.90	.06	.05	.96	.95	.96	210.78	30.08***
Dif. M3-M1										24.89***
Dif. M3-M2										
Model 4 (M4)	227.90	87	.85	.10	.12	.90	.89	.91	293.90	59.04 ³
Dif. M4-M1										64.23***
Dif. M4-M2										89.12***
Dif. M4-M3										

Notas. χ^2 = Chi-square; df = degrees of freedom; GFI = Goodness of Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error Approximation; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; IFI=Incremental Fit Index; AIC = Akaike Information Criterion; χ^2 dif. = difference of Chi-square; *** $p < .001$, * $p < .05$.

To sum up, results using SEM and double mediation analyses gave convincing evidence in favor of M3. Figure 5 offers a graphical representation of this model. All the manifest variables loaded significantly on the intended latent factors, with values ranging from .68 to .92. Second, a review of the paths for M3 reveals that, as expected, efficacy beliefs are significantly and positively related to positive affect, $\beta = .24$, $p < .001$ ($R^2 = 6\%$), which also has a significant positive relationship with engagement, $\beta = .52$, $p < .001$ ($R^2 = 27\%$), and this in turn is significantly and positively related to service quality, $\beta = .94$, $p < .001$ ($R^2 = 88\%$). Finally, efficacy beliefs also show a significant positive relationship with engagement, $\beta = .39$, $p < .001$ ($R^2 = 20\%$).

Chapter 4. Healthy employees and service quality

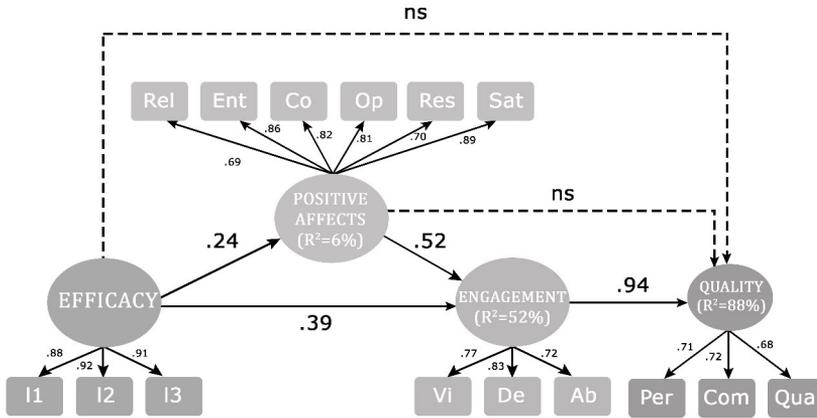


Figure 5. Structural model of efficacy beliefs, positive affects, engagement, and service quality (n=154). Note: The significant standardized coefficients at $p < .001$ are represented graphically by continuous lines; the non-significant standardized coefficients are represented graphically by dashed lines; ns=non-significant.

Model Fit: Bootstrapping Analyses

Although we had a sample that was large enough to compute Structural Equation Analyses with a power of .50 (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996),³ we replicated the results using the bootstrapping procedure with the AMOS program (MacKinnon et al., 2002; Preacher & Hayes, 2004). This method allows the researcher to determine more specifically: (1) the significance of statistical estimates of the direct and

³ According to MacCallum, Browne, and Sugawara (1996), for a potency of .50, and $df_{2000061}=80$, we need a sample composed of at least 115 observations to calculate SEM.

Chapter 4. Healthy employees and service quality

indirect relationships when the samples are not so big, and (2) the confidence intervals for the indirect effects (Efron & Tibshirani, 1993; Shrout & Bolger, 2002). The null hypothesis, which proposes that x has no indirect effect on y via m , is rejected when the confidence interval is above or below zero. Accordingly, new samples were extracted (using the replacement procedure) from our sample (500 times), and the direct and indirect estimations of the model were computed.

As expected, results show that positive affect and engagement fully mediate the relationship between efficacy beliefs and service quality, since the direct relationship between efficacy beliefs and service quality is non-significant. Moreover, the 95% confidence intervals of the mediation model do not include the value zero. This means that the model is statistically significant (Preacher & Hayes, 2004) (see Table 3). According to the indirect effects (which are the key effects in the study), results show that, as expected, three out of the four indirect relationships were significant: (1) positive affect partially mediates the relationship between efficacy beliefs and engagement, $\beta = .30$, $p = .01$; (2) engagement fully mediates the relationship between positive affect and service quality, $\beta = .28$, $p = .004$; and finally, (3) engagement partially mediates the relationship between efficacy beliefs and service quality, $\beta = .22$, $p = .002$. Consequently, we may conclude that, as expected, positive affect and engagement mediate the relationship between efficacy beliefs and service quality. However, positive affect partially mediates the relationship among efficacy beliefs, engagement, and service quality, but work engagement fully mediates the relationship among efficacy beliefs, positive affect, and service quality.

Chapter 4. Healthy employees and service quality

Table 4. Fit of the bootstrapping model: indirect relationships (N = 154)

Mediator variable		Bootstrap		BC 95% CI		
	Indirect Effects	Estimate	SE	CI Lower	CI Upper	<i>p</i>
Positive affects	Engagement					
	Efficacy beliefs	.30	.11	.09	.44	.010
Engagement	Service quality					
	Positive Affects	.28	.06	.20	.40	.004
Engagement	Service quality					
	Efficacy beliefs	.22	.05	.14	.31	.002

Notes. Number of bootstrap resamples = 500; BC = Bootstrap confidence; CI = Confidence Interval; SE = Standard Error; *p* = probability.

Discussion

The aim of this study was to understand how efficacy beliefs are related to service quality (performance, organizational commitment, and perceived quality) through the impact of positive affect and engagement (vigor, dedication, and absorption) in the healthcare professionals of a hospital in the Valencian Community. We expected positive affect and engagement to consecutively mediate between efficacy beliefs and service quality perceived by hospital staff.

Results from SEM and bootstrapping analysis showed that, as expected, positive affect and work engagement mediate the relationship between efficacy beliefs and service quality assessed by the hospital staff. Specifically, efficacy beliefs were positive and significantly related to the positive affect of the healthcare workers, which in turn was positively and significantly related to engagement, and engagement was also related to service quality. In addition, the relationship between model variables is not so simple, and the powerful role of efficacy beliefs on engagement has also been proven. Furthermore, this relationship is not only determined by the mediating effect of positive affect but also directly, and it therefore shows a partial mediation of positive affect between efficacy beliefs and engagement. Thus, it appears that healthcare workers with high efficacy beliefs as regards their ability to perform their work successfully experience more positive affect (they are more relaxed, enthusiastic, happy, optimistic, resilient, and satisfied with the work). These positive affects (and efficacy beliefs) make workers spend more effort on their work, they feel full of energy to do their work, and they feel proud of the work they do, which is perceived with meaning and purpose, so it seems that "time flies". Moreover, the experience of these levels of engagement by healthcare workers is

Chapter 4. Healthy employees and service quality

related to better performance (both of the tasks required under contract and extra-role tasks), greater commitment to the hospital, and providing higher quality patient care.

These results are in line with previous research, showing positive relationships between efficacy beliefs, positive affect, and engagement, as well as relationships between engagement and service quality (e.g. Burke, 1995; Rios-Rísquez, Mecca, & Fernandez, 2010; Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2011; Salanova, Llorens et al., 2012). Specifically, research (e.g., Carmeli et al., 2009; Fröjd & Von Essen, 2006; Lee & Ko, 2010) has shown that the performance of healthcare professionals depends in part on their effectiveness, their vigor, and their dedication. These positive states are reflected in the way healthcare workers treat patients. They are more effective, most engaged professionals, and are better at communicating difficult issues; likewise, they provide patients with a more appropriate amount of information, and this helps them to feel competent and confident in their interpersonal relationship with their patients. We can conclude that hospitals should promote efficacy beliefs and positive affect if they want to increase healthcare workers' levels of engagement, which will in turn result in an increase in the service quality in terms of performance, commitment to the hospital, and quality of patient care. In sum, the results support the hypotheses of this research, and it can be said that the aim of this study was achieved.

Limitations and Further Research

Despite its strengths, this study is not without its limitations and, as we see it, there are essentially four key limitations. The first is that it uses a convenience sample, which compromises the generalizability of the results. However, it offers a vision of the daily reality of the hospital

that was analyzed, which may allow for the generation of specific interventions in healthcare workers (Reeves & Bednar, 1994). The second limitation refers to the fact that data were collected through self-report questionnaires, which could generate common variance bias. However, the Harman's test revealed that there is no common method bias variance in the database. The third limitation is that, although the reference when completing the questionnaire was the group/organization, data were treated individually considering the perception of employees. In future studies it would be advisable to include more hospitals (at least 30) in order to replicate the results obtained by adding the scores at team or organization level, given the relevance of the work units in hospitals (Lee & Ko, 2010). In this case, the perception of service quality assessed by supervisors or customers may be used to explore cross-level and interaction effects using multilevel analysis. Finally, another limitation of the study is that it is a cross-sectional study. In future studies, it would be interesting to include longitudinal designs by collecting two or three measures to establish cause-and-effect relationships and to develop cycles and spirals of efficacy beliefs, respectively.

Theoretical and Practical Implications

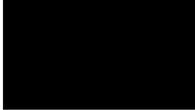
The present study shows different theoretical and practical contributions. Theoretically, this study extends research on the mediating role of positive affect and teamwork engagement in their relationship between efficacy beliefs and service quality assessed by three indicators (performance, commitment, and perceived quality) in a rather hard-to-access context such as the healthcare sector. The results provide evidence for the *HERO* Model (Salanova, Llorens et al., 2012) in the healthcare setting. Second, this study contributes to the study of

Chapter 4. Healthy employees and service quality

engagement by analyzing the antecedents (as personal resources) and their consequences in terms of service quality. In addition, as regards the personal cognitive resources (evaluated by efficacy beliefs), in the present study the indicators of positive affect have also been extended by including items such as optimism and resilience, which were not present in previous studies on this issue (Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2011). Furthermore, this study is not only limited to determining the sources of engagement in teamwork, but also analyzes their positive consequences, as shown by service quality, a key variable in the healthcare context. From a practical perspective, the results of this study may be valuable when it comes to implementing intervention strategies for fostering and caring for the health of healthcare professionals. Specifically, the results indicate that strategies can be implemented to facilitate the generation of (cognitive-emotional) personal resources among employees, especially among the different units and work teams in a hospital, to favor collective team efficacy and the development of positive affects in order to achieve the total wellbeing of healthcare workers (engagement) and promote the overall quality of patient care.

Final Note

This study seeks to stimulate action-research aimed at promoting the occupational health of healthcare workers. The managerial staff in hospitals has to be aware that investing in employee health is equivalent to investing in service quality for patients. We hope this is the first of many studies conducted to develop healthy and resilient healthcare organizations that may become true “temples of health” for their employees and patients.



Inteligencia emocional
y engagement en
estudiantes de Medicina:
un estudio comparativo
en tres países

Capítulo 5

Capítulo 5.

Inteligencia emocional y engagement en estudiantes de Medicina: Un estudio comparativo en tres países

Resumen

En este estudio se analiza la relación entre inteligencia emocional y engagement en estudiantes de medicina. La Inteligencia Emocional (IE) se evalúa mediante la escala WLEIS y el engagement con la UWES-9 en una muestra de estudiantes de Medicina (N=522) pertenecientes a tres países: México (Universidad Nacional Autónoma de México; N=127); Portugal (Universidad de Lisboa; N=232) y España (Universidad de Extremadura; N=163). Análisis de regresión revelan que los estudiantes que tienen más Inteligencia emocional (específicamente, los que refieren hacer uso de sus emociones, y las dirigen hacia actividades constructivas y funcionamiento personal) son también los que presentan mayor engagement en sus estudios. Se deben implementar estrategias para desarrollar la Inteligencia Emocional como parte de los contenidos en el programa de formación en medicina con el objetivo último de aumentar el engagement de los estudiantes.

Palabras clave: Inteligencia Emocional; Engagement, Estudiantes; Medicina

Abstract

This study aims to examine the relationship between emotional intelligence and engagement among medical students. Emotional Intelligence (IE) was evaluated through the WLEIS scale and engagement by the UWES-9 in a sample of Medical students (N=522) from three countries: Mexico (National Autonomous University of Mexico; N=27); Portugal (University of Lisbon, N = 232) and Spain (University of Extremadura; N=163). Regression analysis revealed that students who have more emotional intelligence (specifically those who refer to using their emotions and direct them towards constructive activities and personal functioning) are also the students who presented greater engagement in their studies. Strategies should be implemented to develop Emotional Intelligence, as part of the contents in the medical training program in order to increase the engagement in the students.

Keywords: Emotional intelligence; Engagement; Students; Medicine

Este proyecto fue financiado por el Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico (PASPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los autores agradecen la labor realizada en la recogida de datos de la Facultad de Educación de la Universidad de Extremadura. España.

Inteligencia emocional y engagement en estudiantes de Medicina: Un estudio comparativo en tres países

El contenido de la investigación en Psicología se ha ceñido durante años principalmente a publicaciones basadas en las "4Ds": enfermedades (diseases), desórdenes, daños y discapacidades (Salanova, Martínez y Llorens, 2005). Es por ello, que la Psicología Positiva ofrece una plataforma que puede beneficiar la investigación, dirigiéndose al lado positivo de la vida de las personas. Para atender más plenamente a las capacidades humanas y el potencial de las personas, es necesario abordar y desarrollar conceptos y medidas para después poder realizar intervenciones positivas. Por tanto, es necesario medir las evaluaciones subjetivas que los individuos hacen respecto a sus emociones, que es parte de su bienestar emocional (Lambert, Passmore y Holder, 2015).

Esta perspectiva contemporánea sugiere el uso de un modelo basado en la salud para centrarse en lo que es funcional a las personas, los sentimientos de bienestar y satisfacción (Wright y Cropanzano, 2000). La Psicología Positiva estudia las bases del bienestar psicológico, así como de las fortalezas y virtudes humanas que se relacionan con la presencia de algo que por su cualidad es positivo, como la serenidad, la alegría, las relaciones positivas con los demás, etc. (Salanova y Llorens, 2016; Vázquez y Hervás, 2008). De aquí que esta investigación se centre en aquellos factores que contribuyen al funcionamiento óptimo de los estudiantes de Medicina, que son los futuros profesionales de la salud. Por ejemplo, estudios previos han demostrado que cuando las personas se sienten más autoeficaces, más optimistas y tienen un sentimiento más fuerte de autoestima en relación con la organización, estos experimentan mayores niveles de engagement (Sonnentag, 2003).

Inteligencia Emocional

Uno de los conceptos más relevantes en la Psicología Positiva, es la inteligencia emocional (a partir de ahora IE). La definición de este concepto varía según el modelo adoptado y el propósito de la investigación. En la actualidad en la investigación se manejan principalmente tres modelos en el estudio de la IE: (1) el desarrollado por Peter Salovey y Jack Mayer (1995), en colaboración con David Caruso, el cual menciona que la inteligencia emocional es la capacidad de percibir las emociones, de acceder y generar emociones para ayudar al pensamiento, comprender las emociones, regularlas de forma reflexiva y promover el crecimiento emocional e intelectual; (2) mientras que para Daniel Goleman (2016) la IE es la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos a nosotros mismos y de manejar las emociones de manera efectiva en nosotros mismos y en los demás; una competencia emocional es una capacidad aprendida basada en la IE que contribuye al desempeño efectivo en el trabajo. Y finalmente, (3) para Bar-On (2000, 2006) la IE es una serie de capacidades, competencias y habilidades no cognitivas que influyen en la capacidad de uno para tener éxito en hacer frente a las demandas y presiones ambientales. Estos tres enfoques, aunque en sus definiciones varían, todos coinciden en el concepto de lo que implica la IE (Ackley, 2016).

Sin embargo, la conceptualización más aceptada y extendida define la IE como una habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de otras personas (Mayer y Salovey, 1995). En este estudio, la IE es vista como una habilidad, esta visión permite una mayor probabilidad de cambio (debida al entrenamiento por ejemplo) que si fuera un rasgo de personalidad (Grewal y Davidson, 2008). La investigación de IE en los estudiantes de Medicina, evidencia que es una habilidad importante en el cuidado de los/las pacientes. Los

niveles más altos de IE contribuyen positivamente a la relación médico-paciente, aumenta la empatía, el trabajo en equipo y las habilidades de comunicación, se mejora la gestión del estrés y el compromiso organizacional y el liderazgo (Carvalho, Guerrero, Chambel y González-Rico, 2016). De hecho, puede considerarse que sustenta las seis competencias básicas de la Medicina, a saber: el cuidado del/de la paciente, profesionalismo, la práctica basada en el sistema, habilidades interpersonales y de comunicación, conocimiento médico, el aprendizaje y la mejora práctica (Arora, Russ, Petrides, Sirimanna, Aggarwal y Darzi, 2011). El personal médico si percibe mejor las emociones de los pacientes, los pacientes pueden entender mejor al médico respecto a su tratamiento y enfermedad.

Las personas con más altos niveles de IE alcanzan un mayor éxito en la vida personal y profesional (Bar-On, 1997; Dulewicz y Higgs, 1998; Weisinger, 1998), trabajan con mayor eficacia (Higgs y Rowland, 2002; Prati et al., 2003), son más adaptables a los eventos estresantes (Nikolaou y Tsaousis, 2002) y afrontan mejor los problemas (Bar-On, 2000). Además de ser un papel protector en la salud física y mental (Öze, Hamarta y Deniz, 2016). La IE tiene un papel muy importante hoy en día, debido a que permite entender los estados emocionales para orientar a la conducta propia y la capacidad de percibir los estados emocionales de los demás para poder responder de manera efectiva. La IE incluye diferentes aspectos que van desde la empatía hasta la expresión de las emociones, autocontrol y resolución de problemas. Además, gracias a la IE, las personas desarrollan la habilidad para identificar sentimientos y las emociones de uno/a mismo/a y de los demás, y usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios (Martínez González, Piqueras y Linares, 2010).

En este estudio consideramos que la persona tiene IE cuando existe: (1) apreciación y expresión de las emociones en uno mismo; esto

Capítulo 5. Inteligencia emocional y engagement en estudiantes de Medicina

se refiere a que la persona identifique sus propias emociones, y las exprese en el momento adecuado (2) tenga la capacidad de apreciación y reconocimiento de la emoción en otros, (3) regulación de la emoción en uno mismo, y (4) el uso de la emoción para facilitar el desempeño (Law, Wong y Song, 2004).

Los altos niveles de IE se asocian con una gestión más eficaz de las emociones en situaciones angustiantes. Las personas con altos niveles de IE pueden ser más capaces de identificar y describir su experiencia emocional durante y en respuesta a algún evento y posteriormente regular sus emociones de manera más eficaz (Hofman, Hahn, Tirabassi y Gaher, 2016). Además, Mayer y Salovey (1995) sugirieron que cuando hay déficits en la regulación de las emociones podría conducir a tener pocos niveles de salud mental en el individuo. Es por todo ello que la IE se convierte en un factor clave no sólo para el buen desempeño profesional, si no también en las fases de aprendizaje y entrenamiento para ser futuros profesionales, como es, en nuestro caso, los/las estudiantes de Medicina.

El Concepto de Engagement

El engagement o entusiasmo académico⁴ se define como un estado psicológico mental positivo, persistente y relacionado con los estudios, que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción (Schaufeli et al., 2002). La dimensión de *vigor* la determinan los altos niveles de energía y de resiliencia mental mientras se estudia, la voluntad de invertir esfuerzo en sus estudios y la persistencia en continuar a pesar

⁴ Siguiendo la propuesta de estudios previos en el contexto mexicano, el concepto de engagement en México se hará referencia a este como entusiasmo laboral, (Juárez, Hernández, Flores y Camacho, 2015). En el ámbito de los estudios se acuña el término "entusiasmo académico". Por tanto, se define como un estado de ánimo positivo, satisfactorio, relacionado con los estudios que implica un alto nivel de energía y participación en los estudios. (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002).

Capítulo 5. Inteligencia emocional y engagement en estudiantes de Medicina

de las dificultades u obstáculos. La *dedicación* se refiere a estar fuertemente implicado en los estudios y experimentar un sentido de significado junto con una fuerte inspiración, entusiasmo, orgullo y reto. Finalmente, la *absorción* implica un estado placentero caracterizado por una total inmersión o concentración en los estudios, de manera que el tiempo "pasa volando", y es difícil dejar de realizar la actividad (Hernández-Vargas, Llorens-Gumbau, Rodríguez-Sánchez y Dickinson-Bannack, 2016; Salanova, Martínez, Bresó, Llorens y Grau, 2005; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000).

Cuando existe engagement, se favorece, por ejemplo, la mejora de la consulta médica, mejora el desempeño intra rol y extrarol del personal de salud (Hernández-Vargas, Llorens-Gumbau y Rodríguez-Sánchez, 2014). Además el vigor es un afecto positivo que tiene efectos motivacionales y va a determinar que los estudiantes de Medicina se esfuercen para realizar tareas específicas del trabajo y/o estudios; por tanto, tendrán mayor empatía, compromiso y compasión con los pacientes (Benbassat y Baumal, 2004; Carmeli, Ben-Hador, Waldman y Rupp, 2009). Por su parte, Ranasinghe, Wathurapatha, Mathangasinghe y Ponnampereuma (2017) mencionan que cuando existen mayores niveles de IE, hay mayor rendimiento académico, mejores habilidades clínicas, mayor rendimiento en el trabajo y mejores relaciones durante el desempeño laboral y mayor bienestar psicológico.

Además, la capacidad de los estudiantes de Medicina de manejar eficazmente las emociones, permite promover la interacción social efectiva entre los profesionales médicos y los/las pacientes. Por ejemplo, los/las estudiantes de Medicina que entienden que los pacientes están ansiosos debido a un procedimiento particular, deben ser capaces de apoyar a los/las pacientes de manera efectiva al asegurarles que el procedimiento no tendrá consecuencias negativas imprevistas. Por el contrario, los/las estudiantes de Medicina con menos IE tendrán

dificultad para proporcionar apoyo, lo que impedirá el desempeño en los aspectos interpersonales de las comunicaciones médico-paciente (Libbrecht, Lievens, Carette y Côté, 2014).

Inteligencia Emocional y Engagement

La investigación en IE ha demostrado que ésta tiene diversos efectos positivos y consecuencias emocionales. Concretamente, la IE actúa como amortiguador del estrés y burnout y además se ha visto que existe una relación positiva entre la IE y el engagement (Extremera-Pacheco, Durán y Rey, 2007). Es decir, a mayores niveles de IE mayores niveles de vigor, absorción y dedicación. No obstante no conocemos concretamente las relaciones existentes entre las distintas dimensiones de la IE y cómo éstas influyen en el engagement. Conocer en profundidad estos procesos subyacentes puede ser de gran utilidad para diseñar la formación o entrenamiento de estas habilidades con mayor detalle y eficacia. En la presente investigación queremos examinar las relaciones existentes entre las distintas dimensiones de la IE y el nivel de engagement, más concretamente en estudiantes de medicina. Entendemos que cuando los alumnos tienen mayores niveles de IE, desarrollan mayores niveles de engagement por los estudios. Además, para comprobar la robustez de esta hipótesis realizamos el análisis en tres países.

Método

Procedimiento y Participantes

La muestra está compuesta por estudiantes de 4^o año de medicina (N=522) de tres Universidades de tres países: México (Universidad Nacional Autónoma de México; UNAM; N= 127), Portugal (Universidad de Lisboa; N= 232); y España (Universidad de Extremadura; N= 163). Como se puede ver en la Tabla 1, de forma idéntica en los tres países se observa que una ligera mayoría de la muestra fue constituida por mujeres, solteras y con una edad inferior a 24 años. Es de destacar que la muestra de participantes de México tenía una edad media más alta y había más participantes casadas o en unión libre (ver Tabla 1).

El procedimiento para la recolección de datos fue similar en cada una de las universidades. Tras tener la aprobación del profesorado fue aplicado un cuestionario al inicio o al final de la clase. En el caso de los alumnos de México, se les aplicó el cuestionario en el auditorio de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala que pertenece a la Universidad Nacional Autónoma de México. La participación en el estudio fue de forma voluntaria y anónima. Se consideró a los alumnos de España y Portugal que cursaban el cuarto año de la carrera y en el caso de México, los que estaban realizando el internado (o las prácticas) que son alumnos que están por concluir la carrera. Se consideraron estos años, porque permitió a los/las estudiantes tener una experiencia práctica con pacientes, debido a que la IE puede ser considerada como un recurso relevante.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

	Total (n = 522)	España (n = 163)	Portugal (n = 232)	México (n = 127)	F-values / χ^2
Edad (media)	22.54 (SD=2.69)	21.78 (SD = 1.77)	22.78 (SD = 3.29)	23.09 (SD = 2.22)	F(2, 522)=10.49**
Sexo (% Mujeres)	69	67	68	72	χ^2 (2, 522)=.77, n.s.
Estado Civil (%)					χ^2 (10,522)=7.55*
Solteros/as	93	93	95	87	
Casados/as o Unión libre	7	7	5	13	

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$, n.s. = no significativo

Variables

El engagement se evaluó mediante la versión corta UWES-9 (Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006). Esta versión incluye las dimensiones de vigor (e.g., "*Cuando estoy estudiando, me siento lleno de energía*"), dedicación (e.g., "*Estoy orgulloso/a de mis estudios*") y absorción (e.g., "*Me "dejo llevar" cuando estoy estudiando*"). Se utilizó una escala tipo Likert que osciló entre 0 (nunca) y 6 (siempre).

La Inteligencia emocional fue evaluada mediante el Wong_Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) (Wong y Law, 2006) que ya había presentado evidencia psicométrica adecuada en estudios previos (Bitmis y Ergeneli, 2013; Libbrecht, Beuckelaer, Lievens y Rockstuhl, 2014) y específicamente en estudiantes (Shi y Wang, 2007). Cabe señalar que las investigaciones anteriores llevadas a cabo en Portugal y en España demostraron que el WLEIS es fiable para el contexto portugués y español. Por lo tanto, estos estudios fueron considerados en nuestro procedimiento de traducción (Carvalho, Guerrero, Chambel y González-Rico, 2016). Este instrumento (Wong y Law, 2002) contiene 16 ítems con una solución de cuatro factores distribuidos en cuatro dimensiones: (1) *Apreciación de emociones (SEA*; capacidad para comprender

emociones profundas y expresar estas emociones de forma natural; e.g., "*Tengo buen conocimiento de mis propias emociones*"; (2) *Apreciación de las emociones de otros* (OEA; capacidad de percibir y de entender las emociones de otros; e.g., "*Soy sensible a lo sentimientos y las emociones de los demás*"; (3) *Regulación de las emociones* (ROE; capacidad para auto-regular las emociones, lo que permitirá una recuperación más rápida de situaciones de angustia; e.g., "*Soy perfectamente capaz de controlar mis propias emociones*"; (4) *Uso de las emociones* (UOE; capacidad de los individuos para hacer uso de sus emociones dirigiéndolos hacia actividades constructivas y funcionamiento personal; e.g., "*Me animo a mi mismo para esforzarme al máximo*". Se utilizó una escala de tipo Likert de 0 (nunca desacuerdo) a 6 (todos los días).

Como variables control se utilizaron las variables sociodemográficas de edad, estado civil (0=casado/unión libre; 1=soltero) y género (0=hombre; 1=mujer) dado que en estudios previos parece existir diferencias significativas en la relación entre la IE y engagement (Extremera-Pacheco et al., 2007).

Análisis de Datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS para realizar los análisis estadísticos. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos (medias, desviaciones típicas) y de correlaciones de *Pearson* donde se relacionaron las variables control (edad, género y estado civil), inteligencia emocional y engagement. En segundo lugar se realizó un test *post-hoc* de comparaciones múltiples (test de *Bonferroni*) para analizar diferencias significativas de las variables en las tres muestras. Finalmente, se realizaron análisis de regresión lineal para observar las relaciones entre las variables independientes y las variables

dependientes para las diferentes muestras.

Resultados

Análisis Descriptivos

Los análisis descriptivos, alphas y análisis de correlaciones entre las variables de cada uno de los países están ilustradas a continuación. Como se puede observar en la Tabla 2, se analizó la consistencia interna de la escala con el alpha de Cronbach de todas las dimensiones de Inteligencia Emocional y Engagement. Los resultados mostraron alfas superiores a .70 en todas las escalas lo que confirma la confiabilidad de las escalas en los tres países.

Tabla 2. Pruebas de confiabilidad de las escalas de Inteligencia emocional y engagement.

	Portugueses	Españoles	Mexicanos
SEA	.84	.78	.82
OEA	.83	.76	.81
UOE	.82	.84	.94
ROE	.90	.85	.87
Engagement	.90	.88	.91

Las correlaciones de las variables del estudio em función del país se muestra en las Tablas 3, 4, y 5. En todos los casos se muestran correlaciones significativas y positivas entre las dimensiones de inteligencia emocional y engagement en México, España y Portugal. Con respecto a las variables control se mostraron valores significativos en relación a la edad y estado civil.

Tabla 3. Análisis descriptivos – España

	Media	DS	1	2	3	4	5	6	7
Género^a	-	-							
Edad	23.09	2.22	-.12						
Estado civil^b	-	-	.13	-.28**					
SEA	4.57	1.36	-.05	.21*	-.15				
OEA	4.13	1.24	.10	.13	-.01	-.32**			
UOE	4.71	1.26	-.12	.12	-.19	.35**	.30**		
ROE	4.14	1.33	-.08	.15	-.08	.52**	.34**	.32**	
Engagement	4.33	.93	-.09	.12	-.04	.40**	.25**	.58**	.36**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabla 4. Análisis descriptivos – México

	Media	DS	1	2	3	4	5	6	7
Género^a	-	-							
Edad	21.77	1.76	.03						
Estado civil^b	-	-	-.07	-.51**					
SEA	4.72	.78	.06	.04	.10				
OEA	4.58	.83	.13	-.12	.14	.15			
UOE	4.44	1.13	.13	-.09	.05	.31**	.22**		
ROE	3.79	1.02	-.15	-.02	.07	.31**	.16*	.43**	
Engagement	3.96	.97	.14	.06	-.06	.16*	.16*	.41**	-.30**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabla 5. Análisis descriptivos – Portugal

	Media	DS	1	2	3	4	5	6	7
Género^a	-	-							
Edad	22.79	3.30	.00						
Estado civil^b	-	-	-.02	-.71**					
SEA	4.55	.86	-.06	.00	-.02				
OEA	4.30	.78	.01	-.07	.07	.45**			
UOE	4.46	.94	-.05	-.03	.00	.51**	.29**		
ROE	4.07	.97	-.25	-.10	.03	.49**	.39**	.45**	
Engagement	3.64	.92	-.05	.06	-.07	.35**	.13*	.51**	.29**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Por otra parte, se verificaron las diferencias significativas entre las muestras de los tres países en cada una de las dimensiones de IE. Así los resultados mostraron que la dimensión de OEA de IE era significativamente superior en España que en Portugal o en México ($F(2, 522) = 8.36, p < .01$); la dimensión ROE era significativamente inferior en España que en Portugal o en México ($F(2, 522) = 4.06, p < .05$); mientras que el engagement fue significativamente superior en México, seguido de España, que por segunda vez presentaba también un valor significativamente superior a Portugal ($F(2, 522) = 21.64, p < .01$).

Análisis de Regresiones Jerárquicas Múltiples

Los análisis de Regresiones Jerárquicas Múltiples permiten examinar el efecto que ejercen dos o más variables independientes sobre una variable dependiente. Esta técnica es muy útil en estudios del área de Psicología, donde grande parte de los estudios envuelven variables independientes correlacionadas entre sí (Abbad y Torres, 2002). El primer paso, fue introducir género, estado civil y la edad como

Capítulo 5. Inteligencia emocional y engagement en estudiantes de Medicina

variable de control. En un segundo paso, se añadieron las dimensiones de Inteligencia Emocional (variables independientes) para analizar su efecto en la variable dependiente, es decir, el engagement.

Así, la varianza explicada del engagement (ver Tabla 6) fue explicada por las dimensiones de IE observándose, que: (1) para los estudiantes de los tres países la IE contribuyen significativamente para explicar la variancia en engagement; (2) la dimensión de UOE fue una de las dimensiones de IE con relación significativa con el engagement de los/las estudiantes de los tres países; (3) en España la dimensión de ROE también tuvo una relación significativa con el engagement; (4) en México la dimensión de SEA presentó una relación significativa con el engagement en los estudios.

Capítulo 5. Inteligencia emocional y engagement en estudiantes de Medicina

Tabla 6. Regresión Jerárquica Múltiple de las dimensiones de Inteligencia Emocional y engagement en las muestras de los tres países.

	Engagement España (n=163)		Engagement Portugal (n=232)		Engaement México (n=127)	
	<i>B</i>	β	<i>B</i>	β	<i>B</i>	<i>B</i>
1º Paso						
Sexo	.14	.16*	-.05	0	-.08	-.03
Edad	.03	.06	.04	.09	0	.10
Estado Civil	-.05	-.07	-.04	-.07	.11	.03
2º Paso						
SEA	-	-.01	-	.12	-	.17*
OEA	-	.06	-	.06	-	.01
UOE	-	.33***	-	.44***	-	.50***
ROE	-	.19*	-	.07	-	.11
		.	-		-	.
<i>F</i>	1.34	6.54***	.06	.13.00***	.08	11.42***
R-Sq. Ajustado	.01	.19	-.01	.27	0	.37
Cambio R-Sq.	.02	.20***	.01	.28.***	.02	.38***

*** $p < .001$; * $p < .05$.

Discusión

Desde la perspectiva de la Psicología Positiva este estudio evaluó aspectos que se relacionan con el bienestar de los/las estudiantes de Medicina. Concretamente se investigaron dos elementos importantes: (1) Inteligencia emocional y (2) engagement. El objetivo del presente estudio era conocer cómo la Inteligencia emocional se relaciona con el engagement, a través de las dimensiones de ambos constructos identificando y analizando dichas dimensiones en profundidad. Esperábamos que a mayores niveles de IE los alumnos desarrollaran mayores niveles de engagement académico. Los resultados de la regresión jerárquica múltiple mostraron que todas las dimensiones de inteligencia emocional se relacionaron positivamente con el engagement de los/las estudiantes de Medicina de los tres países evaluados. En suma, los resultados apoyan la hipótesis planteada en esta investigación y podemos indicar que el objetivo de este estudio se ha cumplido. Estos resultados permiten mostrar la relación entre la inteligencia emocional y el engagement. En otras palabras, cuanto mayor es el reconocimiento y gestión de las emociones de los/las estudiantes de Medicina, mayores son los niveles de vigor, absorción y dedicación en su formación académica.

Este hecho tiene consecuencias positivas ya que cuando el personal de salud está comprometido, mejora el rendimiento en sus tareas (Suehs, 2017). Concretamente, la investigación aporta una evidencia más acerca de la relevancia de estudiar el bienestar en personal de salud, evidenciando de esta forma la importancia que tiene el estudio de los recursos personales y organizacionales, en este caso, el estudio de los primeros como puede ser en este caso la inteligencia emocional, que a su vez contribuye al desarrollo del engagement

Capítulo 5. Inteligencia emocional y engagement en estudiantes de Medicina

(Othman y Nasuridin, 2013; Toyama y Mauno, 2016; Zhu Liu, Guo, Zhao y Lou, 2015).

Así mismo se identificó que los/las estudiantes de España tuvieron mayores niveles de OEA, a diferencia de los alumnos de México y Portugal, lo que significa que reportan mayor capacidad de percibir y de entender las emociones de otros; cualidad muy importante en el trato de los pacientes. Sin embargo, la dimensión de ROE fue significativamente inferior en España que en Portugal o en México. Esto nos habla de que los/las estudiantes de Medicina de España se perciben con menor capacidad para auto-regular las emociones, y recuperarse rápidamente de situaciones de angustia.

Los resultados nos permiten realizar una comparativa entre países también en cuanto al engagement. Así los niveles de engagement fueron significativamente superiores en México, seguido de España, que por segunda vez presentaba unos valores significativamente superiores a Portugal. Estos resultados están relacionados con la calidad del servicio en la relación médico-paciente, ya que estos estados positivos se ven reflejados en la forma en que atiende a sus pacientes. Son los profesionales más eficaces, y los más *engaged*, los que son mejores en la comunicación sobre asuntos difíciles, proporcionan más cantidad apropiada de información a los pacientes (Hernández, Llorens y Rodríguez, 2014).

Limitaciones e Investigación Futura

En cuanto a las limitaciones podemos señalar que se trata de una muestra relativamente pequeña. Sin embargo, por participar estudiantes de tres países (México, España y Portugal) ayudan a que se pueda tener una ventaja en la generalización de los resultados obtenidos, debido a que los resultados fueron similares en las tres muestras.

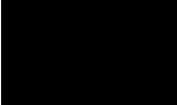
Respecto a investigaciones futuras, sería interesante poder realizar intervenciones en inteligencia emocional, y realizar la evaluación pre y post intervención en estudiantes de Medicina. Para posteriormente realizar estudios longitudinales que nos permitan dar seguimiento y saber si tiene beneficios en la formación y capacitación en IE para aumentar el engagement ya en el contexto profesional y que éste redunde en una posterior calidad asistencial.

Implicaciones Teóricas y Prácticas

El presente estudio muestra diferentes contribuciones tanto teóricas y prácticas. A nivel teórico, amplía el estudio psicométrico para evaluar la Inteligencia emocional en estudiantes de Medicina, con instrumentos que tienen adecuadas propiedades psicométricas en tres países distintos. Por tanto, la presente investigación se espera que contribuya al diagnóstico fiable y válido de la Inteligencia emocional en estudiantes de Medicina. Este estudio contempla sólo la medición, pero se esperaría que este sea un estudio pionero para posteriormente se realicen estudios de intervención en Inteligencia emocional, para poder aumentar el engagement. Promover las fortalezas y recursos personales, como es la Inteligencia emocional puede incrementar cambios que favorecen a los/las estudiantes de Medicina en el manejo exitoso de las dificultades actuales en sus estudios y las que deberán afrontar en el futuro (Terjesen, Jacofsky, Froh y DiGiuseppe, 2004).

Nota Final

Con el presente estudio se pretende estimular la investigación-acción-prevención dirigida a fomentar la salud ocupacional en personal de salud, y en especial en los/las estudiantes de Medicina que son una población tradicionalmente con riesgo de sufrir burnout debido a las altas demandas emocionales propias de su trabajo y a la probabilidad de 'contagio emocional' (Bakker, Le Blanc y Schaufeli, 2005). Por ende, las universidades que imparten el grado de Medicina, deben implementar programas de apoyo para desarrollar distintas habilidades y competencias que les permitan afrontar situaciones estresantes en el internado médico y/o en las instituciones de salud donde desempeñen su labor práctica. Sin duda alguna es necesario que se continúen realizando otros estudios en esta línea que permitan contribuir a mejorar la salud mental en los/las estudiantes de medicina. Por lo tanto, sería recomendable incluir en el curriculum académico formativo, un entrenamiento para el desarrollo de la Inteligencia emocional. Finalmente, este estudio no se debe centrar sólo en un entrenamiento individual sino también a nivel del equipo, ya que tanto la Inteligencia emocional como el engagement son fenómenos que se dan a nivel colectivo. Concretamente, la investigación de la Inteligencia emocional se debe centrar en analizar la conciencia colectiva, la comprensión, la regulación y el uso de las emociones en equipo, teniendo en cuenta que los/las estudiantes de Medicina trabajan en conjunto con personal de enfermería, otros personal médico y un equipo de salud completo (Wei, Liu y Allen, 2016).



Intervención positiva en
capital psicológico en
estudiantes de la carrera
de Médico Cirujano en la
FES-I en la Universidad
Nacional Autónoma de
México (UNAM)

**¡¡Un futuro
muy presente!!**

¡¡Un futuro muy presente!!

Intervención positiva en capital psicológico en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano de la FES-I, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Resumen

El objetivo de este capítulo es aumentar los niveles de bienestar y desempeño de los/las estudiantes de Medicina desde la Psicología Positiva. Concretamente, intervenir en el capital psicológico para mejorar habilidades positivas, habilidades y recursos psicológicos que utilizan para realizar sus tareas y mejorar su desempeño académico, personal y profesional (Ortega-Maldonado, Coó y Salanova, 2016). Participaron estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM-México, FES-Iztacala) (n = 160). El 97% informó que el curso le sería de utilidad para afrontar estresores de su vida académica y profesional. Se identificó que, aunque los temas están de acuerdo con la perspectiva de la Psicología Positiva, también es necesario evaluar aspectos como la depresión, la ansiedad y el manejo de conflictos. Temas que los estudiantes enfrentan en su vida personal y profesional. Se trata de un estudio piloto, que nos permitió identificar qué áreas son necesarias para trabajar con los/las estudiantes de Medicina en las intervenciones posteriores.

Palabras clave: Psicología Positiva, Intervenciones, Estudiantes de Medicina.

Abstract

The aim of this chapter is to increase the levels of well-being and performance of medical students from Positive Psychology. Concretely, to intervene in psychological capital, so that students improve in their positive abilities, abilities and psychological resources that they use to perform their tasks and achieve their academic, personal and professional performance (Ortega-Maldonado, Coe & Salanova, 2016). Students of the Medical school of the Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM-Mexico, FES-Iztacala) were the participants (N = 160). The 97% reported that they would be useful to the course. It was possible to identify that although the issues are in accordance with the perspective of positive psychology, it is also necessary to evaluate aspects such as depression, anxiety and conflict management. Topics that students confront in their personal and professional lives. Conclusion. It is a pilot study, and allowed us to identify which areas are necessary to work with medical students in subsequent interventions.

Keywords: Positive Psychology, Interventions, Medical Students.

Esta investigación ha sido posible gracias al apoyo en México por el Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico de la UNAM (PASPA). También se contó con el apoyo de la Jefatura de la Carrera de Médico Cirujano y la Coordinación de Educación Médica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I, UNAM). Además del apoyo del grupo de psicólogos del curso de Psicología Positiva. Y del apoyo de conferencistas: Mtro. Gerardo Chaparro y el Dr. Sergio López Ramos e Ivan Centeno.

Intervención positiva en capital psicológico en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano de la FES-I, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Cuando se habla de intervención por lo regular se interviene en el daño, ocasionado por los riesgos psicosociales en personal que trabaja en el sector salud, pero ahora es necesario cambiar el enfoque y no solo evaluar y diagnosticar el daño por el estrés y/o el burnout, sino que además es necesario fortalecer los recursos personales con los que cuenta el /la estudiante de la carrera de Medicina. Es decir, no hay que esperar a que llegue al internado, la especialidad o bien al ambiente laboral para poder intervenir. Desde el enfoque de la Psicología Positiva se tiene como objetivo comprender, predecir y optimizar las fortalezas y talentos de las personas (Salanova, 2009). En este sentido, se ha podido identificar que el trabajo y/o los estudios no solo generan estrés y/o burnout sino que también permite desarrollar afectos positivos y entusiasmo académico en estudiantes de Medicina. El objetivo del presente estudio fue incrementar los niveles de bienestar y desempeño de los alumnos de Medicina, es decir intervenir en el capital psicológico, para que los alumnos mejoren en sus habilidades, capacidades y recursos psicológicos positivos que emplean para desempeñar sus tareas y lograr sus metas académicas, personales y profesionales de forma exitosa (Ortega-Maldonado, Coó y Salanova, 2016).

En México, en los últimos años se ha observado que los médicos, pueden manifestar mayores niveles de estrés y síntomas de enfermedad en comparación con otras profesiones. En los últimos años, se ha identificado que los médicos en formación como pueden ser los

residentes y los alumnos de pregrado son una población vulnerable, que se encuentran en constante riesgo de sufrir padecimientos mentales relacionados con el estrés y/o burnout. Lo anterior repercute en diferentes áreas: a) a nivel personal, b) en la relación con los pacientes, c) en la interacción con los compañeros, d) en el rendimiento y e) en la motivación. Y más aún, el problema va en aumento ya que además hay que considerar que también pueden desarrollar depresión, situación que afecta su desempeño académico y laboral, es decir su efectividad en el trabajo o estudios.

Es por lo anterior, que la investigación necesita centrarse en realizar intervenciones que permitan evitar el estrés, burnout y depresión. Y como lo menciona Seligman (2005) es necesario buscar que las personas florezcan. En los últimos años, se ha venido produciendo un cambio en la investigación en psicología, que evidencia una tendencia a abordar las variables positivas y preventivas en lugar de los aspectos negativos y patológicos que tradicionalmente se estudian (Simonton y Baumeister, 2005). Algunos autores sostienen que uno de los retos para la psicología en los próximos años será dedicar más trabajo intelectual al estudio de los aspectos positivos de la experiencia humana, entender y fortalecer aquellos factores que permiten prosperar a los individuos, comunidades y sociedades, para mejorar la calidad de vida y también prevenir las patologías que surgen de condiciones de vida adversas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Psicología positiva: Bienestar Subjetivo y Felicidad

Por su parte Quick y Quick (2004) definen la felicidad como un estado que incluye el bien-estar y bien-hacer. Coincide esto con la idea de entender el bienestar como componente y no como sinónimo de la felicidad. Esta, se define como una condición de experimentación de

emociones positivas y ausencia de negativas y se puede juzgar a partir de la satisfacción con la vida. Durante años se trabajó la felicidad como sinónimo de bienestar subjetivo, considerando este último un concepto más técnico y científico, mientras que el primero se reservaba para el uso común (Diener, 2000).

Sin embargo, el solo hecho de estar bien no garantiza la felicidad. Se requiere también hacer las cosas bien. Esta perspectiva resulta coherente con la propuesta por Seligman et al. (2005) quienes consideran que la felicidad está compuesta por tres dimensiones: la experimentación de emociones positivas y placer ("the pleasant life"), el compromiso con la vida ("the engaged life"), y encontrarle sentido a la vida ("the meaningful life"). Es decir, la felicidad se fundamenta más en los recuerdos, la trayectoria de vida y la búsqueda de metas valiosas para la persona (Avia y Vásquez, 2011; Sanín, López, y Gómez, 2015). De manera que el bienestar es solo un componente de la felicidad, pues para ser feliz es necesario también disfrutar y encontrarle sentido y propósito a la propia vida (Seligman, Steen, Park, y Peterson, 2005). De acuerdo con lo anterior, la felicidad es entonces un fenómeno relativamente estable (rasgo) pero que se puede modificar y que no caracteriza un momento específico de la vida de la persona, sino, más bien, lo que ha experimentado (Sanín, López, y Gómez, 2015).

Con el objetivo de incrementar sus niveles de bienestar subjetivo se llevó a cabo un curso de Psicología Positiva en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con la finalidad de lograr momentos prolongados de emociones positivas, ya que estas potencian la salud y el bienestar, favorecen el crecimiento personal, permitiendo sentimientos de satisfacción con la propia vida, y desarrolla mayor esperanza, son optimistas y perciben más feliz (Fredrickson, 2000). Cuando las personas experimentan sentimientos

positivos se modifican sus formas de pensamiento y acción se incrementan sus patrones para actuar en ciertas situaciones mediante la optimización de los propios recursos personales en el nivel físico, psicológico y social y se puede recurrir a ellos cuando se presentan amenazas u oportunidades (Contreras, Francoise, & Esguerra, Gustavo, 2006; Fredickson, 2001). Promover las fortalezas puede incrementar cambios que favorecen el manejo exitoso de las dificultades actuales y las que deberán afrontar en el futuro (Terjesen, Jacofsky, Froh y DiGiuseppe, 2004).

Intervenciones desde el Enfoque de la Psicología Positiva

Si bien, todavía hay mucho que investigar respecto a realizar intervenciones, ya hay antecedentes de las mismas, a partir del trabajo de Seligman, Steen, Park y Peterson (2005) se alcanza la popularidad de las intervenciones positivas y se sugiere su uso (Rashid, 2015). Haciendo una revisión de las principales estrategias de intervención a nivel individual se destacan aquellas que implican los valores, los intereses y las preferencias de las personas y que en última instancia permiten conocerse a sí mismo.

La relevancia de estas intervenciones radica en que favorece el desarrollo de reacciones positivas en otras personas (e.g., mediante el contagio emocional) y además aumenta el bienestar de las personas. Estas intervenciones positivas implican cambios en las conductas (e.g., practicar virtudes, ser amable con los demás, expresar gratitud), en las creencias (e.g., reflexionar sobre lo positivo, cultivar el optimismo) o en los motivos y objetivos de las personas (e.g., establecer y perseguir metas personales, incrementar la resiliencia) (Llorens et al., 2013; Martínez, Salanova y Llorens, 2016).

Para realizar este curso, consideramos algunas de las sugerencias de Salanova y Llorens (2016): (1) preparamos los entornos en los que se va a realizar la intervención (e.g., garantizar el compromiso de las personas implicadas, promover mecanismos de información y participación activa), y (2) diseñamos la intervención y se planificó la intervención de manera realista, con objetivos realistas positivos y medibles. A continuación, se muestra la metodología utilizada. Aunque no disponemos de datos empíricos se ha creído conveniente incluir este estudio en la tesis para que el tribunal pueda valorar la implicación práctica que está teniendo los resultados de la tesis en la realidad actual del sector sanitario en México.

Metodología

Participantes

En este estudio participaron estudiantes de la carrera de Medicina de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I). Asistieron el total de los alumnos que pasaban a la fase de formación del internado (n=160). Estos/as estudiantes se dividieron en tres grupos. Cada grupo estuvo moderado por 5 monitores y un responsable de grupo. Los/las estudiantes se incorporaron al curso como parte de una capacitación previa a la siguiente fase de formación de la carrera de Medicina. La información del curso se difundió por parte de la Coordinación de Educación Médica. Asistieron de manera voluntaria para que después pudieran pasar a la siguiente fase de su formación. Todos los estudiantes de la generación participaron en el programa.

Diseño del Programa

Objetivo General: Conocer y aplicar herramientas de la Psicología Positiva en alumnos de la Carrera de Médico Cirujano en la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Justificación: En México, es reciente el interés que ha surgido hacia la Psicología Positiva, sin embargo, aún son pocas las instituciones que lo aplican en la educación. Es por ello que se presenta este novedoso curso-taller, que busca desarrollar habilidades y competencias para enfrentar las adversidades académicas y profesionales que se le pueden presentar al estudiante de Medicina.

Fases: Se llevó a cabo un curso que estuvo compuesto de dos fases: (1) la primera fase consistió en capacitar a psicólogos bajo el enfoque de la Psicología Positiva, se consideraba una parte teórica y otra práctica; (2) En la segunda etapa, los psicólogos formados en psicología positiva moderaban las sesiones con los alumnos de la carrera de médico cirujano, las sesiones contemplaban sesiones teórico-prácticas.

Duración: La primera semana fue la **Fase I**. En esta primera etapa consistió en una formación a psicólogos en Psicología Positiva, tuvo una duración de 20 horas. **Fase II**. En la segunda etapa, se les dio el curso a los alumnos de la carrera de Médico Cirujano, tuvo una duración de 20 horas. Ambos cursos se llevaron a cabo de lunes a viernes de noviembre de 2016, en un horario de 9:00- 13:00 horas en las instalaciones de la unidad de seminarios de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FES-I, UNAM). **Fase III**. En esta fase se llevó a cabo la evaluación del curso. A todos los/las estudiantes se les entregó una hoja de evaluación donde evaluaban todas las sesiones y temas de todo el curso. Se

¡¡Un futuro muy presente!!: Intervención positiva

cumplimentó de manera anónima para que las opiniones pudiesen ser más objetivas.

- TEMÁTICAS DEL CURSO DE INTERVENCIÓN -

TEMA	FASE I	FASE II
Antecedentes del problema del trabajo con personas: Síndrome de Burnout	X	X
Introducción a la psicología positiva (PP)	X	X
Importancia del estudio y aplicación de la PP en la actualidad	X	NO
Reflexiones acerca de la aplicación de la PP y Áreas de aplicación (Psicología Laboral, Psicología de la Salud, psicología Clínica y Educativa)	X	NO
Bienestar subjetivo y felicidad ¿Qué es la felicidad?	X	X
Punto de anclaje de la felicidad	X	X
Cómo se trabaja la Psicología Positiva	X	NO
Importancia del Manejo de las emociones (Fluctaciones) Estudios de Diario	X	X

¡¡Un futuro muy presente!!: Intervención positiva

Introducción de los aspectos esenciales de meditación y de las diferentes variantes de la misma.	X	X
Sentido de vida (teoría y práctica)	X	X
Como trabajar con el otro	X	X
Manejo de Habilidades Sociales y Asertividad (relacionarme con los otros)	X	X
Rueda de la vida (Flow) Fluir en la vida	X	X
Autoconocimiento y meditación	X	X
Reconocimiento de mis fortalezas	X	X
Conferencia: "Resiliencia"	X	X
Que puede disminuir mi bienestar subjetivo (comparación social)	X	X
Que puede aumentar mi bienestar subjetivo (savoring)	X	X
"Conferencia Magistral": La compasión y la bondad con el otro	X	X

Resultados

Este primer curso-taller, permitió brindar otro enfoque de trabajo a los/las psicólogos/as que participaron en dicha formación. A su vez, se trabajó con profesores/as que tienen una formación en temas relevantes al área de interés. Como fue el caso de los siguientes temas: 1) “resiliencia” y 2) “Compasión y la bondad con el otro”.

Además, esta intervención también se basó en el trabajo de Hochstrasser y colaboradores (Hochstrasser, Brühlmann, Cattepan, Hättenschwiler, Holsboer-Trachsler, Kawohl, Schulze, Seifritz, Schaufeli, Zemp y Keck, 2016) quienes mencionan que es importante en la intervención que los/las estudiantes de Medicina y/o profesionales médicos se lleven nuevas estrategias de afrontamiento que les permita desarrollar y/o implementar recursos y habilidades esenciales para su proyecto de vida. Respecto a la evaluación del curso, el 97% reportaron que les había gustado el curso y que les sería de utilidad.

Sin duda, fue una primera experiencia que se tomará en cuenta para la realización del trabajo con los/las estudiantes de pregrado. Y también con esta experiencia se pudo identificar que, si bien los temas están acordes a la perspectiva de la Psicología Positiva, también se incluyeron temas que podrían ser útiles en su trabajo (e.g., habilidades sociales). Sin embargo, hicieron falta otros temas como la depresión, ansiedad y manejo de conflictos, temas que los/las estudiantes se enfrentan en su vida personal y profesional. Una sugerencia que dieron los/As estudiantes fue que el curso se pudiera dar en otro momento de la formación, ya que les dio la capacitación en tiempo de vacaciones.

Conclusiones

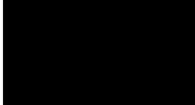
Este estudio piloto permitió trabajar con una población que en ocasiones es de difícil acceso: estudiantes de Medicina. Y más en una etapa tan importante como fue poder brindarles este curso antes de que se fueran al internado.

Así mismo permitió identificar qué áreas son necesarias para trabajar con los alumnos en intervenciones posteriores. Se identificaron áreas de oportunidad, p.e utilizar otro tipo de metodologías para siguientes cursos, como puede ser dar conferencias cuando sean los grupos numerosos. Ya que en este grupo fue una muestra relativamente pequeña. Pero en otros grupos, como la que se tiene actualmente es de 500 estudiantes. Y el trabajo grupal sería complicado por no contar con personal capacitado para realizar la intervención correspondiente.

Si bien la intervención se realizó de manera exitosa quizá en siguientes cursos y seminarios será necesario: (1) implementar y probar la efectividad de la intervención mediante estudios experimentales (con grupo intervenido y grupo control o lista de espera) con evaluaciones a lo largo del tiempo (e.g., estudios longitudinales); (2) Evaluar el impacto real de la intervención centrado en la transferencia a la vida personal y/o profesional de los/las estudiantes de Medicina (Salanova y Llorens, 2016); (3) Utilizar quizás una metodología mixta, es decir que se realice evaluación cuantitativa y cualitativa con análisis de la información individuales y/o colectivos; (4) o bien considerar cuestiones de diseño (división en personas/grupos intervenidos y en personas bien sea mediante selección aleatoria o selección no aleatoria con un grupo intervenido y sin grupo control o bien por selección "natural" con un grupo intervenido (participantes que voluntariamente participan en la intervención) y grupos no intervenidos o grupos en lista de espera; (5) estudios de caso con diseños cuasi experimentales donde se

utilizandiferentes estrategias (e.g., feedback survey, talleres, micro-intervenciones con ejercicios,vídeos, o charlas en grupos pequeños,procesos de resolución de problemas, ejercicios de gratitud) (ver Martínez, Salanova y Llorens, 2016, p.p 163); (6) Y finalmente poder evaluar los cambios a lo largo del tiempo para ver si los cambios se sostienen en el tiempo y mejoran los niveles de bienestar psicológico (Mäkikangas, Schaufeli, Leskinen, Kinnunen, Hyvönen y Feldt, 2016).

Sin embargo y a pesar de las limitaciones, al realizar este primer acercamiento y con el apoyo de la Jefatura de Medicina, abre la posibilidad para continuar con actividades en pro de la salud mental de los/las estudiantes de Medicina de la FES-I de la UNAM en México.



Conclusiones
Generales

*General
Conclusions*

Capítulo 6

Capítulo 6.

Conclusiones Generales

El objetivo de esta tesis ha sido fomentar el conocimiento del estudio del burnout a su teóricamente opuesto, el “engagement” (entusiasmo laboral y académico) desde la perspectiva de la Psicología Positiva en un contexto específico: el personal de salud. Así mismo, se atendió a varios aspectos que surgieron de la revisión teórica, con el fin de abordar algunos vacíos que existían con respecto a la investigación-aplicada (**Capítulo 1**). Para esto fue necesario identificar, cuál es el “estado del arte” del burnout y engagement en México y el mundo y más concretamente en el sector salud, específicamente en profesionales de la salud y estudiantes de Medicina en diferentes países (México, Portugal y España).

Uno de los puntos que se aborda en la teoría es la necesidad de contar con instrumentos que permitan evaluar burnout y engagement, de ahí que uno de los primeros objetivos de esta tesis fue estudiar las propiedades psicométricas de la escala Maslach Burnout Inventory – Human Services (MBI-HSS) en personal de salud en México (**Capítulo 2**). Y la validación de la escala UWES, la cual se utiliza para identificar el “entusiasmo laboral” en profesionales de salud en México. Para ello, se revisaron las dos versiones: (1) UWES-9, y (2) UWES-15 en dos instituciones importantes del sector salud en México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Secretaría de Salud (SS, CDMX) (**Capítulo 3**). A continuación, se hizo hincapié en los mecanismos subyacentes del proceso psicológico que existe entre antecedentes del engagement y sus consecuencias.

Capítulo 6: Conclusiones generales

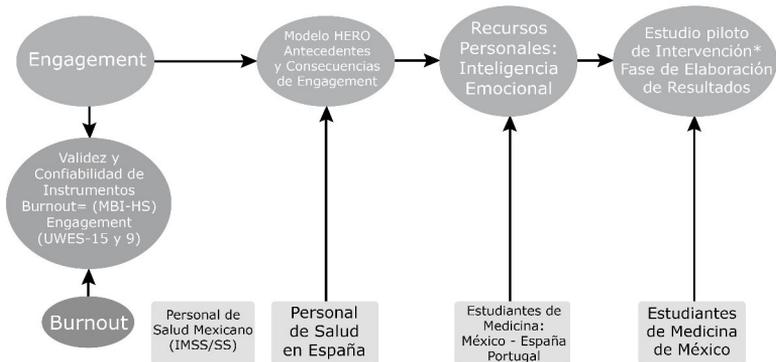
De esta manera se analizó el papel mediador de los afectos positivos y el engagement en el trabajo entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio (evaluada a través del desempeño, compromiso y calidad percibida) en el personal de salud en un hospital de la Comunidad Valenciana en España. Para ello se utilizó un marco teórico de referencia, el *Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (HERO)*; Salanova et al., 2012); un valor agregado es que en este estudio se evaluó el estudio del engagement en el trabajo a nivel colectivo (**Capítulo 4**). Con estos resultados se identificó que cuando existen recursos personales ya sea a nivel individual o grupal, se desarrolla engagement en los/las profesionales de la salud. Estos resultados dieron evidencia del poder de los recursos personales, ya sean cognitivos y/o emocionales para favorecer el desarrollo del engagement dando pie a la realización del capítulo 5. Este estudio se llevó a cabo en muestras pre-ocupacionales del sector de la salud (estudiantes de Medicina) de diferentes países (México, Portugal y España) con el objetivo de estudiar el poder de la inteligencia emocional (IE; entendida como la capacidad, competencia y habilidad que influye en la capacidad que el personal de salud tiene para tener éxito y hacer frente a las demandas y presiones ambientales) en el desarrollo del engagement. La investigación de IE en los/las estudiantes de Medicina, mostró que es una habilidad clave para el bienestar de los/las profesionales y para el cuidado de los/las pacientes. Los niveles más altos de IE contribuyen positivamente a la relación médico-paciente, aumenta la empatía, el trabajo en equipo y las habilidades de comunicación, se mejora la gestión del estrés y el compromiso organizacional y el liderazgo (**Capítulo 5**).

Finalmente, se presenta un apartado que he titulado "*Un futuro muy presente*" que viene a mostrar las contribuciones que están teniendo actualmente los resultados de la tesis en el ámbito del sector

Capítulo 6: Conclusiones generales

salud en México. En este sentido se ha presentado un avance de una intervención positiva que se ha llevado a cabo en estudiantes de Medicina de México con el objetivo de comprender, predecir y optimizar sus fortalezas y talento. Este estudio piloto tenía como objetivos más concretos intervenir en el capital psicológico de los estudiantes para incrementar sus recursos emocionales; de manera que vieran mejorados sus niveles de engagement, así como los niveles de desempeño académico, personal y profesional. Este apartado final viene a refrendar la continuidad de la tesis y la aplicabilidad que los diferentes capítulos están teniendo a nivel profesional (***¡¡Un futuro muy presente!!***). En la siguiente figura aparecen los aspectos tratados en la tesis de forma gráfica.

Figura 1. Modelo de Investigación en muestras múltiples



A continuación, se presentan las implicaciones teóricas, prácticas y fortalezas, así como limitaciones y recomendaciones para

investigaciones futuras (algunas de las cuales ya se han puesto en marcha).

Principales Hallazgos e Implicaciones Teóricas

Una fortaleza teórica de esta tesis se sustenta en la combinación e integración, tanto de aspectos negativos como positivos en el trabajo del personal (tanto profesionales como estudiantes) de salud. Por tanto, se ha podido contribuir al desarrollo del conocimiento de dos constructos que han sido estudiados en otras partes del mundo y en otros colectivos y que, sin embargo, en México requerían de más investigación. Es por esto que se inició esta tesis doctoral con el objetivo de dar respuesta a diferentes preguntas de investigación.

Con respecto a la primera pregunta *¿Qué se sabe del burnout y del engagement?* se describe el estado del arte de ambos constructos en general y específicamente en personal de salud. En la literatura descrita en el mundo se observa la relevancia del burnout, aunque existe poca investigación en Latinoamérica y México. Sin embargo, menos aún se conoce empíricamente a su teóricamente opuesto: el engagement en el trabajo (entusiasmo laboral) y menos en profesionales (y estudiantes) de la salud. Así que la revisión que se hizo ofreció un panorama de los principales modelos, medidas e instrumentos con los cuales se pueden evaluar ambos constructos en personal de salud. Y esto nos llevo a contestar la *pregunta de investigación: ¿Cuál es la estructura factorial del burnout en personal sanitario de México?*. Al respecto con los análisis realizados, se constato que el instrumento Maslach Burnout Inventory-Human Services (MBI-HSS), se puede utilizar en México, en personal de salud. De acuerdo a los análisis realizados, las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas para evaluar burnout en personal de salud. Respecto a la pregunta *¿Cuál es la estructura factorial del burnout en personal sanitario de México?* los resultados mostraron

Capítulo 6: Conclusiones generales

que son tres las dimensiones del burnout en personal de salud de México evaluadas con el MBI-HSS: (1) agotamiento emocional, (2) despersonalización y (3) baja realización personal.

Respecto a las preguntas de investigación *¿Cuál es la estructura factorial del engagement en personal de salud en México? y ¿Puede medirse el engagement del personal sanitario de México de forma válida y fiable con una escala corta?* los resultados permiten concluir lo siguiente; en México existe evidencia de que el trabajo también genera aspectos positivos en los/las trabajadores, como es el engagement (o "entusiasmo laboral"). Y para confirmar esto se evaluó con dos escalas, tanto la versión corta UWES-9, como la versión original UWES-15. Cabe destacar que los índices de ajuste de la escala corta (UWES-9) fueron significativamente mejores que los obtenidos en la versión larga, incluso cuando las muestras se analizaron de manera simultánea. Y tal como se esperaba la estructura de la escala corta UWES-9 fue tri-dimensional, es decir para realizar estudios de investigación en México para evaluar el engagement es mejor utilizar la escala UWES-9, con sus respectivas dimensiones: (1) vigor, (2) dedicación y (3) absorción.

Otra implicación teórica, con respecto al engagement con el trabajo en el contexto del personal de salud fue haber identificado *¿Cómo pueden incrementarse el engagement y la calidad de servicio en profesionales de la salud?* Para dar respuesta a esta pregunta se analizaron los antecedentes del engagement, que en este caso fueron los recursos personales (creencias de eficacia y afecto positivo) así como las consecuencias en términos de calidad de servicio en grupos de profesionales de la salud en España. Para ello, se utilizó como modelo teórico el Modelo HERO (HEalthy & Resilient Organizations; Salanova et al., 2012) que se focaliza en el bienestar y en el desarrollo pleno de las potencialidades de la persona en su entorno laboral, con énfasis en la importancia de la evaluación global de factores psicosociales. De manera

Capítulo 6: Conclusiones generales

que abarca no sólo los riesgos en entornos laborales, o lo que no funciona bien en el trabajo, sino también los aspectos positivos del trabajo, aquello que sí funciona, pero se puede mejorar (Líbano, Llorens, Salanova y Schaufeli, 2012; Salanova, Martínez y Llorens, 2014; Salanova, Llorens y Martínez, 2016).

Esto fue sin duda un enfoque novedoso, porque se trabajó con equipos de trabajo y el modelo HERO: ambos aspectos muy novedosos en México. Por tanto, a nivel teórico, el presente estudio amplió la investigación sobre el rol mediador de los afectos positivos y del engagement de trabajo en equipo en su relación entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio evaluada mediante tres indicadores (desempeño, compromiso y calidad percibida) en un contexto poco accesible como es el sector salud. En segundo lugar, con la presente tesis se contribuyó al estudio del engagement analizando sus antecedentes a nivel de recursos personales como de sus consecuencias a nivel de calidad de servicio con pacientes. Además de los recursos personales a nivel cognitivo (evaluados por las creencias de eficacia) se han ampliado también los indicadores del afecto positivo, incluyendo elementos como optimismo y resiliencia que no estaban presentes en los estudios previos sobre el tema (Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011).

Y finalmente, uno de los aportes importantes de la tesis fue contestar la pregunta de investigación: *¿Cuál es la relación que existe entre la inteligencia emocional y el engagement y/o "entusiasmo académico" en estudiantes de Medicina?* en una muestra compuesta por estudiantes correspondientes a tres países (México, Portugal y España). Este estudio reveló que los/las alumnos/as de Medicina con altos niveles de inteligencia emocional (alta apreciación de emociones propias, alta apreciación de las emociones de otros, alta regulación de las emociones y alto uso de las emociones), pueden incrementar sus niveles de engagement independientemente del país. Sin duda, este resultado

aporta conocimientos acerca de la importancia de un recurso personal, como es la inteligencia emocional, como variable clave para que los estudiantes de Medicina tengan un manejo adecuado de sus emociones en situaciones de estrés.

Respecto al último apartado ("*Un futuro muy presente*") se aporta un avance sobre cómo intervenir desde la Psicología Positiva en estudiantes de Medicina. Sin duda, un paso decisivo en las instituciones sanitarias para fomentar engagement y recursos psicológicos útiles para fomentar la relación médico-paciente.

Implicaciones Prácticas

Desde un punto de vista práctico, esta tesis realizó varias aportaciones. Una de ellas tiene que ver con el estudio de dos conceptos que pueden ser de gran utilidad para la mejora de la salud mental del personal de salud. Ya que se investigaron dos escalas que pueden contribuir al diagnóstico fiable y válido para evaluar tanto aspectos negativos en el trabajo, burnout (MBI-HSS) como aspectos positivos como el engagement (laboral y académico; UWES-9) que pueden ser de gran ayuda, para identificar el nivel de desgaste que tienen y también qué nivel de entusiasmo reportan los/las trabajadores/as de salud, para que este sea un punto de partida para una futura prevención/intervención. En este sentido, se pretende que esta tesis motive la investigación-acción, dirigida a evaluar e intervenir en aspectos positivos en pro de aportar al fomento del estudio del engagement y por extensión de la salud ocupacional en México; recordando que el personal de salud que permanece saludable y "engaged" afronta los estresores en el trabajo de una manera más positiva (Rabin, Matalon, Maoz y Shiber, 2005) y se incrementa el desempeño laboral y la calidad en el servicio que ofrecen a sus pacientes

Capítulo 6: Conclusiones generales

(Hernández, Llorens y Rodríguez, 2014). Finalmente, con los resultados de esta tesis se asentaron las bases para trabajar con programas de intervención en estudiantes de Medicina, y se logró que en la carrera de Medicina de la FES-I, (UNAM) con el apoyo de las autoridades implementaran estrategias para trabajar el capital psicológico de los/las estudiantes, así como los recursos personales (cognitivos y emocionales), como parte de los contenidos del programa de formación en Medicina, para que de esta forma se logre aumentar el entusiasmo académico de los/las estudiantes y mejore su salud mental y la calidad al/la paciente.

A su vez, también los resultados de esta tesis pueden ayudar a los hospitales a promover la salud mental en el personal de salud, en específico entusiasmo laboral. Y desarrollar estrategias de trabajo dirigidas a aumentar el bienestar psicológico y salud mental del personal de salud, otorgando herramientas para hacer frente a las demandas de la organización de salud en la que estos laboran, considerando los tiempos actuales, y el contexto laboral de un país como México, donde el ambiente de las organizaciones suelen ser ambientes tóxicos.

Puntos Fuertes de esta Tesis

Uno de los puntos centrales en esta tesis fue disponer de diferentes muestras del sector de la salud, tanto ocupacionales como pre-ocupacionales, que pertenecían a diferentes países; lo cual permite darle mayor validez a los resultados encontrados. Además, en el capítulo 5, fue un estudio transcultural, que permitió evidenciar que los mismos fenómenos psicológicos, como es la inteligencia emocional y el engagement académico se presentan en los estudiantes de Medicina en tres países diferentes (México, Portugal y España). Otro aporte que tuvo esta tesis fue que se estudió tanto a personal de salud que ya está en activo, es decir inserto en el ámbito laboral, tanto en España y México

Capítulo 6: Conclusiones generales

como en estudiantes de medicina que están en formación con vistas a la prevención u optimización. Además, un valor agregado a la tesis fue la realización del estudio piloto, que permitió avanzar desde la teoría hacia la práctica, mediante el diseño e implementación de intervenciones positivas en estudiantes de Medicina de México.

Así mismo, otro de los puntos a destacar fue el tipo de análisis estadísticos que se realizaron que dio lugar a análisis complejos y diversos: 1) Análisis Factoriales Confirmatorios (CFA), 2) análisis multigrupo (MLG; multiGroup), 3) Análisis de Ecuaciones Estructurales (SEM), 4) análisis booststrapping y 5) Análisis de Regresiones jerárquicas múltiples.

Respecto al instrumento para evaluar las variables del estudio se integro una batería completa desde el enfoque de la Psicología Positiva, con dos versiones una en Español y otra en Portugués. Otro aporte de esta tesis fue utilizar la escala de engagement (entusiasmo laboral), para evaluar al personal de salud en México, pero adicionalmente se desarrolló la escala de engagement académico, es decir la versión para estudiantes. Y con los datos obtenidos de otros países además de México, permitió obtener mayor validez de sus conclusiones en otros contextos que ayuda a una mayor generalización y robustez de los resultados.

Limitaciones e Investigaciones en el Futuro

Pese a las fortalezas que tiene esta tesis, no está carente de algunas limitaciones, algunas de ellas se mencionan a continuación. La primera limitación es que los datos han sido recogidos mediante cuestionarios de autoinforme, lo que podría generar el sesgo de la varianza común. Sin embargo, el test de Harman realizado en los diferentes capítulos empíricos revela que no existió sesgo en la varianza del método común en las bases de datos. La segunda limitación en el

Capítulo 6: Conclusiones generales

caso específico del capítulo 4, es que a pesar de que el referente a la hora de cumplimentar el cuestionario era el grupo/organización, los datos se han tratado a nivel individual considerando la percepción de los/las empleados. En futuros estudios sería interesante incluir la participación de un mayor número de hospitales (al menos 30) para poder replicar los resultados obtenidos agregando las puntuaciones a nivel de equipo u organización dado la relevancia de las unidades de trabajo en los hospitales (Lee y Ko, 2010). En este caso, podrían incluso utilizarse la percepción de los/las supervisores/as o de los propios clientes en cuanto a la calidad de servicio del hospital y explorar efectos e interacciones transnivel mediante análisis multinivel.

Otra limitación en los capítulos empíricos es que se trataron de estudios transversales. En futuros estudios sería interesante incluir diseños longitudinales mediante la recogida de 2 o 3 medidas que permitan establecer relaciones de causa-efecto. A pesar de que se realizó el estudio piloto de intervenciones positivas en estudiantes de Medicina de México, en investigaciones futuras se espera continuar con estudios que permitan avanzar y unir la teoría con la práctica mediante la implantación efectiva de cursos-talleres desde el enfoque de la Psicología Positiva. A partir del estudio piloto se identificaron qué áreas eran necesarias para trabajar con los/las estudiantes en intervenciones posteriores. Así, se identificaron diferentes áreas de oportunidad como por ejemplo, que se incluyan temáticas que también les ayude a mejorar su salud mental como por ejemplo el control de la ansiedad y la depresión. Además, sería interesante utilizar otro tipo de metodologías para siguientes cursos, como puede ser en formato conferencias cuando sean los grupos numerosos, ya que en este grupo del estudio piloto fue una muestra relativamente pequeña (N= 160). Sin embargo, actualmente contamos con grupos que superan los 500 estudiantes con lo cual el trabajo grupal no sería tan efectivo. Quizás en siguientes

Capítulo 6: Conclusiones generales

intervenciones será necesario (1) implementar y probar la efectividad de la intervención mediante estudios experimentales (con grupo intervenido y grupo control o lista de espera) con evaluaciones a lo largo del tiempo (p.e estudios longitudinales); (2) evaluar el impacto real de la intervención centrado en la transferencia a la vida personal y/o profesional de los/las estudiantes de Medicina (Salanova y Llorens, 2016); (3) utilizar quizás una metodología mixta, es decir que se englobe evaluación cuantitativa y cualitativa; y (4) realización de análisis de la información a nivel individual y/o colectivo (Mäkikangas, Schaufeli, Leskinen, Kinnunen, Hyvönen y Feldt, 2016; Martínez, Salanova y Llorens, 2016).

Nota Final

Con la presente tesis se pretendió estimular la investigación-acción dirigida a fomentar la salud ocupacional del personal del sector salud mexicano, en especial de la evaluación-prevención-intervención en burnout y desarrollo de engagement desde el enfoque de la Psicología Positiva y organizaciones HERO. Parece que se aportaron varios elementos positivos en esta tesis, se vio desde un enfoque de malestar, hasta llegar al bienestar de los/las trabajadores/as del sector salud, enfoque novedoso, ya que en México sigue el enfoque tradicional de evaluar únicamente el burnout, por tanto, esta tesis es una evidencia inicial para continuar con diferentes líneas de investigación sobre estos temas que sin duda bien vale el esfuerzo de seguir desarrollando. El personal de salud que busca ayudar a los enfermos, también merecen ser ayudados. Hay que buscar y lograr que la vida del personal de salud florezca (Seligman et al, 2005). Y que tenga mayores niveles de bienestar subjetivo o como se dice coloquialmente lograr que sea feliz. Carr (2007) menciona que a pesar de que el punto fijo de la felicidad

Capítulo 6: Conclusiones generales

está determinado por la genética y el entorno cultural, toda persona tiene la posibilidad de desarrollar aptitudes y organizar su entorno para desarrollar mayor bienestar. En el caso del personal de salud, tenemos que ayudar a que sean conscientes de las situaciones que les causan una profunda satisfacción en su trabajo y también en su vida. Porque el personal médico también son seres humanos con necesidades, como cualquier otra persona por eso habrá que ayudar a que disfruten su trabajo, la vida y todo aquello que mantenga y perdure en pro de su salud mental.

Finalmente, espero que esta tesis pueda ser de ayuda para los/las estudiantes de la UNAM, y otros países. Ya que ellos necesitan de este tipo de estudios de investigación para mejorar su calidad de vida. Espero que las experiencias vertidas en esta tesis se puedan utilizar para continuar el estudio del bienestar personal médico residente (y los que están en formación) y del personal de la salud que ya laboran en el sector salud, porque nuestro bienestar está en sus manos.

Chapter 6

General conclusions

The aim of this thesis has been to extend the knowledge of the study of burnout to its theoretical opposite, i.e., “engagement” (both work and academic), from the perspective of Positive Psychology within a specific context: healthcare personnel. Accordingly, it has dealt with several aspects that emerged from the review of the theory in order to address some gaps that existed with regard to applied research (**Chapter 1**). To do so, it was necessary to identify the current “state of the art” of burnout and engagement both in Mexico and around the world, and more specifically in the healthcare sector and among healthcare personnel and medical students from different countries (Mexico, Portugal, and Spain).

One of the points dealt with in the theory is the need to have instruments that make it possible to evaluate burnout and engagement, and hence one of the first objectives of this thesis was to study the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory–Human Services (MBI-HSS) scale among healthcare personnel in Mexico (**Chapter 2**). Another aim was to validate the UWES scale, which is used to identify work engagement in healthcare personnel in Mexico. To this end, two versions (UWES-9 and UWES-15) were reviewed in two important Mexican healthcare institutions: the *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS) and the *Secretaría de Salud* (SS, CDMX) (**Chapter 3**). Then, the mechanisms underlying the psychological process that exists between the antecedents of engagement and its consequences were highlighted.

Chapter 6: General Conclusions

In this way, the role of the positive affect and work engagement as mediators between efficacy beliefs and quality of service was analyzed (assessed through performance, commitment, and perceived quality) in healthcare personnel at a hospital in the Valencian Community in Spain. In order to do this, a theoretical framework was used, namely, the *Healthy and Resilient Organization Model* (HERO; Salanova, et al., 2012), and an added value is that in this research the study of work engagement was evaluated at the collective level (**Chapter 4**). The results allowed us to identify the fact that when personal resources exist, either at the individual or group level, engagement is developed in healthcare professionals. This provided us with evidence of the power of personal resources, whether cognitive and/or emotional, to favor the development of engagement, which led us to the development of Chapter 5. This research was carried out in pre-occupational samples of the healthcare sector (medical students) from different countries (Mexico, Portugal, and Spain) with the aim of studying the power of Emotional Intelligence (EI, understood as the capacity, competence, and ability that influences the capacity of healthcare personnel to succeed and to cope with environmental demands and pressures) in the development of engagement. The study of EI among the medical students showed that it is a key skill for the well-being of professionals and for the care of patients.

Higher levels of EI make a positive contribution to the doctor-patient relationship, increase empathy, teamwork, and communication skills, and improve stress management, organizational commitment, and leadership (**Chapter 5**).

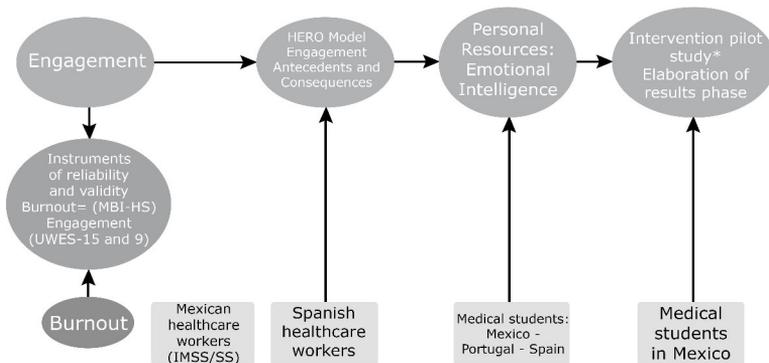
Finally, there is a section which I have entitled "*A very present future*", which shows the contributions that the results of this thesis are currently having in the healthcare sector in Mexico. It offers a preliminary overview of a positive intervention that has been carried out

Chapter 6: General Conclusions

among Mexican medical students with the aim of understanding, predicting, and optimizing their personal resources, strengths, and talents. The more specific objectives of this pilot study were to intervene in the psychological capital of the students in order to increase their emotional resources so that they could see how their levels of engagement, as well the levels of academic, personal, and professional performance, all improved. This final section endorses the continuity of the thesis and the applicability that the different chapters are having at a professional level (**A very present future!**).

The figure below shows the aspects dealt with in the thesis in graphic form.

Figure 1. Research model in multiple samples



The theoretical and practical implications and strengths, as well as limitations and recommendations for future research (some of which have already been implemented), are presented in the following.

Main Findings and Theoretical Implications

One theoretical strength of this thesis is that it is based on the combination and integration of both negative and positive aspects of the work of healthcare personnel (students and professionals). This has made it possible to contribute to the development of the knowledge of two constructs that have been studied around the world and in other collectives but which, in Mexico, required more research. This is why this doctoral thesis was started with the objective of answering different research questions.

The first question *What is known about burnout and engagement?* describes the state of the art of the two constructs in general and more specifically among healthcare personnel. The literature reported around the world shows the relevance of burnout, although little research has been conducted in Latin America and Mexico. However, even less is known empirically about its theoretical opposite – work engagement – and less still in healthcare professionals (and medical students). So the review that was performed offered an overview of the main models, measures, and instruments which can be used to evaluate both constructs in healthcare personnel. And this led us to answer the research question *What is the factorial structure of burnout in Mexico's healthcare personnel?* In this regard, from the analyses that were performed, it was found that the instrument called the Maslach Burnout Inventory-Human Services (MBI-HSS) scale can be used in Mexico, in healthcare personnel. According to the analyses, the psychometric properties of the instruments are adequate to evaluate burnout in healthcare personnel. Regarding the question *What is the factorial structure of burnout in Mexico's healthcare personnel?*, the results showed that there are three dimensions of burnout in Mexico's healthcare personnel, as evaluated with the MBI-HSS: (1) Emotional exhaustion, (2) Depersonalization, (3) Low personal achievement.

Chapter 6: General Conclusions

With regard to the research questions: *What is the factorial structure of engagement in Mexico's healthcare personnel? And can the engagement of Mexican healthcare personnel be measured in a valid and reliable way on a short scale?* the results allow us to conclude that in Mexico there is evidence that work also generates positive aspects in workers, such as engagement. To confirm this, it was evaluated with two scales, the short version UWES-9, and the original version UWES-15. It should be noted that the fit indices of the short scale (UWES-9) were significantly better than those obtained for the long version, even when the samples were analyzed simultaneously. And as expected, the UWES-9 short-scale structure was tridimensional, that is, in order to conduct these research studies to evaluate engagement in Mexico it is better to use the UWES-9 scale, with its respective dimensions: (1) vigor, (2) dedication, and (3) absorption.

Another theoretical implication, with regard to work engagement in the context of healthcare personnel was the fact of having identified: *How can engagement and quality of service increase among healthcare personnel?* In order to answer this question engagement antecedents were analyzed, which in this case were personal resources (efficacy beliefs and positive affect), together with the consequences in terms of quality of service in groups of healthcare professionals in Spain. This was accomplished using the HERO model (Healthy & Resilient Organizations; Salanova, et al., 2012) as the theoretical model. HERO is focused on the well-being and full development of the potential of the person in his or her work environment, with emphasis on the importance of the global assessment of psychosocial factors. Thus, it covers not only the risks in work environments, or what is not functional in the work, but also the positive aspects of work, the functional things, but which can nevertheless be improved (Libano, Llorens, Salanova, & Schaufeli, 2012;

Chapter 6: General Conclusions

Salanova, Martínez, & Llorens, 2014; Salanova, Llorens, & Martínez, 2016).

This was undoubtedly a new approach, because it involved work teams and the HERO model, both of which are very novel aspects in Mexico. Therefore, at a theoretical level, the present study has extended the research on the mediating role of positive affect and teamwork engagement in their relationship between efficacy beliefs and quality of service, evaluated by three indicators (performance, commitment, and perceived quality) in an inaccessible context like the healthcare sector. Second, this thesis has contributed to the study of engagement by analyzing its antecedents at a personal resources level as well as its consequences at the level of quality of service with patients. In addition to the personal resources at the cognitive level (evaluated by efficacy beliefs), indicators of positive affect have also been expanded by including elements such as optimism and resilience, which were not present in previous studies on the subject (Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2011).

Finally, one of the important contributions of the thesis was to answer the research question *What is the relationship between Emotional Intelligence and Work Engagement and/or Academic Engagement among medical students?* in a sample composed of students from three countries (Mexico, Portugal, and Spain). This research revealed that medical students with high levels of Emotional Intelligence (high appreciation of their own emotions, high appreciation of others' emotions, high regulation of emotions, and high use of emotions) can increase their levels of engagement regardless of their country of origin. Undoubtedly, this result provides knowledge about the importance of a personal resource, such as EI, as a key variable for medical students to have an adequate management of their emotions in situations of stress.

Chapter 6: General Conclusions

With regard to the last section (“A very present future”), an advance is made on how to intervene from Positive Psychology in medical students. This is undoubtedly a decisive step in the healthcare institutions allowing them to foment engagement and useful psychological resources to foster the doctor-patient relationship.

Practical Implications

From a practical point of view, this thesis has made several contributions. One of them has to do with the research on two concepts that can be very useful for improving the mental health of healthcare personnel, since two scales were investigated that can contribute to the reliable and valid diagnosis of both negative aspects at work, such as burnout (MBI-HSS), and positive aspects, like engagement (work and academic, UWES-9). These scales can be of great help to identify their level of burnout and also what level of engagement the healthcare workers claim to have, so that this will mark the starting point for future prevention/interventions. In this sense, this thesis is intended to motivate action research, aimed at evaluating and intervening in positive aspects in order to contribute to the promotion of the study of engagement and, by extension, of occupational health in Mexico, bearing in mind that healthcare workers who remain healthy and engaged cope with the stressors at work in a very positive way (Rabin, Matalon, Maoz, & Shiber, 2005) and increase their work performance and the quality of service they offer to their patients (Hernández, Llorens, & Rodríguez, 2014). Finally, with the results of this thesis, the foundations were established for working with intervention programs in medical students. Another positive result is that in the medical degree of the FES-I (UNAM), with the support of the authorities, strategies will be implemented to work on the psychological capital of the students, as well as their

Chapter 6: General Conclusions

personal (cognitive and emotional) resources, as part of the contents of the medical training program. This will increase students' academic engagement and improve their mental health and the quality of the service delivered to the patient.

The results of this thesis can also help hospitals to promote mental health in healthcare personnel, specifically in terms of work engagement, as well as being of use in developing work strategies aimed at increasing the psychological well-being and mental health of healthcare personnel. This would be achieved by providing tools to meet the demands of the healthcare organization in which they work, taking into account the current situation and the work context of a country like Mexico, where the environment of organizations tends to be toxic environments.

Strong Points of this Thesis

One of the central points in this thesis was having access to different samples from the healthcare sectors, both occupational and pre-occupational, of different countries, which allows greater validity to be conferred on the results. Moreover, in Chapter 5, it was a cross-cultural research that provided evidence that the same psychological phenomena, Emotional Intelligence and Academic Engagement, are present in medical students in three different countries (Mexico, Portugal, and Spain). Another contribution of this thesis was that it studied both active healthcare personnel, who are already working in a professional setting in Spain and Mexico, and medical students who are in training, with a view to future prevention and optimization.

A further added value of this thesis was conducting the pilot research, which made it possible to move from theory to practice,

Chapter 6: General Conclusions

through the design and implementation of positive interventions in medical students in Mexico.

Likewise, another highlight was the type of statistical analyses that were performed and which resulted in complex and diverse analyses: 1) Confirmatory Factorial Analysis (CFA), 2) Multigroup Analysis (MLG), 3) Structural Equations Analysis (SEM), 4) Bootstrapping Analysis, and 5) Multiple Hierarchical Regressions Analysis.

With regard to the instruments for evaluating the research variables, a complete battery was integrated from the Positive Psychology approach, with two versions, one in Spanish and one in Portuguese. Another contribution of this thesis was the use of the engagement scale to evaluate the healthcare personnel in Mexico, but the academic engagement scale (in other words, the student version) was also further developed. With the data obtained from other countries besides Mexico, greater validity of its conclusions in other contexts was obtained, which helps confer the findings with greater generalization and robustness.

Limitations and Future Research

Despite the strengths of this thesis, it is not without its limitations, some of which are mentioned in the following. The first limitation is that the data were collected through self-report questionnaires, which could give rise to common variance bias. However, the Harman test performed in the different empirical chapters reveals that there was no bias in the common method variance in the databases. The second limitation in the specific case of Chapter 4 is that although the reference when answering the questionnaire was the group/organization, the data have been treated on an individual level considering the perception of the employees. In future research, it would be interesting to include the

Chapter 6: General Conclusions

participation of a greater number of hospitals (at least 30) in order to be able to replicate the results obtained by adding scores at a team or organization level, given the relevance of work units in hospitals (Lee & Ko, 2010). In this case, the perception of the supervisors or clients themselves regarding the hospital's quality of service and the exploration of cross-level effects and interactions through multilevel analysis could even be used.

Another limitation in the empirical chapters is that these were cross-sectional studies. In future studies it would be interesting to include longitudinal designs by collecting two or three measures to establish cause-effect relationships. Although the pilot study of positive interventions was conducted with Mexican medical students, in future research we expect to continue with studies that allow us to advance and unite theory with practice through the effective implementation of workshop-courses from the Positive Psychology approach. The pilot study made it possible to identify the areas in which it is necessary to work with students in subsequent interventions. In this way, different areas offering new opportunities were identified, such as the inclusion of topics that also help them to improve their mental health, like anxiety and control of depression. In addition, it would be interesting to use other methodologies for future courses, such as conference formats, when the groups are numerous, since this group was relatively small in the pilot study ($N=160$). However, we currently have groups that exceed 500 students, which means that teamwork would not be effective. Perhaps, in subsequent interventions it would be necessary to: (1) implement and test the effectiveness of the intervention through experimental studies (with an intervened group and a control group or waiting list) with assessments over time (e.g., longitudinal studies); (2) evaluate the real impact of the intervention focusing on its transfer to the personal and/or professional life of medical students (Salanova &

Chapter 6: General Conclusions

Llorens, 2016); (3) perhaps use a mixed methodology, that is to say, one that includes quantitative and qualitative evaluation; and (4) analysis of information at an individual and/or collective level (Makikangas, Schaufeli, Leskinen, Kinnunen, Hyvonen, & Feldt, 2016; Martínez, Salanova, & Llorens, 2016).

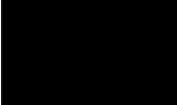
Final Note

This thesis was intended to stimulate action-research aimed at promoting the occupational health of Mexican healthcare sector personnel, especially evaluation-prevention-intervention in burnout and development of engagement from the perspective of Positive Psychology and HERO organizations. It seems that several positive elements have been contributed by this thesis: it has covered the transition from a discomfort approach to the well-being of the healthcare sector workers. This is a novel approach, since in Mexico the traditional approach of only evaluating burnout continues today, and therefore this thesis represents preliminary evidence to continue with different lines of research on these topics, which are undoubtedly worthwhile developing further. Healthcare workers that strive to help sick people also deserve to be helped. It is necessary to search for ways to make the life of healthcare personnel flourish (Seligman, et al., 2005), and to attain higher levels of subjective well-being, or as colloquially stated, to allow them to be happy. Carr (2007) mentions that although the hub of happiness is determined by genetics and the cultural environment, everyone has the possibility to develop skills and organize his or her surroundings in such a way as to develop greater well-being. In the case of healthcare personnel, we have to help them to be aware of the situations that provide them with deep satisfaction in their work and also in their life. Doctors are also human beings with needs, just like anybody else, and that is why we have to

Chapter 6: General Conclusions

help them enjoy their work, life, and everything that contributes to maintain their mental health and to make it long lasting.

Finally, I hope that this thesis can be of help to students at the UNAM as well as students in other countries, as they need this kind of research studies to improve their quality of life. I also hope that the experiences expressed in this thesis can be used to continue with the research on the well-being of resident doctors (and those in training) and healthcare personnel who are already working in the healthcare sector, because our own well-being is in their hands.



Resumen

Summary

Resumen

El burnout también conocido como síndrome del quemado, se convirtió en un tema de interés hace más de 35 años (desde 1974), cuando un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos. Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la palabra burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”), como una metáfora que describe un estado de agotamiento similar a un fuego que se sofoca, una pérdida de energía que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso (Salanova y Llorens, 2008).

Más tarde, se estudió el burnout de manera científica y lo definieron como un estado de malestar persistente relacionado con el trabajo, caracterizado por las dimensiones de agotamiento, cinismo y reducción de la eficacia profesional. El agotamiento se refiere al drenaje de la energía emocional y los sentimientos de fatiga crónica. El cinismo describe tener una actitud distante y negativa hacia el trabajo, y la eficacia profesional reducida se refiere a la creencia de que uno/una ya no es efectivo/a en el cumplimiento de las responsabilidades de un trabajo. Se supone que estas dimensiones son consecuencias negativas del estrés laboral crónico (Maslach y Leiter, 2016).

Por tanto, es un fenómeno relacionado con el trabajo y sus síntomas se observan en individuos “normales” y no patológico. Existe un decremento en la efectividad, el desempeño laboral debido a las actitudes negativas y conductas que implica, y por tanto afecta a la productividad (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes, 2014).

Resumen

Si bien han pasado 40 años desde estos primeros estudios, podemos decir que desafortunadamente esta problemática continúa en el punto de mira. En una búsqueda (actualizada a 20 de marzo de 2017) del síndrome de burnout en un buscador como 'Google' nos arroja cerca de 45.900.000 resultados (1.03 segundos). De la misma manera, en la base 'Pubmed', una de las bases de datos más importantes de Medicina, se reportan 11.335 resultados si proporcionamos la palabra clave 'burnout'. Atendiendo al 'buscador de la biblioteca de la Universitat Jaume I' se revelan un total de 97.351 resultados, mientras que en la base científica 'PsycNet' (antes 'Psycinfo') se obtiene un resultado de 10.518 publicaciones de los cuales 778 se han publicado entre 2016 y 2017.

De manera, que es necesario continuar con la investigación del síndrome de burnout, pero también es conveniente estudiar la otra vertiente, es decir, el engagement, su teóricamente opuesto. La investigación necesita centrarse en realizar intervenciones que permitan evitar el estrés, burnout y depresión. En los últimos años, se ha venido produciendo un cambio en la investigación en Psicología, que evidencia una tendencia a abordar las variables positivas y preventivas en lugar de los aspectos negativos y patológicos que tradicionalmente se estudian (Simonton y Baumeister, 2005). Donde se pone un marcado énfasis en estudiar los aspectos positivos del funcionamiento humano y social tratando temas de contenido positivo como las emociones positivas y las fortalezas del carácter (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Es por esta razón que la presente tesis doctoral aborda tanto el estudio del burnout como su teóricamente opuesto: el engagement (que en México adopta el nombre de "entusiasmo laboral"). Se estudia en una población muy específica: el personal de salud, con el objetivo de conocer y actuar sobre la realidad psicosocial de esta profesión desde una perspectiva integral (aspectos negativos del trabajo como aspectos

Resumen

positivos). A nivel científico, el estudio del burnout y del engagement es importante, por tanto también lo son las implicaciones prácticas de los resultados para el contexto laboral en el que trabaja el personal de la salud.

Para esto fue necesario revisar el “estado del arte” del burnout y engagement en el mundo, Latinoamérica y México, y concretamente en el sector salud. Específicamente en profesionales y estudiantes de Medicina en diferentes países (México, Portugal y España). Así mismo, se atendió a varios aspectos que surgieron de la revisión teórica, con el fin de abordar algunos vacíos que existían con respecto a la investigación-aplicada (Capítulo 1). Uno de los puntos que se aborda en la teoría, es la necesidad de contar con instrumentos que permitan evaluar burnout y engagement, de ahí que uno de los primeros objetivos de esta tesis, fue estudiar las propiedades psicométricas de la escala Maslach Burnout Inventory –Human Services (MBI-HSS) en México en personal de salud (Capítulo 2). Y la validación de la escala UWES, la cual se utiliza para identificar el “entusiasmo laboral” en profesionales de salud en México. Para ello, se revisaron las dos versiones: (1) UWES-9, y (2) UWES-15 en dos instituciones importantes del sector salud en México; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Secretaría de Salud (SS, CDMX) (Capítulo 3). En esta tesis se utilizaron estas escalas para evaluar el engagement (entusiasmo laboral), para evaluar al personal de salud en México, pero adicionalmente se desarrolló la escala de entusiasmo académico, es decir la versión para estudiantes. Y con los datos obtenidos de otros países además de México, permitió obtener mayor validez de sus conclusiones en otros contextos ayuda a una mayor generalización y robustez de los resultados.

A continuación, se hizo hincapié en los mecanismos subyacentes del proceso psicológico que existe entre antecedentes del engagement y las consecuencias, de manera que se analizó el papel mediador de los

Resumen

afectos positivos y el engagement en el trabajo entre creencias de eficacia y calidad de servicio (desempeño, compromiso, calidad percibida) en el personal de salud en un hospital de la Comunidad Valenciana. Para ello se utilizó un marco teórico de referencia, el *Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (HERO; Salanova et al., 2012)* y un valor agregado es que en este estudio se evaluó el estudio del engagement en el trabajo a nivel colectivo (Capítulo 4). Y con estos resultados se identificó que cuando existen recursos personales ya sea a nivel individual o grupal, se desarrolla engagement en los/las profesionales de la salud. Estos resultados dieron evidencia al poder de los recursos personales, ya sean cognitivos y/o emocionales para favorecer el desarrollo del engagement. Y dio pie al estudio 5 llevado a cabo en muestras pre-ocupacionales de diferentes países (México, Portugal y España) donde se estudia el poder de la inteligencia emocional (IE) entendida como la capacidad, competencia y habilidad que influye en la capacidad que el personal de salud tiene para tener éxito y hacer frente a las demandas y presiones ambientales. La investigación de IE en personal de salud y específicamente en los/las estudiantes de Medicina, mostró que es una habilidad importante para el cuidado de los/las pacientes. Los niveles más altos de IE contribuyen positivamente a la relación médico-paciente, aumenta la empatía, el trabajo en equipo y las habilidades de comunicación, se mejora la gestión del estrés y el compromiso con la institución de salud.

Finalmente, se presenta una propuesta (estudio piloto) diseñada bajo la perspectiva desde la Psicología Positiva para desarrollar el bienestar psicológico (i.e., engagement e inteligencia emocional) y el desempeño en estudiantes de Medicina, concretamente en estudiantes de la carrera de Médico Cirujano en la FES-I de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Esta intervención fue un curso-taller que se elaboró para incrementar los recursos emocionales de estudiantes de

Resumen

Medicina, es decir, intervenir en el capital psicológico, para que los alumnos mejoraran sus habilidades y recursos psicológicos, que utilizan para realizar sus tareas y mejorar el engagement, su desempeño académico, personal y profesional. Por tanto, el objetivo fue comprender, predecir y optimizar las fortalezas y talentos de los estudiantes de Medicina (*"Un futuro muy presente"*).

Por tanto, desde un punto de vista práctico, esta tesis realizó varias aportaciones. Una de ellas tiene que ver con el estudio de dos conceptos que pueden ser de gran utilidad para la mejora de la salud mental del personal de salud. Ya que se investigaron dos escalas que pueden contribuir al diagnóstico fiable y válido para evaluar tanto aspectos negativos en el trabajo, burnout (MBI-HSS) como aspectos positivos como el entusiasmo laboral y académico, (UWES-9) que pueden ser de gran ayuda, para identificar el nivel de desgaste que tienen y también qué nivel de entusiasmo reportan los/las trabajadores/as de salud, para que este sea un punto de partida, para realizar prevención/intervención. Y de esta forma aumentar la calidad de vida laboral de estos profesionales.

En este sentido, se pretende que esta tesis motive la investigación-acción, dirigida a evaluar e intervenir en aspectos positivos en pro de aportar al fomento del estudio del entusiasmo laboral y por extensión de la salud ocupacional en México, recordando que el personal de salud que permanece saludable y "entusiasmado" afronta los estresores en el trabajo de una manera más positiva (Rabin, Matalon, Maoz y Shiber, 2005) y se incrementa su desempeño laboral y la calidad en el servicio que ofrecen a sus pacientes (Hernández, Llorens y Rodríguez, 2014).

Con los resultados de esta tesis, se asentaron las bases, para trabajar con programas de intervención en alumnos de medicina, y se logro que en la carrera de medicina de la FES-I, (UNAM) con el apoyo

Resumen

de las autoridades implementaran estrategias para trabajar el capital psicológico de los alumnos, así como los recursos personales (cognitivos y emocionales) de los/las estudiantes, como parte de los contenidos del programa de formación en Medicina, para que de esta forma se logre aumentar el entusiasmo académico de los estudiantes y mejore su salud mental.

Con respecto a los profesionales de la salud que ya están insertos en el ambiente hospitalario, los resultados de esta tesis pueden ayudar a los hospitales a promover la salud mental en el personal de salud. Y desarrollar estrategias de trabajo dirigidas a aumentar el bienestar psicológico y salud mental del personal de salud, otorgando herramientas para hacer frente a las demandas de la organización de salud en la que estos laboran, considerando los tiempos actuales, y el contexto laboral de un país como México, donde el ambiente de las organizaciones suelen ser ambientes tóxicos.

Con la presente tesis se pretendió estimular la investigación-acción dirigida a fomentar la salud ocupacional del personal del sector salud mexicano, en especial de la evaluación-prevención-intervención en burnout y desarrollo de engagement. Desde el enfoque de la Psicología Positiva y organizaciones HERO, un enfoque novedoso, ya que en México sigue el enfoque tradicional de evaluar únicamente el burnout, por tanto, esta tesis es una evidencia inicial para continuar con diferentes líneas de investigación sobre estos temas que sin duda bien vale el esfuerzo de seguir desarrollando.

El personal de salud que busca ayudar a las personas enfermas, también merecen ser ayudados. Hay que buscar y lograr que la vida del personal de salud florezca, (Seligman et al, 2005). Y que tenga mayores niveles de bienestar subjetivo o como se dice coloquialmente lograr que sea feliz. Carr (2007) menciona que a pesar de que el punto fijo de la felicidad está determinado por la genética y el entorno cultural, toda

Resumen

persona tiene la posibilidad de desarrollar aptitudes y organizar su entorno para desarrollar mayor bienestar. En el caso del personal de salud, tenemos que ayudar a que sean conscientes de las situaciones que les causan una profunda satisfacción en su trabajo y también en su vida. Porque el personal médico también son seres humanos con necesidades, como cualquier otra persona por eso habrá que ayudar a que disfruten su trabajo, la vida y todo aquello que mantenga y perdure en pro de su salud mental.

Finalmente, espero que esta tesis pueda ser de ayuda para los/las alumnos/as de la UNAM, y otros países. Ya que ellos necesitan de este tipo de estudios de investigación para mejorar su calidad de vida. Espero que las experiencias vertidas en esta tesis se puedan utilizar para continuar el estudio del bienestar de los/las médicos residentes (y los que están en formación) y del personal de la salud que ya laboran en el sector salud, porque nuestro bienestar está en sus manos.

Summary

Burnout syndrome became a topic of interest over 40 years ago (since 1974), when a psychiatrist called Herbert Freudenberger was working as a voluntary assistant at New York's Free Clinic for drug addicts. After observing the homogeneous pattern of behavior among those being treated at the clinic, he coined the term "burnout", as a metaphor describing a state of exhaustion similar to a smoldering fire, to refer to the loss of energy resulting from the effects of the chronic consumption of toxic substances of abuse (Salanova & Llorens, 2008).

Later, burnout was studied in a scientific way and it was defined as a state of work-related persistent discomfort characterized by exhaustion, cynicism, and decreased professional efficacy. Exhaustion refers to the draining of emotional energy and the feeling of chronic fatigue. Cynicism describes having a distant and negative attitude towards work, and reduced professional efficacy refers to the belief that someone is not effective in carrying out the duties and responsibilities of a job. It is supposed that these dimensions are negative consequences of chronic work stress (Maslach & Leiter, 2016).

It is a work-related non-pathological phenomenon and its symptoms are also observed in "normal" individuals. There is a decrease in the effectiveness of work performance due to the negative attitudes and behaviors it entails, and thus productivity is also affected (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, & Placencia-Reyes, 2014).

Although 40 years have passed since those first studies, unfortunately we can say that this problem remains in the spotlight. A search (updated on March 20, 2017) for burnout syndrome in a search engine like "Google" gives us about 45,900,000 results (1.03 seconds). In the same way, in the database "Pubmed", one of the most important medical databases, 11,335 results are returned if we use the key word

Summary

“burnout”. Using the “Universitat Jaume I library search engine” we get a total of 97,351 hits, while in the scientific base “PsycNet” (formerly “Psycinfo”) 10,518 publications are obtained, of which 778 have been published between 2016 and 2017.

Thus, it is necessary to continue to research burnout syndrome, but it is also advisable to study the other side, that is, its theoretical opposite, engagement. Research needs to focus on interventions to avoid stress, burnout, and depression. In recent years, there has been a shift in psychological research toward a tendency to address positive and preventive variables instead of the negative and pathological aspects that have traditionally been studied (Simonton & Baumesiter, 2005). This new approach places strong emphasis on studying the positive aspects of human and social functioning by addressing positive content such as positive emotions and character strengths (Seligman & Csikszentimihalyi, 2000).

It is for this reason that the present doctoral thesis addresses both the research of burnout and its theoretical opposite: engagement. The study was conducted in a very specific population, healthcare workers, with the aim of knowing and acting upon the psychosocial reality of this profession from an integral perspective, that is, both the negative and the positive aspects of work. At the scientific level, the study of burnout and engagement is important, and so are the practical implications of the results for the labor context in which healthcare professionals work.

It was therefore necessary to review the “state of the art” of burnout and engagement in the world, Latin America and Mexico, and more particularly in the healthcare sector. Within this area, the specific population chosen for study consisted of professionals and medical students from different countries (Mexico, Portugal, and Spain). Likewise, several aspects that emerged from the theoretical review were taken

Summary

into account, with the aim of addressing some of the gaps that existed regarding applied research (Chapter 1). One of the points dealt with in the theoretical aspect is the need to have access to instruments that allow the evaluation of burnout and engagement, and hence one of the first objectives of this thesis was to study the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory – Human Services (MBI-HSS) scale in healthcare workers in Mexico (Chapter 2). Another aim was the validation of the UWES scale, which is used to identify engagement in Mexican healthcare professionals. To do so, two versions, UWES-9 and UWES-15, were reviewed in two important institutions in the Mexican healthcare sector: the *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS) and the *Secretaria de Salud* (SS, CDMX) (Chapter 3). In this thesis, these scales were used to evaluate engagement in healthcare workers in Mexico, but additionally the academic engagement scale was developed, that is to say, the version for students. The addition of data obtained in other countries besides Mexico enhanced the validity of the conclusions in other contexts, which in turn helps increase the generalization and robustness of the results.

The next step was to emphasize the mechanisms underlying the psychological process that exists between the antecedents of engagement and its consequences, in order to analyze the mediating role of positive affect and work engagement between efficacy beliefs and quality of service (performance, commitment, perceived quality) in healthcare workers in a hospital in the Valencian Community. For this purpose, a theoretical reference framework was used, the Healthy & Resilient Organizations model (HERO; Salanova et al., 2012) and an added value in this research was that work engagement was evaluated in work at the collective level (Chapter 4). These results enabled us to identify the fact that when personal resources exist at an individual or group level, engagement is developed in healthcare workers. These

Summary

results provided evidence of the power of both cognitive and/or emotional personal resources to favor the development of engagement. This in turn gave rise to Study 5, which was carried out in pre-occupational samples from different countries (Mexico, Portugal, and Spain) and in which the power of Emotional Intelligence (EI) is studied. Here, EI is understood as the capability, competence, and skill that influence the capacity of healthcare workers to be successful and cope with the environmental demands and pressures. The study of EI in healthcare workers, and specifically in medical students, showed that it is an important skill for the proper care of patients. Higher levels of EI make a positive contribution to the doctor-patient relationship, increase empathy, and teamwork and communication skills, and improve stress management and engagement with the healthcare institution.

Finally, a proposal (pilot study) is presented that was designed from the Positive Psychology approach to enhance psychological well-being (e.g., engagement and emotional intelligence) and medical students' performance, specifically in students in the degree in medicine (FES-I) at the *Universidad Nacional Autónoma de México* (UNAM). This intervention was a workshop-course that was designed to increase the emotional resources of medical students. That is to say, the aim was to intervene in their psychological capital, so that the students could improve the skills and psychological resources that they use to perform their tasks and improve engagement, and their academic, personal, and professional performance. The objective was therefore to understand, predict, and optimize the strengths and talents of medical students ("*A very present future*").

Thus, from a practical point of view, this thesis has made several contributions. One of them has to do with the study of two concepts that can be of great use to improve the mental health of healthcare workers, and consists in the exploration of two scales that

Summary

can help reach a reliable and valid diagnosis of both negative aspects at work, such as burnout (MBI-HSS), and positive aspects, like work and academic engagement (UWES-9). These scales can be an invaluable aid to identify the level of burnout and also the level of engagement reported by healthcare workers, thereby acting as a starting point for prevention/intervention, and thus increasing the quality of the working life of these professionals.

In this way, this thesis aims to motivate action-research, directed toward evaluating and intervening in positive aspects so as to therefore contribute to foster research on work engagement and, by extension, occupational health in Mexico. At the same time, it also underlines the fact that healthcare workers who remain healthy and “engaged” face stressors at work in a more positive way (Rabin, Matalon, Maoz, & Shiver, 2005) and increase their work performance and the quality of the service that is offered to their patients (Hernández, Llorens, & Rodríguez, 2014).

The results of this thesis were used to establish the bases with which to work with intervention programs in medical students. In addition, they also allowed us to introduce, with the backing of the authorities, strategies for working on the psychological capital of students in the medical degree of FES-I, (UNAM), as well as their personal (cognitive and emotional) resources, as part of the contents of the medical training program. As a result, students’ academic engagement is increased and their mental health improved.

With regard to healthcare professionals who are already working in the hospital setting, the results of this thesis can help these institutions to promote mental health among healthcare workers. They can also be used to develop work strategies directed toward increasing the psychological well-being and mental health of healthcare workers by providing tools to help them cope with the current demands of the

Summary

healthcare organization in which they work, bearing in mind the current situation and the working context of a country like Mexico, where the environment in organizations is usually a toxic environment.

One of the aims of the present thesis was to stimulate action-research directed toward fostering the occupational health of healthcare workers in the Mexican healthcare sector, especially as regards the evaluation-prevention-intervention of burnout and the development of engagement. This goal was to be based on Positive Psychology and the more novel HERO organizations approach, since only the traditional approach to evaluating burnout is currently employed in Mexico. This thesis therefore represents preliminary evidence to continue with different lines of research on these topics, which are undoubtedly worthwhile developing further.

Healthcare workers who strive to help sick people also deserve to be helped. It is necessary to search for ways to make the life of healthcare personnel flourish (Seligman, et al., 2005), and to attain higher levels of subjective well-being, or as colloquially stated, to allow them to be happy. Carr (2007) mentions that although the hub of happiness is determined by genetics and the cultural environment, everyone has the possibility to develop skills and organize his or her surroundings in such a way as to develop greater well-being. In the case of healthcare personnel, we have to help them to be aware of the situations that provide them with deep satisfaction in their work and also in their life. Doctors are also human beings with needs, just like anybody else, and that is why we have to help them enjoy their work, life, and everything that contributes to maintain their mental health and to make it long lasting.

Finally, I hope that this thesis can be of help to students at the UNAM as well as students in other countries, as they need this kind of research studies to improve their quality of life. I also hope that the

Summary

experiences expressed in this thesis can be used to continue with the research on the well-being of resident doctors (and those in training) and healthcare personnel who are already working in the healthcare sector, because our own well-being is in their hands.

Referencias

Referencias

- Abbad, G., y Vaz Torres., C. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia, 7*, 19-29.
- Ablett, J. R., y Jones, R. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology, 16*, 733-740.
- Achor, S. (2010). *The Happiness Advantage: The seven principles of positive psychology that fuel success and performance at work*. New York, NY US: Crown Business/Random House.
- Ackley, D. (2016). Emotional intelligence: A practical review of models, measures, and applications. *Consulting Psychology Journal: Practice And Research, 68*(4), 269-286. doi:10.1037/cpb0000070.
- Acosta, H., Salanova, S., y Llorens S. (2012). ¿Cómo predicen las prácticas organizacionales el engagement en el trabajo en equipo?: El rol de la confianza organizacional. *Ciencia y Trabajo, 13*, 125-134. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/v2/index.html>.
- Acosta, H., Torrente, P., Llorens, S., y Salanova, M. (2013). Prácticas organizacionales saludables: un análisis exploratorio de su impacto relativo sobre el engagement con el trabajo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social, 2*(1), 107-120.
- Admasachew, L., y Dawson, J. (2011). The association between presenteeism and engagement of National Health Service staff. *Journal of Health Services Research & Policy, 16* (1), 29 - 33. doi:10.1258/jhsrp.2010.010085
- Akaike, H. (1987). Factor Analysis and AIC. *Psychometrika, 52*, 317-332. doi: 10.1007/BF02294359

- Arbuckle, J.L. (2003). *Amos 5.0 update to the amos user's guide*. SmallWaters, Chicago. Illinois, USA.
- Arora, S., Russ, S., Petrides, K. V., Sirimanna, P., Aggarwal., R., y Darzi., A.(2011). Emotional intelligence and stress in medical students performing surgicaltasks. *Academic Medicine*, 86, 1311–1317. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0b013e31822bd7aa>
- Avey,J., Wernsing, T., y Luthans, F. (2008). Can Positive Employees Help Positive Organizational Change? Impact of Psychological Capital and Emotions on Relevant Attitudes and Behaviors". *The Journal of Applied Behavioral Science* 44. (1) (March 2008). 48-70. Recuperado de <http://digitalcommons.unl.edu/managementfacpub>
- Avia, M.D., y Vázquez, C. (2011). *Optimismo Inteligente*. (2da. Edición). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Bakker, A. B. (2011). An evidence-based model of work engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 265–269. <http://dx.doi.org/10.1177/0963721411414534>.
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L., y Leiter, M. P. (2011). 'Work engagement: Further reflections on the state of play', *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20: 1, 74-88. doi: 10.1080/1359432X.2010.546711
- Bakker, A. B., Demerouti, E., y Schaufeli, W. B. (2005). Crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations*, 58, 661-689.
- Bakker, A. B., Le Blanc., P. y Schaufeli., W. B. (2005). Burnout Contagion Among Intensive Care Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287.

- Bakker, A. B., Van Emmerik., H., y Euwema, M. C. (2006). Crossover of burnout and engagement in work teams. *Work and Occupations, 33*, 464-489.
- Bakker, A. B., y Bal, P. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*, 189-206.
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309-328.
- Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International, 13*, 209-223.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., y Xanthopoulou, D. (2011). ¿Cómo los Empleados Mantienen su Engagement en el Trabajo? *Ciencia y trabajo.41* 135-142. Recuperado de http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_262.pdf.
- Bakker, A.B., y Leiter, M.P. (Eds.) (2010). *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press.
- Bakker, A.B., y Schaufeli, W.B. (2014). Work engagement. In P.C. Flood & Y. Freaney (Eds.), *Organizational Behaviour volume of The Blackwell Encyclopedia of Management*. West Sussex, UK: Wiley.
- Balducci, C., Fraccaroli., F. y Schaufeli, W. B. (2010). Psychometric Properties of the Italian Version of the Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9): A Cross-Cultural Analysis. *European Journal of Psychological Assessment, 26*, 143-149. doi: 10.1027/1015-5759/a000121
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman & Co.

- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75-78.
- Bar-on, R. (1997). Development of the Bar-On EQ-I: a measurement of emotional and social intelligence. Paper presented at the 105th Annual Convention of the American Psychological Association. Chicago.
- Bar-on, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory (EQ-I). En: Baron, R. and Parker, J. *The Handbook of Emotional Intelligence*. Primera edición. San Francisco: Jossey-Bass, p. 363-388. ISBN: 978-0787949846.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl., 13-25.
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Benbassat, J., y Baumal, R. (2004). What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Academic Medicine*, 79, 832-839.
- Bernal, J., Ferrer, M., Palma., C, Ger, S., Domènech, M., Gutiérrez, I., y Cebrià, A. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. *Rev. Anales de psicología*. 22, (1) 45-51.
- Birkeland, I. K., y Buch, R. (2015). The dualistic model of passion for work: Discriminate and predictive validity with work engagement and workaholism. *Motivation and Emotion*, 39, 392–408. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007/s11031-014-9462-x>

- Birkeland., I. K., Richardsen., A. M., y Dysvik, A. (2017). The Role of Passion and Support Perceptions in Changing Burnout: A Johnson-Neyman Approach. *International Journal of Stress Management*.doi:10.1037/str0000057
- Bitmi Ş., M. G., y Ergeneli, A. (2014). Emotional Intelligence: reassessing the construct validity. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 150, 1090-1094. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.123>.
- Blader, S. L., y Tyler., T. R. (2009). Testing and extending the group engagement model: Linkages between social identity, procedural justice, economic outcomes, and extrarole behavior. *Journal of Applied Psychology*, 94, 445-464.
- Bresó, E., Salanova., M. y Schaufeli, W.B. (2007). In search of the 'third dimension' of burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 460-478.
- Bresó, E., Salanova., M. y Schaufeli, W.B. (2007). In search of the 'third dimension' of burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 460-478.
- Bresó, E., Schaufeli, W.B., y Salanova, M. (2011). Can a Self-efficacy-Based Intervention Decrease Burnout, Increase Engagement, and Enhance Performance? A Quasi-experimental Study. *Higher Education*, 61(4), 339-355. doi: 10.1007/s10734-010-9334-6.
- Bresó, E., Schaufeli, W.B., y Salanova, M. (2011). Can a Self-efficacy-Based Intervention Decrease Burnout, Increase Engagement, and Enhance Performance? A Quasi-experimental Study. *Higher Education*, 61(4), 339-355. doi 10.1007/s10734-010-9334-6.
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (136-162). Newbury Park, CA: Sage.

- Burke, R. J. (1995). Management practices, employees' satisfaction and perceptions of quality of service. *Psychological Reports*, 77, 748-750.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications and Programming*. Mahway, New Jersey (London): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Carmeli, A., Ben-Hador, B., Waldman, D. A., y Rupp, D. E. (2009). How Leaders Cultivate Social Capital and Nurture Employee Vigor: Implications for Job Performance. *Journal of Applied Psychology*, 94(6), 1553-1561. doi: 10.1037/a0016429.
- Carr, A (2007). Psicología Positiva. *La ciencia de la felicidad*. España. Ed: Paidós Ibérica.
- Carvalho, V.S., Guerrero, E., Chambel, M.J., y González-Rico, P. (2016). Psychometric properties of WLEIS as a measure of emotional intelligence in the Portuguese and Spanish medical students. *Journal Evaluation and Program Planning*, 58. 152-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.06.006>.
- Cavalcante, A., Souza, H., Ribeiro de Almeida, H., César de Almeida, P., Cavalcante, B., y Almeida, G. (2016). The prevalence of burnout syndrome in medical students. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(1), 6-10. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000072>
- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., y Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana de primer y sexto año. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 62, 25-30.
- Chakraborty, R., Chatterjee, A. y Chaudhury, S. (2012) Internal Predictors of Burnout in Psychiatric Nurses: An Indian Study. *Industrial Psychiatry Journal*, 21, 119-124. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.119604>

- Chigerwe, M., Boudreaux, K. A., y Ilkiw, J. E. (2014). Assessment of burnout in veterinary medical students using the Maslach Burnout Inventory-Educational Survey: a survey during two semesters. *BMC Medical Education*, 14, 255. <http://doi.org/10.1186/s12909-014-0255-4>
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown., S. L., Mikels., J. A., y Conway, A. M. (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *Emotion (Washington, D.C.)*, 9(3), 361–368. <http://doi.org/10.1037/a0015952>
- Consiglio, C., Borgogni, L., Di Tecco., C., y Schaufeli, W. B. (2016). What makes employees engaged with their work? The role of self-efficacy and employee’s perceptions of the social work context over time. *Career Development International*, 21, 125-143.
- Contreras, F., y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200011&lng=pt&lng=es.
- Cook, J., y Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfillment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52.
- Cooper, C. L., y Cartwright, S. (1994). Healthy mind; Healthy organization – A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47, 455–471.
- Cruz, V., Salanova, M., y Martínez, I. M. (2013). Liderazgo transformacional y desempeño grupal: Unidos por el engagement grupal. *Revista de Psicología Social*. 28(2), 183-196. doi: 10.1174/021347413806196762

- De Lucena Carvalho, V., Calvo, B., Martín, L., Campos, F., y Castillo, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 791-796.
- Del Líbano, M., Llorens, S., Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2012). About the bright and dark sides of self-efficacy: Work engagement and workaholism. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 688-701.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., De Jonge, J., Janssen, P. M., y Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work and Environment and Health*, 27, 279-286
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Dulewicz, V., y Higgs, M. (1998). Can emotional intelligence be measured and developed?. *Leadership & Organization Development Journal*, 20, (5) 1998, p. 242-252.
- Efron, B., y Tibshirani, R. (1993). *An introduction to the bootstrap*. New York: Chapman & Hall.
- Extremera, N., Durán, A., y Rey, L. (2006). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de Burnout, Engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*. 342, 239-256.
- Extremera, N., Sánchez, M., Durán, M., y Rey, L. (2012). Examining the Psychometric Properties of the Utrecht Work Engagement Scale in Two Spanish Multi-occupational Samples. *International Journal of Selection and Assessment*, 20, 105-110. doi: 10.1111/j.1468-2389.2012.00583.x
- Federman, B. (2009). *Employee Engagement*. San Francisco: Jossey-Bass. 241 pages. ISBN 978-0-470-38815-0.
- Feldt, T., Rantanen, J., Antanen, J., Hyvönen, K., Mäkikangas, A., Huhtala, M., Pihlajasaari, P y Kinnunen, U. (2014). The 9-item

- Bergen Burnout Inventory: Factorial Validity Across Organizations and Measurements of Longitudinal Data. *Industrial Health*, 52(2), 102-112. <http://doi.org/10.2486/indhealth.2013-0059>.
- Feldt, T., Rantanen, J., Hyvönen, K., Mäkikangas, A., Huhtala, M., Pihlajasaari, P., y Kinnunen, U. (2014). The 9-item Bergen Burnout Inventory: Factorial Validity Across Organizations and Measurements of Longitudinal Data. *Industrial Health*, 52(2), 102-112. doi.org/10.2486/indhealth.2013-0059
- Figueiredo-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte., P. R., y García-Juesas, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24, 271-276.
- Fornell, C., y Larcker, F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Fredrickson B. L., Tugade, M., y Waugh C, E. (2001). Larkin What good are positive emotions in crises?: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th,. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84.365-376.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B.L. (2000). Positive emotions. En C.R. Zinder y S. J. López (Eds.). *Handbook of positive Psychology* (120-134). New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Three Rivers Press.
- Fritz, C., Yankelevich, M., Zarubin, A., y Barger, P. (2010). Happy, healthy, and productive: The role of detachment from work

- during nonwork time. *Journal of Applied Psychology*, 95, 977-983.
- Fröjd, C., y Von Essen, L. (2006). Is doctors' ability to identify cancer patients' worry and wish for information related to doctors' self-efficacy with regard to communicating about difficult matters? *European Journal of Cancer Care*, 15, 371-378.
- Froman, L. (2010). Positive psychology in the workplace. *Journal of Adult Development*, 17, 59-69.
- Galán, F., Sanmartín, A., Polo, J., y Giner, L. (2011). Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey. *Int Arch Occup Environ Health*, 84. 453. doi:10.1007/s00420-011-0623.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo. (Burnout)*. España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2011). *CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Manual. Madrid: TEA Ediciones. (ISBN: 978-84-15262-16-9).
- Gil-Monte, P. R., y Noyola Cortés, V. (2011). Estructura factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en maestros Mexicanos de educación primaria. *Revista Mexicana De Psicología*, 28(1), 75-84.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., y Zúñiga-Caballero, L. (2010). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(1), 169-178.
- Gil, E., Llorens, S., y Torrente, P. (2015). Compartiendo afectos positivos en el trabajo: El rol de la similitud en los equipos. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 93-103.

- Głębocka, A.(2016). Relationship Between burnout syndrome among the Medical Staff and Work Conditions in the Polish Healthcare System. *Adv Exp Med Biol.* Dec 31. doi: 10.1007/5584_2016_179.
- Gómez, H., Vázquez., J. L. y Fernández, S. B. (2006). La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. *Salud Pública de México, 48, 279-287.*
- Goodman, S. A., y Svyantek, D. (1999). Person–organization fit and contextual performance: Do shared values matter. *Journal of Vocational Behavior, 55, 254–275.*
- Gopal R., Glasheen J. J., Miyoshi TJ., y Prochazka A. V. (2005) Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. *Arch Intern Med.;165(22):2595-2600.* doi:10.1001/archinte.165.22.2595
- Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., Garcia-Juesas, J. A., y Figueiredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 47, 1013-1020.* doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.022.
- Graue, W., Álvarez, R., y Sánchez, M. (2010).El síndrome de “Burnout”: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo. Problemas en el ejercicio de la medicina y en el desarrollo profesional. En: Educación en las Residencias Médicas. Ed: Textos Mexicanos. México. 305-320.
- Greenhaus, J., y Powell, G. (2006). When work and family are allies: A theory of work–family enrichment. *Academy of Management Review, 31 (1), pp. 72-92.*
- Grewal, D., y Davidson H.A. (2008). Emotional intelligence and graduate medical education. *JAMA (300)1200-1202.*

- Guarneros, M., Flores. L., Curiel, O., Juárez. J., y Barrientos. J. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (3)157-162.
- Gullberg, M. T., Olsson, H. M., Alenfelt, G., e Ivarsson, A. (1994). Ability to Solve Problems, Professionalism, Management, Empathy, and Working Capacity in Occupational Therapy: The Professional Self Description Form. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8, 173-178. doi: 10.1111/j.1471-6712.1994.tb00018.x
- Gutiérrez,C., Marmolejo. L.E., Aguilera.J., Mucientes. V. M., Girónd., Cabrera. N.A., Cueto. H.D., García.G.S., Jiménez. A.D., Durán.D., Valdés. A.L., y Sainos. C.A.,(2016) Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Rev. Investigación en Educación Médica*. 5 (18). Pp 102-107.
- Hallberg, U. E., y Schaufeli, W. B. (2006). "Same" but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Psychologist*, 11, 119-127.
- Harland, L., Harrison, W., Jones, J., y Reiter-Palmon, R. (2005). Leadership behaviours and subordinate resilience. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 11, 2-14.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., y Hayes, T. L. (2002). Business–unit–level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta–analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 268-279.
- Hernández Vargas, C. I., Llorens Gumbau, S., Rodríguez Sánchez, A. M., y Dickinson Bannack, M. E. (2016). Validation of the UWES-9 Scale in Mexican Health Professionals. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 89-100.

- Hernández- Vargas V. C., Arturo, J.G., Elena, H., y Antonio, P. J. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 13(3), 125-132.
- Hernández-Vargas, C. I., Dickinson, M., y Fernández-Ortega, M. A. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(1), 11-14.
- Hernández, C. I., Llorens, S., y Rodríguez, A. M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Rev Anales de Psicología*, 30,(1)247-258. 2014.30, 247-258. doi: 10.6018/analesps.30.1.143631.
- Hernández, I., Arias, F., y Juárez, A. (2012). *Variables predictoras del agotamiento profesional (burnout): un enfoque cualitativo y cuantitativo*. En L. F. Arias y A. Juárez (Coord.), *Agotamiento profesional y estrés: hallazgos desde México y otros países latinoamericanos* (pp. 93-122). UAEM, México.
- Higgs, M., y Rowland, D. (2002). Does it need emotional intelligence to lead change?. *Journal of General Management*, 27, 2002, p. 62-76.
- Hochstrasser, B., Brühlmann, T., Cattepan, K., Hättenschwiler, J., Holsboer-Trachsler, E., Kawohl, W., Schulze, B., Seifritz, E., Schaufeli, W., Zemp, A., y Keck, M.W. (2016). Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques [Burnout treatment: practical recommendations]. *Swiss Medical Forum – Forum médical Suisse*, 16, 561-566.
- Hofman, N. L., Hahn, A. M., Tirabassi, C. K., y Gaher, R. M. (2016). Social support, emotional intelligence, and posttraumatic stress disorder symptoms: A mediation analysis. *Journal Of*

Individual Differences, 37(1), 31-39. doi:10.1027/1614-0001/a000185

- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Hoyle, R. H. (1995). The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling, Concepts, Issues and applications* (pp. 1-15). Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Isen, A., Rosenzweig, G., y Young, M (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making*. 11. 221-227.
- James, L. R., Mulaik, S. A., y Brett, J. M. (2006). A tale of two methods. *Organizational Research Methods*, 9, 233-244.
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M., y Cruz, M. (2011). Vigour and Dedication in Nursing Professionals: Towards a Better Understanding of Work Engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 865-875. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05526.x
- Juárez-García, A., Idrovo, Álvaro J., Camacho-Ávila, A., y Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 37(2), 159-176. Recuperado en 13 de marzo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010&lng=es&tlng=es.

- Juárez, A., Hernández, C. I., Flores., C. y Camacho, A. (2015). Entusiasmo Laboral en profesionales de la salud: propiedades psicométricas de la Utrecht Work Engagement Scale. En: Juárez (Coord.), *Investigaciones psicométricas de escalas psicosociales en trabajadores mexicanos* (Vol. 1, pp. 345-366). México: Plaza y Valdés.
- Juárez, A., y Hernández, C. I. (2010). *Entusiasmo laboral en profesionales de la salud: propiedades psicométricas de la Utrecht Work Engagement Scale*. III Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Cd de México, México.
- Kasman, D. L., Fryer-Edwards, K., y Braddock, C. (2003). Educating for professionalism: Trainees' emotional experiences on IM and pediatrics inpatient wards. *Academic Medicine*, 78, 730-741.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, NY: Guilford Press.
- Koch, T., y Jones, S. (2010). The ethical professional as endangered person: Blog notes on doctor–patient relationships. *Journal of Medical Ethics: Journal of the Institute of Medical Ethics*, 36, 264-285.
- Kunin, T. (1955). The construction of a new type of attitude measure. *Personnel Psychology*, 8, 65-67.
- Lambert, L., Passmore, H., y Holder, M. D. (2015). Foundational frameworks of positive psychology: Mapping well-being orientations. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(3), 311-321. doi:10.1037/cap0000033
- Längle, A. (2003). Burnout -Existential Meaning and Possibilities of Prevention. In: *European Psychotherapy* 4, 1, 107-121.
- Laschinger, H. S. (2010). Staff nurse work engagement in Canadian hospital settings: The influence of workplace empowerment

and six areas of worklife. En S. L. Albrecht (Ed.), *Handbook of employee engagement: Perspectives, issues, research and practice* (pp. 309-322). Northampton, MA US: Edward Elgar Publishing.

- Law KS., Wong CS., y Song L. (2004), The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *J Appl Psychol.* 89.483-96.
- Lee, T., y Ko, Y. (2010). Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 839-848.
- Leiter, M. (1991). The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 32(4), 547-558.
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331-339.
- Liao, H., Toya, K., Lepak, D. P., y Hong, Y. (2009). Do they see eye to eye? Management and employee perspectives of high-performance work systems and influence processes on service quality. *Journal of Applied Psychology*, 94, 371-391.
- Líbano, M., Llorens, S., Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2012). About the dark and bright sides of self-efficacy: workaholics and work engagement. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 688-701.
- Libbrecht, N., De Beuckelaer, A., Lievens, F., y Rockstuhl, T. (2014). Measurement invariance of the Wong and Law emotional intelligence scale scores: does the measurement structure hold across Far Eastern and European countries. *Applied Psychology. An International Review*, 63, 223-237.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2012.00513.x>.

- Libbrecht, N., Lievens, F., Carette, B., y Côté, S. (2014). Emotional intelligence predicts success in medical school. *Emotion, 14*(1), 64-73. doi:10.1037/a0034392.
- Llorens, S., García-Renedo, M., y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: Un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 21*, 55-70.
- Llorens, S., Salanova, M., Schaufeli, W., y Bakker, A (2004). Burnout y engagement en usuarios de Tecnología de la Información y la Comunicación: validación del modelo de Demandas-Recursos. Tesis de Doctorado. UJI. España.
- Llorens, S., Salanova, M., y Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: Un estudio de caso en una empresa de la construcción. *Directivos construcción, 220*, 48-55.
- Llorens, S., Schaufeli, W., Bakker, A., y Salanova, M. (2007). Does a Positive Gain Spiral of Resources, Efficacy Beliefs and Engagement Exist? *Computers in Human Behavior, 23*, 825-841. doi: 10.1037/1072-5245.14.2.121
- Llorens, S., y Salanova, M. (2011). Burnout: un problema psicológico y social. *Riesgo Laboral, 37*, 26-28.
- Llorens, S., y Salanova, M. (2012). *Organizaciones sanitarias saludables y resilientes: Un estudio de caso en hospitales de Castellón y provincia*. Castellón: Fundación Dávalos-Fletcher.
- Llorens, S., y Salanova, M. (2014). Loss and Gain Cycles? A Longitudinal Study about Burnout, Engagement and Self-efficacy. *Burnout Research, 1*, 3-11. doi: 10.1016/j.burn.2014.02.001.
- Lorente, L., Salanova, M., Martínez, I.M., y Vera, M. (2014). How personal resources predict work engagement and self-rated performance among construction workers: A social cognitive perspective.

International Journal of Psychology, 49(3), 200–207. doi: 10.1002/ijop.12049.

- Lucas-Milán., Moreno-Manso., y Suárez-Muñoz. (2015). Comunicación interpersonal e incidencia del burnout en la interacción entre sanitarios y pacientes. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 33 (1), 23-29.
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B., J. y Peterson, S. J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly*, 21, 41-67. doi:10.1002/hrdq.20034.
- Luthans, F., Avolio, B., Avey, J., y Norman, S (2007) Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572. doi:10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., y Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 2, 130-149.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., y Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, 7, 83–104.
- Mageau, G. A., y Vallerand, R. J. (2007). The moderating effect of passion on the relation between activity engagement and positive affect. *Motivation and Emotion*, 31, 312-321.
- Mäkikangas, A., Schaufeli, W.B., Leskinen, E., Kinnunen, U., Hyvönen, K., y Feldt, T. (2016). Long-term development of employee well-being: A latent transition approach. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2325-2345.

- Manso-Pinto, J. F. (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory--Versión Human Services Survey--en Chile. *Revista Interamericana De Psicología, 40*(1), 111-114.
- Marsh, H. W., Balla, J. R., y Hau, K. T. (1996). An evaluation of Incremental Fit Indices: A clarification of mathematical and empirical properties. En G.A. Marcoulides y R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling: Issues and techniques* (pp. 315-353). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Martínez González, A., Piqueras, J., y Linares, V. (2010). Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental. *Electronic journal of research in educational psychology, 8*(2), 861-890. Recuperado de base de datos EBSCO.
- Martínez, I., Salanova, M., y Llorens, S. (2016). Promoção da Saúde no Trabalho: para um Modelo de Organizações Saudáveis e Resilientes. En M.J. Chambel (Ed.), *Psicologia da Saúde Ocupacional* (p. 287-308) Pactor: Lisboa.
- Martínez, I., y Salanova, M. (2003). Niveles de burnout y engagement en estudiantes universitarios. Relación con el desempeño y desarrollo profesional. *Revista de Educación, 330*, 361-384.
- Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Leiter, M. P., y Jackson, S. E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior, 33*, 296-300. [published online 12 October 2011, doi: 10.1002/job.784].
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.

- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. Second edition . Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <http://doi.org/10.1002/wps.20311>.
- Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A., y Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. *Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 241-247. doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2170>.
- Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A., y Mayta-Tristán P. (2014). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2016, 33(2).pp.241-247. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200007&lng=es&nrm=iso.
- Matos, P. S., Neushotz, L. A., Griffin, M., y Fitzpatrick, J. J. (2010). An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 307-312.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 197-208. doi: 10.1016/s0962-1849(05)80058-7.
- Mayer, J. y Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442

- Mayer, J.D., y Salovey, P. (1997): «What is emotional intelligence?», en P. Salovey; D. Sluyter (eds.): *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. New York, Basic Books, pp. 3-31.
- McAllister, M., y Lowe, J. B. (2011). *The resilient nurse: Empowering your practice*. New York: Springer Publishing Co.
- Messick, S. (1995). Validity of Psychological Assessment: validation of inferences from Person's responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50, 741-749. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.50.9.741>.
- Mommersteeg, M. C., Keijsers, P., Heijnen, C. J., Verbraak, M., y Van Doornen, J. P., (2006). Cortisol deviations in people with burnout before and after psychotherapy: A pilot study. *Health Psychology*, 25(2); 243-248. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.2.243>
- Muilenburg-Treviño, E. (2009). A psychometric study of work engagement in an American sample (Tesis doctoral en Filosofía inédita). Oklahoma State University Oklahoma.
- Müller, R., Pérez, C. E., y Ramírez, L. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de la Utrecht Work Engagement Scale (UWES) 17 entre trabajadores sanitarios de Chile. *Liberabit. Revista de Psicología*, 19(2), 163-171.
- Mutkins, E., Brown, R., y Thorsteinsson, E. (2011). Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *Journal Of Intellectual Disability Research*. 55 (5), 500- 510.
- Nikolaou, I., y Tsaousis, I. (2002). Emotional intelligence and occupational stress. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10 (4) p. 327-342.

- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
- Nunnally, J. C., y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C., y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica* (3ª ed). México, D.F.: McGraw-Hill Latinamericana.
- OMS.(2017).Héroes y heroínas de la salud. Recuperado de <http://www.who.int/features/2006/heroes/africa/es/>
- Ortega Ruiz. C., López R., y Francisca.(2004).El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, enero, 137-160.
- Ortega-Maldonado, A., Coó, C., y Salanova, M. (2016). RP+: Desarrollo del Capital Psicológico en un programa para el incremento del bienestar y la excelencia. *Capital Humano*, 135, 73-75.
- Othman, N., y Nasurdin, A. M. (2013). Social support and work engagement: A study of Malaysian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21, 1083-1090.
- Öze. E., Hamarta. E., Deniz. M. (2016). Emotional Intelligence, Core-Self Evaluation, and Life Satisfaction. *Psychology*,07,145-153. doi: 10.4236/psych.2016.72017.
- Palmer-Morales, Y., Prince-Vélez, R., Searcy-Bernal, R., y Compean-Saucedo, B. (2007). Prevalence of burnout syndrome in nurses in 2 Mexican hospitals. *Enfermería Clínica*, 17(5), 256-260.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Paredes G., Olga L., y Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con

- variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, enero-junio, 25-32.
- Pawelski, J.O. (2016). Defining the 'positive' in positive psychology: Part II. A normative analysis, *Journal of Positive Psychology*, 11 (4)doi: 10.1080/17439760.2015.1137628 First online
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J., y Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879–903.
- Prati, L., Douglas, C., Ferris, G., Ammeter, A., y Buckley, M. (2003). Emotional intelligence, leadership effectiveness and team outcomes. *The International Journal of Organizational Analysis*, 11 (1). 21-40.
- Preacher, K. J., y Hayes, A. F. (2004). SPSS ans SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, 36, 717-731.
- Price, L. L., Arnould, E. J., y Tierney, P. (1995). Going to extremes: Managing service encounters and assessing provider performance. *Journal of Marketing*, 59, 83-97.
- Prins. J., Hoekstra- Weebers. J., Gazendam-Donofrio. S., Bakker. A., Huisman. M., Jacobs, B., y Van der Heijden, F. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Rev. Medical Education*, 44. 236-247.
- Qiao, H., y Schaufeli, W. B. (2011). The Convergent Validity of Four Burnout Measures in a Chinese Sample: A Confirmatory Factor-Analytic Approach. *Applied Psychology*, 60. 87-111. doi:10.1111/j.1464-0597.2010.00428.x.
- Quick, J.C., y Quick, J.D. (2004). Healthy, happy, productive work: A leadership challenge. *Organizational Dynamics*, 33(4), 329-337. doi:10.1016/j. orgdyn.2004.09.001

- Rabin, S., Matalon, A., Maoz, B., y Shiber, A. (2005). Keeping Doctors Healthy: A Salutogenic Perspective. *Families, Systems, & Health, 23*, 94-102. doi: 10.1037/1091-7527.23.1.94
- Ranasinghe, P., Wathurapatha, W. S., Mathangasinghe, Y., y Ponnampereuma, G. (2017). Emotional intelligence, perceived stress and academic performance of Sri Lankan medical undergraduates. *BMC Medical Education, 17*,(41). <http://doi.org/10.1186/s12909-017-0884-5>.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology, 10*(1), 25-40. doi:10.1080/17439760.2014.920411
- Reeves, C. A., y Bednar, D. A. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *Academy of Management Review, 19*, 419-445.
- Reijseger, G., Peeters, M. C. W., Taris, T., y Schaufeli, W. B. (2016). From Motivation to Activation: Why Engaged Workers Are Better Performers. *Journal of Business and Psychology*. doi: 10.1007/s10869-016-9435-z
- Ríos-Rísquez, M., Meca, J., y Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema, 22*, 600-605.
- Robertson, I. T., y Cooper, C. L. (2010). Full engagement: The integration of employee engagement and psychological well-being. *Leadership & Organization Development Journal, 31*(4), 324-336.
- Rodríguez-Montalbán, R., Martínez-Lugo, M., y Sánchez-Cardona, I. (2014). Análisis de las propiedades psicométricas de la Utrecht Work Engagement Scale en una muestra de trabajadores en Puerto Rico. *Universitas Psychologica, 13*(4), 1255-1266. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.appu>.

- Rodríguez, R (2014). Síndrome de burnout en guardianes penitenciarios, Bucaramanga, Colombia, 2013. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 146-153. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.03.001>.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la psicología positiva. En Vázquez y Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 403-458). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 58, 18-23.
- Salanova, M., Agut, S., y Peiró, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *Journal of Applied Psychology*, 90, 1217-1227.
- Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2007). *Caso a caso en la prevención de riesgos psicosociales*. España: Lettera Publicaciones.
- Salanova, M., Llorens, S. y Schaufeli, W. B. (2011). Yes, I Can, I Feel Good, and I Just Do It! On Gain Cycles and Spirals of Efficacy Beliefs, Affect, and Engagement. *Applied Psychology: An International Review*, 60, 255-285. doi: 10.1111/j.1464-0597.2010.00435.x
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I. M., y Schaufeli, W. B. (2003). Perceived Collective Efficacy, Subjective Well-Being and Task Performance among Electronic Work Groups. *Small Group Research*, 34, 43-73. doi:10.1177/1046496402239577.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. M. (2012). We need a Hero! Towards a Validation of the Healthy & Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management*, 37, 785-822. doi: 10.1177/1059601112470405

- Salanova, M., Llorens, S., y Martínez, I.M. (2016). Aportaciones desde la psicología organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, 3(37), 177-184. ISSN: 0214-7823.
- Salanova, M., Llorens, S., y Martínez., I.M. (2016). Aportaciones desde la psicología organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, 3(37), 177-184. ISSN: 0214-7823.
- Salanova, M., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2005). Psicología organizacional positiva. En F. J. Palací (Coord.), *Psicología de la Organización* (pp. 349-376). Madrid: Pearson, Prentice-Hall.
- Salanova, M., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2014). A more "positive" look at occupational health from positive organizational psychology during crisis times: contributions from the wont research team [Una mirada más "positiva" a la salud ocupacional desde la Psicología Organizacional Positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el equipo de investigación WONT]. *Papeles del Psicólogo*, 35, 22-30.
- Salanova, M., Rodríguez-Sánchez, A.M., Del Líbano, M., y Ventura, M. (2012). Organizaciones Sanitarias Saludables y Resilientes: Marco teórico y conceptual. En S. Llorens y M. Salanova (dirs.) *Organizaciones sanitarias saludables y resilientes: Un estudio de caso en hospitales de Castellón y provincia*. Castellón: Fundación Dávalos-Fletcher.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134. doi: 10.1177/0022022102033005003.

- Salanova, M., y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 59-67.
- Salanova, M., y Llorens, S., (2016). Hacia una Psicología positiva aplicada. *Papeles del Psicólogo*, 3(37), 161-164.
- Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. España: Alianza Editorial.
- Salas, A., y García, R., Hécmey. (2010). Perfil de inteligencia emocional y carreras universitarias en estudiantes de la Universidad Simón Bolívar. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(2), 226-238. Recuperado de 06 de diciembre de 2016, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131595182010000200004&lng=es&tlng=es.
- Salonava S, M., Martínez, I., Bresó, E, E., Llorens, S., Gumbau Grau, R. (2005). Bienestar Psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obsta-culizadores del desempeño académico. En: CSIC. *Anales de Psicología*, 21 (1), 170-180.
- Sanín, A., López, A. M., y Gómez, B. M. (2015). Los efectos del tipo de contrato laboral sobre la felicidad en el trabajo, el optimismo y el pesimismo laborales. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 34(1), 9-21. doi: 10.21772/ripo.v34n1a01.
- Sass, D. A. (2011). Testing Measurement Invariance and Comparing Latent Factor Means Within a Confirmatory Factor Analysis Framework. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29, 347-363. doi: 1177/0734282911406661.
- Scarella. T., Nelligan. J., Roberts. J., y Boland , R. (2017).Effect of call organization on burnout and quality of life in psychiatry residents. *Asian Journal of Psychiatry*,25. 27 - 30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.016>.

- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., y Salanova, M. (2006). The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire: A Cross-national Study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701-716. doi: 10.1177/0013164405282471.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I., Marques Pinto, A., Salanova, M., y Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: a cross national study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 33, 464-481.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Romá, V., y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., y Bakker, A. (2006). Dr. Jekyll and Mr. Hide: On the differences between work engagement and workaholism. En R. J. Burke (Ed.), *Research companion to working time and work addiction* (193-217). Northampton, UK: Edward Elgar.
- Schaufeli, W. B., y Salanova, M. (2011). Work engagement: On how to better catch a slippery concept. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20, 39-46.
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C., y Jackson, S. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey en Maslach, C, Jackson y Leiter (eds.), *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W., y Salanova, M. (2014). Burnout, Boredom and Engagement at the Workplace. In M. Peeters, J. de Jonge and T. Taris (Eds). *An Introduction to contemporary Work Psychology*. NY: Wiley. Oxford (Reino Unido): John Wiley & Sons. ISBN 978-1-119-94552-9

- Schaufeli, W.B. (2017). *Work engagement in Europe: Relations with national economy, governance, and culture*. Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning (internal report). KU Leuven, Belgium.
- Schaufeli, W.B., Shimazu, A., Hakanen, J., Salanova, M., y De Witte, H. (2017). An ultra-short measure for work engagement: The UWES-3. Validation across five countries. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Schneider, B., y Bowen, D. E. (1985). Employee and customer perceptions of service in banks: Replication and extension. *Journal of Applied Psychology, 70*, 423-433.
- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist, 55* (1), 5-14.
- Seligman, M., Steen, T.A., Parle, N., y Peterson, C. (2005). Positive psychology in progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*, 410-421.
- Sëppäla, P., Mauno, S., Feldt, T., Hakanen, J., Kinnunen, U., Tolvanen, A., y Schaufeli, W. (2009). The Construct Validity of the Utrecht Work Engagement Scale: Multisample and Longitudinal Evidence. *Journal of Happiness Studies, 10*, 459-481.
- Shimazu, A. A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S. S., Suzuki, A. A., Nashiwa, H. H., Kato, A. A. y Goto, R. (2008). Work Engagement in Japan: Validation of the Japanese Version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology: An International Review, 57*, 510-523. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00333.x.
- Shrout, P. E., y Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and non-experimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods, 7*, 422-445.
- Simonton, D.K., y Baumeister, R. (2005). Positive Psychology at the summit. *Review of General Psychology, 9* (2), 99-102.

- Siu, O., Lu, J., Brough, P., Lu, C., Bakker, A. B., Kalliath, T., y Shi, K. (2010). Role Resources and Work-Family Enrichment: The Role of Work Engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 77(3), 470-480.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. En S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology* (pp. 290-312). Washington, DC: American Sociological Association.
- Solares, J., Peñalver, J., Meneghel, I., y Salanova, M. (2016). Desarrollando Equipos Empáticos: La influencia de las prácticas organizacionales saludables en la empatía colectiva. *Revista de Psicología (Arequipa)*, 6(1), 51-63. ISSN: 2306-0565.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: a new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88. 518-28.
- Spontón, C., Medrano, L. A., Maffei, L., Spontón, M., y Castellano, E. (2012). Validación del cuestionario de engagement UWES a la población de trabajadores de Córdoba, Argentina. *Liberabit. Revista de Psicología*, 18(2), 147-154.
- Suehs, D. (2017). Emotional Intelligence and Employee Engagement: A Quantitative Study to Explore the Relationship between the Emotional Intelligence of Frontline Managers and Supervisors and the degree of Employee Engagement of their Direct Reports in a Tertiary Care Health Care Setting. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 77(7).
- Sweetman, D., Luthans, F., Avey, J. B., y Luthans, B. C. (2011). Relationship between positive psychological capital and creative performance. *CAN J ADM SCI*, 28: 4-13. doi:10.1002/cjas.175.

- Takayama, Y., Suzuki, E., Kobiyama, A., Maruyama, A., y Sera, Y. (2016). Factors related to the burnout of Japanese female nurses with children under 3 years old. *Jpn J Nurs Sci*. doi:10.1111/jjns.12153.
- Terjesen, M.D., Jacofsky, M., Froh, J., y DiGiuseppe, R. (2004). Integrating positive psychology into schools: Implications for practice. *Psychology in the Schools, 41* (1), 163-172.
- Tomic, M., y Tomic, E. (2011). Existential Fulfilment, Workload and Work Engagement among Nurses. *Journal of Research in Nursing, 16*, 468-479. doi: 10.1177/17449871110383353
- Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G., y Juárez-Pérez, C. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine, 59*(1), 8-13.
- Torrente, P., Salanova, M., Llorens, S., Ângelo, R.P., y Chambel, M^a.J. (2014). Organizational antecedents of burnout and work engagement: A multilevel study in Portuguese firefighters' brigades. Manuscript submitted.
- Torrente, P., Salanova, M., Llorens, S., y Schaufeli, W. B. (2012). Teams make it work: How team work engagement mediates between social resources and performance in teams. *Psicothema, 24*, 106-112.
- Torrente, P., Salanova, M., Llorens, S., y Schaufeli, W. B. (2013). From "I" to "We": The Factorial Validity of a Team Work Engagement Scale. En J. Neves y S. P. Gonçalves (Eds.), *Occupational Health Psychology: From Burnout to Well-Being* (pp. 333-356). Lisboa: Edições Sílabo.
- Toyama, H., y Mauno, S. (2016). Associations of trait emotional intelligence with social support, work engagement, and creativity in Japanese care nurses.

- Japanese Psychological Research*, 6, 2016. <http://dx.doi.org/10.1111/jpr.12139>.
- Tripiana, J., y Llorens, S. (2015). Fomentando empleados engaged: el rol del líder y de la autoeficacia [Fostering engaged employees: the role of leadership and self-efficacy]. *Anales de Psicología*, 31(2), 636-644. doi: 10.6018/analesps.31.2.179561
- Unda Rojas, S., Gil-Monte, P., y Sandoval Ocaña, J. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, Mayo-Junio, 205-214.
- Uribe, F. (2007). Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana Psicología Ocupacional*; 26(1)7-21.
- Van den Heuvel, M., Demerouti, E., y Bakker, A. (2014). How psychological resources facilitate adaptation to organizational change, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23:6, 847-858, doi: 10.1080/1359432X.2013.817057.
- Vanheule, S., Rosseel, Y., y Vlerick, P. (2007). The factorial validity and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory for human services. *Stress And Health: Journal of The International Society For The Investigation Of Stress*, 23(2), 87-91.
- Vázquez, C., y Hervás, G, (ed.) (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Ed. Desclee de Brouwer.
- Ventura, M., Salanova, M., y Llorens, S. (2015). Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: the role of challenge and hindrance demands. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149(3), 277-302.

- Villwock, J. A., Sobin, L. B., Koester, L. A., y Harris, T. M. (2016). Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study. *International Journal of Medical Education*, 7, 364-369. <http://doi.org/10.5116/ijme.5801.eac4>
- Vinagre, M., y Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21, 87-103.
- Walumbwa, F. O., Luthans, F., Avey, J. B., y Oke, A. (2011), *Retracted*: Authentically leading groups: The mediating role of collective psychological capital and trust. *J. Organiz. Behav.*, 32: 4-24. doi:10.1002/job.653
- Walumbwa, F. O., Luthans, F., Avey, J. B., y Oke, A. (2011). *Retracted*: Authentically leading groups: The mediating role of collective psychological capital and trust. *J. Organiz. Behav.*, 32. 4-24. doi:10.1002/job.653
- Wang, S., y Lin, S. J. (2007). The effects of group composition of self-efficacy and collective efficacy on computer-supported collaborative learning. *Computers in Human Behavior*, 23, 2256-2268.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wei, X., Liu, Y., y Allen, N. J. (2016). Measuring team emotional intelligence: A multimethod comparison. *Group Dynamics. Theory, Research, And Practice*, 20(1), 34-50. doi:10.1037/gdn0000039
- Weisinger, H (1998). *Emotional Intelligence at Work*. San Francisco: Jossey-Bass.219 p. ISBN: 978-0787951986.

- Weng. H.C., Hung. C.M., Liu. Y.T., Cheng. Y.J., Yen. C.Y., Chang. C.-C. y Huang, C.K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, 45.835–842. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.03985.x
- Weng. HC., Chen. HC., Chen. HJ., Lu. K., y Hung. S.Y. (2008).Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. *Med Educ* 42.703-11.
- Wilson, M. G., DeJoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., y McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.
- Winseman, J., Malik, A., Morison, J., y Balkoski, V. (2009). Students' views on factors affecting empathy in medical education. *Academic Psychiatry*, 33, 484-491.
- Wong, C. S., y Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: an exploratory study. *Leadership Quartely*, 13, 243–274. [http://dx.doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00099-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00099-1).
- Wood. R. E., Goodman, J. S., Beckmann, N., y Cook, A. (2007). Mediation testing in management research: A review and proposals. *Organizational Research Methods*. 11, (2) 270-295.
- Wright. T.A., y Cropanzano. R.,(2000).The role of organizational behaviour in occupational health psychology: a view as we approach the millennium. *J Occup Health Psychol*. 5:5–10.
- Xanthopoulou. D., Bakker. A. B., Demerouti. E., y Schaufeli, W. B. (2007). How job and personal resources influence work engagement and financial turnover: A diary study in a Greek

fast-food company. *International Journal of Stress Management*, 14, 121–141.

Yang, S., Liu, D., Liu, H., Zhang, J., y Duan, Z.(2017). Relationship of work-family conflict, self-reported social support and job satisfaction to burnout syndrome among medical workers in southwest China: A cross-sectional study. *PLoS ONE* 12(2): e0171679. doi:10.1371/journal.pone.0171679

Zhu, Y., Liu, C., Guo, B., Zhao, L., y Lou, F. (2015). The impact of emotional intelligence on work engagement of registered nurses: The mediating role of organisational justice. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2115–2124.

