



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

La socialización de los profesionales sanitarios y el papel de la resiliencia en el desarrollo de conductas de bienestar en el trabajo



J. Cerezo^a, M. Bernabé^b, A. Lisbona^c y F.J. Palací^{c,*}

^a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

^b Centro Universitario de la Defensa, Academia General Militar, Zaragoza, España

^c Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

Recibido el 25 de noviembre de 2015; aceptado el 1 de junio de 2016

Disponible en Internet el 17 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Socialización;
Resiliencia;
Personal sanitario

Resumen

Introducción: La socialización durante la formación de especialistas es una etapa clave en el posterior ajuste y bienestar laboral de los sanitarios en la organización hospitalaria.

Objetivo: Analizar la relación de la socialización y la resiliencia con las respuestas de *engagement* en especialistas en formación.

Método: Se llevó a cabo un muestreo de conveniencia, participando en el estudio 110 profesionales provenientes de 6 unidades docentes de diferentes hospitales. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y mediacionales de las variables de estudio mediante SPSS 21 y Macro de Preacher y Hayes (2004).

Resultados: Se muestran relaciones estadísticamente significativas entre socialización, resiliencia y *engagement*. También se muestra el papel mediador de la resiliencia ($\beta = 0,10$; $se = 0,12$; $p < 0,05$; IC: [0,02-0,23]) para generar *engagement* en los profesionales sanitarios.

Conclusiones: Se observa una interacción entre socialización y especialidad que modera la resiliencia. Así, se señalan cómo una socialización positiva y la resiliencia pueden promover un buen desempeño.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Socialising;
Resilience;
Health Personnel

Health personnel socialization and the role of resilience in the development of occupational well-being

Abstract

Introduction: Socialization during the training of specialists is a key step in the subsequent adjustment and occupational well-being of health professionals in the hospital organisation.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fpalaci@psi.uned.es (F.J. Palací).

Objective: To analyse the relationship of socialization and resilience with the engagement responses of specialists in training.

Method: Convenience sampling was used, with 110 professionals from six teaching units of different hospitals participating in the study. Descriptive and mediational analysis of the study variables were performed using SPSS 21 and Macro Preacher and Hayes (2004).

Results: The results show statistically significant relationships between socialization, resilience, and engagement. The mediating role of resilience is also shown ($\beta = 0.10$; $se = 0.12$; $p < 0.05$, 95% CI: [0.02-0.23]) to generate engagement in health professionals.

Conclusions: An interaction effect is observed between socialization, and specialty moderates resilience. Therefore it can be seen that positive socialization and resilience can promote good performance.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El programa de especialización de Médicos Internos Residentes persigue de una forma tutelada, la adquisición progresiva de responsabilidades y capacidades asistenciales¹. Durante la especialidad, el profesional aprende a utilizar técnicas y asumir responsabilidades sobre pacientes y labores de gestión. Se puede entender el programa de especialización de Médicos Internos Residentes como un proceso de socialización organizacional que conlleva el aprendizaje de los valores, las habilidades, las conductas esperadas y el conocimiento social esencial para asumir el rol organizacional que le permita ser miembro de la organización y ajustarse a la organización^{2,3}. Dicho ajuste tendría lugar en las dimensiones afectivas, actitudinales y conductuales. Durante la socialización, el médico se ve expuesto a situaciones de estrés que afectan a su bienestar⁴. Por ejemplo, en un estudio sobre estrategias de afrontamiento en médicos del Reino Unido se encontró que tras la muerte de un paciente la mayoría de los médicos informaron de haber experimentado tristeza, fatiga, rabia e insomnio⁵. Manejar estas situaciones implica habilidades interpersonales no entrenadas durante su periodo formativo, una debilidad identificada en la formación de médicos que les exponen a situaciones de estrés y *burnout* afectando a la calidad asistencial debido al incremento de errores asociado⁶⁻⁸.

Frente a esta problemática, el presente estudio parte de un enfoque interesado en la promoción del bienestar en el periodo de socialización como medida de reducción del malestar. Partiendo del Modelo de Recursos y Demandas Laborales⁹ se ha observado en población sanitaria que la existencia de elementos para amortiguar el estrés o promocionar el desarrollo profesional se ha relacionado con una mayor eficacia profesional¹⁰. En esta línea, los trabajos recientes han identificado el *engagement* (compromiso o implicación) como parte del bienestar laboral en médicos¹¹, definiéndose como un proceso psicológico positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción¹².

Saks y Gruman¹³ han propuesto la Teoría de los Recursos para la Socialización (*Socialization Resources Theory*) para explicar este proceso de ajuste persona-organización.

El principal postulado de la Teoría de los Recursos para la Socialización afirma que la incorporación a un nuevo trabajo es un momento especialmente estresante para el empleado, pudiendo disminuir el nivel de estrés mediante el desarrollo de capital psicológico durante el proceso. Según el modelo propuesto por Taormina, se han identificado cuatro dominios en la socialización: entrenamiento, comprensión, apoyo social y perspectivas de futuro¹⁴. Cada una de estas dimensiones se ha asociado a respuestas positivas en el trabajo como es el caso del *engagement*¹⁵. Así, dentro del capital psicológico encontramos la resiliencia¹⁶, definida como la capacidad natural del individuo para afrontar, resistir y adaptarse a la experiencia estresante, haciéndole incluso crecer como individuo a través de dos capacidades: resistir y rehacerse después de situaciones de estrés¹⁷.

A la vista de lo expuesto, el objetivo del trabajo es analizar las relaciones entre socialización y *engagement* y el papel mediador de la resiliencia en una muestra de profesionales sanitarios durante el periodo formativo así como el efecto de la especialidad en el modelo teórico propuesto.

Hipótesis 1. La resiliencia tendrá un efecto mediador en la relación entre la socialización y el *engagement* de los profesionales sanitarios, independientemente de su año de residencia.

Hipótesis 2. La especialidad moderará la relación entre socialización y resiliencia y el efecto indirecto sobre el *engagement* de los profesionales sanitarios, independientemente de su año de residencia.

Método

Participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal multicéntrico. Para ello, se distribuyeron 694 cuestionarios, obteniéndose 110 respuestas procedentes de 6 unidades docentes del Servicio Andaluz de Salud. El 28,2% ($n = 31$) de los participantes procedían del servicio de Medicina Familiar y Comunitaria de la provincia de Sevilla, el 28,2% ($n = 31$) del Hospital de Valme, el 18,2% ($n = 20$) de Medicina Familiar y Comunitaria de la provincia de Málaga, el 9,1% ($n = 10$) de los

Tabla 1 Resultados descriptivos para años de formación, especialidad y muestra

	n	Socialización	Resiliencia	Engagement
<i>Año de formación</i>		M (DT)	M (DT)	M (DT)
Primero	31	3,59 (0,46)	3,07 (0,34)	4,69 (0,46)
Segundo	35	3,66 (0,58)	2,95 (0,63)	4,36 (0,63)
Tercer	20	3,43 (0,59)	3,12 (0,41)	4,73 (0,71)
Cuarto	24	3,67 (0,38)	3,19 (0,47)	4,92 (0,69)
<i>Especialidad</i>				
Médico-clínica	78	3,56 (0,51)	3,05 (0,50)	4,50 (0,72)
Médico-no clínica	8	3,72 (0,69)	3,17 (0,63)	4,86 (0,63)
Médico-quirúrgica	10	3,69 (0,33)	3,02 (0,43)	5,13 (0,61)
No médica	14	3,85 (0,39)	3,09 (0,56)	5,27 (0,59)
<i>Profesionales</i>	110	3,62 (0,50)	3,06 (0,51)	4,61 (0,68)

participantes realizaban su formación en el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía, otro 10,9% (n = 12) de los participantes estaban en formación en el Servicio de Enfermería Obstétrico-Ginecológica de la provincia de Sevilla y el 5,5% (n = 6) de los participantes procedían del Hospital de San Agustín. Así participaron residentes de primer año (28,2%; n = 31), de segundo año (31,8%; n = 35), de tercer año (17,3%; n = 19) y de cuarto año (22,7%; n = 25). En relación a las especialidades médicas, el 84,6% (n = 92) provinieron de especialidades médico-clínicas y el 13,6% (n = 15) médico-quirúrgicas y un 2,7% (n = 3) de participantes fueron de especialidades médicas no clínicas. La edad media fue de 29,8 años (DT = 6,7). El 78% de los residentes eran mujeres.

Variables e instrumentos

Socialización Organizacional. Se evaluó mediante el cuestionario Organizational Socialization Inventory, propuesto por Taormina¹⁴, traducido y validado al español por Bravo³. Consta de 20 ítems repartidos en 4 dominios con 5 ítems. Entrenamiento (i.e. «La formación recibida me ha ofrecido un completo conocimiento de las habilidades necesarias para mi trabajo»). Comprensión (i.e. «Creo conocer muy bien cómo funciona el centro sanitario donde trabajo»). Apoyo social (i.e. «Casi todos los compañeros de mi centro sanitario me han dado apoyo personal y moral»). Perspectivas de futuro (i.e. «Puedo saber cómo se desarrollará mi futura carrera profesional dentro de esta organización»). La escala de respuesta fue tipo Likert de cinco puntos (desde 1 = «totalmente falso» a 5 = «totalmente verdadero»).

Resiliencia: se utilizó la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson validada para población española¹⁸. Consta de 10 ítems que medían la capacidad resiliente. Un ejemplo de ítem sería: «No me desanimo fácilmente por los fracasos». La escala de respuesta fue tipo Likert de 5 puntos (1 = nunca; 5 = siempre).

Engagement: se utilizó la versión española del Utrecht Work Engagement Scale¹². Consta de 17 ítems repartidos en 3 dimensiones: vigor, dedicación y absorción. Un ejemplo de ítem para cada una de las 3 dimensiones sería: vigor: «En mi trabajo me siento lleno de energía»; dedicación: «Mi trabajo tiene sentido y propósito»; y absorción: «El tiempo vuela cuando estoy trabajando». Los ítems puntuaban de

acuerdo a una escala de respuesta tipo Likert que variaba de 0 «ninguna vez» a 6 «todos los días».

La consistencia interna de las escalas se recoge en la [tabla 1](#).

Procedimiento

Se llevó a cabo un muestreo de conveniencia, después de explicar a la Dirección de los hospitales el objetivo de la investigación y acordar su participación y procedimiento. A todos los participantes se les envió una carta de presentación del proyecto de investigación y el cuestionario a cumplimentar. El envío se realizó a través de las Direcciones de los hospitales y sus Comisiones de Docencia. Posteriormente, se enviaron también recordatorios. La carta de presentación explicaba de manera muy genérica la investigación y se solicitaba la colaboración voluntaria en el estudio. Además se hacía explícito que las encuestas eran anónimas, no siendo necesaria ninguna información de identificación del residente, y que los datos se tratarían estadísticamente de forma agregada, por lo que no se vería afectada la confidencialidad.

Análisis estadísticos

En primer lugar, se realizaron análisis de consistencia interna de las escalas mediante Alpha de Cronbach para evaluar la validez de las escalas utilizadas. Valores superiores $\alpha = 0,70$ fueron indicadores de buen nivel de consistencia interna¹⁹. Se realizaron análisis descriptivos (media y desviación típica) y correlación producto-momento de Pearson con nivel de significación $p < 0,001$ y $p < 0,05$. Para el análisis de efectos indirectos e interacción, se utilizó el procedimiento *bootstrapping* (método de remuestreo)²⁰. De acuerdo a este modelo, los efectos indirectos son significativos cuando $p < 0,05$ en el 95% de los intervalos de confianza. Para determinar la fuerza del efecto mediador, se utilizó la macro de SPSS desarrollada por Preacher, Rucker y Hayes²⁰. Para la hipótesis 1, se realizaron los análisis correspondientes al Modelo 4 y para la hipótesis 2 el Modelo 7²¹. En ambos casos se controló el efecto del año de residencia sobre las variables del modelo. Para comprobar el efecto mediador se calcula Test Sobel, para $p = 0,005$, le correspondía un

Tabla 2 Resultados correlación de Pearson subescalas y valores consistencia interna

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entrenamiento	<i>0,74</i>	0,55**	0,47**	0,40**	0,33**	0,36**	0,24**	0,83**	0,23*	0,35**
Comprensión		<i>0,77</i>	0,47**	0,48**	0,35**	0,37**	0,16*	0,82**	0,26**	0,34**
Apoyo			<i>0,72</i>	0,31**	0,14	0,25**	0,02	0,71**	0,30**	0,15
Futuro				<i>0,62</i>	0,30**	0,29*	0,18*	0,69**	0,26**	0,28**
Vigor					<i>0,80</i>	0,75**	0,76**	0,37**	0,37**	0,94**
Dedicación						<i>0,87</i>	0,63**	0,41**	0,23**	0,90**
Absorción							<i>0,75</i>	0,22**	0,28**	0,88**
Socialización								<i>0,86</i>	0,33**	0,37**
Resiliencia									<i>0,82</i>	0,32**
Engagement										<i>0,91</i>

1: entrenamiento; 2: comprensión; 3: apoyo; 4: futuro; 5: vigor; 6: dedicación; 7: absorción; 8: socialización; 9: resiliencia; 10: engagement. En la diagonal en cursiva aparecen los valores de consistencia interna de las escalas.

* $p < 0,05$;

** $p < 0,001$.

valor crítico: $z/2 = 1,96$ que permitiera considerar un efecto mediador sobre la variable dependiente.

Resultados

En la [tabla 1](#) se observan los resultados de los análisis descriptivos (media y desviación típica) de acuerdo al año de residencia de los médicos y la especialidad. La [tabla 2](#) presenta los análisis descriptivos y correlación de las escalas del estudio. Las correlaciones entre las puntuaciones de las variables del modelo de mediación fueron estadísticamente significativas.

En relación a la hipótesis 1, los resultados obtenidos mostraron un ajuste del modelo estadísticamente significativo ($R^2 = 0,54$; $F = 15,19$; $p < 0,001$). La socialización tuvo un efecto directo sobre el *engagement* ($\beta = 0,53$; $se = 0,12$; $t = 4,38$; $p < 0,001$; IC: [0,29-0,77]) y con la introducción de la resiliencia en el modelo, se observó un efecto indirecto de la variable socialización sobre el *engagement* ($\beta = 0,42$; $se = 0,12$; $t = 3,38$; $p < 0,001$; IC: [0,17-0,67]) que estuvo parcialmente mediado ($\beta = 0,30$; $se = 0,12$; $t = 2,45$; $p < 0,05$; IC: [0,05-0,54]). El Test Sobel confirmó la mediación de la resiliencia en el modelo ($z/2 = 2,01$; $se = 0,05$; $p < 0,05$). No se observó un efecto de la variable control año de residencia sobre el modelo propuesto ($\beta = 0,05$; $se = 0,05$; $t = 1,06$; $p = 0,28$; IC: [0,04-0,16]).

En relación a la hipótesis 2, la variable especialidad modera la relación entre socialización y resiliencia ($\beta = 0,22$; $se = 0,10$; $t = 2,19$; $p < 0,05$; IC: [0,02-0,42]), no observándose un efecto directo de la socialización sobre la resiliencia en presencia de esta ($\beta = 0,02$; $se = 0,17$; $t = 0,14$; $p = 0,88$). Así, se observó una moderación del efecto indirecto de la socialización-resiliencia sobre el *engagement* en función de la especialidad ($R^2 = 0,47$; $F = 10,23$; $p < 0,001$). Se produjo un efecto de mediación moderada para las especialidades clínicas ($\beta = 0,24$, $se = 0,10$; $t = 2,45$; $p < 0,05$; IC: [0,04-0,44]), no clínicas ($\beta = 0,47$, $se = 0,10$; $t = 4,38$; $p < 0,001$; IC: [0,25-0,68]) y no médicas ($\beta = 0,92$, $se = 0,27$; $t = 3,32$; $p < 0,05$; IC: [0,37-1,47]; [[fig. 1](#)]). La variable control año de residencia no tuvo un efecto sobre el modelo propuesto ($\beta = 0,05$; $se = 0,04$; $t = 1,33$; $p = 0,18$; IC: [0,02-0,13]; [[fig. 2](#)]).

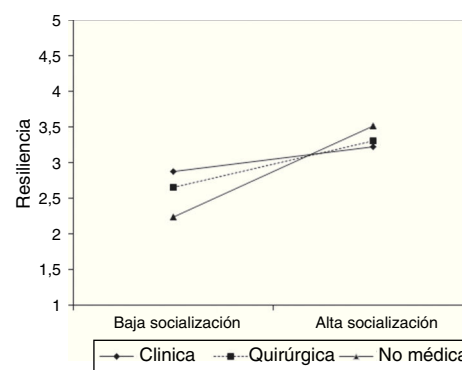


Figura 1 Interacción especialidad x socialización en la resiliencia.

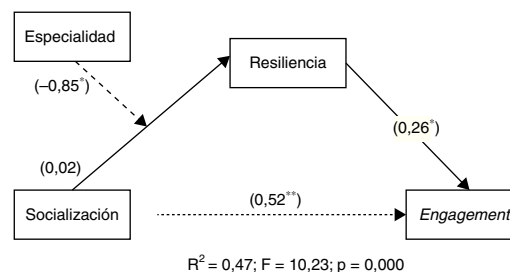


Figura 2 Modelo de mediación moderada de resiliencia.

Discusión

Los resultados muestran relaciones estadísticamente significativas entre los constructos estudiados. Respecto a la relación entre socialización y *engagement*, los datos muestran una correlación positiva entre el entrenamiento, la comprensión y el futuro con las dimensiones de *engagement* y resiliencia. Únicamente el apoyo social durante el proceso de socialización no muestra relaciones estadísticamente significativas con las dimensiones vigor y absorción del *engagement*, aunque sí en la dirección positiva esperada. Una posible explicación es que el tipo de apoyo evaluado únicamente refleje la dimensión instrumental e informacional del mismo y minimice la dimensión emocional

del apoyo social. Estos resultados también se observan en estudiantes¹⁵. Luego es posible que la escala no refleje la multidimensionalidad del constructo de apoyo social en el trabajo²² y atienda parcialmente a un tipo de apoyo social. En línea con Albercht²³, los datos ponen de manifiesto que el entrenamiento en el puesto, la comprensión del entorno y la perspectiva de futuro, se relacionan con más *engagement* en los sanitarios de la muestra. En cuanto a la resiliencia, tanto socialización como *engagement* tienen una relación estadísticamente significativa. Así, una mejor socialización se correlaciona con mayores niveles de resiliencia. Por otra parte, ante mayores niveles de resiliencia en los profesionales, las respuestas de *engagement* son mayores. Los resultados obtenidos, confirman la hipótesis 1. La resiliencia es una variable mediadora entre la socialización y las respuestas de *engagement*. Además, tal y como se ha comentado, es posible que el apoyo percibido durante la socialización, incremente los niveles de resiliencia y ejerza su efecto sobre el *engagement*. De acuerdo a Saks y Gruman¹³ la socialización, además de un proceso de aprendizaje y adquisición de conocimiento, puede entenderse también como un proceso generador de capital psicológico, como puede ser la resiliencia que genera *engagement*. Por tanto, la resiliencia sería un recurso personal a tener en cuenta en la muestra analizada.

En relación a la hipótesis 2, los resultados confirman la interacción entre socialización y área de especialidad sobre la resiliencia de los profesionales que forman la muestra aunque para las especialidades clínicas, quirúrgicas y no médicas. En cuanto a las especialidades clínicas que muestran puntuaciones menores de *engagement*, cuando la socialización es baja sus niveles de resiliencia son superiores al de otros profesionales, sin embargo cuando informan de una mejor socialización, muestran niveles de resiliencia menores respecto a las otras especialidades y una diferencia menor respecto a los residentes que informan de una peor socialización. De una forma similar sucede con las especialidades quirúrgicas, aunque el efecto es mayor entre las puntuaciones de resiliencia con baja socialización y situación de alta socialización. En cuanto a las especialidades no médicas, donde la resiliencia es menor cuando perciben una baja socialización, esta se modifica cuando el sujeto percibe con más frecuencia comprensión, entrenamiento (socialización adecuada), siendo estos profesionales los que mayor resiliencia informan y mayor *engagement* muestran. Los datos sugieren que en la muestra de profesionales, la socialización efectuada en profesionales no clínicos, genera un efecto mayor sobre la resiliencia, frente a la socialización de los profesionales clínicos, que el efecto es menor. Es posible que, aspectos como la comprensión, el apoyo, el entrenamiento y las perspectivas de futuro no se estén desarrollando de forma óptima para desarrollar la resiliencia en las especialidades clínicas de la muestra analizada.

En cuanto a las implicaciones prácticas del trabajo, se deriva que para incrementar el *engagement* de los residentes y conseguir un mejor desempeño, habría que favorecer una adecuada socialización. Esto pasaría por entrenar las habilidades interpersonales, favorecer la comprensión del proceso y en la medida de lo posible, estimular tanto el futuro en la organización como el apoyo social ya que tendría un impacto sobre la resiliencia de los residentes. Por

ejemplo en especialidades médicas que están más expuestas a demandas emocionales a diferencia de las especialidades quirúrgicas.

Este trabajo presenta algunas limitaciones que deseamos señalar. La primera, es que se trata de un estudio transversal de carácter exploratorio, por lo que la interpretación está condicionada a este tipo de diseño, que refleja relación, pero no causalidad. La segunda, se trata del sesgo de selección o de deseabilidad social, dado que las encuestas se han obtenido en un clima laboral afectado por las medidas de ajuste presupuestario debido a la crisis económica, lo que ha dificultado la obtención de la muestra. Futuras líneas de investigación serían aplicar los instrumentos de medida en un diseño longitudinal, así como incrementar el tamaño muestral e introducir indicadores de socialización desde otras fuentes que permitan análisis multinivel. Asimismo, de cara al futuro, se muestra necesario un estudio psicométrico de las medidas para mejorar su fiabilidad, dado que la escala entrenamiento ha mostrado cierta debilidad. También, explorar el posible papel mediador entre socialización y *engagement* de los otros componentes del capital psicológico como la confianza, la esperanza y el optimismo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A las unidades docentes de los hospitales que participaron de forma desinteresada

Bibliografía

1. Llupià A, Costas L, Grau J, Trilla A. Conocimientos, capacidades e intereses de los médicos internos y residentes (MIR) al incorporarse al hospital. *Med Clin (Barc)*. 2009;3:107-11.
2. Louis M. Surprise and sense making: What newcomers experience in entering unfamiliar organizational settings. *Admin Scien Quart*. 1980;22:6-51.
3. Bravo M, Gómez-Jacinto L, Montalbán F. Socialización policial: Un estudio con una promoción de nuevo ingreso. *Rev Psicol Social*. 2004;19:17-33.
4. Mallak LA. Measuring resilience in health care provider organizations. *Health Manp Manag*. 1998;24:148-52.
5. Moores TS, Castle KL, Shaw KL, Stockton MR, Bennett MI. 'Memorable patient deaths': Reactions of hospital doctors and their need for support. *Med Educ*. 2007;41:942.
6. Millán J, Gutiérrez-Fuentes JA. Enseñar a ser médico: Un análisis de opinión de los médicos implicados en la docencia de la clínica práctica (I). Conclusiones del análisis cualitativo y metodología para un estudio cuantitativo. *Educación Médica*. 2012;15:143-7.
7. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292:2880-9.
8. Prins JT, van Der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE, Bakker AB, van de Wiel H, Jacobs B, et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med*. 2009;16:654-66.
9. Bakker AB, La Demerouti E. Teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology*. 2013;29:107-15.

10. Bernabé M, Martín-Aragón M, Terol MC. Diferencias en eficacia profesional y en la satisfacción laboral en médicos de urgencias. *Salud y Sociedad*. 2014;5:182–91.
11. Bernabé M, Martín-Aragón M, Terol MC, Quiles MJ, Cabrera V. Análisis de algunos elementos de bienestar laboral en los médicos de los servicios de urgencias hospitalarios. Entre la ilusión y el agotamiento. *Anxiety & Stress*. 2011;17:221–31.
12. Schaufeli WB, Bakker A. UWES–Utrecht Work Engagement Scale: test manual. Department of Psychology, Utrecht University, Utrecht [manual electrónico] 2003 [consultado 8 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.wilmarschaufeli.nl/downloads/test-manuals-2/>
13. Saks AM, Gruman JA. Organizational socialization and positive organizational behaviour: Implications for theory, research, and practice. *Can J Adm Sci*. 2011;28:14–26.
14. Taormina RJ. Organizational socialization: A multidomain, continuous process model. *Int J of Sel Assess*. 1997;5:29–47.
15. Lisbona A, Morales F, Palací FJ. El engagement como resultado de la socialización organizacional. *Int J Psychol Ther*. 2009;9:89–100.
16. Luthans F, Vogelgesang GR, P.B L. Developing the psychological capital of resiliency. *Hum Resour Dev Rev*. 2006; 5:25-44.
17. Bonnano GA. Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity for thrive after extremely aversive events. *Am Psychol*. 2004;59:20–8.
18. Serrano-Parra MD, Garrido-Abejar M, Notario-Pacheco B, Bartolomé-Gutiérrez R, Solera-Martínez M, Martínez-Vizcaino V. Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enferm Clin*. 2012;23:14–21.
19. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1994.
20. Preacher KJ, Hayes A.F. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behav Res Methods Instrum Comput*. 2004;36:717–31.
21. Preacher KJ, Rucker DD, Hayes AF. Addressing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multi Behav Res*. 2007;42:185–227.
22. House JS, Wells JA. Occupational stress, social support and health. En: McLean A, Black G, Colligan M, editores. *Reducing occupational stress*. Washington: Government Printing Office; 1978. p. 8–29.
23. Albrecht SL. *Handbook of employee engagement: Perspectives, issues, research and practice*. Glos England: Edward Elgar; 2010.