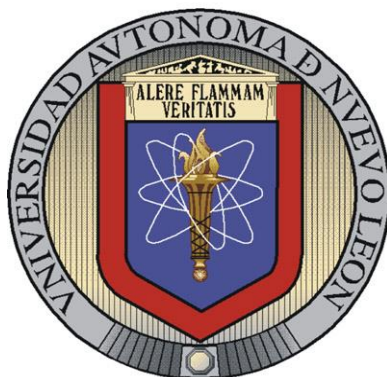


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN
Dirección de Estudios de Posgrado



***ENGAGEMENT* COMO MEDIADOR ENTRE LA INCIDENCIA DE FACTORES
PERSONALES Y ORGANIZACIONALES SOBRE EL SÍNDROME DE
BURNOUT: CASO ESTUDIO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL
ESTADO DE NUEVO LEÓN, MÉXICO**

Disertación presentada por:
Cynthia Karyna López Botello

Como requisito para obtener el grado de Doctor en Filosofía con Especialidad
en Administración

Monterrey, N.L., México

Febrero, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE CONTADURÍA PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISIÓN DE POSTGRADO

***Engagement* como Mediador entre la Incidencia de Factores Personales y
Organizacionales sobre el Síndrome de Burnout: Caso Estudio en los
Profesionales de la Salud del Estado de Nuevo León, México**

Aprobación de la Tesis por el Comité Doctoral:

Dra Adriana Segovia Romo
Presidente

Dr. Joel Mendoza Gómez
Secretario

Dra. María Mayela Terán Cázares
Vocal 1

Dr. Gustavo Juan Alarcón Martínez
Vocal 2

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha
Vocal 3

Monterrey, N.L., México.

Febrero, 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Declaro solemnemente que el documento que enseguida presento es fruto de mi propio trabajo, y hasta donde estoy enterado no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona, excepto aquellos materiales o ideas que por ser de otras personas les he dado el debido reconocimiento y los he citado debidamente en la bibliografía o referencias.

Declaro además que tampoco contiene material que haya sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro grado o diploma de alguna universidad o institución.

Nombre: Cynthia Karyna López Botello

Firma: _____

Fecha: Febrero de 2023

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi mamá Sofia y a mi esposo Carlos...

Madre, me has enseñado que nunca hay que detenerse por el miedo, que sin importar los obstáculos nunca hay que rendirse y que aun cuando a veces parece que vamos sin rumbo, hay que ser valientes y mantenerse firmes a nuestros ideales. Te has encargado de impulsarme y aplaudido en cada meta que me propongo y tu apoyo incondicional ha sido lo que me ha llevado a lograr todo lo que soy ahora.

Carlos, esta tesis es tan tuya como mía, me acompañaste durante todo el proceso, a veces hasta a los interdisciplinarios o los congresos. A pesar de que a veces parecía que hablaba en otro idioma extraño, siempre me escuchaste y estuviste ahí para verme. Me impulsaste a seguir creyendo en mi y en mis capacidades y en especial, me has enseñado que a pesar de que no siempre el camino es fácil, uno no debe darse por vencido.

Agradecimientos

A la Dra. Adriana Segovia Romo, mi gran maestra, amiga y querida Directora de Tesis. Dra. Me siento muy agradecida con Dios por haberla puesto en mi camino. Gracias por acompañarme en todo este proceso, por guiarme y no solo en la elaboración de esta tesis, sino también, en la vida personal. Nunca olvidaré que antes de cada reunión, siempre se aseguraba de preguntarme si era feliz y de compartirme el significado de la felicidad. A pesar de hacerla batallar con mi manera de redacción, siempre tuvo la paciencia y la dedicación para corregir y mostrarme la verdadera forma de hacerlo. Gracias, por haberle dedicado su tiempo, esfuerzo y apoyo a este trabajo, sin usted, esta tesis doctoral no sería lo que es ahora. Gracias por ser mi guía, mi mentora y mi consejera.

Al Dr. Joel Mendoza por haber compartido conmigo todas sus enseñanzas y su tiempo. Agradezco todo el apoyo que me brindó para culminar de manera exitosa esta tesis doctoral y por todas las recomendaciones que ayudaron a enriquecer este proyecto. A la Dra. Mayela Terán, por sus valiosas aportaciones a la tesis doctoral, recuerdo que desde el primer día que la conocí, fue usted, quien me ayudó a empaparme de información desde un aspecto organizacional, todas esas recomendaciones de libros y artículos que me ayudaron a definir mejor este proyecto.

Al Dr. Gustavo Alarcón y a la Dra. Georgina Núñez por haber aceptado ser parte de mi comité de tesis doctoral. Por todo su tiempo, esfuerzo y dedicación que le brindaron a esta tesis, para lograr enriquecerla aún más. Por todas esas recomendaciones que terminaron de formar esta tesis y además por todos sus consejos académicos y profesionales que guiarán mi desempeño.

A la Dra. Mónica Blanco por ser nuestra guía desde el inicio en el diplomado de investigadores, gracias Dra. por la paciencia y la guía que nos brindó desde el primer día cuando aún este proyecto era solo un protocolo de investigación. A las autoridades de la UANL, FACPYA y CONACYT por su apoyo económico para lograr cumplir en tiempo y forma este proyecto de tesis doctoral. Al Comité Doctoral por haberme dado la oportunidad de ser parte del Doctorado en Filosofía con Especialidad en Administración.

A todos mis profesores del doctorado, que nos acompañaron durante estos cuatro años, guiándonos para lograr culminar con esta etapa y compartiendo su conocimiento con nosotros. A mis compañeros del doctorado, Jazmín, Fabiola, Mary, Loraine, Arlene, Horacio e Irving, sin ustedes, no se habría logrado terminar este proyecto, fueron mi grupo de apoyo y motivación y además unos grandes amigos que me dejó la vida. Agradezco haber coincidido con ustedes.

A mis papas, hermanos y amigas por creer en mí. Omar y Mony, gracias por sus recomendaciones y consejos durante esta etapa.

Resumen

Investigación empírica-transversal del estudio de la mediación del *engagement* entre la incidencia del clima y la cultura organizacional, la jornadas laboral, la calidad de vida y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la salud del estado de Nuevo León, México. Para determinar esta mediación, se realizó una revisión de literatura exhaustiva, donde se encontró la existencia de estas relaciones. Sin embargo, aún existe un vacío teórico en la literatura que muestren estudios que evalúen a todos los profesionales de la salud y no solamente a los médicos. A su vez, son pocos los estudios que analizan la incidencia del Síndrome de Burnout, desde un aspecto organizacional, la mayoría se encarga de demostrar su existencia, sin embargo, no demuestran que es lo que lo causa. En esta investigación, se muestra toda la información encontrada hasta el momento a nivel mundial y nacional. Se detallan las teorías que sustentan a los constructos, así como artículos científicos. Se refleja el planteamiento del problema, el objetivo general de la investigación, la hipótesis, la pregunta de investigación, el tipo, diseño y técnicas de investigación, así como el análisis estadístico de ecuaciones estructurales. Se muestra la comprobación de las hipótesis y para concluir la discusión, las limitaciones y futuras líneas de investigación.

Palabras Clave: Síndrome de Burnout, *Engagement*, Clima Organizacional, Cultura Organizacional, Calidad de Vida y Jornadas Laborales.

Abstract

Empirical-cross-sectional research of the mediation of engagement between organizational climate and culture, working hours, quality of life and Burnout Syndrome among health professionals in the state of Nuevo León, Mexico. An exhaustive literature review was conducted to determine this mediation, finding the occurrence of these associations. There is still, a theoretical gap in the literature, which shows that studies are evaluating only physicians and not all health professionals. At the same time, there are few studies that analyze the incidence of Burnout Syndrome within an organizational aspect; most of them demonstrate its presence, however they do not show what is causing it. In this research, all the information found so far at a global and national level is shown. The theories that support the constructs are detailed, as well as scientific articles. The problem statement, the general objective of the research, the hypothesis, the research question, the type, design and research techniques, as well as the statistical analysis of structural equations are reflected. The testing of the hypotheses is shown and to conclude the discussion, limitations and future lines of research.

Keywords: Burnout Syndrome, Engagement, Organizational Climate, Organizational Culture, Quality of Life and Working Hours.

Las Abreviaturas y los Términos Técnicos

ACGME	Consejo de Acreditación para Educación Médica de Posgrado
AVE	Varianza Extraída Media
CIDICS	Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud.
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud
CV	Calidad de Vida
HTMT	Heterotrait-Monotrait
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PIB	Producto Interno Bruto
PLS-SEM	Modelado de ecuaciones estructurales de mínimos cuadrados
SB	Síndrome de Burnout
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
UNAM	Universidad Autónoma de México
VIF	Índice de Inflación de la Varianza

Índice General

Las Abreviaturas Y Los Términos Técnicos	VII
Índice General.....	1
Índice De Tablas.....	4
Índice De Figuras	5
Índice De Anexos	6
Capítulo I. Naturaleza Y Dimensión Del Estudio.....	7
1.1 Antecedentes del Problema Por Estudiar.....	7
1.1.1 Hechos Actuales que Contextualizan el Problema.....	9
1.1.2 Causas y Consecuencias del Problema a Estudiar	12
1.1.3 Mapa Mental del Planteamiento del Problema	15
1.2 Planteamiento Teórico del Problema de Investigación	15
1.2.1 Antecedentes Teóricos del Fenómeno a Estudiar de la Variable Dependiente (Síndrome de Burnout):	17
1.2.2 La Justificación Teórica y/o Aplicada de la Variable Mediadora (Engagement).....	18
1.2.3 Investigaciones Teóricas y/o Aplicada de las Variables Independientes	19
1.3 Brechas Teóricas.....	23
1.4 Pregunta Central de Investigación	24
1.5 Objetivo General de la Investigación.....	24
1.5.1 Objetivos Metodológicos de la Investigación.....	24
1.5.2 Objetivos Específicos de la Investigación	25
1.6 Hipótesis General de Investigación.....	25
1.7 Metodología.....	25
1.8 Justificación y Aportaciones del Estudio	26
1.8.1 Justificación Práctica.....	26
1.8.2 Justificación Teórica.....	26
1.8.3 Justificación Metodológica.....	27
1.9 Delimitaciones del Estudio	28
1.10 Matriz de Congruencia	29
Capítulo 2. Marco Teórico	30
2.1 Marco Teórico de la Variable Dependiente (Síndrome de Burnout).....	30
2.1.1 Teorías y Definiciones sobre Síndrome de Burnout (SB).....	31
2.1.2 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación de la Variable Y (Síndrome de Burnout).....	38
2.2 Marco Teórico y Estudios de Investigaciones Aplicadas de la Variable Mediadora (<i>Engagement</i>)	40
2.2.1 Teorías y Definiciones sobre el Engagement	41

2.2.1 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación del Engagement	46
2.3 Marco Teórico y Estudios de Investigaciones Aplicadas de las Variables Independientes	49
2.3.1 Fundamento Teórico de Clima Organizacional (X1)	49
2.3.2 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación del Clima Organizacional (X1)	57
2.3.3 Fundamento Teórico de Cultura Organizacional (X2).....	59
2.3.4 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación de la Cultura Organizacional (X2)	67
2.3.5 Fundamento Teórico de Calidad de Vida (X3)	69
2.3.6 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación de la Calidad de Vida (X3)	74
2.3.7 Fundamento Teórico de Jornadas Laborales (X4)	78
2.3.8 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación de las Jornadas Laborales (X4)	81
2.4 Hipótesis Específicas de Investigación.....	83
2.4.1 Modelo Gráfico de la Hipótesis	84
2.4.2 Modelo de Relaciones Teóricas con las Hipótesis	85
Capítulo 3. Estrategia Metodológica.....	87
3.1 Tipo y diseño de la investigación	87
3.1.1 Tipos de investigación	87
3.1.2 Diseño de la Investigación.....	88
3.2 Métodos de Recolección de Datos.....	89
3.2.1 Elaboración de la Encuesta	89
3.2.2 Operacionalización de las Variables de la Hipótesis	92
3.2.3 Métodos de Evaluación de Expertos (Validez y Confiabilidad).....	96
3.3 Población, Marco Muestral y Muestra	98
3.3.1 Tamaño de la Muestra.....	98
3.3.2 Sujetos de Estudio:.....	101
3.4 Métodos de Análisis	102
Capítulo 4. Análisis De Resultados	104
4.1 Resultados finales	104
4.1.1 Estadística Descriptiva	104
4.1.2 Análisis Estadístico (Ecuaciones Estructurales)	108
4.1.3 Evaluación del Modelo de Medida (Outer Model) de Ecuaciones Estructurales	109
4.1.4 Evaluación del Modelo Estructural (Inner Model) de Ecuaciones Estructurales	116
4.1.5 Evaluación del Modelo de Medida en el Análisis de Mediación	121
4.2 Comprobación de Hipótesis	122
Conclusiones Finales.....	125
Contribuciones Teóricas del Estudio	126

Implicaciones Prácticas y Recomendaciones	132
Bibliografía.....	138
Anexo 1. Instrumento De Medición Aplicado A La Muestra Final	150
Anexo 2. Formato De Validez De Contenido.....	154
Anexo 3. Promedio De La Validez De Contenido	157

Índice de Tablas

Tabla 1. Matriz de Congruencia Metodológica.....	29
Tabla 2. Definiciones Conceptuales del Síndrome de Burnout.....	36
Tabla 3. Definiciones Conceptuales del Engagement	44
Tabla 4. Definiciones Conceptuales de Clima Organizacional.....	53
Tabla 5. Definiciones Conceptuales de Cultura Organizacional.....	64
Tabla 6. Definiciones Conceptuales de Calidad de Vida.....	70
Tabla 7. Definiciones Conceptuales de Jornadas Laborales.....	79
Tabla 8. Modelo de Relaciones Teóricas.....	85
Tabla 9. Operacionalización de Variables.....	92
Tabla 10. Resultados del Análisis de Confiabilidad de las Variables (Alfa de Cronbach).....	97
Tabla 11. Muestreo Estratificado para el Tamaño de Muestra	100
Tabla 12. Datos Descriptivos de las Variables de Estudio.....	106
Tabla 13. Frecuencias de las Variables de Estudio.....	107
Tabla 14. Prueba de Normalidad de los Datos.....	108
Tabla 15. Prueba de Aleatoriedad de los Datos.....	109
Tabla 16. Fiabilidad de Consistencia Interna y Compuesta.....	111
Tabla 17. Resultados del Análisis de Médiación: Cargas Externas.....	112
Tabla 18. Validez Convergente.....	113
Tabla 19. Análisis de Cargas Cruzadas.....	114
Tabla 20. Criterio Fornell y Larcker.....	115
Tabla 21. HTMT de las Variables de Estudio.....	116
Tabla 22. Análisis de la Colinealidad a través del VIF en Ecuaciones Estructurales.	117
Tabla 23. Valores de los Coeficientes de Ecuaciones Estructurales	118
Tabla 24. Significancia de las Variables del Modelo.....	119
Tabla 25. Relevancia Predictiva.....	121
Tabla 26. Efectos Directos e Indirectos de las Variables de Estudio.....	122
Tabla 27. Comprobación de Hipótesis.....	123

Índice de Figuras

Figura 1. Ejemplo de Indicador.....	10
Figura 2. Países con Mayores Cifras de Síndrome de Burnout.....	11
Figura 3. Países con Menores Cifras de Síndrome de Burnout.....	11
Figura 4. Mapa Mental del Problema Bajo Estudio.....	15
Figura 5. Modelo Gráfico de Variables.....	84
Figura 6. Sexo de los Participantes.....	105
Figura 7. Estado Civil de los Participantes	105
Figura 8. Municipio de los Participantes.....	105
Figura 9. Profesión de los Participantes.....	106
Figura 10. Dimensiones del Síndrome de Burnout.....	107
Figura 11. Indicios del Síndrome de Burnout.....	108
Figura 12. R ² del Modelo Estructural.....	120
Figura 13. Modelo Final.....	123

Índice De Anexos

Anexo 1. Instrumento de Medición.....	150
Anexo 2. Formato de Validez de Contenido.....	154
Anexo 3. Promedio de Validez de Contenido.....	157

Capítulo I. Naturaleza y Dimensión del Estudio

El Capítulo 1 inició mostrando un acercamiento del problema a estudiar: el Síndrome de Burnout (SB). Como antecedentes se observan las prevalencias a nivel mundial y nacional del estrés laboral, así como causas y consecuencias que llevan al planteamiento teórico del problema y se detalla un mapa mental.

Además, se justificó de manera teórica la manera en cómo se relacionan las variables independientes con la dependiente. Además, se encontraron vacíos en la teoría que llevan a la elaboración de las brechas teóricas del estudio y a la formulación de la pregunta de investigación. Con esto, se logró precisar el propósito general de la investigación, así como los objetivos específicos, la hipótesis y la aportación de la investigación. Aunado a lo anterior se mostró brevemente la metodología a seguir.

1.1 Antecedentes del Problema Por Estudiar

La actual investigación, se desarrolló en profesionales de la salud, quienes se definen como aquellos que se encargan de mantener la salud de los seres humanos mediante la aplicación de principios y procedimientos basados en medicina, así como, los cuidados basados en evidencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), estos profesionales se encargan de estudiar, diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades, lesiones y enfermedades mentales.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) los identifica como personal sanitario o también conocido como profesional de la salud. Y los conceptualiza como todos los individuos que realizan actividades que tienen como principal objetivo promover la salud, abarca desde médicos, enfermeras, nutricionistas, dentistas y psicólogos.

Entre las principales funciones de estos profesionales, se encuentran: desarrollo y mejora de teorías y conceptos en salud, elaboración de

investigación, mejorar la atención sanitaria de la población, promover la salud, supervisión de otros profesionales de la salud, etc. Entre las diversas profesiones de salud se encuentran: médicos, enfermeros, psicólogos y nutricionistas (International Labour Organization, 2021).

Los profesionales de la salud a estudiar se definen a continuación:

- **Médicos:** Se encargan de diagnosticar, curar y aliviar enfermedades, trastornos y lesiones tanto físicas como mentales de los seres humanos. Suelen recomendar acciones preventivas basadas en evidencia científica. Estos profesionales pueden especializarse en varias enfermedades o métodos de tratamiento.
- **Profesionales de enfermería:** Se dedican a tratar y cuidar a los seres humanos que se encuentran enfermos, ya sea física como mentalmente, a los adultos de la tercera edad, recién nacidos y a las madres. Una de sus principales responsabilidades es la de planificación y gestión de los pacientes, así como, la supervisión de otros profesionales de la salud.
- **Psicólogos:** Evalúan las capacidades emocionales, psicológicas, de desarrollo y físicas de los pacientes mediante observaciones clínicas y pruebas estandarizadas.
- **Nutricionista:** Son encargados de planificar y dirigir programas de alimentación o nutrición para promover y mantener la salud y ayudar a prevenir y tratar enfermedades.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), identifica alrededor de 90,784 médicos, de los cuales 75,271 corresponden a los especialistas, 10,847 doctores generales, 1,878 estudiantes de especialidad, 1,094 dentistas y 756 estudiantes de medicina en México. A su vez, delimita que, de 100 paramédicos, 50 son considerados enfermeros, 21 ayudantes de los enfermeros, 11 enfermeras especializadas, 5 estudiantes de enfermería y 4 otros profesionales paramédicos. Con respecto a la cantidad de nutriólogos en México, esta misma institución menciona que existe en promedio 2.4 nutriólogos por cada mil habitantes y alrededor de 350 mil psicólogos.

En el Capítulo 3 se podrá observar a detalle el número de profesionales de la salud en México y por entidad federativa. En el siguiente apartado se habla acerca de los hechos más importantes que contextualizan al problema de la investigación.

1.1.1 Hechos Actuales que Contextualizan el Problema

Uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad es, el estrés laboral. Esto sucede, porque perjudica la salud de una cantidad considerable de habitantes a nivel mundial (Giorgi et al. 2018). Entre las principales causas del estrés se encuentran: el clima de las instituciones de trabajo, la cultura de las empresas, el desarrollo que existe dentro de las instituciones, el bienestar laboral y la productividad del trabajador (Organización Internacional del Trabajo [OIT, 2016]). Por otra parte, se ha encontrado que la severidad laboral de las empresas hacia con sus trabajadores y la escasez de presupuestos económicos, materiales y personales, también son causas del desarrollo del estrés (Arciniega et al. 2012).

Las instituciones y el sistema sanitario son los principales en verse perjudicadas por la aparición del estrés entre los trabajadores. Esto ocurre porque cuando los trabajadores presentan niveles altos de estrés, comienzan a manifestarse problemas de salud mental y física. Dando como resultado, el absentismo en el trabajo (representa 7.3% de pérdidas en el costo anual de la nómina a nivel mundial). Estas ausencias laborales afectan a 8 de cada 10 trabajadores y son ocasionadas por un incremento en la carga laboral de 67% y de estrés laboral de 48% (Solis, 2014).

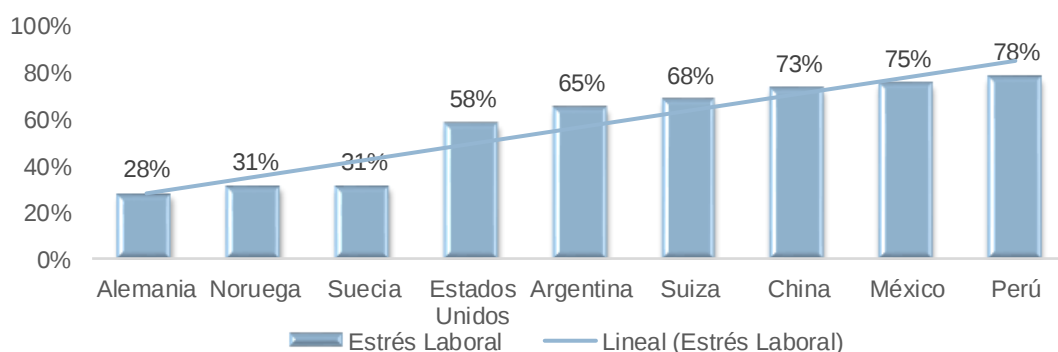
Por otro lado, también ocurre una disminución en el rendimiento de las actividades laborales y una mayor pérdida de interés en realizar las actividades. Esto puede generar a largo plazo, pérdidas económicas para las empresas y un incremento en la rotación laboral (OIT, 2016; Navinés, 2015; Giorgi et al. 2018). También pueden surgir problemas sociales o personales como: pobreza, inequidad de género, enfermedades no transmisibles, analfabetismo, contaminación de industrias, estado nutricional deficiente, carencias en la

condición de vida, sistemas de transporte y cuidados de higiene personal inadecuados (OMS, 2008).

Según la OIT (2016), el estrés laboral supone pérdidas de 0.5 a 3.5% del Producto Interno Bruto (PIB) en la mayoría de los países. Un ejemplo es Estados Unidos, que genera costos de 200,000 millones de dólares al año por este concepto. En Reino Unido ha incrementado un 3.5% el PIB y en México se generan pérdidas de entre 5 mil y 40 mil millones de dólares al año. Esta es una razón fundamental para evaluar a las instituciones con el propósito de identificar el origen del estrés laboral y así implementar estrategias que logren mitigar los problemas de salud relacionados con el estrés.

Mundialmente, el estrés en el trabajo es considerado como una epidemia. Entre los países con mayores cifras de estrés laboral (Figura 1) se encuentran: Perú (78%), México (75%) y China (73%) (Rojas, 2017; Secretaria de Salud, 2016; Sánchez et al. 2015).

Figura 1. Ejemplo de Indicador del Síndrome de Burnout



Fuente: Elaboración propia

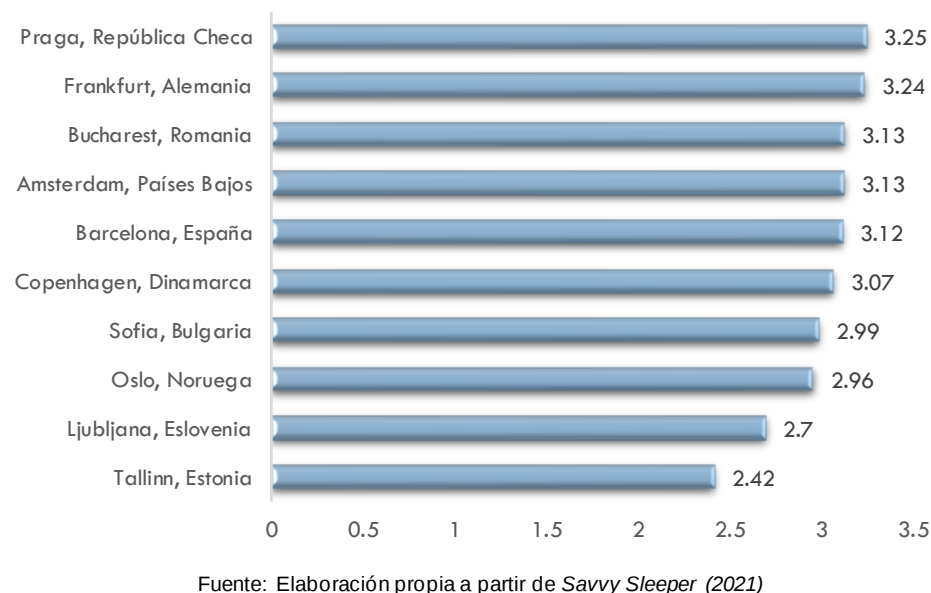
El estrés laboral que afecta a las personas durante un tiempo prolongado y que no ha sido controlado, produce el Síndrome de Burnout. Hoy en día, el SB ha dañado a la mayoría de los países a nivel mundial. En la Figura 2, se observan las estadísticas de los diez principales países con mayor número de personas con SB. En primer lugar, esta Japón, seguido por India y Corea del Sur. Por el contrario, Estonia, Eslovenia y Noruega son los países con menores cifras de SB

entre su población (Figura 3). México se localiza en el lugar número 30 de 69 con un puntaje de Síndrome de Burnout de 4.25 (Savvy Sleeper, 2021).

Figura 2. Países con Mayores Cifras del Síndrome de Burnout



Figura 3. Países con Menores Cifras del Síndrome de Burnout



Un estudio realizado en una de las principales universidades de México, a profesionistas de entre 25 y 40 años. Demostró que el 100% de los encuestados sufría de algún grado de estrés (agudo o crónico) y 60% de ellos tenía niveles altos con daños físicos. Cifras que alarmaron a los investigadores y a los directivos de la institución educativa, poniendo en evidencia la urgencia de la implementación de programas de manejo y control adecuado de estrés

entre sus profesionistas (Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud [CIDCS, 2018]).

Actualmente, la población a nivel mundial se encuentra viviendo un hecho histórico jamás imaginado hasta el momento, la pandemia ocasionada por el virus COVID-19. Esta emergencia sanitaria mundial ha sido uno de los desafíos más grandes para todos los profesionales de la salud incrementando así los niveles de estrés laboral. En una revisión bibliográfica donde se examinaron 61 estudios, se encontró una alta prevalencia de ansiedad (45%), Síndrome de Burnout (29%), depresión (38%) y estrés agudo (31%) en los profesionales de la salud durante la pandemia (Ricci et al. 2020).

Por otra parte, en una investigación adicional que también evaluaba a los profesionales de la salud expuestos al COVID-19. Se demostró que 62.5% había sufrido consecuencias emocionales o trastornos psicológicos, como, temor (44%), problemas de sueño (38%), intranquilidad (38%), Síndrome de Burnout (34%), ansiedad (29%) y depresión (26%). Los investigadores concluyeron que 2 de cada 3 profesionales de la salud que han sido expuestos al COVID-19 han manifestado algún problema psicológico (Salazar et al., 2020).

1.1.2 Causas y Consecuencias del Problema a Estudiar

El resultado del estrés laboral crónico es el Síndrome de Burnout (SB). García et al. (2016) señalan que hay, factores sociales, personales y organizacionales vinculados a dicho síndrome. Como factores sociales se toman en cuenta las relaciones interpersonales. Para los factores personales se consideran el estado de salud mental, el sexo, la edad, entre otros. Y para los factores organizacionales, las jornadas laborales, equipo insuficiente, instalaciones inadecuadas, baja remuneración y experiencia profesional.

Marsollier (2012) también considera que el SB puede vincularse a partir de factores organizacionales. Golembiewski et al. (1983) y Marcelissen et al. (1988), concuerdan con esto, porque opinan que la cultura de las empresas, el clima de

las organizaciones, el apoyo social hacia los trabajadores y la estructura organizacional son desencadenantes del SB.

El sector salud, en particular, es uno de los más afectados por el SB. Esto ocurre por jornadas laborales demandantes, falta de remuneración, poca atención por parte de directivos, mala cultura organizacional y clima laboral deficiente. Las organizaciones prestadoras de servicios presentan la misión de reestructurar sus políticas y así disminuir el SB (Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación [SIL, 2015]).

Los profesionales del área de la salud son los que más expuestos se encuentran al Síndrome de Burnout. En un estudio realizado por Maldonado (2017) en México, se descubrió que 1 de cada 10 médicos ha intentado suicidarse (12%). Caso similar, se observó en Perú, donde sobresalieron las prevalencias de agotamiento emocional (55.8%), baja realización personal (100%) y despersonalización (72.1%) dimensiones que desencadenan al SB, en médicos y enfermeras. También consideraron otras causas organizacionales posibles en la aparición del SB como el diseño (44.2%), la cultura (27.9%) y el potencial humano (14%) (Solís et al. 2016).

El Síndrome de Burnout es consecuencia de padecer niveles de estrés elevados durante un tiempo prolongado que afecta la salud física y mental de la persona e inclusive en ciertos casos repercute en el rendimiento laboral (Berjón et al. 2018). Entre los principales problemas de salud que pueden surgir, se encuentran: los trastornos mentales como la depresión o emociones negativas, conductas autodestructivas como el alcoholismo, adicción a las drogas u otras sustancias y en ciertos casos avanzados, el suicidio.

Estos mismos autores mencionan que la parte laboral puede llegar a ocasionar problemas de concentración, déficit de atención, ausentismo, sabotaje, insatisfacción y deterioro de las habilidades para tomar decisiones, lo cual tiene un efecto significativo en la organización. Estas consecuencias pueden

llegar a ser peligrosas para la salud del trabajador y provocar desequilibrios severos.

Las consecuencias que sufren las organizaciones por parte del SB cada vez van en aumento. Son varios los investigadores que han demostrado su interés en este tema (Giorgi et al. 2018; Navinés et al. 2015). A su vez, se ha recomendado reevaluar a las organizaciones con la finalidad de crear ambientes de trabajo más sanos que lleven al buen desarrollo individual y profesional para que se evite el aumento de las cifras de suicidios y enfermedades, el ausentismo y los accidentes laborales (Sánchez et al. 2015).

Berjón et al. (2018) definen las consecuencias físicas del SB como las enfermedades no transmisibles (trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, sexuales, dermatológicos, musculares y crónicos como el insomnio). Actualmente 12.2 millones de personas al año, mueren a causa de alguna de estas enfermedades y ocasionan un aumento en las bajas laborales, obteniendo como resultado pérdidas mundiales de entre 4 y 6% del PIB (Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles, 2019).

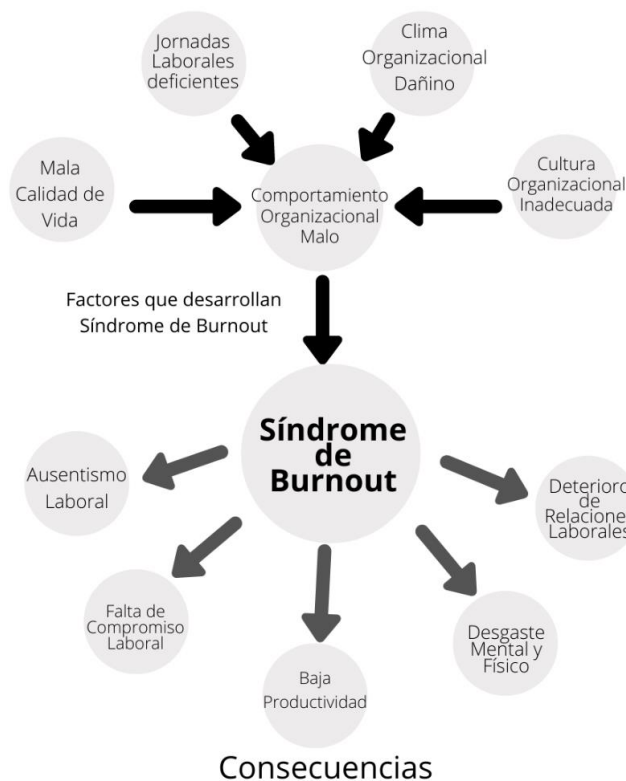
Con respecto a las consecuencias psicológicas los autores de referencia señalan los siguientes: preocupación excesiva, incapacidad en la toma de decisiones, confusión, falta de concentración, déficit de atención, falta de control de emociones, desorientación, pérdida de memoria, irritabilidad, depresión, trastornos de la personalidad, susceptibilidad a sufrir accidentes, entre otros.

Por último, entre las consecuencias organizacionales están también el aumento en la rotación de personal, malas relaciones entre compañeros, baja calidad del trabajo, ausentismo laboral, incremento de cambios de puesto, mayor control de los trabajadores, incremento del descontento por parte del consumidor, accidentes laborales y mayor consumo de sustancias tóxico-dependientes (SIL, 2015).

1.1.3 Mapa Mental del Planteamiento del Problema

A continuación, se muestra una representación de las causas y/o consecuencias que desencadenan al SB que se han señalado anteriormente de acuerdo con diversos autores (Figura 4).

Figura 4. Mapa Mental del Problema Bajo Estudio.



Fuente: Elaboración propia a partir de Berjón et al. (2018), García et al. (2016) y OMS (2019).

Este estudio analizó las causas de la estructura organizacional y personal que afecta al desarrollo del SB. En este sentido y de acuerdo con diversos autores (Berjón et al. 2018; García et al. 2016) se explicaron las siguientes causas: compromiso, estructura organizacional, sobrecarga laboral, conflicto de valores, falta de equidad, relaciones laborales y personales.

1.2 Planteamiento Teórico del Problema de Investigación

Las investigaciones realizadas con anterioridad por expertos en el tema evidencian que el SB surge dentro de las instituciones como resultado del exceso de trabajo. Por consiguiente, la persona comienza a sentir falta de motivación, compromiso, dificultad para cumplir con las metas y requerimientos del trabajo,

pérdida de interés en la elaboración de sus actividades y duda de su capacidad laboral (Bolaños et al. 2016).

De entre todos los profesionales del área de la salud, los doctores, son los más dañados. El SB comienza desde el inicio de sus prácticas profesionales porque, en virtud de las extensas horas que dedican al estudio, se originan problemas en su salud mental que repercute en su desarrollo profesional (Cabello et al. 2016).

El SB tiene diversas causas, tales como, el clima y la cultura organizacional, las jornadas laborales y la calidad de vida (CV) (Caballero et al. 2016; González-Sánchez et al. 2017; Mijakoski et al. 2015; Vizcarra et al. 2015). Existe una falta de atención a los profesionales de la salud por parte de sus instituciones, porque la mayoría tiene como objetivo la resolución y el manejo de conflictos a los pacientes, dejando a un lado a sus trabajadores (Solís et al., 2016).

Marsollier (2012) menciona que existe un factor que disminuye la aparición del SB: un nivel elevado de *engagement*. Este término se suele malinterpretar y confundir con la palabra “compromiso”, la cual, se orienta a los aspectos personales de los individuos. Por el contrario, la palabra *engagement* se refiere a la obligación de las personas hacia con sus actividades laborales (Van Bogaert et al. 2017). Por tanto, un alto nivel de *engagement* se encuentra en aquellas personas que son más conscientes con el deber que tienen hacia con su trabajo y su organización, independiente del ambiente en el que se desenvuelven (Castellano et al. 2019).

Para generar *engagement*, es necesario que las organizaciones presten la atención necesaria a sus profesionales de la salud. De no ser así, se generarán resultados negativos produciendo ambientes no saludables, calidad de vida deficiente y jornadas laborales exhaustivas que fomentan la aparición del SB. Por tanto, es importante realizar un análisis exhaustivo en los hospitales para

determinar si el *engagement* medía la incidencia entre el clima y la cultura organizacional, las jornadas laborales, la calidad de vida y el SB.

1.2.1 Antecedentes Teóricos del Fenómeno a Estudiar de la Variable Dependiente (Síndrome de Burnout):

Greene (1961), fue el primero en mencionar al Síndrome de Burnout. Sin embargo, Freudenberg (1974) fue quién hizo énfasis en él, definiéndolo como un resultado negativo que provoca frustración en los trabajadores después de realizar tareas muy demandantes que requieren de mucho esfuerzo. Más adelante Maslach et al. (1981), señalaron que el síndrome era una combinación entre nivel elevado de agotamiento mental, sensación de despersonalizado y falta de autorrealización. El SB fue identificado por primera vez en profesionales que brindaban servicios asistenciales, como médicos, enfermeras, docentes y asistentes sociales.

Actualmente, es fundamental prestar atención a las necesidades de los profesionales de la salud. Son ellos quienes se desenvuelven en trabajos más demandantes y en ciertos casos con poca remuneración económica que van afectado su estado físico y psicológico. Por tanto, es imprescindible elaborar programas que los ayuden a sentirse satisfechos con el sueldo, con su crecimiento profesional y su ambiente de trabajo (Caballero et al., 2016).

Solís et al., (2016), estudiaron a doctores y enfermeras que se encontraban trabajando en instituciones públicas y privadas. Los hallazgos fueron que más del 60% de ambos profesionistas presentó Síndrome de Burnout. Caso similar sucedió en otro estudio realizado en Argentina. Se observó que 100% de los médicos que laboraban en hospitales tenía algún grado de SB y en ciertos casos ya estaba afectando su rendimiento académico (Medina et al. 2017).

La teoría de Maslach (1981) sustenta el término de Síndrome de Burnout, porque considera a los factores laborales y organizacionales desde una perspectiva psicosocial y emocional como parte del SB. Clasifica al síndrome en

tres categorías: cansancio emocional, cinismo y autorrealización. Los sentimientos de agotamiento que surgen por la carga excesiva de trabajo se clasifican en la categoría de cansancio emocional.

Cuando existe un agotamiento emocional intenso como consecuencia de la carga excesiva de trabajo y es acompañado de desinterés, aparece el cinismo o también llamado despersonalización. Por último, cuando la persona se siente que no tiene la capacidad suficiente para cumplir con sus tareas laborales, disminuye su productividad y no tiene metas fijas, surge la categoría de realización personal o autorrealización (Díaz et al. 2016).

Otra teoría, se refiere al intercambio social de Schaufeli (2005), y establece que el trabajador comienza a compararse socialmente al crear relaciones interpersonales con los demás, lo que provoca sentimientos negativos ante situaciones de inequidad. Con base a las teorías presentadas y considerando las diversas clasificaciones del SB, el estudio se basó en la teoría de Maslach (1981), que considera la respuesta emocional como consecuencia de factores laborales y organizacionales.

1.2.2 La Justificación Teórica y/o Aplicada de la Variable Mediadora (Engagement)

Un factor muy importante que ayuda a combatir o prevenir el SB es el *engagement*. Kahn (1990) lo describió, por primera vez, como la capacidad que presenta el individuo para expresarse auténticamente en el trabajo desde un punto cognitivo, emocional y físico. Más adelante, Maslach (1981) lo conceptuó como energía, involucramiento y eficiencia del trabajador dedicado en sus actividades laborales, lo opuesto al SB.

Diversas teorías sustentan el término. La teoría del rol elaborada por Kahn (1990), sostiene que los niveles adecuados de *engagement* en los trabajadores se mantienen por medio de relaciones interpersonales, grupales, intergrupales y organizacionales que realicen durante sus actividades laborales. Otra teoría, es

la del intercambio social de Saks (2006), que considera que los trabajadores mantienen un nivel elevado de *engagement* al poseer trabajos desafiantes e interesantes.

En España se llevó a cabo una investigación donde se analizó la relación entre el SB y las jornadas laborales mediados por el *engagement*. Los hallazgos arrojaron diferencias significativas entre altas jornadas laborales y el SB ($R^2=0.123$; $p=0.002$) y el *engagement* ($R^2=0.179$; $p<0.001$). Los niveles de SB disminuían al poseer niveles altos de *engagement* (García-Sierra et al. 2016).

A su vez, en Bélgica encuestaron a 751 enfermeras de diversos hospitales y evaluaron el clima organizacional junto con otras características propias del trabajo que predecían al *engagement*. Encontraron una significancia estadística entre la mediación del *engagement* con el clima y los factores organizacionales ($p<0.05$) (Van Bogaert et al., 2017).

1.2.3 Investigaciones Teóricas y/o Aplicada de las Variables Independientes

Al conocer las causas probables que desencadenan el SB y las consecuencias generadas que afectan gravemente a la salud de los profesionistas, es importante conocer lo que sucede dentro de las organizaciones de salud. Segredo et al. (2015) , dicen, que una organización es la estructura que desempeña el conjunto de reglas y métodos que se utilizan para realizar un proceso y cualquier cambio realizado, afecta la estructura inicial.

Las organizaciones tienen recursos humanos que se desenvuelven según el ambiente que los rodean. Al propiciar una interacción adecuada de relaciones interpersonales, habrá un correcto funcionamiento del sistema o estructura de la organización. El sistema de toda organización es transformable durante el tiempo y, para un adecuado desempeño, debe promover ambientes saludables que van cambiando conforme llegan las nuevas generaciones (Segredo et al. 2015).

Una causa propia de las instituciones que influye en la manifestación y progreso del SB es la cultura organizacional. Se define como las habilidades que tiene un grupo de trabajo para hacer frente y solucionar las dificultades laborales que se presenten, es decir, los pasos que deben seguir los trabajadores para consolidarse con base en la visión, misión y normas de la organización a la que pertenecen (Carrillo, 2016).

Las diversas instituciones de salud cuentan con diferentes culturas organizacionales (Bennett et al. 1999). Esto es porque la motivación y la productividad del personal de estas instituciones es desigual. El tipo de cultura organizacional dictamina la eficiencia y el impacto que tendrán los profesionales en sus prácticas laborales. Se recomienda que las labores propias del trabajador en salud deben transmitir una mejor práctica médica que ayude con la comunicación (Ortega et al. 2015).

El modelo de valores de competencia (CVF), es de los más convenientes a utilizar en el área de la salud. Clasifica en dos categorías a la cultura organizacional: estructura interna y los fines de la organización. A su vez, estas categorías se subclasifican en cuatro clases de cultura: Cultura de desarrollo, de grupo, racional y jerárquica (Quinn et al. 1983; Revilla-Macías et al. 2015).

Existe una variedad de investigaciones a nivel mundial. Tal es el caso de uno en la República de Macedonia, Europa. Se encuestaron a 286 médicos y enfermeras del hospital general. El propósito fue examinar la asociación del *engagement*, SB, demanda de trabajo y cultura organizacional. Los médicos de tiempo completo presentaron mayor puntuación de cultura organizacional ($t = 3.18$; $p < 0.001$) y los de medio tiempo mejores demandas de trabajo ($t = -4.0$; $p < 0.001$) además de cultura organizacional ($t = -7.12$; $p < 0.001$) (Mijakoski et al. 2015).

En Tehran, Irán, los investigadores Frazianpour et al. (2016) evaluaron la cultura organizacional y el SB de 387 médicos y enfermeras de una universidad de medicina. Los hallazgos arrojaron datos significativos. Una cultura

organizacional mala (distancia al poder, colectivismo contra individualismo, feminidad contra masculinidad y evitación de la incertidumbre) promueve la aparición del SB ($r = 0.305$; $p < 0.001$).

Otra causa de las organizacionales que suscitan la aparición del SB, es el clima organizacional. Lewin et al. (1939) definen al clima como la relación entre las personas y el ambiente, a través de las percepciones que tienen las personas de su clima de trabajo y organización. Bernal et al. (2015) mencionan que existen varios modelos que mejor definen y valoran al clima en las instituciones de salud. Uno lo propuso Likert (1965), quien dice que las percepciones de las personas son las que influyen sobre el clima organizacional y que existen tres variables que influyen estas percepciones: variables explicativas o causales, intermedias y finales.

Otro modelo es el de Litwin et al. (1968). Este se basa en la teoría de la motivación de McClelland (1998), en la cual se enfatiza que las percepciones acerca del clima organizacional son creadas por, el líder, las prácticas de gestión, estructura de la organización y la capacidad de decidir.

Son varios los investigadores que han estudiado este factor como posible causa de la aparición del SB. Vizcarra et al. (2015) relacionaron al clima organizacional con el SB de 30 profesionales de la salud, y encontraron una correlación negativa estadísticamente significativa entre ambos factores ($R = -0.107$); es decir, a mejor clima menor incidencia de SB. A su vez, Giorgi et al. (2016), relacionaron al clima organizacional junto con el SB de 658 enfermeras y encontraron una asociación negativa estadísticamente significativa entre el clima organizacional y la aparición del SB ($\beta = -0.15$).

Dentro de un ambiente saludable de las organizaciones, la calidad de vida de las personas es un factor indispensable, por esta razón se considera como otra variable importante en el estudio. Robles-Espinoza et al. (2016) dicen que, la calidad de vida se considera como un bienestar completo de salud física,

mental y social de un individuo y es perjudicado por el entorno y la cultura de cada persona.

Schalock et al. (2007) define en ocho aspectos fundamentales a la calidad de vida. Principalmente, engloba la salud emocional, bienestar material y estado físico saludable. Además, incluye las interacciones sociales sanas, crecimiento personal, autodeterminación y el derecho a tener las mismas oportunidades. Este modelo, es el de mayor aprobación a nivel internacional, porque involucra diferentes aspectos de la vida de una persona.

Se han realizado varias investigaciones en relación con este tema. Una de ellas fue realizada por Caballero et al. (2016) en Bogotá, Colombia. Los autores evaluaron la relación entre calidad de vida y SB de 62 trabajadores pertenecientes al área de la salud. Los resultados fueron significativos, demostrando que cuando los trabajadores de salud tenían una mejor calidad de vida y realización personal, menor era la incidencia del SB ($p = 0.038$). A su vez, la calidad de vida se afectó por la dimensión de cansancio emocional del SB ($F = 18.2001$, $p = 0.026$; $R^2 = 0.458$).

Otra investigación realizada en Ecuador estudió la relación entre el *engagement*, la calidad de vida y el SB de 265 trabajadores académicos. Encontraron que 71% presentó calidad de vida adecuada, 87% *engagement* y 54% Síndrome de Burnout. Esto demostró que los trabajadores de la institución sienten respaldo y confianza en su organización, por tanto, es importante la implementación de nuevas medidas que fortalezcan aún más el *engagement* (Armijo, 2017).

Otra posible causa de que se presente el SB son las jornadas laborales. Una jornada laboral son las horas con retribución económica que realizan los trabajadores con una duración predeterminada por las leyes propias del país donde laboran (OIT 2016). Son fijadas en la legislación a través de convenios que realizan de manera colectiva y arbitral. Es interesante observar, que en México, no se cuenta con una regulación donde se identifique correctamente la

jornada laboral para un profesional del área de la salud, sin embargo, gracias a los estudios que se han realizado en diversos estados de México se han identificado un número mínimo de 72 horas laborales donde se incluyen las actividades laborales y académicas (González-Sánchez et al. 2017; Prieto-Miranda et al. 2015).

En una investigación de México, se identificó que las jornadas laborales, junto con otros aspectos laborales ocasionan el SB en los profesionales de la salud. Los hallazgos fueron significativos y sugirieron que cuando el profesional de la salud tenía una jornada laboral más extenuante existía mayor tendencia a maltratar a los pacientes y por consecuencia aumentaba el estrés laboral y surgía el SB ($p < 0.001$) (Prieto-Miranda et al., 2015).

Resultados similares se observaron en los profesionales de la salud de Ecuador. Al demostrar que el SB era mayor en aquellos que tenían jornadas laborales muy extensas (más de 8 horas) y cansadas con mayor sobrecarga laboral (OR=0.58, IC 95%, [0.43, 0.79]) (Ramírez, 2017).

1.3 Brechas Teóricas

Al analizar la información de la investigación, se detectó poca literatura en México, con relación a las distintas variables presentadas. Solo se encontró un artículo que habla acerca de la asociación de jornadas laborales y SB con el *engagement* (García-Sierra et al. 2016). Sin embargo, es escasa la información existente con relación a los profesionales de la salud mexicanos. Tampoco se ha localizado literatura que identifique la influencia de la duración de las jornadas laborales en los profesionales de la salud con el *engagement*.

El papel mediador del *engagement* entre la Cultura Organizacional y el SB ha sido muy poco estudiado. Inclusive, solo se observaron dos artículos donde se señala a la variable *engagement* como mediadora entre las variables de calidad de vida, clima organizacional y SB (Van Bogaert et al. 2017; Armijo, 2017). Por ello, será un tema que favorecerá a las ciencias sociales y de la salud.

La presente investigación presenta un valor agregado a nivel del análisis teórico porque considera un conjunto de variables organizacionales que no han sido en conjunto consideradas en otros estudios y por otra parte agrega una investigación cuantitativa sobre su conjunto.

1.4 Pregunta Central de Investigación

¿El *engagement* media la incidencia entre el clima y la cultura organizacional, la calidad de vida, las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que laboran en hospitales públicos y privados?

1.5 Objetivo General de la Investigación

Determinar si el *engagement* media la incidencia entre el clima y la cultura organizacional, la calidad de vida, las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que laboran en hospitales públicos y privados. Esta investigación puede significar una contribución de utilidad para los tomadores de decisión.

1.5.1 Objetivos Metodológicos de la Investigación

1. Analizar los antecedentes del problema acerca de la presencia del SB y sus factores organizacionales que ayudan a contrarrestarlos en los profesionales de la salud.
2. Revisar y anotar la fundamentación teórica de las variables de ambiente laboral satisfactorio, salarios adecuados, jornadas laborales adecuadas, infraestructura adecuada y material y equipo de trabajo suficiente.
3. Elaborar un instrumento para la medición de las variables.
4. Aplicar y validar el instrumento a la población seleccionada.
5. Analizar estadísticamente los resultados de la muestra.
6. Realizar un análisis econométrico con base en ecuaciones estructurales.
7. Redactar las conclusiones.

1.5.2 Objetivos Específicos de la Investigación

1. Estudiar si el *engagement*, media la incidencia entre el clima organizacional y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la salud de Nuevo León.
2. Analizar si el *engagement*, media la incidencia entre la cultura organizacional y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la salud de Nuevo León.
3. Precisar si el *engagement*, media la incidencia entre la calidad de vida y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la salud de Nuevo León.
4. Explicar si el *engagement*, media la incidencia entre las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la salud de Nuevo León.

1.6 Hipótesis General de Investigación

El *engagement* media la incidencia negativa entre el clima y la cultura organizacional, la calidad de vida, las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que laboran en hospitales públicos y privados.

1.7 Metodología

La investigación presentó un enfoque de estudio cuantitativo, según Hernández-Sampieri et al. (2018), parte de un problema el cual se definirá según varias fases y se delimitó hasta encontrar una hipótesis de investigación, se recolectaron datos y se analizaron con métodos estadísticos para probar si la hipótesis se cumplía.

Fue una investigación no experimental, exploratoria, porque identificó un tema con poco alcance a nivel organizacional; descriptiva, ya que, se encargó de definir como se encontraba la población; correlacional, porque presentó una

relación entre una y más variables en un tiempo específico, explicativa, porque estableció relaciones entre causa y efecto y transversal.

Para recolectar los datos se empleó una encuesta auto aplicable de 72 preguntas con una escala de Likert de 5 puntos. Para analizar y presentar los datos de las variables categóricas y no categóricas se utilizaron técnicas descriptivas como, medidas de tendencia central y dispersión, tablas de frecuencias y distribución de proporciones. Por último, para contrastar las hipótesis de investigación propuestas, se utilizó la técnica de ecuaciones estructurales.

1.8 Justificación y Aportaciones del Estudio

1.8.1 Justificación Práctica.

Los resultados de esta investigación fueron de apoyo para los hospitales públicos y privados ya que se logró identificar los factores que están ocasionando un mayor nivel de Síndrome de Burnout, con esto se podrá mejorar y modificar la administración de los hospitales y así disminuir las cifras alarmantes entre sus trabajadores.

A su vez, el mayor beneficio lo obtendrán los profesionales del área de la salud que se encuentran trabajando en estas instituciones, porque se podrán implementar nuevas estrategias de mejora en los ambientes laborales, con el propósito de brindar una mejor atención en salud a todos los pacientes.

1.8.2 Justificación Teórica.

Tomando en cuenta los antecedentes del estudio y con base al vacío teórico que existe, la presente investigación aportó información relevante relacionada al fomento de nuevas estrategias organizacionales que disminuyan las cifras de SB en los profesionales de la salud para evitar consecuencias

severas como: enfermedades no transmisibles o del corazón, ausentismo laboral, suicidios, entre otros.

Es poca la literatura existente que utilizó al *engagement* como mediador entre calidad de vida, jornadas laborales, cultura y clima organizacional con el SB. Solo se lograron identificar dos artículos que explican la asociación entre la duración de las jornadas laborales con el *engagement* actuando como mediador en población mexicana. La aportación teórica de este estudio fue de gran importancia para las organizaciones porque, aportó información relevante para mejorar el funcionamiento y la atención sanitaria de las instituciones.

Además, aportó resultados nuevos que complementan los ya propuestos en la Teoría de Maslach y la Teoría Socio cognitiva del Yo, reflejando la importancia de estudiar tanto factores organizacionales como personales para mejorar el Síndrome de Burnout.

1.8.3 Justificación Metodológica.

A través del diseño cuantitativo y el alcance correlacional y explicativo de la presente investigación, se encontraron resultados que justificaron la relación de causa y efecto de los constructos. Con la aplicación de una encuesta se cuantificó el impacto existente entre la relación propuesta en este estudio. Con esto, se pueden generar nuevas políticas institucionales que mejoren el ambiente laboral y disminuyan el estrés crónico, suicidios y aumenten el rendimiento de sus profesionales.

Las disciplinas sociales y de salud son las más beneficiadas con el hallazgo de estos resultados porque aportaron información importante para mejorar el ambiente donde se desenvuelven los profesionales de la salud. Se encontraron muy pocos o ningún estudio que hiciera una evaluación cuantitativa sobre todo considerando el conjunto de variables que se toman en cuenta y por lo mismo se logró identificar como impactaron las variables sobre el Síndrome de Burnout.

1.9 Delimitaciones del Estudio

Delimitaciones Demográficas. Como objetivo de estudio se tiene a los hospitales públicos y privados y los sujetos de estudio los profesionales de la salud que trabajan en los hospitales público y privado de Nuevo León.

Delimitaciones Espaciales. Los municipios que fueron considerados para el estudio fueron: Monterrey, San Nicolás de los Garza, San Pedro Garza García y Guadalupe, Nuevo León. Es donde se encuentra la mayor parte de los hospitales a estudiar.

Delimitación Temporal: Transeccional.

1.10 Matriz de Congruencia

Tabla 1
Matriz de Congruencia Metodológica

Objetivo de Investigación	Pregunta de Investigación	Marco Teórico	Hipótesis	Variables
Determinar si el <i>engagement</i> media la incidencia entre el clima y la cultura organizacional, la calidad de vida, las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que laboran en hospitales públicos y privados localizados en el área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.	¿El <i>engagement</i> media la incidencia entre el clima y la cultura organizacional, la calidad de vida, las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que laboran en hospitales públicos y privados?	La teoría de los rasgos y la de Maslach sustentan mejor al SB. Se define como la sensación de fracaso (Freudenberger, 1974) y sobrecarga laboral que presenta un individuo que trata directamente con las personas, ocasionando desmotivación, despersonalización, falta de realización personal y agotamiento físico, mental y psicológico (Maslach, 1976; Pines et al. 1983; Roth et al. 2010).	El <i>engagement</i> media la incidencia negativa entre el clima y la cultura organizacional, la calidad de vida, las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que laboran en hospitales públicos y privados.	Y: Síndrome de Burnout X1: Clima Organizacional X2: Cultura Organizacional X3: Calidad de Vida X4: Jornadas Laborales Mediadora: <i>Engagement</i>

Fuente: Elaboración propia

Para concluir, el capítulo 1 mostró un panorama general del tema a investigar, demostrando cifras alarmantes del estrés laboral a nivel mundial en la Figura 1. Por ello, se justificó la importancia de estudiar al SB en la población del área de la salud. El vacío teórico existente en la literatura apoyó a la elaboración de la presente investigación y ofreció un campo importante a seguir investigando. En el capítulo 2 se detallan a mayor profundidad los antecedentes de todas las variables de estudio, a su vez, las investigaciones previamente aplicadas por investigadores conocedores del SB y así plantear las hipótesis correctas.

Capítulo 2. Marco Teórico

En este Capítulo 2 se habló de las definiciones conceptuales y las relaciones teóricas de todas las variables a estudiar. Se encontraron estudios importantes que mostraron la relación de los factores organizacionales y la aparición del SB mediados a través del *engagement* en profesionales de la salud (Armijo, 2017; Caballero et al. 2016; Farzianpour et al. 2016).

2.1 Marco Teórico de la Variable Dependiente (Síndrome de Burnout)

Berjón et al. (2018) consideran que la institución es responsable en gran medida, de la aparición del Síndrome de Burnout del profesional sanitario. Como se mencionó en el Capítulo 1, las consecuencias que provoca el síndrome sobre la salud física y mental del trabajador son graves.

Debido a esta situación, es fundamental identificar las causas organizacionales responsables de la aparición del SB. Es momento que las instituciones de salud hagan algo por su personal, de no ser así, los problemas afectarán su salud, y también la de los pacientes, además de la parte económica de la organización.

Cada vez existen más investigadores interesados en el SB. En el Capítulo 1 se habló de todas las complejidades que desencadenan las personas que sufren de un estrés dentro de su trabajo por un periodo de tiempo extenso. Es interesante examinar que, una gran parte de los estudios acerca del SB se centran en observar solamente las consecuencias que se presentan a nivel individual. Investigaciones muy limitadas, si han dimensionado al SB y han tomado en cuenta no solo los efectos a nivel individual, sino también organizacional. Las razones mencionadas, reflejan la importancia de estudiar los factores desencadenantes de este síndrome, a nivel personal y organizacional, así como consecuencias que está provocando.

En el siguiente apartado se muestran las principales teorías acerca del SB, la elaboración conceptual que ha existido a lo largo de los años y como los autores han ido mejorando la definición del síndrome hasta llegar a un punto que logre ejemplificarlo y categorizarlo de manera correcta, además se muestra la importancia de conocer su verdadero significado, para lograr identificarlo a tiempo dentro de las organizaciones.

2.1.1 Teorías y Definiciones sobre Síndrome de Burnout (SB)

Existen varias teorías que sustentan la existencia del SB como se mencionó en el Capítulo 1. Una de las principales teorías es la de Maslach (1981) y la del intercambio social de Shaufeli (2002). Sin embargo, se han planteado otras, como, la teoría de los rasgos propuesta por Allport (1937) donde se expone un modelo de personalidad fundamentado en los siguientes tipos de rasgos: cardinales, los que dominan el comportamiento de las personas; centrales, como la honestidad y secundarios, que se refiere a el impacto en la persona al vivir determinadas situaciones.

En la teoría de Esplana et al. (2017), se consideran solamente dos aspectos importantes del SB. El primero, se relaciona con las relaciones sociales que mantienen los trabajadores de una institución. El segundo, a la manera en cómo los trabajadores encuentran semejanzas con sus compañeros para saber su valor dentro de una institución.

Otra teoría que también hace alusión al SB es la Sociocognitiva del Yo (Porcela et al. 2017). Esta teoría se centra en como los aspectos emocionales del individuo, tales como, el sentirse suficientes y preparados, darle un sentido a su vida, ser seguros con ellos mismos y tener una buena autoestima, son parte fundamental para su desarrollo personal y profesional.

Desde un enfoque más moderno, Fernández-Valera et al. (2020) habla de la Teoría de la Conservación de Recursos. Esta teoría explica que cuando las

personas se ven sometidas a situaciones que conllevan a una pérdida de los recursos que tanto se esforzaron en conseguir es cuando aparece el estrés. Por esta razón, se debe evitar perder por completo sus recursos para así lograr disminuir los niveles del estrés.

Esta misma teoría de conservación de los recursos es mencionada por los investigadores Álvarez et al. (2021), ellos agregan que es una de las más utilizadas al momento de estudiar variables organizacionales, como es el caso de la psicología y el comportamiento organizacionales. Reiteran, que esta teoría presenta una enorme ventaja sobre las demás porque ofrece una amplia diversidad entre los factores causantes del estrés y hacen énfasis en la pérdida o baja de los recursos como desencadenantes del estrés crónico. Entre los recursos a considerar se encuentran: salud, bienestar, familia, autoestima, significado de la vida, cuestiones laborales, etc.

Referente a las definiciones, Greene (1961) fue el creador del SB. El libro “*A burn-out case*”, cuenta su historia personal de cuando era arquitecto y decide abandonar su profesión por sobrecarga laboral y estrés excesivo. Finalmente deja todo y decide buscarle sentido a su vida persiguiendo su mayor sueño de habitar en una selva. Después de ocho años, Bradley (1969) continuó con la misma línea de investigación y comenzó a percibir una variación conductual en policías que sentían muy cansados y tenían apatía hacia su trabajo. A estas variaciones las identificó como *staff Burnout*.

Sin embargo, fue Freudenberger (1974), quien le dio el nombre que hoy en día se conoce de Síndrome de Burnout, el cual describió como un cansancio físico y mental que sienten las personas ante las cargas excesivas de trabajo que son llevadas durante un tiempo prolongado, dando como resultado una alteración conductual de la persona con un alto riesgo a padecer problemas de salud.

Posterior a esto, Maslach (1976), coincidió con la manera en que se había definido hasta el momento, pero, realizó una aportación al concepto del SB. Ella

lo vio desde un aspecto multidisciplinario, incorporando aspectos propios de la organización y el proceder de sus trabajadores. Lo clasificó en tres categorías: agotamiento o cansancio personal, cinismo o despersonalización y la baja realización. Por otra parte, señaló a los empleados que mantienen un trato con otras personas como los más propensos a desarrollar el SB, porque, tienen trabajos con altas cargas laborales y muy estresantes. Las dimensiones ejemplifican lo siguiente:

- Despersonalización: Se crea cuando aparecen sentimientos negativos y cinismo en los empleados y como resultado, existe un distanciamiento con los compañeros de trabajo.
- Baja realización personal: Cuando los trabajadores comienzan a evaluarse de manera negativa en sus capacidades laborales y aparecen sentimientos de insatisfacción en su rol profesional.
- Agotamiento emocional: Aparece gracias a una combinación de fatiga emocional, física y mental aunada a la falta de entusiasmo y sentimientos de sentirse inútil.

Pines et al. (1983), también caracterizaron al SB de la misma manera que los investigadores anteriores. Hicieron énfasis en el cansancio físico y psicológico de los trabajadores con cargas laborales demandantes y muy prolongadas. Por otra parte, Brill (1984), se diferencia de los investigadores anteriores, porque lo explicó como aquel estado de ánimo disfuncional con tendencias a la depresión ocasionado por la insatisfacción laboral del trabajador.

Garden (1987) fue la primera en cuestionar el concepto, ella consideró que el término era ambiguo y no plasmaba la realidad completa. Se justificó al mencionar que los autores se enfocaban solo en lo ocupacional, dejando a un lado todo el gran contexto que existía y los efectos que causaban los factores psicológicos de los empleados.

En cambio, Stavroula et al. (2004), se enfocaron en plasmar los síntomas que representan al SB. De manera muy similar a Maslach (1976) definieron los

siguientes: sensación de incapacidad, sentir una carga de trabajo muy elevada, descontento laboral, problemas de sueño, malestares gastrointestinales, tensión muscular, descontrol en la presión sanguínea, sentimientos psicológicos como terror, tristeza, frustración, ansiedad y la incapacidad en la resolución de problemas laborales.

Catsicaris et al. (2007), agregan a las consecuencias del SB ciertas complicaciones, englobadas en tres categorías. La primera categoría es la psiquiátrica, se refiere al deterioro progresivo que presenta la persona, como disfunciones sociales o depresión crónica e incluso suicidio. La segunda complicación es la somática, que se refleja con estrés y afecta la parte muscular, endocrina, nerviosa, circulatoria y cuadros psicósomáticos y la tercera, es la relacionada con la organización, aquí se ven afectadas las relaciones laborales que producen baja realización personal, rivalidad entre compañeros, individualismo, desmotivación e inconformidad.

Bosqued (2008) citado por Guardado (2017) logró ejemplificar al SB de manera más completa, parecido a Maslach (1976), Pines et al. (1983), consideraron problemas relacionados con la salud, además de la vida laboral y se menciona que éstos eran ocasionados por esfuerzos constantes, insuficientes o ineficaces en el individuo.

Así mismo, plasmó síntomas presentes en los individuos con SB de manera similar que Stavroula et al. (2004) e incluso mencionó complicaciones como lo hicieron Catsicaris et al. (2007), salvo que, él las clasificó en exhaustividad, sensación de indefensa y daños psicológicos, incluso, en algunas ocasiones, daños físicos (enfermedades) por el elevado estrés e insatisfacción.

Swider et al. (2010) concuerdan con Maslach (1976) al encontrar diferentes causas del SB. Mencionan que las personas con altas cargas de trabajo son más propensas a los sentimientos negativos y por consecuencia al SB. Aunado a lo anterior, Laschinger et al. (2012) añadieron también como posibles causas del SB, la manera en cómo se estructura al personal de una

organización y el estilo de dirección. Similar a las complicaciones organizacionales que mencionaron Catsicaris et al. (2007).

Guardado (2017), concuerda con la definición aportada por Bosqued (2008) y Maslach (1976) y crea su propia conceptualización del SB. Lo define como una manifestación perjudicial hacia los empleados con trabajos que mantienen un trato muy cercano con otros individuos, generalmente, se observa más en trabajadores del área social y de la salud. El desgaste emocional y mental que ocasiona el síndrome produce daños físicos, mala conducta laboral, desempeño ineficiente y afecta la parte organizacional. A consecuencia, se crean mayores tasas de ausentismo, mayor rotación, clientes o pacientes insatisfechos y mala calidad de servicio por parte del personal afectado.

El INSP (2017) expresa que el SB se acentúa más en el género femenino. Lo que ocasiona esto, es el doble papel de hogar y trabajo, la necesidad de ser independiente, la lucha constante contra las expectativas sociales, el acoso sexual laboral, la discriminación de género, los menores ingresos y mayores exigencias que tiene que llevar la mujer. Hasta el momento ningún autor había especificado el género con mayor prevalencia y es una aportación interesante por parte de esta institución.

Además de todas las posibles causas expuestas anteriormente, Guardado (2017), agrega una nueva aportación. El surgimiento del SB se atribuye principalmente a las organizaciones, muchas de las cuales tienen condiciones inadecuadas como jornadas laborales excesivas, baja compensación económica, insatisfacción laboral, ambientes inadecuados de trabajo que suscitan la intimidación por parte de otros compañeros y falta de crecimiento profesional.

Quiroz et al. (2020) lo definen como un agotamiento emocional que se presenta en el área de trabajo de las personas y presentan incapacidad de continuar con sus labores como de costumbre. Estos investigadores, consideran

que el estrés prolongado desencadena al SB generando conflictos laborales que afectan la salud mental del trabajador.

Por otra parte, Oliveira de Simoni et al. (2021) conceptualizan al SB como la sucesión gradual de problemas psicológicos y sociales en donde las personas presentan desinterés por su trabajo y falta de responsabilidad. En casos extremos los trabajadores pueden llegar a presentar depresión e inclusive conducir a la muerte.

La Tabla 2, muestra las diferentes definiciones creadas a lo largo de los años del SB. Se observan cualidades similares entre todos los conceptos, como es el cansancio físico y psicológico de los trabajadores por consecuencia del exceso de trabajo. Es importante resaltar, que el SB no solo conlleva este tipo de peculiaridades, también debe involucrar atributos propios de las instituciones, los empleados y del ámbito laboral (Guardado, 2017).

Tabla 2
Definiciones Conceptuales del Síndrome de Burnout

Definición	Dimensiones
Estado de estrés excesivo debido a la sobrecarga laboral que afecta el estado de salud de la persona (Greene, 1961)	1. Sobrecarga laboral 2. Estrés excesivo
Personas con cambios conductuales que los llevan a presentar síntomas de fatiga y desmotivación (Bradley, 1969)	1. Fatiga 2. Desmotivación Laboral
Cansancio físico y mental acompañado de sentimientos de frustración, desmotivación y falta de energía que se generan como consecuencia de trabajos demandantes. (Freudenberger, 1974)	1. Pérdida de motivación 2. Desgaste de energía 3. Sobrecarga laboral 4. Agotamiento Crónico
Despersonalización, baja realización y agotamiento personales que ocurre en los trabajadores que se encuentran en contacto directo con las personas (Maslach, 1976)	1. Despersonalización 2. Baja Realización personal 3. Agotamiento personal
Caracterización de del cansancio psicológico y físico, ocasionado en los individuos con altas cargas laborales (Pines et al. 1983)	1. Agotamiento Físico 2. Agotamiento Mental 3. Agotamiento Emocional
Estado de ánimo de un individuo sometido a extensas horas laborales que le producen sentimientos de insatisfacción (Brill, 1984)	1. Estado disfuncional 2. Estado disfórico 3. Alto rendimiento laboral 4. Expectativas laborales no satisfechas

Sentimientos de exhaustividad, sensación de vulnerabilidad y daños psicológicos y físicos (enfermedades) por el elevado estrés e insatisfacción de un individuo en su entorno laboral (Stavroula et al. 2004)	1. Impotencia 2. Insatisfacción laboral 3. Desmotivación 4. Baja productividad
Complicaciones que crean disfunciones sociales, se reflejan con estrés y afecta la salud física del individuo y afecta las relaciones laborales produciendo baja realización personal, rivalidad entre compañeros, individualismo y desmotivación (Catsicaris et al. 2007)	1. Baja realización personal 2. Rivalidad entre compañeros 3. Individualismo 4. Desmotivación
Actitudes negativas desarrolladas por el individuo debido a la sobrecarga laboral, mala organización de recursos humanos y al deficiente liderazgo de gerencia (Swider et al. 2010)	1. Sobrecarga laboral 2. Actitudes Negativas 3. Organización de recursos humanos 4. Liderazgo de gerencia
Manifestaciones perjudiciales para los empleados que mantienen un trato con otros individuos, como los de las áreas de la salud y ciencias sociales (Guardado, 2017)	1. Desgaste emocional y mental 2. Desmotivación 3. Bajo desempeño
Agotamiento emocional que se presenta en el área de trabajo de las personas y presentan incapacidad de continuar con sus labores como de costumbre (Quiroz et al. 2020).	1. Cansancio Emocional 2. Cinismo 3. Baja autorrealización
Proceso psicológico y social que ocurre gradualmente en donde las personas comienzan a presentar desinterés por su trabajo y falta de responsabilidad (Oliveira de Simoni et al. 2021),	1. Cansancio Emocional 2. Despersonalización 3. Baja autorrealización

Fuente: Elaboración propia

Pines et al. (1983) en su intento de agregar un aporte teórico nuevo al concepto propuesto por Maslach (1976) dijeron que los principales síntomas del SB son, el cansancio físico y psicológico de los empleados sometidos a una carga demandante durante un tiempo prolongado. Sin embargo, no especificó el tipo de carga al cual estarían sometidos y eso hizo que su concepto no aportara algo nuevo, más bien solo dijeron lo mismo que Maslach (1976) pero con sus propias palabras o ideas.

Diez años después de la creación del concepto del SB de Freudenberger (1974), Brill (1984) lograron dar un giro a la definición e incluye no solo la sobrecarga laboral y el estrés como partes principales del síndrome, sino que incorpora el estado mental, este concepto logró reforzar lo propuesta por Freudenberger (1974) pero con un nuevo enfoque multidimensional.

Poco tiempo después, Garden (1987) consideró que el término era ambiguo e hizo énfasis en el contexto externo a lo psicológico, pero su definición

no logró ser multidimensional como la de Brill (1984), porque no logró especificar los factores desencadenantes del síndrome, solo mencionó que la parte psicológica no era todo, a diferencia de los demás autores quienes si especifican las características.

Stavroula et al. (2004), en su intento de crear un nuevo concepto más completo para el síndrome, solo lograron describir una pequeña parte de lo que consta el SB, se centraron en definirlo a partir de la sintomatología y dejaron de fuera el contexto general y principal, el cuál es estrés laboral crónico. Tanto el término de Garden (1987) como el de Stavroula et al. (2004) se quedan cortos, si ayudan a soportar la definición ya propuesta, pero no lograron crear un concepto completo.

Son varias las definiciones propuestas a través de los años del SB, pero, finalmente, en este estudio, se define al SB como los sentimientos negativos que desarrolla un empleado estresado que mantiene un trato directo con otros individuos y está expuesto a cargas laborales muy demandantes, teniendo como consecuencia una falta de motivación, pérdida de interés y capacitación tanto a nivel personal como laboral, reflejando un cansancio físico y psicológico (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Pines et al. 1983).

2.1.2 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación de la Variable Y (Síndrome de Burnout)

Farzianpour et al. (2016) hicieron énfasis en la conexión existente entre la cultura de una organización según el modelo de Hofstede y la aparición del SB. Ellos demostraron que varias consecuencias en la salud física y mental de los profesionales del área de la salud de la Universidad de Tehrán, Irán, son debido a su cultura. Al correlacionar ambas variables, los resultados mostraron diferencias significativas entre la cultura organizacional y el SB ($r=0.305$, $p<0.001$). Por tanto, demostraron que, para alcanzar los objetivos deseados en los hospitales, es esencial la evaluación de la cultura organizacional por parte de los directivos. Si se quiere disminuir el SB, es necesario identificar la cultura

organizacional que mejor se adapte a sus empleados. Con esto, se logrará implementar entornos más saludables que logren mantener en armonía a sus empleados.

Además de esta problemática en la sobrecarga laboral, se observa que tanto el clima como la cultura organizacional afectan directamente la salud de la persona. Por ejemplo, la investigación de Fong et al. (2016), examinó si el SB de los profesionales de la salud en China dependía del clima organizacional donde se desenvolvían. Encontraron que, cuando los trabajadores reflejaban un mejor clima organizacional, el síndrome disminuía ($r=-0.43$, $p<0.01$) y demostraron que si existe una conexión significativa. Los investigadores recomendaron la necesidad de implementar programas de intervención que aminoren la prevalencia del SB.

La calidad de vida no es el único factor desencadenante de este síndrome, los autores Burgos et al. (2017) demostraron que largas jornadas laborales sin descanso en médicos de una institución de salud de Buenos Aires, Argentina, también influían en el desarrollo del síndrome. Por esta razón, implementaron un programa de descanso para observar si las jornadas laborales influían en la aparición del SB. Los hallazgos resultaron significativos, es decir, al reducir las jornadas laborales en los médicos y ofreciéndoles un descanso, el SB disminuía significativamente de 47.4% a 26.1% ($p=0.05$). Concluyeron que es necesario elaborar mejores estrategias organizacionales que ayuden a mejorar las condiciones del trabajo y disminuir el síndrome.

A lo largo de la investigación, ya se ha resaltado la importancia de los aspectos personales y organizacionales en el SB. Vidotti et al. (2019) estudiaron la correlación existente entre la calidad de vida y el SB en enfermeros de un hospital de Brasil. En la investigación, se encontró que alrededor de un 20.9% de los profesionales presentaron Síndrome de Burnout. Demostraron que, a peor calidad de vida, mayor prevalencia de SB ($Rho = -0.230$; $p<0.001$). Se concluyó que, para que el rendimiento laboral de los profesionales no decaiga y no

aparezca el SB, es esencial fomentar la calidad de vida tanto personal como organizacional.

Resultados similares se observaron en otro estudio realizado en profesionales del área de la salud de Colombia. Su propósito fue identificar si el SB y el *engagement* eran diferentes, así como encontrar su relación en los profesionales del área de la salud. Lograron probar ambos objetivos y demostraron que las instituciones del sector público presentaban cifras más elevadas de SB en comparación con las del sector privado ($p < 0.001$). Se observó que cuando los profesionales tenían un mayor puntaje de *engagement*, menor era el Síndrome de Burnout ($\beta = -0.28$; $p < 0.001$). Por tanto, concluyeron que el *engagement* disminuye la probabilidad del SB (Quiroz et al. 2020).

En otra investigación realizada en Estados Unidos, se estudió la asociación del *engagement* y el SB. Para evaluar ambas variables, se aplicó una encuesta autoadministrada a odontólogos. El análisis de resultados arrojó una correlación significativa entre ambas variables ($X^2 = 22.51$; $p < 0.001$). Concluyendo, la importancia de que los profesionales de la salud mantengan niveles elevados del *engagement*, porque con esto, evitarán al SB. Además, sugirieron realizar cambios organizacionales que logren promocionar en los profesionales de la salud altos niveles de *engagement* hacia su trabajo (Calvo et al. 2021).

Con base a lo analizado en los estudios encontrados hasta el momento, se concluye que es necesario estudiar a mayor profundidad a los profesionales de la salud con respecto a las causas que ocasionan al SB. Este tema ha sido estudiado desde hace ya varios años, pero son escasos los estudios que se han centrado en resolver el problema de fondo y que han encontrado las causas de este síndrome. Por tanto, el enfoque que obtiene esta variable dentro de la investigación es valioso, porque al conocer de fondo las causas se puede prevenir el Síndrome de Burnout en las instituciones de salud.

2.2 Marco Teórico y Estudios de Investigaciones Aplicadas de la Variable Mediadora (*Engagement*)

Antes de comenzar con la definición del *engagement*, es importante conocer el concepto y el propósito de la variable mediadora. Para Creswell (2013) la variable mediadora es aquella que interviene en la relación de las variables independientes y la dependiente. Su objetivo es mediar el efecto que se ejerce entre ambas variables.

Por ejemplo, en el estudio realizado por Van Bogaert et al. (2017), entre el clima organizacional y las características laborales que predecían al *engagement* de 751 enfermeras belgas, se detectaron resultados significativos entre el clima laboral y los factores organizacionales ($r=-0.27$, $p<0.05$), siendo el *engagement* una variable mediadora. En este estudio se considera que el *engagement* puede mediar el efecto que tienen los factores organizacionales en la aparición del SB.

2.2.1 Teorías y Definiciones sobre el Engagement

El término *engagement* se ha interpretado al español como compromiso, aunque, no logra definir lo que en realidad significa, la palabra *engagement* va más orientada a la obligación que tienen los trabajadores, es decir, su deber dentro de cualquier organización, mientras que, compromiso, es más una decisión personal, por ello, no es conveniente traducir la palabra al español como compromiso, porque no se estaría definiendo lo que en realidad es (Van Bogaert et al. 2017).

La importancia de revisar esta variable es que ya se han analizado diversos estudios que hablan de una relación significativa porque, entre mayor sea el *engagement*, menor la aparición del SB, pero son pocos los que la utilizan como mediadora (Kanten et al. 2012; García-Sierra et al. 2016; Van Bogaert et al. 2017).

Entre las diversas teorías que se relacionan con el *engagement* se encuentra la del Intercambio Social, esta teoría habla acerca del costo-beneficio

que se obtiene entre las interacciones de las personas. Es decir, cuando una persona recibe un mayor costo en comparación de un beneficio, abandonará la relación o la interacción con el otro individuo, porque no logrará satisfacer sus necesidades. Esta teoría se basa en la satisfacción personal como meta, al momento de realizar cualquier tipo de actividad que logre un beneficio para el interesado (Sun, 2019).

Por otra parte, se encuentran la teoría humanista y la del comportamiento organizacional, que se enfocan en priorizar a los trabajadores antes que, a la organización, ya que se consideran como el recurso más importante y los cuales deberán potenciar su desarrollo en el ámbito laboral, con la finalidad de que sientan que están obteniendo un beneficio por parte de la organización y se desempeñen mejor en su trabajo (Charry et al 2021).

Otra teoría de capital humano que se relaciona con el término de *engagement* es la de motivación. Esta teoría refleja que, a mayor motivación, mejor será el trabajo realizado por parte del empleado. Por ende, la organización deberá mantener a sus trabajadores motivados con un sentimiento de pertenencia, para así obtener mejores resultados laborales (Chartered Institute of Personnel and Development, 2021). Esta última teoría es la que mejor se adapta al objetivo de investigación.

Con respecto a la conceptualización, el primer autor que habló acerca del *engagement* fue Kahn (1990) y lo describió como un estado de compromiso presente en los trabajadores de una organización, que se expresa adecuadamente de manera física, emocional y mental y apoya en el desarrollo positivo de las funciones.

Mas adelante Maslach et al. (2000) agregan que, además de ser considerado como un estado de compromiso, es más bien, uno de productividad y cumplimiento del empleado. Lo caracterizan como lo contrario al Síndrome de Burnout, es decir, lo positivo. Involucra tres dimensiones, energía elevada, fuerte involucramiento y sentido de eficacia.

Después, Salanova et al. (2000) describen al *engagement* como un estado cognitivo-afectivo que no está centralizado en una conducta en específico y proponen tres dimensiones distintas a Maslach et al. (2000), vigor, dedicación y absorción. La dimensión de vigor define a la energía elevada de la persona para realizar sus labores, la dedicación aparece cuando el trabajador se siente orgulloso y se identifica con sus estudios y la absorción, es cuando el empleado tiene un nivel de concentración muy elevado hacia lo que realiza que el tiempo se le pasa muy rápido.

Dos años después Schaufeli et al. (2002) agregan que además de cumplir con las tres dimensiones nombradas previamente, también se identifica como un estado mental positivo que poseen los trabajadores que cumplen con todas las actividades laborales.

Los académicos May et al. (2004) difieren con las aportaciones anteriores y ellos describen otras tres dimensiones que van dirigidas a las percepciones y comportamiento de las personas: *engagement* cognitivo, emocional y físico. Saks (2006) coincide con estas definiciones, él probó que para mantener el *engagement* a largo plazo, las organizaciones requieren de interacciones continuas a través del tiempo, para generar este estado mental positivo en el trabajador.

Otra aportación teórica para el término fue la propuesta por Bakker y Schaufeli (2008), explican tres aproximaciones existentes en el *engagement*. La primera se concibe por la motivación creada a través del soporte interpersonal entre los compañeros del trabajo y los directivos. La segunda, consiste en el nivel de involucramiento que presentan los trabajadores con relación al éxito de su empresa y la tercera, considera al término de manera independiente a los resultados positivos de la empresa, es decir, es un estado mental positivo del trabajador dentro de su organización.

Salanova et al. (2011), consideran que una persona que tiene *engagement* se encuentra completamente enfocada y es devota a todas las necesidades y recursos de la organización. Además, muestran mayor colaboración con los compañeros de trabajo y crean un buen ambiente laboral, son personas que se sienten altamente efectivas y cumplen con todas las expectativas de su trabajo.

Bakker et al. (2018) concuerdan con lo planteado con los autores anteriores, además de esto, consideran que una persona con *engagement* tiende a percibir sus experiencias de forma positiva creándole alegría y entusiasmo, y lo comparte o transmite con sus compañeros de trabajo.

Budriene et al. (2020), definen al *engagement* como la predisposición que tienen los trabajadores para realizar determinada actividad laboral incluyendo tres principales características: conocimiento, interés y rendimiento. Menciona que el *engagement* se forma al combinar el conocimiento del trabajo con el deseo de comprender las tendencias o las innovaciones y su rendimiento laboral.

Por otra parte, también se considera al *engagement* desde una perspectiva psicológica. Complementando a todas las definiciones propuestas, el *engagement* se enfoca en la dedicación que muestra la persona hacia su trabajo y que lo hace sentir un estado emocional positivo y de realización profesional, por lo tanto, son trabajadores más enérgicos en lo que hacen (Chartered Institute of Personnel and Development, 2021). En la Tabla 3 se observan las definiciones propuestas a lo largo de diferentes años.

Tabla 3
Definiciones Conceptuales de Engagement

Definición	Dimensiones
Estado de compromiso presente en los trabajadores de una organización, que se expresan adecuadamente de manera física, emocional y mental y desarrollan mejor sus funciones (Kahn, 1990)	1. Estado físico 2. Estado mental 3. Estado emocional
Estado de productividad y cumplimiento del empleado (Maslach et al. 2000)	1. Energía elevada 2. Fuerte involucramiento 3. Sentido de eficacia

Estado cognitivo-afectivo que no está centralizado en una conducta en específico (Salanova et al. 2000)	1. Vigor 2. Dedicación 3. Absorción
Estado mental positivo que poseen los trabajadores que cumplen con todas las actividades laborales (Schaufeli et al. 2002)	1. Vigor 2. Dedicación 3. Absorción
Dirigen el concepto a las percepciones y comportamiento de las personas (May et al. 2004)	1. Engagement Cognitivo 2. Engagement Emocional 3. Engagement Físico
Estado de motivación creado a través del soporte interpersonal entre los compañeros de trabajo y directivo (Bakker et al. 2008)	1. Motivación 2. Involucramiento 3. Estado mental positivo
Comportamiento enfocado y devoto a las necesidades y recursos de la organización (Salanova et al. 2011)	1. Colaboración con compañeros de trabajo 2. Actitud devota 3. Mente positiva
Experiencias positivas que presentan los empleados y expresan a través de alegrías y entusiasmo hacia los compañeros de trabajo (Bakker et al. 2018)	1. Comportamiento positivo 2. Comportamiento entusiasta 3. Compañerismo
La predisposición que tienen los trabajadores para realizar determinada actividad laboral (Budriene et al. 2020).	1. Conocimiento 2. Interés 3. Rendimiento
Aspectos cognitivos, emocionales y de comportamiento, que distinguen el compromiso centrado en el trabajo y en la organización (Chartered Institute of Personnel and Development, 2021).	1. Vigor 2. Dedicación 3. Compromiso

Fuente: Elaboración propia

Los conceptos propuestos hasta el momento han sido cambiantes y solo han aportado al término original del *engagement* de Kahn (1990). Este autor solo reflexionó en la manera de expresión de los trabajadores y no centró su atención en las relaciones que mantenían con los que se rodeaban, lo mismo sucedió con May et al. (2004) quienes omitieron características externas a la expresión.

Maslach et al. (2000) fueron los que se encargaron de unir todo el comportamiento de las personas y resumirlo en tres dimensiones específicas: vigor, dedicación y absorción y crearon un mejor aporte a la teoría. Sin embargo, hasta el momento han sido los únicos que han creado un concepto porque, Schaufeli et al. (2000) lo único que hicieron fue estar de acuerdo con Maslach y Leiter, no agregaron algo diferente, lo mismo sucedió con Schaufeli et al. (2002)

quienes se limitan a hablar de las mismas características propuestas previamente.

La Teoría de McClelland (1998) dice que las personas necesitan estar motivadas y, para esto, existen tres necesidades: logro, poder y afiliación. Cuando una persona tiene una alta necesidad de logro se distingue por hacer bien las cosas y toman muchas responsabilidades. Una persona con una alta necesidad de poder controla a los demás y le gusta que las cosas se hagan a su manera y cuando tienen una alta necesidad de afiliación, se interesan en las relaciones personales y por lo que los demás piensen de ellos (Araya-Castillo et al. 2013). Para McClelland (1998), la necesidad de logro es una de las más importantes a nivel organizacional, porque es responsable del crecimiento económico y del éxito personal (Marulanda, 2014).

La motivación individual es indispensable. Cuando el personal laboral no logra mantenerla aparecen síntomas negativos. Algunos de ellos son: inestabilidad emocional, ineficiencia laboral, fatiga, indiferencia, depresión, mayor irritabilidad, baja producción e incapacidad de trabajar bajo presión. Si los síntomas no son controlados a tiempo, surge el SB. Un trabajador o estudiante con SB presenta: cansancio extremo al realizar actividades laborales, salud deficiente y ausentismo laboral. Uno de los posibles daños causados a la organización son las pérdidas económicas (Centro de Investigación y Desarrollo de Ciencias de la Salud [CIDICS, 2018]).

En esta investigación, la variable *engagement* se conceptúa como toda aquella vivencia positiva que tienen los profesionales en su entorno de trabajo, que produce emociones positivas de entrega, fortaleza y aprecio que los llevan a ejecutar sus actividades laborales (Salanova et al. 2000).

2.2.1 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación del Engagement

Son pocos los estudios que analizan al *engagement* como mediador, hasta el momento se han encontrado aportaciones valiosas que analizan al *engagement*. Kanten et al. (2012) estudiaron a trabajadores del área de la salud de Turquía con el objetivo de encontrar si la calidad de vida se relacionaba con el nivel de *engagement*. Observaron que cuando la calidad de vida era elevada, el *engagement* aumentaba ($p < 0.001$), explicando que la CV afecta positivamente al *engagement*. Estos resultados sirvieron para ayudar a resolver problemas que influyen directamente en la aparición del estrés laboral.

Mijakoski et al. (2015) examinaron la asociación entre el SB, *engagement*, jornada laboral y cultura de la organización de médicos y enfermeras de la República de Macedonia. Midieron la cultura organizacional utilizando una encuesta que evalúa los valores de competencia (Quinn et al. 1983) y se dieron cuenta que los médicos veían una cultura jerárquica en el hospital mientras que, las enfermeras una de tipo clan.

Sin embargo, los mismos autores, al medir el *engagement*, a través del cuestionario Utrecht (Occupational Health Psychology Unit Utrecht University, 2011) y se percataron que existían niveles más elevados de *engagement* y jornadas laborales en los médicos. El SB y el tipo de cultura de clan se correlaciono de manera negativa en los médicos ($t = -0.175$, $p < 0.01$) y en las enfermeras la correlación negativa se observó en el tipo de cultura de mercado ($t = -0.217$, $p < 0.01$). La cultura de mercado ($t = 0.222$, $p < 0.01$) y de clan ($t = 0.180$, $p < 0.05$), se correlaciono positivamente con el *engagement* en las enfermeras. Las jornadas laborales se correlacionaron en ambos (médicos y enfermeras) con el *engagement* y el SB ($t = 0.248$, $p < 0.01$).

Otro caso similar se observó en el artículo de García-Sierra et al. (2016). El objetivo fue profundizar el entendimiento de la relación entre las jornadas laborales, el Síndrome de Burnout y el *engagement*. Esta investigación evaluó a enfermeras que se encontraban laborando en diversos hospitales de España. Se identificó que las enfermeras con largas jornadas laborales producían un nivel elevado de Síndrome de Burnout, pero si existían niveles elevados de

engagement los niveles del SB disminuían considerablemente ($R^2=0.179$; $p<0.001$). El *engagement* fungía como mediador entre ambas variables. Por tanto, se concluyó que el proceso que conduce al Síndrome de Burnout, así como al *engagement* no son independientes, sino más bien el *engagement* medía al SB.

Por otra parte, se estudió el papel mediador del *engagement* entre las jornadas laborales, el clima organizacional y el SB de estudiantes universitarios de Malasia mediante una encuesta auto aplicada. Se encontraron datos significativos entre el clima organizacional, jornadas laborales y *engagement* ($p<0.05$). A su vez, se observaron diferencias significativas entre el *engagement* y el Síndrome de Burnout, demostrando el poder mediador del *engagement* ($p<0.001$). Los investigadores concluyeron que es importante mantener un buen clima organizacional para reducir los niveles del SB y esto se hace a través del fomento de estrategias que generen niveles adecuados de *engagement* (Teoh et al. 2020).

Así mismo, los investigadores Sharma et al. (2020) estudiaron el papel mediador del *engagement* entre factores organizacionales y psicológicos de profesionales trabajando en la India. Para hacer la relación de las variables utilizaron ecuaciones estructurales. Los resultados revelaron que efectivamente el *engagement* se encarga de mediar el efecto entre el clima organizacional ($\beta=0.74$; $p<0.001$) y los factores psicológicos de los trabajadores ($\beta=0.80$; $p<0.001$). Concluyeron que se pueden prevenir muchos problemas mentales al mantener buenos ambientes laborales y desarrollar programas que aumenten el nivel de *engagement* del trabajador hacia su empresa.

Por último, en un estudio más reciente se analizó la relación entre el *engagement*, Síndrome de Burnout y problemas mentales en estudiantes de enfermería de una universidad de China. Los investigadores encontraron que 39.2% de las enfermeras tenía un grado de SB, y el *engagement* y los problemas mentales se correlacionaban con él de manera negativa ($\beta = -0.47$; $p<0.01$). Sin embargo, los problemas mentales se correlacionaron de manera positiva con el

engagement ($\beta = 0.69$; $p < 0.01$) y fue ahí donde se demostró el papel mediador que estaba fungiendo el *engagement*. Se concluyó que el papel que juega el *engagement* con las demás variables es trascendental, porque al mediar la relación puede mejorar el SB presente (Wang et al. 2021).

En conclusión, el análisis exhaustivo de la literatura logró demostrar el papel tan importante que tiene el *engagement* al mediar efectos entre diversas variables y el SB. Sin embargo, aún existen pocos que se enfoquen en estudiar a profundidad la parte organizacional de las instituciones en salud. Por ello, es imprescindible profundizar el estudio de esta variable, ya que la aportación teórica ayudaría a las organizaciones a prevenir el SB entre los profesionales de la salud.

Hoy en día, los profesionales de la salud buscan un bienestar laboral para obtener un mejor aprendizaje, muchas de las organizaciones no tienen el ambiente adecuado y la mayoría de ellos desarrolla Síndrome de Burnout en algún momento de su vida profesional. Las instituciones deben enfocar su atención en aumentar el estado de *engagement* de esta población, pero aún no lo consideran como algo significativo. Existe una brecha teórica del estudio de esta variable en los profesionales de la salud y el análisis de la variable podrá aportar información relevante que ayudará a crear programas estratégicos mejor dirigidos para atacar el problema de este estudio, el SB.

En este modelo el *engagement* funciona como mediadora, por qué si los factores organizacionales en los hospitales tienen parámetros adecuados, el nivel de *engagement* en los profesionistas también lo estará, por ende, los profesionales de la salud sobrellevarán mejor la carga laboral a la que están expuestos constantemente y se evitará el SB.

2.3 Marco Teórico y Estudios de Investigaciones Aplicadas de las Variables Independientes

2.3.1 Fundamento Teórico de Clima Organizacional (X1)

Una de las principales causas del SB, es el clima organizacional. Sin embargo, las instituciones de salud no le prestan la suficiente atención. Por ello, en el presente apartado se mostrarán todas las aportaciones teóricas realizadas hasta el momento por los investigadores especialistas en el área, además se detallará la manera en que será definido para su correcta evaluación en este estudio. Se considera un buen clima organizacional, cuando la institución logra mantener saludables a sus trabajadores dando como resultado un mejor rendimiento en el trabajo. Como se mencionó en el apartado anterior, cuando los trabajadores se desenvuelven en climas organizacionales malos, surgen emociones negativas que conllevan al SB (Gastelo-Salazar et al. 2018).

En el Capítulo 1 se hace alusión a las teorías que sostienen el término de clima organizacional. Lewin, Lippitt et al. (1939), fueron de los primeros en hacer mención al término de clima, sin embargo, lo identificaron como clima social. Esto surgió luego de experimentar en varias ocasiones con la conducta que mostraban las personas en su entorno.

Luego, surgió la teoría de Likert (1948) llamada, Teoría del Clima Organizacional, se encarga de abordar el tema tomando en cuenta la perspectiva de los trabajadores y de los directivos. Dentro de esta teoría se menciona que el proceder de los trabajadores es originado por la administración y condiciones de las instituciones que perciben.

Más adelante, McGregor (1960) citado por Bustamante-Ubilla et al. (2018) lo nombra como clima gerencial, pero, fue hasta Forehand et al. (1964) que se plantea una teoría donde ya se conceptúa como clima organizacional y le dan una definición más aterrizada. Lo explican cómo, las propiedades de una institución y lo que la diferencia de otras, además de la influencia que tienen sobre el comportamiento de sus empleados.

En esta misma teoría se contemplan cinco dimensiones o características que componen al clima organizacional como: tamaño de la organización,

estructura organizacional, complejidad de sistemas, pautas de liderazgo y direcciones de las metas propuestas. Para, Likert (1965) el clima organizacional es generado por la apreciación que tienen los trabajadores de sus áreas laborales. Identifica tres categorías: causales (estructura, decisiones, competencias y reglas de la institución), intermedias (procesos de la institución y la estructura interna) y finales (resultados de productividad, las ganancias o pérdidas de la institución).

Otra teoría es la de Litwin et al. (1968), sugieren ver al clima organizacional desde un punto de vista subjetivo. Consideran que esta compuesto por los valores, actitudes, creencias y motivación de los individuos. Sin embargo, McClelland (1998) lo engloba en nueve categorías: riesgo, estructura, responsabilidad, calidez, normas, apoyo, conflictos e identidad. Segredo (2017) decide englobarlo en tres categorías solamente: estilo de dirección, estructura y comportamiento de la organización.

La teoría organizacional es otra que sustenta al término de clima organizacional. Destaca la importancia del ambiente laboral, específicamente las disfunciones del rol, problemas derivados de la estructura y clima organizacional (Porcela et al. 2017).

Además, la teoría de la administración científica también sustenta al término de clima organizacional, esta teoría tiene el propósito de incrementar el rendimiento laboral. Para esto, es necesario que una organización cuente con cuatro factores: división adecuada del trabajo, selección del personal, capacitación y cooperación o ambientes amistosos entre los trabajadores. Si se logran mantener estos cuatro factores entonces los trabajadores se desempeñarán mejor (Iglesias et al. 2019).

La teoría del campo ha sido hasta el momento una de las más importantes que explican al constructo. Menciona que para llevar un buen clima organizacional es necesario comprender los aspectos afectivos, cognitivos y y del comportamiento de las personas, desde distintos puntos de vista. Para

comprender adecuadamente todos estos aspectos, se deberá entender la manera en como interactúan las personas con su entorno específico y es ahí donde nace el constructo de clima organizacional (García et al. 2020).

A su vez, se encuentra la teoría del desarrollo organizacional. Refleja cómo el clima organizacional es una disciplina que se enfoca en asistir a los individuos y las instituciones a lograr un mejor rendimiento. Identifica áreas de oportunidad en los trabajadores para mejorar su rendimiento laboral (Salazar-Ponce et al. 2021).

Como se observa, son varias las teorías que han venido sustentando el término de clima organizacional a lo largo de los años, lo mismo sucede al momento de definir a esta variable. Dessler (1976) citado por García (2009), aporta al clima organizacional un enfoque multidimensional (objetivo y subjetivo), dice que el clima o ambiente organizacional se forma al agrupar la personalidad de los trabajadores con el estilo de los líderes organizacionales, la estructura y los compañeros de trabajo.

En el mismo artículo García (2009), cita a Watters et al. (1976) porque, lograron delimitar al clima organizacional de manera similar que Forehand y Gilmer (1964), pero agregando la opinión de los individuos acerca de la organización, específicamente la estructura, las gratificaciones, la atención, la amabilidad, la ayuda y la apertura. Ejemplifican cinco dimensiones, organización adecuada, independencia laboral, control estricto, clima abierto y una guía para el trabajador.

Pritchard et al. (1973) hicieron una contribución novedosa al término. Lo categorizaron en once clases: independencia, problema y asistencia, relaciones interpersonales, organización, sueldo, desempeño, estímulo, posición social, libre albedrío y descubrimiento adaptable. Como conclusión, el clima organizacional es todo aquel atributo propio de la conducta del individuo, las regulaciones de la organización y el sentirse satisfechos en su trabajo.

Segredo et al. (2004) explicaron al clima organizacional con un enfoque subjetivo y objetivo como Dessler (1979), tomando en cuenta las nueve dimensiones de Litwin et al. (1968). Lo describieron como el ambiente interno de una institución que ayuda a tomar decisiones organizacionales, considerando a las relaciones interpersonales y el contexto donde se desenvuelven los trabajadores.

Existen varios factores que influyen en su desarrollo, estos son, las condiciones y formas de trabajo, los estilos de dirección, las compensaciones, las relaciones interpersonales, la comunicación interna y externa, los jefes y sus subordinados. Resumieron estos factores en cuatro dimensiones: liderazgo, motivación, reciprocidad y participación.

Méndez (2006) detalla que todo el conjunto de aspectos predominantes que interactúan en un ambiente interno organizacional e influyen sobre el comportamiento de los trabajadores y su nivel de satisfacción se le conoce como, clima organizacional, similar a la definición mencionada por Forehand et al. (1964). Más adelante Bernal et al. (2015) concuerdan con estos autores y deducen que el clima organizacional es el encargado de ejercer presión sobre el desempeño, los logros, las cualidades laborales y las percepciones del trabajador.

A diferencia de Dessler et al. (1979) los investigadores García et al. (2010) ven al clima organizacional como objetivo, porque solo tomaron en cuenta las características que son perdurables en una organización y que intervienen en el contexto laboral. Describieron nueve dimensiones similares a las de Litwin et al. (1968), éstas son: entorno físico, aprendizaje, agrado, difusión, estructura, relaciones interpersonales, propósito de los directivos y toma de decisiones directivas (Tabla 4).

Tabla 4
Definiciones Conceptuales de Clima Organizacional

Definición	Dimensiones
Forehand et al. (1964). Propiedades que describen la organización y la diferencian de las demás	1. Tamaño 2. Estructura Organizacional 3. Complejidad de sistemas

	4. Pautas de Liderazgo 5. Direcciones de metas propuestas
Likert (1965). Define al clima organizacional como las percepciones que se tienen del comportamiento administrativo y laboral.	1. Estructura Organizacional 2. Decisiones 3. Competencia 4. Actitudes y reglas 5. Evolución Organizativa 6. Procesos organizacionales 7. Productividad 8. Ganancias o pérdidas
Litwin et al. (1968). El clima organizacional se compone por los sentimientos positivos de la persona hacia su trabajo, así como por sus creencias y valores.	1. Estructura 2. Responsabilidad 3. Estímulo 4. Exposición 5. Calor 6. Soporte 7. Leyes 8. Problemas
Dessler (1976). Considera al clima como la personalidad de los trabajadores ante los líderes de las organizaciones, estructura y con los compañeros de trabajo	1. Estructura 2. Personalidad de trabajadores 3. Pautas de liderazgo
Watters et al. Ambiente estimulante donde se desenvuelven los trabajadores	1. Organización adecuada 2. Independencia Laboral 3. Control estricto 4. Clima satisfactorio 5. Guías para los empleados
Pritchard et al. (1973). Definen al clima organizacional como un atributo propio del individuo que influye en su comportamiento laboral y la generación de sentimientos positivos hacia su entorno de trabajo.	1. Autonomía, conflicto y cooperación 2. Relaciones Sociales 3. Estructura 4. Remuneración 5. Rendimiento 6. Motivación 7. Status 8. Centralización en la toma de decisiones
Ambiente interno que opera dentro de una institución, abarcando las relaciones interpersonales y el contexto para decidir (Segredo et al. 2004)	1. Liderazgo 2. Motivación 3. Correlación 4. Cooperación
Características objetivas que perduran en una organización y que intervienen en el contexto laboral (García et al. 2010)	1. Entorno físico 2. Aprendizaje 3. Agrado 4. Difusión 5. Estructura de la organización 6. Relaciones interpersonales 7. Relaciones con compañeros 8. Entendimiento de los propósitos de la organización
Percepciones de los individuos acerca de su organización (Segredo, 2015)	1. Comportamiento organizacional 2. Estructura organizacional 3. Estilo de dirección

Características que describen a la organización, es decir, aquellos factores que la diferencian de las demás instituciones y que afectan la conducta de sus empleados (Bustamante-Ubilla et al. 2018)	1. Relación con el entorno 2. Organización 3. Individuos
Percepciones de las propiedades de una organización que impactan en las actividades y actitudes de los empleados, así como, en el ambiente psicosocial en donde se desarrollan (Iglesias et al. 2018).	1. Agrupación de actividades 2. Entorno 3. Comportamiento de los individuos.
Percepciones compartidas ya sea directas o indirectas que existen entre los empleados de una organización (Sein et al. 2020).	1. Políticas 2. Procedimientos 3. Prácticas
La estructura organizacional como esencial en su conceptualización, desde un enfoque ambiental de los comportamientos que existen entre las personas y las organizaciones (Salazar-Ponce et al. 2021).	1. Comportamiento Organizacional 2. Estructura Organizacional 3. Satisfacción Laboral

Fuente: Elaboración propia

Con base en todas las aportaciones realizadas hasta el momento, Segredo (2015) desarrolló una estrategia para evaluar el clima organizacional de manera más estructurada, para distinguir las áreas de conveniencia y crear un mejor ambiente laboral. Debido a que las contribuciones teóricas de Forehand et al. (1964); Likert (1965) y Litwin et al. (1968) no abarcaban todas las características esenciales del clima organizacional, lo sintetizó en tres dimensiones: comportamiento organizacional, estructura organizacional y estilo de dirección.

Al resumirlo de esta manera, obtuvo un panorama preciso, efectivo y general de las percepciones sobre la organización, por parte de los trabajadores pero, la definición solo engloba a la organización. Lo mismo sucede con las aportaciones de Pritchard et al. (1973) y Dessler (1976), solo aportan conocimiento teórico al concepto, pero se quedan cortos porque no tienen un enfoque multidimensional.

Posteriormente Bustamante-Ubilla et al. (2018) aportaron una definición más completa de clima organizacional, refiriéndose a el como las características que describen a la organización, es decir, aquellos factores que la diferencian de las demás organizaciones y que afecta la conducta laboral, además, tomaron en cuenta variables importantes como: la conexión entre el ambiente, la institución y los individuos.

Iglesias et al. (2018) concuerdan con la definición propuesta por Bustamante-Ubilla et al. (2018) porque también lo conceptualizan como las percepciones de las propiedades de una institución que impacta en las actividades y conductas laborales, así como, en el ambiente psicosocial en donde se desarrollan. Piensan que los resultados de la agrupación de las actividades, el comportamiento de los individuos y el entorno en donde se desenvuelven los empleados, es lo que forma al clima de una organización.

Caso similar sucede con los investigadores Iglesias et al. (2019) la definición del concepto que le otorgan al clima organizacional es similar a lo planteado con anterioridad. Ellos dicen que el clima es aquel espacio donde se priorizan las relaciones entre los empleados dentro de una organización, enfatizan la importancia de las percepciones que tienen los individuos.

Más adelante los investigadores Sein et al. (2020) decidieron actualizar el concepto propuesto hasta el momento de clima organizacional. Lo definieron como las percepciones compartidas (directas o indirectas), que existen entre los empleados de una organización. Estas percepciones son el reflejo de todos los procesos que incluyen la toma de decisiones de los directivos, las políticas organizacionales, los procedimientos y las prácticas, los cuales están guiados por las experiencias de cada individuo y los rasgos o características personales y sus valores.

Luego, Salazar-Ponce et al. (2021) vuelven a enfatizar que el clima organizacional considera a la estructura organizacional como esencial en su conceptualización, desde un enfoque ambiental de los comportamientos que existen entre las personas y las organizaciones. El concepto lo dirigen a un aspecto más psicológico, es decir toman en cuenta las interacciones que existen entre los trabajadores con su organización y son esas relaciones lo que constituyen al clima organizacional.

Finalmente, se entiende al clima organizacional como, un fenómeno multifactorial que considera las percepciones de las personas con respecto a su

lugar de trabajo. Contemplando diversas dimensiones como: estilo de dirección que incluye las habilidades para dirigir y colaborar con los trabajadores, así como la intervención adecuada a los problemas que puedan presentarse en la institución. Estructura organizacional, que abarca la manera de operar de la institución, las prestaciones laborales y los incentivos aplicados hacia la mejora de la organización. Por último, la manera de interactuar entre los trabajadores (Segredo, 2017).

2.3.2 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación del Clima Organizacional (X1)

El clima organizacional de los hospitales es importante para el buen desempeño y formación de los profesionistas en la salud. Por consiguiente, el estudio de la relación entre el clima y el SB favorece la salud y proporciona una mejor atención asistencial. Miranda et al. (2016) quienes tenían como objetivo investigar la asociación entre el clima organizacional y el Síndrome de Burnout en profesionales de una red de servicios de salud de Cajamarca, Perú. Evidenciaron que 49.6% de los integrantes percibían un clima organizacional no saludable y alrededor del 43.2% presentaban un nivel alto de SB. Al correlacionar ambas variables, los datos indicaron una relación positiva, es decir, a mejor clima organizacional menor SB ($r = 0.293$).

En otro estudio realizado por Solís et al. (2016) en Perú sobre enfermeras, determinaron la relación entre el clima organizacional y el SB, y encontraron que 81.4% de la muestra estudiada consideró que el hospital tiene un nivel medio de clima organizacional y 86% de SB. Sin embargo, la relación entre ambas variables fue baja ($\rho = -0.11$). Concluyeron que en este sector en específico la relación entre el clima organizacional y el Síndrome de Burnout fue medianamente favorable.

A su vez, los autores Landa-Ramírez et al. (2017) encontraron que cuando los profesionales del área de la salud de México, no se sentían satisfechos con el clima de su institución, mayor era la prevalencia del Síndrome de Burnout.

Para evaluar estas variables utilizaron la escala de clima organizacional y la de desgaste organizacional y detectaron que 66% tenía Síndrome de Burnout. Por otra parte, también reportaron que por lo menos la mitad de los profesionales se sentía insatisfecho con el clima de su institución. Los hallazgos arrojaron una relación negativa y significativa entre ambas variables ($r=-.41$; $p<0.01$) concluyendo con la existencia de una conexión importante. Por esto, recomendaron la elaboración de estrategias de promoción de la salud dentro de las instancias sanitarias.

Por otra parte, Gastelo-Salazar et al. (2018) demostraron esta relación al elaborar un estudio dirigido a médicos de un Hospital de Lambayeque, Perú. Alrededor del 28% tenía Síndrome de Burnout y se encontró una correlación significativa, inversa y baja entre el clima hospitalario y el SB ($r=-0.19$; $p=0.019$). También concluyeron que los médicos percibían un clima positivo pero con posibilidades de mejorarlo. Recomendaron valorarlo periódicamente para identificar posibles cambios que disminuyan el desarrollo del SB.

Posteriormente, Kaluza et al. (2019) estudiaron al clima organizacional pero con un enfoque más positivo. Su objetivo fue examinar el impacto entre el clima organizacional y el *engagement*. Encuestaron a 291 empleados de varias organizaciones de China. Sus resultados arrojaron que cuando los empleados percibían un clima organizacional saludable dentro de su institución el nivel de engagement era mayor ($\beta = 0.65$; $p<0.001$). Estos hallazgos los ayudaron a entender cómo la salud del trabajador, el clima organizacional saludable y la promoción saludable de líderes es importante para el desempeño laboral. Por tanto su investigación aportó nuevo conocimiento a las teorías propuestas de clima organizacional, resaltando la importancia de mantener un entorno saludable y una comunicación efectiva entre los líderes y sus empleados.

En otro estudio, se examinó el efecto del clima organizacional con el Síndrome de Burnout en 984 empleados de Estambul, Turquía. Aplicaron una encuesta auto administrada traducida a inglés y encontraron que existe una correlación negativa entre el clima organizacional y sus dimensiones con el

Síndrome de Burnout ($\beta=-0.12$; $t=3.54$). Este estudio ayudó a demostrar que cuando los empleados sienten una mayor cohesión debido a un buen clima organizacional, existe un menor cansancio y menor riesgo a padecer Síndrome de Burnout (Revda et al. 2020).

Otro estudio más reciente realizado en Filipinas determinó la correlación entre el clima organizacional y el engagement de trabajadores de la región de Llocos. Entre los principales hallazgos se encontró que si existió una correlación positiva entre ambas variables ($\beta = 0.567$; $p<0.001$). Estos resultados indicaron que a mejor clima organizacional mayor será el nivel de engagement de los trabajadores. Entonces concluyen, que si se resuelve el problema al fomentar un mejor *engagement*, se resolverían los posibles conflictos (Damianus et al. 2021).

A pesar de que existen estudios que soportan la relación de ambas variables, son pocos los que se han aplicado en los profesionales de la salud, y es valioso el aporte teórico en esta muestra, ya que en la actualidad las cifras de estrés laboral o Síndrome de Burnout cada vez más aumentan y si no es tratado a tiempo, puede llevar a riesgos severos en la salud de los profesionales.

2.3.3 Fundamento Teórico de Cultura Organizacional (X2)

Muchos académicos confunden el término de cultura organizacional con clima organizacional; sin embargo, es un concepto que evalúa aspectos diferentes y en el presente apartado se detallan las características específicas que los académicos han desarrollado y se ejemplifican las diferencias existentes en la cultura de las distintas organizaciones.

Existen varias teorías o modelos teóricos propuestos que conceptualizan a la cultura organizacional. De las primeras se encuentra la teoría del desarrollo organizacional propuesta por Blake et al. (1951) donde se ejemplifica que la cultura organizacional contempla aspectos formales, estructurales, normas y

procedimientos, así como, aspectos no formales de la organización como, el sentido de pertenencia, logros del desempeño laboral y la identidad.

Otra teoría es la de recursos y capacidades también contempla la cultura organizacional. Aquí se menciona que la cultura es aquella que mide aspectos intangibles que cumplen con la identidad organizacional y el capital intelectual. Resalta que la cultura organizacional debe mantener o generar una ventaja competitiva (Barney, 1991).

La teoría de los sistemas sociales propuesta por Luhmann (1993), la cual menciona que la cultura se entiende por una serie de elementos complejos que integran a la organización. Dentro de esta teoría se menciona que la cultura organizacional es diferente en cada uno de los sistemas sociales existentes y eso marca una diferencia en su función. Este autor contempla las siguientes características: valores, creencias, clima, normas, símbolos y filosofía. Todos estos conforman a la cultura organizacional.

En la teoría de la cultura organizacional se postula que ésta ejerce influencia en el comportamiento de los individuos de una organización. Por esta razón, la cultura es un pilar muy importante para mejorar el rendimiento y el grado de compromiso de los colaboradores (Meng et al. 2019).

Suárez et al. (2020) hablan también de la teoría de gestión del conocimiento. Esta teoría considera a la organización como la responsable de generar el conocimiento, a través de varios procesos de interrelaciones entre los trabajadores y la institución.

Como se observa existen varias teorías que hablan acerca de la cultura organizacional. Sin embargo, su conceptualización ha sido aún más detallada a lo largo de los años y fue definida por primera vez por Pettigrew (1979) quien consideraba que sus aspectos importantes son, el lenguaje, los mitos y rituales, las creencias, el simbolismo y los valores de la persona. Después Schein (1983) la expone como una experiencia que adquieren los trabajadores para enfrentar su entorno y que logran resolver problemas dentro de las organizaciones.

El modelo de Cultura Organizacional propuesto por Denison (1995) es uno de los más nombrados. Este modelo se desarrolló tomando en cuenta cuatro factores: involucramiento, consistencia, adaptabilidad y misión. Cada uno de estos factores representa una idea principal sobre los determinantes del desempeño y la efectividad organizacional.

Una aportación importante fue la de Denison et al. (1995), sin embargo, fue muy distinta a las propuestas de Pettigrew (1979) y Schein (1983), porque, Denison et al. (1995) agregaron que no solo los valores o creencias de las personas influían en la cultura, sino más bien era una mezcla entre los comportamientos administrativos y las estrategias organizacionales con las creencias de los trabajadores y con su entorno. Pensaban que la cultura organizacional era un elemento clave para los buenos resultados de las organizaciones y crearon un modelo para gestionarla y medirla. El modelo ejemplifica cuatro características o dimensiones: implicación, consistencia, adaptabilidad y misión.

La dimensión de implicación refiere el poder que tienen los integrantes que se encuentran organizados en equipo, son aquellos con sentido de pertenencia, compromiso y además demuestran participación en la toma de decisiones de la organización. La segunda dimensión, consistencia, se observa en las organizaciones bien coordinadas, aquellas que tienen valores centrales y logran acuerdos según éstos. La adaptabilidad, es la tercera dimensión que se basa en la capacidad para cambiar, es decir, muestran siempre un crecimiento. Por último, la cuarta dimensión de misión habla acerca del objetivo que tiene la organización, es decir, hacia donde se dirige la empresa, se plantean objetivos específicos y claros y tienen una visión hacia el futuro (Denison et al. 1995).

Al poco tiempo del modelo de Denison et al. (1995), aparece un nuevo aporte teórico de Grindle (1997), el conceptualiza a la cultura organizacional como normas y comportamientos en los trabajadores que caracterizan la

identidad de una organización, similar a lo ya hablado por Denison et al. (1995) solo que integra a las normas dentro del concepto.

La contribución teórica del Ministerio de Salud (1998) acerca de la cultura organizacional, también fue importante y se parece a la de Grindle (1997), solo que agregan un nombre distinto, ambiente organizacional y concordaron con lo ya propuesto por Pettigrew (1979) y Schein (1983), conceptualizándola como, las suposiciones, valores y creencias compartidos entre los individuos de un mismo entorno laboral, pero agregaron además una nueva característica, las reglamentaciones, porque, reflexionaron que todas las organizaciones tienen diferentes reglas, por tanto, es importante tomarlo en cuenta.

Hofstede (1999) concuerda con Pettigrew (1979) porque considera que los aspectos esenciales de la cultura son, los valores, los rituales y los símbolos de la persona, pero, al igual que Denison et al. (1995) pensaba que la cultura era más compleja y creó un modelo que explicaba el comportamiento de las distintas culturas: el distanciamiento al poder, el individualismo/colectivismo, la masculinidad/feminidad, la evitación de la incertidumbre y el dinamismo confuciano.

Bennett et al. (1999), no coincidían con los autores anteriores, ellos creían que el concepto de cultura organizacional no podía aplicarse en todas las instituciones, porque podía variar; por ejemplo, era difícil considerar un solo tipo de cultura en los hospitales y los centros de salud como en las empresas. Así, establecieron que la cultura organizacional dependía de las normas y valores que eran reforzados por los rituales organizacionales de cada individuo.

Lo anterior se asemeja con lo propuesto por Pettigrew (1979), pero Bennett et al. (1999), incorporaron que la cultura organizacional de las instituciones en salud dependía mucho del líder que las manejaba, cuando es fuerte y decisivo se crean ambientes con una sola cultura organizacional, pero, cuando el líder no tiene bien establecidos sus ideales, se da lugar a la existencia de muchas subculturas.

Después, León (2001) estuvo de acuerdo con los conceptos de Schein (1983) y Hofstede (1999), ejemplifica a la cultura como las ideologías, experiencias y maneras de expresión que tienen las personas dentro de una organización y que se transmiten entre ellos mismos; sin embargo, no aporta nada nuevo al concepto, simplemente reafirma las proposiciones anteriores.

Más adelante, García (2006), además de considerar las ideologías, experiencias, valores y rituales como parte de la cultura, agrega al concepto características nuevas como: las conductas, las prácticas, los valores y las creencias que tienen que adaptar los trabajadores en su entorno laboral.

A diferencia del modelo de Quinn et al. (1983), Chiavenato (2009) clasifica a la cultura de distinta forma: adaptable, aquella que se amolda a las situaciones; conservadora, mantiene sus ideas, valores, costumbres y tradiciones originales; tradicional, es burocrática, administrativa, lenta y conservadora y participativa, es flexible (Rivera et al. 2018) (Tabla 4).

Ortega et al. (2015) exponen que se debe tomar en cuenta el tipo de organización para poder evaluar su funcionamiento, fundamento que coincide con el de Bennett et al. (1999) quienes en su tiempo ya habían mencionado la diferencia en los hospitales y centros de salud. Concuerdan en la distinción de la cultura entre una consultoría o empresa con la de una institución en salud. Proponen el modelo de valores de competencia creado por Quinn et al. (1983) para medir mejor la cultura organizacional de las instituciones en salud.

Este modelo divide a la cultura en dos dimensiones, el interés de la organización y la estructura interna, éstas a su vez, se clasifican en cuatro tipos de cultura: 1) jerárquica, tiene un ambiente estructurado, los líderes son excelentes coordinadores y muy organizados; 2) adhocracia o racional, enfocada en los resultados obtenidos a través de un buen trabajo, busca el éxito; 3) grupo o clan, organización familiar, presenta un ambiente saludable y participativo y 4)

desarrollo o mercado, se centra en la competencia externa, es necesario tener líderes innovadores que logren aumentar las ganancias.

Ortega et al. (2015) dicen que la cultura organizacional de los servicios de salud contiene un sistema con elementos internos y externos que, a su vez, tienen subsistemas como son, humano: consta de pacientes, familiares y médicos; técnico y tecnológico: técnicas, tecnología, materiales y procedimientos utilizados en los servicios de salud.

El subsistema funcional-estructural como: liderazgo, comunicación, lenguaje médico, ambiente laboral, valores y creencias y el macrosistema de medio ambiente que se compone de todos los aspectos que rodean al servicio de salud y están constituidos por normas, reglamentos y leyes. Los factores macro y microeconómicos, las creencias y prácticas sociales, también son parte de este subsistema.

En el artículo de Rivera et al. (2018), se cita el modelo de Chiavenato (2009) para definir a la cultura organizacional como un iceberg, en el nivel que se encuentra por debajo del agua y el más profundo se encuentran todas aquellas características no visibles para los empleados. En el nivel que sobresale del agua, se encuentran las características visibles y palpables. Este autor la divide en estratos, el primero son los artefactos, el segundo, las pautas de comportamiento, el tercero, los valores y creencias y el cuarto, los supuestos básicos (Ver Tabla 5).

Tabla 5
Definiciones Conceptuales de Cultura Organizacional

Definición	Dimensiones
La cultura organizacional consta del lenguaje, mitos y rituales, creencias, simbolismo y valores de la persona (Pettigrew, 1979)	1. Lenguaje 2. Mitos y rituales 3. Creencias 4. Simbolismo 5. Valores
Experiencia que adquieren los trabajadores para enfrentar el entorno y que logran resolver problemas de las organizaciones (Schein, 1983)	1. Experiencias 2. Entorno 3. Valores 4. Relaciones interpersonales 5. Presunciones subyacentes básicas

Suposiciones, valores, creencias y reglamentaciones que comparten los individuos en un entorno laboral (Ministerio de Salud, 1998)	1. Valores 2. Creencias 3. Reglamentaciones 4. Entorno Laboral
Valores, rituales, símbolos de las personas que explican el comportamiento de las personas dentro de una organización (Hofstede, 1999)	1. Distanciamiento al poder 2. Individualismo/ 3. Colectivismo 4. Masculinidad/ 5. Feminidad 6. Evitación de la incertidumbre 7. Dinamismo confuciano
Ideologías, experiencias y maneras de expresión que tienen las personas dentro de una organización y que se transmiten entre ellos mismos (León, 2001)	1. Ideologías 2. Experiencias 3. Maneras de expresión
Conductas, prácticas, valores y creencias que tienen que adaptar los trabajadores de una organización (García, 2006)	1. Conductas y prácticas 2. Valores 3. Creencias
Se ejemplifica como un iceberg, en el nivel más profundo se encuentran todas las características no visibles del empleado mientras que, el nivel que sobresale se encuentran las características palpables (Chiavenato, 2009)	1. Artefactos 2. Pautas de comportamiento 3. Valores y creencias 4. Supuestos básicos
Se considera según el interés de la organización y la estructura interna, que a su vez, considera el tipo jerárquico, racional, clan y de desarrollo (Quinn et al. 1983)	1. Interés de la organización 2. Estructura Interna

Fuente: Elaboración propia

El modelo propuesto por Quinn et al. (1983), es distinto al de Hofstede (1999) pero, ambos miden a la cultura organizacional de manera interna y externa. En el modelo de Schein (1983), se distingue a la cultura en tres niveles. El primer nivel es el entorno físico y el social, el segundo nivel refleja los valores y las relaciones interpersonales existentes entre los individuos o personas y el tercer nivel se encuentran las presunciones subyacentes básicas, es decir, la manera de resolución de problemas.

La definición propuesta por Pettgrew (1979) de cultura organizacional, a pesar de ser la primera, no ejemplifica como tal la cultura dentro de una institución, se centra más en definir la cultura individual y en la influencia que tiene con el ambiente externo, este concepto se confunde un poco con el de cultura, ya que omite la parte laboral de la persona.

Por el contrario, Schein (1983) sí detalla las características laborales, pero dentro de sus dimensiones incluye a las relaciones interpersonales, semejante a una de las dimensiones que se consideran en la calidad de vida, esto podría ocasionar cierta confusión al momento de evaluarlas si no se detallan bien la diferencia.

A pesar de que Quinn et al. (1983) toman en cuenta todos los elementos organizacionales, dejan de lado la parte individual y sucede lo mismo con Pettigrew (1979), no consideran todo el contexto general, sin embargo, hasta el momento ha sido el mejor modelo existente que mide la cultura organizacional dentro de las instituciones en salud.

El Ministerio de Salud (1998) y Hofstede (1999) ayudan a soportar mejor el concepto de cultura organizacional, intentan crear un concepto que una, ambas partes, la individual y la de la organización, las características que consideran como dimensiones se quedan un poco limitadas.

Una de las conceptualizaciones más recientes, es la propuesta por Fajardo, Gómez et al. (2020) quienes fundamentan que el término de cultura organizacional se configura de una forma más compleja, porque considera aspectos propios de la organización, tales como, la gestión y comunicación. Es importante que se cumplan funciones de integración con el propósito de facilitar la dinámica de su entorno.

Más adelante Mendoza-Flores et al. (2021) definieron a la cultura como la suma de todos los comportamientos y actitudes que comparten los empleados de una organización, los cuales determinan el grado en que se adaptan al entorno laboral. La cultura sucede a largo plazo, los trabajadores enriquecen el entorno laboral. Los autores dividen a la cultura organizacional en seis dimensiones: características dominantes de la organización, estilo de liderazgo, gestión de los empleados, unión de la organización, ejes estratégicos y criterios para el éxito.

Debido a que la presente investigación se desarrolló en el área de la salud, el mejor concepto de cultura organizacional es el propuesto por el Ministerio de Salud (1998), Quinn et al. (1983) y Denison et al. (1995). Se entiende como los valores, creencias, suposiciones, reglamentaciones y maneras de relacionarse que tienen los individuos en su entorno de trabajo.

Además de la sensación de compromiso hacia su organización y la fácil adaptación a los cambios. Desde el punto de vista organizacional, la institución logra transmitir a sus profesionales su visión a largo plazo y los objetivos necesarios para alcanzar las metas institucionales y así mejorar el aprendizaje de los individuos.

2.3.4 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación de la Cultura Organizacional (X2)

El estudio de la relación entre ambas variables se ha realizado en diversos países, tal es el caso de la investigación de Ginossar et al. (2014), donde se explicó la relación entre la cultura organizacional y el Síndrome de Burnout en profesionistas de la salud de Estados Unidos. Para evaluar al Síndrome de Burnout se utilizaron solo dos ítems del cuestionario de Maslach que evaluaban la despersonalización y el estado emocional. En el caso de la cultura organizacional se tomaron en cuenta las dimensiones de involucramiento, trabajo en equipo y valoración crítica.

En el mismo estudio, se aplicó regresión múltiple e indicó que las dimensiones de la cultura organizacional de trabajo en equipo se correlaciona negativamente con el estado emocional del Síndrome de Burnout ($p < 0.05$; $\beta = -0.43$) y la de valoración crítica se correlaciona positivamente con la despersonalización ($p < 0.05$; $\beta = 0.45$). Concluyeron que los hallazgos sugieren que una comunicación efectiva dentro de la organización puede proteger a los profesionistas de la salud ante el Síndrome de Burnout.

En otra investigación aplicada a los estudiantes de medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Isfahan, Irán. Se tenía como objetivo encontrar la relación entre el Síndrome de Burnout y la cultura organizacional. Para evaluar las variables se utilizó el cuestionario de Síndrome de Burnout profesional de Maslach y el de cultura organizacional de Denison's. Los datos arrojaron diferencias significativas entre ambas variables, así como entre sus dimensiones ($p < 0.05$). Aplicaron ecuaciones estructurales al modelo planteado y

encontraron que dos variables de la cultura organizacional explicaban el 32% de los cambios en el Síndrome de Burnout ($\chi^2 = 153.95$; $p < 0.05$) (Ghorbanian et al. 2018).

En este mismo estudio se concluyó que, es necesario reforzar la cultura organizacional en todas sus dimensiones para motivar a los estudiantes a continuar su desarrollo profesional y, además, el hecho de que se encuentren en un estado de *engagement*, adaptabilidad, conformidad y con una misión reducirá increíblemente las cifras del Síndrome de Burnout.

Resultados similares se observaron en enfermeras de Corea del Sur al aplicar un cuestionario de cultura organizacional con un α de Cronbach de 0.96 y para medir el Síndrome de Burnout, se aplicó el cuestionario coreano de estrés laboral (α de cronbach=0.83). Se demostró que la cultura organizacional de estos profesionistas está negativamente relacionada con el Síndrome de Burnout ($\beta = -.70$; $p = 0.003$). El modelo desarrollado explica claramente esta asociación y los datos encontrados soportan la creación de nuevas intervenciones que ayuden a mejorar la experiencia de trabajo y el ambiente organizacional de las enfermeras (Lee et al. 2019).

En otro estudio realizado por los investigadores Nurcholis et al. (2020) se encargaron de estudiar el impacto de la cultura organizacional sobre el *engagement*. Esta investigación se realizó en trabajadores de Indonesia. Encontraron que la cultura organizacional aumenta de una manera positiva el nivel de *engagement* ($F = 1161.008$; $p < 0.001$) de los empleados. Inclusive observaron que cuando los trabajadores se encontraban en niveles elevados de *engagement*, mostraban mayor pasión e interés hacia sus actividades cotidianas. Por tanto, recomendaron que los administradores de capital humano deberán evaluar de cerca la efectividad que tiene la cultura organizacional sobre sus empleados con la finalidad de lograr aumentar su rendimiento laboral.

Por otra parte, en un estudio más reciente en donde se pretendía ahondar en la relación que había entre la cultura organizacional y el *engagement* de

trabajadores colombianos. Se demostró que efectivamente existe una relación significativa entre ambas variables ($Rho=0.363$; $p<0.001$), los investigadores enfatizaron en la importancia de evaluar el tipo de cultura organizacional existente, ya que de ahí se partía a obtener mejores niveles de engagement y que cuando los trabajadores se sentían más motivados en su trabajo, existía una mayor satisfacción laboral. Resaltaron la importancia por parte de los administradores de mantener una cultura organizacional adecuada entre sus empleados, en donde se promuevan buenas relaciones laborales (Mendoza-Flores et al. 2021).

Existen estudios que demuestran que la cultura organizacional de las instituciones en salud influye directamente en la aparición del SB. Son pocas las investigaciones dirigidas a los profesionales de la salud, y las existentes, demuestran que una cultura organizacional positiva, motiva a los empleados a querer seguir haciendo sus labores de manera adecuada. Por consiguiente, se considera importante estudiar la relación de estas variables, con el propósito de encontrar estrategias de mejora continua del ambiente para lograr un mejor desempeño laboral y asistencial de los médicos. El análisis ayudaría a la aportación de nueva literatura que mejore las condiciones de trabajo de los profesionistas en la salud.

2.3.5 Fundamento Teórico de Calidad de Vida (X3)

Con respecto a las teorías propuestas para la calidad de vida, una de las más famosas es la teoría fundamentada. Esta teoría pretende generar o descubrir un nuevo modelo que logre explicar un fenómeno social. Logra generar conocimiento teórico a través de los datos recabados. Esta teoría se suele emplear para lograr entender mejor la calidad de vida de los trabajadores de una empresa mediante la recolección de datos (Patlán, 2020).

También existe la teoría del ocio, donde se fundamenta que para que un individuo logre el desarrollo social, deberá llevar un equilibrio entre varios aspectos. Entre ellos se encuentran: la ocupación de su tiempo, realización de

actividades que produzcan una satisfacción y la salud, bienestar y calidad de vida. Si las personas logran mantener en equilibrio estas actividades, ellos podrán desempeñarse mejor tanto en su vida social, personal, como laboral (Posso et al. 2020).

Otra teoría que ayuda a sustentar este constructo es la de capacidades humanas. Esta teoría se basa más allá de los bienes materiales como una satisfacción para las personas, es decir que consideran que para que un individuo genere un bienestar personal deberá desarrollar ciertas habilidades que logren que el individuo disfrute su ambiente ya sea personal o laboral independientemente de cómo sea. Por esta razón, la calidad de vida no debería ser resultado de un ambiente tóxico o de malas prácticas de salud, sino más bien, el mantener una buena calidad de vida deberá venir desde el interior de la persona (Seguanes et al. 2021).

En el siguiente apartado se detallan diversas definiciones que se han creado a lo largo de los años. Varios autores han logrado definir a la calidad de vida (CV) y se presentan en la Tabla 6. Cada uno de ellos la ha considerado desde diferentes perspectivas y han logrado ejemplificarla con varias características o dimensiones. Esta gran diversidad de conceptos se debe a la naturaleza multidisciplinaria del concepto.

Tabla 6
Definiciones Conceptuales de Calidad de Vida

Autores	Definición	Dimensiones	Enfoque
(Shaw, 1977)	Clarifica los factores que pueden afectar a la CV mediante la siguiente ecuación: $QL = NE \times (H + S)$. Siendo QL (calidad de vida), NE (dotación natural del paciente), H (contribución de su hogar y su familia) y S (contribución a la sociedad).	1.Dotación Natural del paciente 2.Contribución del hogar y familia 3.Contribución a la sociedad	Objetivo-Cuantitativo
(Ferrans, 1990b)	Bienestar personal que nace a partir de la satisfacción o insatisfacción de lo	1.Bienestar personal	Subjetivo

	importante para cada individuo.		
(Bigelow, et al. 1991)	Satisfacción presentada a partir de las necesidades de los individuos	1. Bienestar personal	Subjetivo
(OMS, 1996)	Percepción del individuo de su lugar de existencia a nivel cultural y que implican los valores en los que convive, es decir sus expectativas o percepciones ante los hechos.	1. Salud Física 2. Estado Psicológico 3. Nivel de independencia 4. Relaciones sociales 5. Relación con el entorno	Subjetivo
(Hornquist, 1982)	Satisfacción de necesidades físicas, psicológicas, sociales, materiales y estructurales.	1. Bienestar físico 2. Bienestar psicológico 3. Bienestar social 4. Bienestar material y estructural	Multidimensional
(Lawton, 1999)	Criterios intrapersonales y sociales del ambiente de las personas.	1. Competencia Conductual 2. Calidad del ambiente 3. Calidad de vida percibida 4. Bienestar psicológico	Multidimensional
(Schalock et al. 2007)	Propiedades éticas que se encuentran ligadas a la cultura, objetiva, subjetiva y pueden intervenir situaciones personales y ambientales.	1. Desarrollo personal 2. Autodeterminación 3. Relaciones Interpersonales 4. Inclusión Social 5. Derechos 6. Bienestar emocional 7. Bienestar físico 8. Bienestar material	Multidimensional
(Sarmiento et al. 2015)	Bienestar que proviene de un equilibrio adecuado entre la demanda, carga de trabajo intenso y recursos emocionales, organizacionales y relacionales del individuo	1. Bienestar Físico 2. Bienestar Material 3. Bienestar Social 4. Desarrollo 5. Bienestar Emocional	Multidimensional
(Benitez, 2016)	Experiencia que presentan los individuos con relación a sus formas, percepciones y condiciones de vida	1. Bienestar personal 2. Condiciones de vida	Multidimensional

Fuente: *Elaboración propia*

La conceptualización de la CV es difícil, sin embargo, varios autores han logrado definir una parte de todo su contexto y todos concuerdan en que representa la autopercepción y valoración que tienen las personas de sí mismas.

A pesar de que la definición creada por la OMS (1996) se dirige específicamente al área de ciencias de la salud, está enfocada solo en atender las necesidades psicológicas del individuo y para fines de esta investigación la definición que más se asemeja al propósito del estudio de CV es la de Hornquist (1982). Él menciona que no solo la satisfacción del individuo otorgará CV, sino va más allá, considerando aspectos materiales, ambientales y estructurales que lo rodean.

Ferrans (1990b) y Bigelow et al. (1991) no coinciden con esta definición, ellos consideran que solo basta estudiar las necesidades de satisfacción o bienestar emocional para poder definir a la CV. Schalock y Verdugo (2007) y Sarmiento et al. (2015) concuerdan con Hornquist (1982), también la ven de una manera multidimensional, agregando la inclusión social y los derechos del individuo a la definición. Estos autores centran el concepto de manera general, intentando abarcar un poco de todas las disciplinas en las que se puede aplicar, y logran crear un concepto más generalizado que permite definir la vida del individuo de manera precisa.

Existen otros autores que la consideran multidimensional, tal es el caso de Lawton (1999) y Benitez (2016), la diferencia encontrada en estos conceptos es que uno de ellos tiene un enfoque dirigido al medio ambiente y la manera en cómo el individuo se percibe en él, sin considerar la parte material o estructural en la que se desarrolla; sin embargo, la generalizan sin tomar en cuenta las características, no se concentran en los detalles que exploran mejor la CV.

A pesar de las diversas definiciones encontradas de calidad de vida, no todas logran plasmar el contexto general abarcando ambos enfoques como lo hace Hornquist (1982). Esto sucede porque la mayoría de los conceptos solo consideran esenciales a la satisfacción y el bienestar del individuo (Bigelow et al. 1991; Ferrans, 1990b).

La generalización de un concepto es posible, esto sucede porque una característica esencial de la CV es el bienestar que presenta el individuo en

varios aspectos de su vida y que puede ser provocado por elementos objetivos, subjetivos o multidimensionales (Sarmiento et al. 2015).

La Calidad de Vida (CV) se interpreta de diferentes maneras, existen dos tipos de enfoque, objetivo y subjetivo. El primero se centra en datos observables y medibles mientras que, el segundo se enfoca en las percepciones de los individuos. El concepto inició en el área de ciencias de salud y se extendió a la psicología, economía y a las ciencias sociales a través de los años (Sarmiento et al. 2015; Benitez, 2016). Dependiendo de la disciplina, es el enfoque que tiene la CV. Las disciplinas de psicología y salud tienen enfoques subjetivos, mientras que las de economía y ciencias sociales enfoques objetivos. Pese a esto, se ha intentado integrar ambos enfoques que consideren a la CV como multidimensional (Cancino et al. 2016).

Aunque la definición de la OMS enfatiza el nivel cultural y los valores de los individuos como factores importantes en la CV, su descripción es aún así es algo escasa. Caso similar sucede con la propuesta de Shaw et al. (2016), ambos describen a la CV como un bienestar personal que se crea a partir de las condiciones o percepciones de vida que contribuyen de manera positiva a un buen bienestar en el hogar y en la sociedad. A pesar de que ayudan a soportar la CV, se limitan a definir solo el bienestar de los individuos.

Por otra parte, Patlán (2020) considera a la calidad de vida desde una perspectiva multidimensional, donde lo más importante son aquellos aspectos que puedan generar una satisfacción, aumentar la motivación y el rendimiento tanto personal como laboral de un individuo. Este concepto, concuerda con el de Salas et al. (2021) que menciona que además de generar una satisfacción, las organizaciones donde laboran estas personas son esenciales para lograr esta calidad de vida, ya que, pasan un mayor tiempo de su vida en estos ambientes laborales y si mantienen un ambiente inadecuado, entonces afectará su calidad de vida y trascenderá hasta la parte personal.

Finalmente, en el presente estudio se utilizará un enfoque multidimensional, porque el tipo de investigación se desempeñará en el área de ciencias sociales pero, la población de estudio será del área de la salud. Por tanto, la CV se define como, las expectativas o percepciones que tiene el individuo ante los hechos, incluyendo su salud física, mental, ambiental y relaciones sociales (OMS, 1996).

2.3.6 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación de la Calidad de Vida (X3)

Con respecto a la relación de la calidad de vida subjetiva con el SB, se presentan diferentes estudios, tal es el caso de los investigadores de la Universidad de Auckland, Nueva Zelanda, donde relacionaron la CV subjetiva y el SB. Para medir el Síndrome de Burnout utilizaron la escala de *“Copenhagen Burnout Inventory”* y para la calidad de vida el instrumento propuesto por la OMS de WHOQOL-BREF. Mostraron que la motivación de los estudiantes por continuar sus estudios de medicina se vio afectada con baja CV y niveles elevados de Síndrome de Burnout. Esto sucede porque al encuestar a los médicos una gran parte de la población presentó un nivel moderado de SB (41%) y de CV (41%). Una variable determinante de estos niveles fue el año que cursaban los estudiantes, aquellos que estaban en su tercer año tenían mayores puntajes de SB y menor CV ($p=0.043$). Se demostró que una baja CV además de afectar en el desarrollo y aparición del SB, provocaba ansiedad y desmotivación ($r=-0.29$, $p<0.001$). El estudio que realizaron los investigadores mostró que los más afectados por el SB son los que recién comienzan sus estudios (Lyndon et al. 2017).

Casari et al. (2017) estudiaron el impacto del sistema de residencias médicas sobre la aparición del SB y su CV subjetiva. Observaron una alta prevalencia de SB en todos sus médicos y baja de CV, la cantidad de guardias que realizaban los profesionales fueron significativas en estos resultados ($r=-0.243$, $p=0.017$). A su vez, en el mismo estudio, correlacionaron las dimensiones

de ambas variables y se encontró que el cansancio emocional y la despersonalización son mayores cuando se presenta una deficiencia de CV en el trabajo ($r=-0.391$) y vivienda ($r=-0.455$). Mientras que, la realización personal es mayor cuando se tiene buena CV en sus valores ($r=0.538$), estudio ($r=0.414$), comunidad ($r=0.652$) y ambiente ($r=0.543$). Los investigadores concluyeron que debido al aislamiento y a la exigencia laboral que presentan los médicos al realizar sus estudios de residencia, se ve afectada la dimensión de relaciones interpersonales, por ello la CV disminuye convirtiéndose en factor de riesgo para el desarrollo del SB.

Entre otros factores que ayudan a mantener niveles adecuados de CV y disminuyen el SB, está el *engagement*. Cuando un individuo mantiene una buena CV, se presentan niveles elevados de *engagement* en su organización o institución y por tanto se evita la aparición del desarrollo del SB (Armijo y Portalanza, 2017). También estudiaron la calidad de vida con enfoque multidimensional, el engagement y el Síndrome de Burnout de empleados académicos y administrativos del Instituto de Educación Superior de Ecuador. Encontraron que al presentar niveles altos de calidad de vida (71%) y *engagement* (87%), los niveles de SB son bajos (54%). Solo realizaron un estudio de manera observacional y no aplicaron estadística inferencial para encontrar relación entre las variables, pero con base a los resultados se puede ver que el *engagement* como una variable mediadora influye de manera significativa en la disminución del SB y concluyeron que si los empleados se encuentran complacidos o satisfechos con su organización no se generará el Síndrome de Burnout.

Otro caso similar se observa en la Universidad de Ciencias de la Salud en Irán. Los investigadores evaluaron a la CV de manera multidimensional y demostraron que, si el personal de salud tiene buena calidad de vida, los niveles de SB pueden disminuir considerablemente. Evaluaron a 118 enfermeras y los resultados mostraron una CV moderada (90.3%) y para el SB (99.3%), la mayoría obtuvo puntajes elevados. En el mismo estudio, al utilizar regresión lineal en ambas variables, encontraron que aquellos con buena CV eran menos

propensos a desarrollar SB ($\beta = -0.123$, $p < 0.022$). La importancia de implementar programas que mejoren la CV es necesaria en las instituciones de salud, ya que, disminuiría de manera efectiva la aparición del síndrome (Ashrafi et al. 2018).

En otro estudio efectuado a 58 médicos y enfermeras en un hospital de Italia, Caponnetto et al. (2018), examinaron el impacto del manejo del estrés, la calidad de vida, la motivación y el SB en el personal de urgencias. Aplicaron un programa de salud y encontraron diferencias significativas entre los resultados recabados antes y después del programa para las variables de estrés ($p < 0.001$) y calidad de vida ($p < 0.001$). En el SB solo se observaron diferencias por dimensiones, agotamiento emocional ($t = 5.64$; $p < 0.001$) y despersonalización ($t = 6.67$; $p < 0.001$).

Por otro lado, en la Universidad de Ciencias de la Salud de Irán, investigaron si el *engagement* (visto desde una perspectiva de regulación emocional) mediaba la relación entre la calidad de vida y el Síndrome de Burnout de 231 profesionales de la salud. Para medir las variables, utilizaron los siguientes cuestionarios: Escala de dificultades de regulación emocional, el cuestionario WHOQOL-BREF y el *Maslach Burnout Inventory*. Los hallazgos encontrados arrojaron que el *engagement* ejercía un papel de mediación fuerte entre la calidad de vida y el Síndrome de Burnout ($\beta = 0.70$, $p < 0.001$). Con esto, concluyeron que la mediación significativa que ejerció el *engagement* es un valioso aporte a la literatura, porque con esto, se podrá comprender mejor como se desarrolla el SB (Akbari et al. 2018).

A su vez, en profesionales de la salud de diversos hospitales de China, resultados similares fueron observados y se encontró significancia estadística entre menor calidad de vida y mayores niveles de SB ($\beta = -0.331$, $p < 0.001$). Esto demuestra que se deben prevenir ambientes laborales demandantes y niveles de estrés elevados en las instituciones en salud. Los investigadores, concluyen que, si se mantiene una calidad de vida subjetiva baja, los trabajadores no soportarán los niveles de estrés, por tanto, se deben mantener condiciones adecuadas de trabajo y mejorar el bienestar de sus médicos (Obiri et al. 2019).

En otra publicación realizada por Toscano-del Cairo et al. (2020) exploraron la relación entre el *engagement* y la calidad de vida de empleados colombianos. Se les aplicó una encuesta conformada por 39 ítems y se evaluó a través del método de ecuaciones estructurales. Los hallazgos de la investigación fue una asociación significativa entre las variables ($\beta = 0.54$; $p < 0.001$). Los investigadores concluyeron que este modelo ofreció información relevante para los trabajadores de recursos humanos, ya que, el mundo laboral cada vez es más complejo y existen muchos factores que pueden influir en la manera en cómo se relacionan los trabajadores, es aquí donde la calidad de vida desempeña un papel muy importante, ya que, si esta es buena, el nivel de *engagement* que mantendrán los empleados será elevado y desempeñaran mejor sus actividades.

Concluyendo, la importancia de estudiar esta variable radica en que la mayoría de los estudios realizados con profesionales de la salud se han enfocado solamente en investigar la prevalencia del SB, omitiendo aspectos importantes que influyen en su aparición, como el bienestar material, emocional, social y de desarrollo. Paradójicamente los profesionales de la salud buscan mejorar su CV y sus ingresos económicos al realizar estudios de postgrado y es durante estos estudios que la CV se ve afectada o incluso la pierden por completo.

Es importante mencionar que la mayoría de los estudios son aplicados en enfermeras y médicos, son pocos los que estudian a todos los profesionales de la salud. Además, pocos han utilizado al *engagement* como mediador. Una buena CV en los profesionales de la salud es necesaria, si las instituciones quieren mostrar un mayor desempeño para atender las necesidades de salud de la población, la CV y el nivel de *engagement* son factores esenciales que deben cuidar durante la formación de los profesionales de la salud para evitar la aparición del SB.

2.3.7 Fundamento Teórico de Jornadas Laborales (X4)

En el presente apartado se describirá el aporte teórico que se ha definido a través de los años con relación a las jornadas laborales. La teoría de los recursos y demandas laborales analiza de una manera más específica como el ambiente de trabajo puede llegar a afectar al rendimiento y bienestar de los trabajadores. La teoría clasifica dos aspectos fundamentales: exigencias del trabajo y recursos laborales. Las características del apartado de exigencias de trabajo normalmente se encuentran asociadas con aspectos psicológicos, donde a mayor exigencia hay un nivel más elevado de estrés, lo cual resulta en Síndrome de Burnout. Las jornadas laborales, son unas de las principales características asociados a estos aspectos psicológicos (Tummers et al. 2021; Bakker et al. 2020).

La mayoría de las definiciones existentes especifican el número de horas laborales de los trabajadores de las organizaciones, pero, existe un vacío teórico en los profesionales de la salud, son pocas las instancias que detallan un número total de horas a cumplir como parte de sus labores, por tanto, a continuación, se muestra la literatura existente hasta el momento.

Las jornadas laborales fueron descritas por primera vez por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1920) en el Tratado de Versalles. Describen que la aplicación de la jornada debe ser máximo de ocho horas al día, cuarenta y ocho horas por semana otorgando un descanso semanal de veinticuatro horas. Más adelante en la Declaración de Filadelfia, de la OIT (1944) se reafirma esta idea y se agrega que los trabajadores no deben ser considerados como una mercancía por parte del empleador, respetando su libertad de expresión. Esto surgió gracias a que comenzaron a reconocer que un exceso de horas laborales era un peligro para la salud de las personas.

Giraldo (1967) fue el primero en conceptualizar el término y definirlo como tiempo que un empleador dedica para la realización de las actividades que crean un beneficio al patrón o jefe. Consideró dos limitaciones, la primera es acerca de

las actividades del empleado, el jefe no podrá dirigirlas a su beneficio y como segunda limitación, es que el jefe o patrón no puede exigirle más horas que sobrepasen el límite máximo permitido de la jornada. Clasifica a la jornada en dos: diurna, abarca de las seis de la mañana hasta las seis de la tarde, y la nocturna, desde las seis de la tarde hasta las seis de la mañana.

La Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión formuló la Ley Federal del trabajo (1970), donde se define de manera similar a la anterior, aquí la conceptualizan como tiempo que presta el empleado al superior o jefe para realizar su trabajo. Aportando al concepto, la ley las clasifica en tres tipos: diurna, comprendida entre las seis y veinte horas; nocturna, entre veinte y seis horas y mixta, combinación de la diurna y la nocturna. A su vez, concuerdan con lo establecido en el tratado de Versalles al dictar una duración máxima de ocho horas.

La OIT (2008) otorga una conceptualización más completa de las jornadas laborales, menciona que además de incluir el horario normal de los trabajadores, estipulado en las leyes o normativas, se debe atribuir con un sueldo respetando la duración de la jornada de trabajo determinada en las leyes federales.

En la Ley del Estatuto de los Trabajadores formulada por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2015) se define a la jornada de trabajo como aquella que es pactada en los convenios colectivos o contratos de trabajo y que tienen una duración máxima de cuarenta horas semanales de trabajo efectivo, se especifica que el número de horas no podrá ser superior a nueve diarias (Tabla 7).

Tabla 7
Definiciones Conceptuales de Jornadas Laborales

Definición	Dimensiones
Tiempo que un empleador dedica para la realización de las actividades que crean un beneficio al patrón o jefe (Giraldo, 1967)	1. Diurna 2. Nocturna
Tiempo que presta el empleado al superior o jefe para realizar su trabajo (Ley Federal del trabajo, 1970)	1. Diurna 2. Nocturna 3. Mixta

Horas normales de trabajo que se encuentran estipuladas en la legislación, también en los convenios colectivos y laudos arbitrales (OIT, 2008)	1. Horas atribuidas con salario 2. Duración
Son pactadas en los convenios colectivos o contratos de trabajo que tienen una duración máxima de 48 horas semanales y no podrá ser superior a 9 hrs diarias (Ley del Estatuto de los Trabajadores, 2015)	1. Duración
Horas que deben cumplir los médicos durante su preparación académica como clínica (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2022)	1. Horas de preparación académica 2. Horas de guardias clínicas
Tiempo gastado por parte del médico especialista en su educación, es decir, considera que la atención de los pacientes, los tiempos extraordinarios, asistencias a congresos y demás forman parte del horario laboral (Consejo de Acreditación para Educación Médica de Posgrado [ACGME, 2019])	1. Horas de educación 2. Horas de guardias clínicas
Horas dedicadas a la educación y atención de paciente sin sobrepasar las 16 horas diarias (Masterson et al. 2014)	1. Horas dedicadas a la educación 2. Horas de atención clínica

Fuente: Elaboración propia

Las jornadas laborales toman otra conceptualización en el área de la salud, esto ocurre porque el ambiente de trabajo es muy diferente y es necesaria mayor atención en el ámbito hospitalario. Para la Ley Federal del Trabajo (2019), un profesional de la salud debe cumplir con la preparación tanto académica como clínica como parte de su jornada laboral, a su vez, es su obligación asistir a sesiones clínicas, congresos y conferencias como parte de su desarrollo profesional, sin embargo, no menciona un número total de horas que deberá cumplir.

Caso similar se observa en el contrato colectivo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2013), concuerdan con la definición de jornadas laborales que aporta la Ley Federal del Trabajo, pero tampoco plasman un número total de horas laborales a cumplir. Sin embargo, Prieto-Miranda et al. (2015) señalan que las instrucciones clínicas o también llamadas guardias clínicas, no deben sobrepasar las 72 horas.

En comparación con la definición anterior, el Consejo de Acreditación para Educación Médica de Posgrado (ACGME, 2019) agrega que además de las actividades que se deben cumplir, una jornada de trabajo abarca todo el tiempo gastado por parte del profesional en su educación, es decir, considera que la atención a los pacientes, los tiempos extraordinarios, asistencias a congresos y

demás, forman parte de su horario de trabajo, similar a lo referido por la Ley Federal del Trabajo (2019).

El aporte teórico a la conceptualización de esta variable es que aquí si se indica un límite máximo de horas permitidas de trabajo, las cuáles son 80 horas semanales. Para el caso de Canadá, en Quebec el límite de horas de trabajo continuas permitidas es de 16 horas y en las provincias de Manitoba y Maritime el límite de horas semanales es entre 89 y 90 horas (Masterson et al. 2014).

Masterson et al. (2014) agregaron al concepto propuesto por la ACGME (2019), que además del límite semanal de horas, no se deben sobrepasar las 16 horas continuas en un solo día. Es interesante observar que en la mayoría de los países se tienen bien estipuladas las jornadas laborales para los profesionales de la salud, pero en México, no es el caso.

Con base a todas las definiciones ofrecidas anteriormente, se observa que el concepto para jornadas laborales se enfoca solo en un trabajador ordinario (Giraldo, 1967; OIT, 2008) y se queda corto al intentar dirigirlo a los médicos, aún no esta bien definido. Esto sucede porque ha sido difícil integrarlo a los profesionales de la salud.

Por tanto, para finalizar, existe un vacío muy amplio en el número de horas a realizar del área de la salud, una causa de esto es que algunos aún son considerados como estudiantes, sin embargo, también son trabajadores. Por tanto, en este estudio se define a la jornada laboral como, el tiempo dedicado para la realización de actividades que crean un beneficio al superior, así como la cantidad de horas que deben cumplir durante su preparación académica y clínica (Giraldo, 1967; Ley Federal del Trabajo, 2019).

2.3.8 Estudios de Investigaciones Aplicadas sobre la Relación de las Jornadas Laborales (X4)

Son varias las investigaciones que se han encargado de analizar a las jornadas laborales de los profesionales de la salud. En la investigación realizada

en China por Wen et al. (2016) a médicos, se realizó un análisis multivariado encontrando que a mayor número de horas de trabajo semanales y mayor puntaje del Síndrome de Burnout ($OR=1.65$, $p<0.001$). Es decir, los médicos que sobrepasaban las 60 horas semanales tenían mayor predisposición a sufrir del SB. Se concluyó que la relación de estas variables incrementa de manera significativa los errores médicos, afectando la salud de los pacientes, además de la salud personal.

En Chile, los investigadores Díaz et al. (2016) de la Universidad Pontificia Católica, cuantificaron las horas semanales de carga laboral de los médicos de especialidad y subespecialidad. Los resultados encontraron que en promedio los médicos de especialidad tienen una jornada de 52.8 ± 20.3 horas semanales y los de subespecialidad un promedio de 55.9 ± 22.2 horas. El 22.6% sobrepasó el límite recomendado de 80 horas semanales dictado por la Dirección de Postgrado de la universidad. Se concluyó que los médicos son sometidos a cargas laborales elevadas.

En otro estudio realizado a médicos especialistas en Saudi, Arabia, investigaron la relación entre las horas laborales y el Síndrome de Burnout y observaron que el 50% reportó trabajar entre 60 y 79 horas mientras que, 30% trabajó más de 80 horas a la semana y de ellos el 81% presentó Síndrome de Burnout. A pesar de que no se observaron datos significativos, las prevalencias de Síndrome de Burnout fueron muy elevadas y se demostró que la mayoría de los médicos sobrepasan las 60 horas de trabajo semanales. Concluyendo, es necesario implementar regulaciones dirigidas a las horas laborales de los médicos con el propósito de disminuir los riesgos dirigidos a su salud (Hameed et al. 2018).

Más adelante, Dahlke et al. (2018) presentaron resultados significativos entre las horas laborales, el Síndrome de Burnout y el género, en médicos de Estados Unidos. Del total de la población el sexo femenino laboró un número mayor de horas a la semana, sobrepasando las 80 horas ($p<0.001$) y arrojaron mayores porcentajes de Síndrome de Burnout ($p<0.001$) en comparación con el

sexo masculino. En la misma investigación, se concluyó que las mujeres tienden a trabajar más que los hombres y a tener una salud mental psicológica más deficiente, son más propensas a padecer del SB. Por tanto, los investigadores recomiendan crear programas que logren igualar la carga laboral entre ambos géneros.

Por otra parte, también se ha investigado la relación entre las jornadas laborales con el nivel de *engagement*. En Estados Unidos, se investigó la relación entre el *engagement* con factores laborales de las enfermeras trabajando en diversos hospitales. Se descubrió que las cargas de las horas laborales se correlacionaron de manera positiva con el *engagement* ($\beta=0.30$; $p<0.001$). A su vez, el *engagement* se correlacionó negativamente con los niveles de Síndrome de Burnout de las enfermeras ($\beta=-0.17$; $p=0.03$). Los hallazgos de esta investigación confirmaron un modelo en donde se logró incorporar los factores laborales como impulsores del *engagement* (Pericak et al. 2020).

En China se analizaron los factores que podrían estar influyendo en el *engagement* de las enfermeras de un hospital público, con el propósito de identificar las áreas de oportunidad para generar nuevas intervenciones. Se encontró que el *engagement* estaba correlacionado de manera negativa con las horas laborales de las enfermeras ($\beta=-0.068$; $p<0.05$). Estos hallazgos mostraron como las enfermeras percibían jornadas laborales bajas y eso se debía a la autodeterminación que ellas sentían. Por tanto, se identificó que la mejora de la autoestima de las enfermeras promovía un mejor *engagement* (Zhang et al., 2021).

2.4 Hipótesis Específicas de Investigación

H1: El *engagement* media la incidencia negativa entre el clima organizacional y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la Salud

H2: El *engagement* media la incidencia negativa entre la cultura organizacional y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la Salud

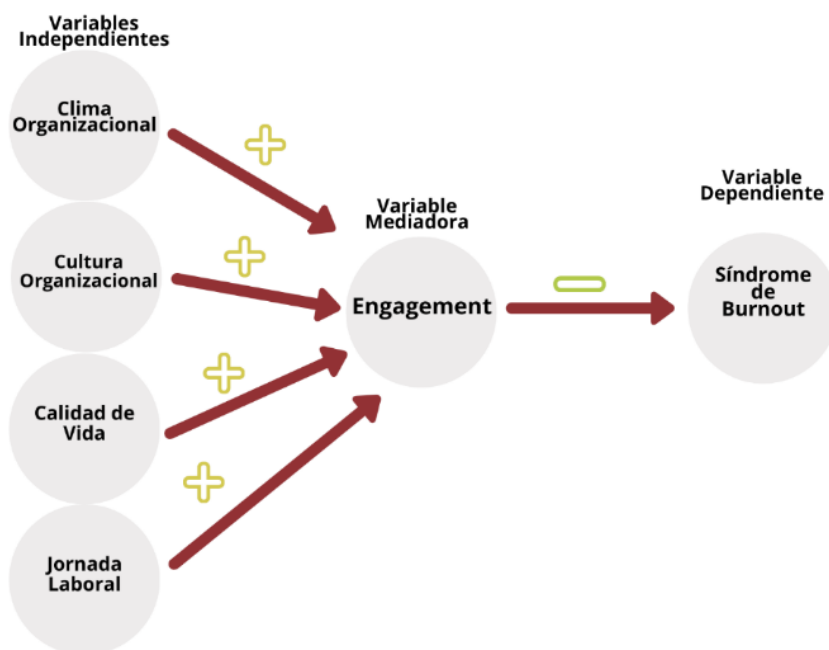
H3: El *engagement* media la incidencia negativa entre la calidad de vida y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la Salud

H4: El *engagement* media la incidencia negativa entre la jornada laboral y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la Salud

2.4.1 Modelo Gráfico de la Hipótesis

Un fundamento del modelo gráfico lo proporciona Blalock (2012) al señalar que así es más fácil entender la relación de las hipótesis.

Figura 5. Modelo Gráfico de Variables



Fuente: Elaboración propia

2.4.2 Modelo de Relaciones Teóricas con las Hipótesis

Tabla 8
Modelo de Relaciones Teóricas

Referencias	Calidad de Vida (X1)	Jornadas Laborales (X2)	Cultura Organizacional (X3)	Clima Organizacional (X4)	Engagement (mediadora)	Síndrome de Burnout (Y)
García-Sierra et al. (2016)		✓			✓	✓
Van Bogaert et al. (2017)				✓	✓	✓
Vizcarra et al. (2015)				✓		✓
Giorgi et al. (2016)				✓		✓
Solis et al. (2016)				✓		✓
Mijakoski et al. (2015)		✓	✓		✓	✓
Farzianpour et al. (2016)			✓			✓
González-Sánchez et al. (2017)		✓				✓
Prieto-Miranda et al. (2015)		✓				✓
Ramírez (2017)		✓				✓
Caballero et al. (2016)	✓					✓
Caponnetto et al. (2018)	✓					✓
Armijo y Portalanza (2017)	✓				✓	✓
Vidotti et al. (2019)	✓					✓
Burgos et al. (2017)		✓				✓
Fong et al. (2016)			✓			✓
Shang-Man et al. (2015)	✓					✓
Ashrafi et al. (2018)	✓					✓
Lyndon et al. (2017)	✓					✓
Casar et al. (2017)	✓					✓
Fonseca et al. (2010)		✓				✓
Hameed et al. (2018)		✓				✓
Wen et al. (2016)		✓				✓
Dahlke et al. (2018)		✓				✓

Referencias	Calidad de Vida (X1)	Jornadas Laborales (X2)	Cultura Organizacional (X3)	Clima Organizacional (X4)	Engagement (mediadora)	Síndrome de Burnout (Y)
Ghorbanian et al. (2018)			✓			✓
Lee et al. (2019)			✓			✓
Ginossar et al. (2014)			✓			✓
Zamini et al. (2011)			✓			✓
Gastelo-Salazar et al. (2018)				✓		✓
Miranda y Gálvez (2016)				✓		✓
Landa-Ramírez et al. (2017)				✓		✓
Kanten y Sadullah (2012)	✓				✓	

Fuente: Elaboración propia

El presente capítulo concluyó en las definiciones finales para el estudio y medición las variables a utilizar en la investigación, además se demostró a partir de estudios elaborados por otros investigadores a nivel mundial, que si existe relación entre las variables organizacionales y la aparición del SB. Aún siguen siendo escasos los artículos observados que hablen acerca del *engagement* como mediador; sin embargo, en la poca literatura encontrada si se ha demostrado la función mediadora.

Con esto se llegó a la creación de las hipótesis finales de investigación. Al definir adecuadamente las variables, así como al mencionar los estudios realizados hasta la fecha, el Capítulo 3 enseñará al lector a crear y probar los instrumentos de medición necesarios, para medir adecuadamente las variables de estudio y así poder aplicarlos a la población en general.

Capítulo 3. Estrategia Metodológica.

En este capítulo se estableció la estrategia metodológica que describe la forma en la cual se condujo la investigación. Se detallaron los pasos o métodos que hay que tener previstos y que son cruciales para que la investigación terminara exitosamente. Se señala el tipo y diseño de investigación, así como los elementos teóricos, documentales y empíricos aplicados.

3.1 Tipo y diseño de la investigación

En este apartado se describen los tipos y diseños de investigación con los cuales se realizó el estudio de campo.

3.1.1 Tipos de investigación

La investigación es de tipo cuantitativa porque como describe Creswell (2013) se comienza con una revisión exhaustiva de literatura para poder plantear la pregunta de investigación y las hipótesis. Con esto se introduce un problema, el cual, se comprueba al medir los datos por un instrumento de recolección y analizarlos por métodos estadísticos acordes a la investigación.

Los datos recabados aportan a la literatura nuevas teorías que respondan los cuatro elementos importantes (Qué; Cómo; Por qué; Quién, Dónde y Cuándo) para llenar el vacío teórico existente (Whetten, 1989). En virtud de que se tiene una variable mediadora, se utiliza la técnica de ecuaciones estructurales, para comprobar cuantitativamente la teoría (Creswell, 2013).

Existen varios tipos de investigación. El presente estudio es de alcance descriptivo, correlacional y explicativo, similar al tipo de metodología utilizada en el estudio de Díaz-Narvaez et al. (2015). Según los cuatro elementos de Whetten (1989), la pregunta de ¿Qué?, corresponde al tipo descriptivo, porque expone las características específicas y precisas que definen al fenómeno de estudio: en este caso, el SB de los profesionales de la salud (Thomas et al. 1982). En la

investigación realizada por Serrano et al. (2016) también se realizó un estudio descriptivo que determinó la prevalencia del SB en los estudiantes de medicina.

Así mismo, esta investigación es correlacional pues contesta a la pregunta planteada por Whetten (1989) de ¿Cómo?; se busca identificar o establecer una asociación entre las variables planteadas en las hipótesis, así como el grado o magnitud en que se encuentran asociadas, mediante las pruebas de hipótesis y técnicas estadísticas, que fundamenten la relación entre ellas. En los estudios de Vidotti et al. (2019) y García-Sierra et al. (2016) se observa claramente este tipo de metodología, ya que correlacionan las variables del SB, jornadas laborales y calidad de vida para poder comprobar la asociación existente.

Por último, la presente investigación es de tipo explicativa porque, explica la causa-efecto entre las variables independientes, mediadora y dependiente. Esto se refleja en el tercer elemento propuesto de Whetten (1989) donde se contesta el ¿Por qué se debe realizar una investigación? En el estudio de Mijakoski et al. (2015) se observa un claro ejemplo de este tipo de estudio, los investigadores se encargaron de explicar la relación de las variables SB, *engagement*, jornada laboral y cultura organizacional.

3.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño del estudio es no experimental porque no se están manipulando de ninguna manera las variables, ni tampoco se están utilizando pruebas médicas o genéticas. Igualmente, es un estudio transversal o transeccional porque se lleva a cabo durante el periodo de tiempo establecido. Las técnicas utilizadas fueron la documental, bibliográfica y de campo. Para utilizar la de campo, se aplicaron encuestas a los sujetos de investigación para la obtención de los datos (Creswell, 2013).

3.2 Métodos de Recolección de Datos

Para recolectar los datos, se hizo por medio del método de campo, utilizando una encuesta auto aplicable electrónica. Según López et al. (2016), los cuestionarios están compuestos por una serie de preguntas estructuradas de manera cuidadosa, que contestan a las variables y objetivos de la investigación. Todos los cuestionarios deben estar relacionados con las hipótesis planteadas por el investigador. Las preguntas del cuestionario son de elección múltiple, tal como explica Monje (2011), pues son las más fáciles de interpretar, administrar y procesar al momento de analizar los resultados.

3.2.1 Elaboración de la Encuesta

Para medir las variables de investigación propuestas gracias a la revisión de literatura realizada con anterioridad, se elaboró un instrumento de medición (Anexo 1), el cual permitió medir estadísticamente la relación entre las variables propuestas. Se utilizaron los ítems de otras encuestas previamente validadas en artículos empíricos por investigadores a nivel mundial.

El instrumento de medición original contó con un total de 76 ítems con tres secciones: en la primera se describen los ítems correspondientes a las variables independientes, mediadora y dependiente con una escala de Likert de 5 opciones que va desde 1=Nunca hasta 5=Siempre. En la segunda y última sección se incluyeron 8 preguntas de información general del participante. Se detalla a continuación cada una de las secciones:

En la primera Sección se incluyeron las preguntas de las variables independientes, mediadora y dependiente. La medición de las variables independientes se realizó según se explica a continuación:

Para evaluar el Clima Organizacional se extrajeron un total de 10 preguntas del cuestionario de Evaluación del Clima Organizacional en Salud de Segredo (ECOSS, 2017). Es una escala validada al español, compuesta por 50 preguntas divididas en tres dimensiones (Comportamiento Organizacional,

Estructura Organizacional y Estilo de Dirección). Utilizaron opciones de respuesta estilo Likert que van desde 0=Nunca a 5=Siempre. El promedio de puntos superior a 6 se considera Clima Organizacional adecuado, los valores entre 4 y 5.9 como Clima Organizacional en riesgo y los valores inferiores a 4, Clima Organizacional inadecuado. Para seleccionar los ítems a utilizar, se identificaron aquellos que mejor contestaban a la definición de la variable de estudio. Quedaron, 3 ítems de Comportamiento Organizacional, 3 ítems de Estructura Organizacional y 4 ítems de Estilo de Dirección (Segredo, 2017).

En el caso de la variable Cultura Organizacional se tomó en cuenta la encuesta de Denison que consta de 60 ítems divididos en 4 dimensiones (implicación, consistencia, adaptabilidad y misión) con escala de respuesta Likert. Para la presente investigación se seleccionaron 3 ítems de cada una de las dimensiones (Contreras et al. 2018).

Para medir la variable de calidad de vida se utilizaron 10 ítems acordes a la definición de este estudio, de la escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF previamente validada en versión español en personal de salud. Este instrumento consta de 26 ítems que evalúa las dimensiones de salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y el medio ambiente. A mayor puntaje obtenido en cada una de las dimensiones, mejor es el perfil de la calidad de vida del encuestado (Akbari et al. 2018).

En la variable Jornadas Laborales se seleccionaron 10 ítems de un cuestionario creado y validado por los autores Prieto-Miranda et al. (2015). La escala de medición original consta de 46 preguntas con puntuación estilo Likert y respuestas abiertas.

Para la elaboración de las preguntas de la variable mediadora de *Engagement* se seleccionaron los 10 ítems que mejor respondieron a la definición propuesta en esta investigación, a partir de la escala de engagement de Utrecht -UWES, por sus siglas en inglés- (Occupational Health Psychology Unit Utrecht University, 2011).

Por último, para medir a la variable dependiente de Síndrome de Burnout, se tomaron en cuenta 10 ítems que se asociaban a la definición del estudio; todos fueron elegidos del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) validado a los profesionales de la salud en su versión en español (Miravalles, 2020). Se seleccionaron 4 ítems de la dimensión de agotamiento emocional (SB 1, SB2, SB4 Y SB5), 3 ítems de despersonalización (SB3, SB6 y SB7) y 3 ítems para realización personal (SB8 y SB9) (Maslach et al. 1981). Con respecto a los puntajes, se consideraron los siguientes valores de referencia:

Agotamiento Emocional:

- Bajo: 0 a 9 puntos
- Medio: 10 a 12 puntos
- Alto: 13 a 20 puntos

Despersonalización:

- Bajo: 0 a 2 puntos
- Medio: 3 a 4 puntos
- Alto: 5 a 13 puntos

Realización Personal:

- Bajo: 0 a 6 puntos
- Medio: 7 a 9 puntos
- Alto: 10 a 15 puntos

Estos valores de referencia fueron tomados en cuenta, según las especificaciones del cuestionario validado de Maslach Burnout Inventory. Cuando se obtienen puntajes altos en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y puntajes bajos en la categoría de realización personal, se considera que existen indicios del Síndrome de Burnout.

Por último, en la segunda sección se tomaron en cuenta los datos sociodemográficos del personal de salud, considerando la edad, estado civil, datos laborales, institución donde laboran para identificar si es pública o privada, en caso de ser médicos residentes, especificar la especialidad, departamento y

datos de ingreso socioeconómico. Previo a la medición de las variables, se establecieron las definiciones conceptuales que explican lo que el investigador quiere medir, luego se desarrolló la definición operacional, la cual identifica las características necesarias para medir de manera empírica a la variable.

3.2.2 Operacionalización de las Variables de la Hipótesis

Uno de los propósitos principales de la operacionalización es el convertir un concepto abstracto a uno empírico y ayudar al investigador a evitar errores entre la definición de la variable y su medición (Bastidas, 2015). En la Tabla 9, se operacionalizaron las variables independientes, dependientes y mediadora. Según Creswell (2013) y Hernández et al. (2018) no se especifica una cantidad de variables independientes y dependientes a utilizar en los modelos propuestos, hasta el momento no existen pautas al respecto.

En la presente investigación se utilizaron 4 variables independientes, 1 mediadora y 1 variable dependiente. Con respecto a la utilidad de la variable mediadora, se tomó en cuenta el modelo propuesto por Baron et al. (1986) donde se afirma que se utiliza cuando el camino que existe entre la variable dependiente con la independiente es débil.

Tabla 9.
Operacionalización de las Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Unidad de Medición
Calidad de Vida	Expectativas o percepciones que tiene el individuo ante los hechos, incluyendo su salud física, mental, ambiental y relaciones sociales (OMS, 1996)	1. Se me ha dificultado realizar mis actividades debido a la sensación de dolor corporal. 2. Necesito de un tratamiento médico para funcionar en mi vida diaria. 3. Tengo capacidad de concentración. 4. El ambiente donde me desempeño es saludable y puedo realizar mis actividades correctamente. 5. Me siento satisfecho(a) con mis relaciones sociales. 6. Me siento satisfecho(a) con el apoyo que recibo de mis compañeros. 7. La aceptación de mi apariencia física influye con mis actividades académicas o laborales. 8. Disfrute de la vida.	Población: Médicos y enfermeras del área de urgencias del Hospital S. Marta ASP, Italia; Likert 1= Nunca, 2= Casi Nunca 3= A veces 4= Casi siempre, 5=Siempre; $\alpha=0.98$ Es importante resaltar que se invirtieron las opciones de respuesta en algunas preguntas.

		9. Me siento satisfecho(a) con mi capacidad de trabajo. 10. Las condiciones del lugar donde vivo me hacen sentirme satisfecho con mi vida Adaptado de Moreno, Cuevas y González (2009)	A mayor puntaje se refiere mejor calidad de vida. (Moreno, Cuevas y González, 2009)
Jornadas Laborales	Tiempo dedicado para la realización de actividades que crean un beneficio al superior, así como la cantidad de horas que deben cumplir durante su preparación académica y clínica. (Giraldo, 1967; Ley Federal del Trabajo, 2019)	1. Dedico muchas horas por semana para realizar mis guardias médicas. 2. Dedico muchas horas a la semana para realizar mis actividades académicas. 3. La frecuencia de horas que dedico a la semana para realizar mis actividades académicas y laborales (guardias) es adecuada. 4. Varía el número de horas que dedico a mis actividades académicas y laborales diariamente. 5. Me queda tiempo libre para disfrutar de actividades sociales. 6. Durante mis actividades académicas y laborales puedo tomar una o dos horas libres. 7. Me puedo tomar un descanso cuando se me apetece. 8. El tiempo que tengo para realizar mis actividades académicas y laborales es adecuado. 9. El sistema de la organización es eficaz y me garantiza las horas de trabajo adecuadas para mis actividades. 10. Trabajo durante muchas horas. Adaptado de Shiroom (2009)	Población: Médicos el Hospital General Regional Num 46 del IMSS, Guadalajara; Likert 1= Nunca, 2= Casi Nunca 3= A veces 4= Casi siempre, 5=Siempre; $\alpha=0.92$ Es importante resaltar que se invirtieron las opciones de respuesta en algunas preguntas. (Prieto-Miranda, 2015; Shiroom, 2009)
Cultura Organizacional	Serie de valores, creencias, suposiciones, reglamentaciones y maneras de relacionarse que tienen los individuos en su entorno de trabajo, incluyendo tanto el comportamiento del individuo y las estrategias organizacionales (Ministerio de Salud, 1998; Quinn et al. 1983; Denison et al. 1995).	1. Mi institución fomenta activamente la cooperación entre mis compañeros de distintos departamentos. 2. Mi institución es clara al demostrarnos que nuestras actividades académicas y prácticas (guardias) se enfocan en cumplir los objetivos de la institución. 3. Me delegan suficiente autoridad para poder actuar por mí mismo(a). 4. Mi institución nos demuestra que nuestra capacidad es una fuente importante de ventaja competitiva. 5. Mis líderes y directores practican lo que anuncian. 6. Existe un código ético que guía mi comportamiento y me ayuda a distinguir lo correcto. 7. Mi manera de trabajar suele ser consistente y predecible. 8. Mi institución promueve la coordinación de proyectos entre mis compañeros de distintas áreas o departamentos de manera sencilla y eficaz. 9. Las reglas y procedimientos que existen para realizar nuestras actividades son flexibles. 10. Realizo cambios libremente sin crear resistencia entre mis compañeros de trabajo.	Población: Trabajadores del área de la salud de la Universidad de Ciencias Médicas de Isfahan, Irán. Likert 1= Nunca, 2= Casi Nunca 3= A veces 4= Casi siempre, 5=Siempre; $\alpha=0.70$ A mayor puntaje más fuerte es la característica de la cultura organizacional. (Ghorbanian et al., 2018)

11. El aprendizaje es un objetivo importante en mi trabajo cotidiano.
12. La organización tiene una misión clara que le otorga sentido y rumbo a mi trabajo.
13. La dirección del hospital me conduce hacia los objetivos que trato de alcanzar.
14. Los líderes y directores tienen una perspectiva a largo plazo.

Adaptado de Ghorbanian et al. (2018)

Clima Organizacional	Fenómeno multifactorial que considera las percepciones que tienen los individuos acerca de su organización e involucra todo lo relacionado a los estilos de dirección como el liderazgo, la participación, la solución de conflictos y el trabajo en equipo; a la estructura organizacional, incluyendo el funcionamiento, las condiciones de trabajo y el estímulo al desarrollo organizacional y los comportamientos dentro de la organización, es decir, la motivación, la comunicación y las relaciones interpersonales y de trabajo (Segredo, 2017).	1. La información que requiero para cumplir con todas mis actividades me llega de manera rápida debido a una correcta comunicación entre mi equipo de trabajo. 2. La institución me hace sentirme realizado(a) con mi trabajo. 3. Mantengo una buena relación con mi jefe y mis compañeros de trabajo. 4. Me asignan justamente las tareas que tengo que realizar según el contenido de trabajo que me corresponde desarrollar dentro de la organización. 5. Me siento satisfecho(a) con el ambiente físico donde trabajo en mi organización. 6. El trabajo que realizo corresponde con los objetivos que tiene mi institución. 7. Se preocupan por mi actualización profesional con el fin de mejorar la calidad de mi trabajo. 8. Toman en cuenta mi apoyo y participación a la hora de tomar decisiones. 9. Puedo discutir mis problemas de manera constructiva. 10. Mis ideas son tomadas en cuenta para mejorar los resultados de trabajo.	Población: Personal de la Salud; Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; Likert 1= Nunca, 2= Casi Nunca 3= A veces 4= Casi siempre, 5=Siempre; $\alpha=0.93$ >6 puntos Clima Organizacional adecuado 4 a 5.9 Clima Organizacional en riesgo <4 Clima Organizacional Inadecuado (Segredo, Pérez y López, 2015)
----------------------	---	--	---

Adaptado de Segredo et al. (2015).

Engagement	Experiencias positivas que presentan los trabajadores dentro de sus organizaciones que los llevan a sentirse con dedicación, vigor y absorción o admiración y realizan sus actividades de manera eficiente y efectiva (Salanova et al. 2000)	1. Mis actividades me hacen lleno(a) de energía. 2. Mi trabajo está lleno de significado y propósito. 3. Se me pasa muy rápido el tiempo cuando estoy realizando mis actividades. 4. Me siento fuerte y vigoroso(a) al realizar mis actividades académicas y laborales. 5. Me levanto con ganas de ir a realizar mis actividades académicas y laborales. 6. Puedo estar estudiando durante largos periodos de tiempo. 7. Mi carrera es retadora. 8. Disfruto tanto mis actividades académicas y laborales que me dejo llevar por ellas. 9. Mis estudios me inspiran cosas nuevas. 10. Me cuesta trabajo desconectarme de mis actividades.	Población: Enfermeras de dos hospitales de España; Likert 1= Nunca, 2= Casi Nunca 3= A veces 4= Casi siempre, 5=Siempre; $\alpha=0.79$ >95 percentil: Muy alto 75 a 95 percentil: Alto 25 a 75 percentil: Promedio 5 a 25 percentil: Bajo < 5 percentil: Muy Bajo (Valdez y Ron, 2011)
------------	--	--	--

Adaptado de Valdez et al. (2011)			
Síndrome de Burnout	Sensación de fracaso y sobrecarga laboral que presenta un individuo que trata directamente con las personas, ocasionando desmotivación, despersonalización, falta de realización personal y agotamiento físico, mental y psicológico (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Pines et al. 1983)	1. Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo. 2. Siento un vacío al terminar mis actividades académicas y laborales del día. 3. Trato a los pacientes de manera inhumana debido al cansancio que tengo por sobrecarga laboral. 4. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. 5. Siento que mi trabajo me está desgastando. 6. Acostumbro no entender bien a mis pacientes, debido a la fatiga que siento. 7. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes. 8. Mi profesión me hace sentir que vale la pena seguir desempeñándome, aunque sea difícil de sobrellevar. 9. Mi institución suele prestar atención cuando nos sentimos fatigados emocionalmente por la carga laboral y nos ayudan a manejar de manera oportuna nuestras emociones.	Población: Médicos de la Universidad Autónoma del Estado de México; Likert 1= Nunca, 2= Casi Nunca 3= A veces 4= Casi siempre, 5= Siempre; $\alpha=0.78$ (Salanova et al., 2000; Maslach y Jackson, 1981)
Adaptado de Salanova et al. (2000) y Maslach et al. (1981).			

Fuente: elaboración propia

3.2.3 Métodos de Evaluación de Expertos (Validez y Confiabilidad)

Como se mencionó anteriormente, para medir el grado en que los ítems representan a las definiciones de las variables de estudio se inició el proceso de validez de contenido del instrumento de medición en tres etapas. Participaron 6 expertos quienes fueron seleccionados por su nivel de experiencia en el tema de estudio, 3 fueron expertos en el área de Capital Humano de empresas grandes del Estado de Nuevo León y 3 profesores de la Facultad de Contaduría Pública y Administración, UANL.

Como primera etapa, se les entregó el instrumento de medición inicial con 79 ítems solo de las variables con sus respectivas definiciones (Anexo 2) y se evaluó el grado de importancia de cada ítem en cada variable, con opciones de respuesta de uno a cuatro, donde uno era irrelevante, dos, poco relevante, tres, relevante y cuatro, muy relevante.

En la segunda etapa de validación, con los resultados se calculó el promedio obtenido por ítem y aquellos que obtuvieron un promedio menor a 2 fueron reestructurados, de acuerdo con recomendaciones de los expertos, mejorando así su nivel de redacción. En la tercera etapa se reenviaron con los cambios propuestos a los 3 expertos profesores para calcular de nuevo el promedio de los ítems en cuestión. Como resultado final se eliminaron 4 ítems, 3 de la variable de jornadas laborales y 1 de la variable de Síndrome de Burnout (Anexo 3).

Se aplicó una prueba piloto con la encuesta ya validada por los expertos a 30 profesionales de la salud de Nuevo León que cumplieron con los criterios de inclusión. Esta prueba se elaboró con la finalidad de probar la confiabilidad de los ítems seleccionados por constructo y evaluar la consistencia interna, para obtener el instrumento de medición final (ANEXO 1). Con los datos recabados se aplicó la prueba de Alpha de Cronbach a cada una de las variables del modelo con el software estadístico SPSS v.22.

El análisis de Alpha de Cronbach fue propuesto por Cronbach (1951) para medir la fiabilidad del instrumento de medición y es considerado como un indicador que refleja la calidad. Es uno de los estadísticos más importantes en la construcción del instrumento de medición, refleja la consistencia interna de los ítems incluidos y expresa el porcentaje en que se atribuye la varianza de observación con la verdadera y el del error de medida (Domínguez-Lara, 2016).

Para interpretar los resultados del Alpha se consideran valores entre 0 y 1, mientras más cerca se encuentren del 1, mejor consistencia interna refleja el instrumento. Griethuijsen et al. (2014) consideran como valores aceptables aquellos que oscilen entre 0.60 y 0.94. A su vez, Rositas (2014) recomienda un Alpha de Cronbach entre 0.70 y 0.90. Según Maese, Alvarado, Valles, y Báez (2016) la fiabilidad de los puntajes sirve para medir en qué grado los datos se encuentran libres de error de medición aleatorio. Y hay diversos autores que confirman que el valor mínimo del alfa de Cronbach debe ser de 0.7 y mientras más cercano se encuentre del 1, el índice tendrá mayor fiabilidad (Maese et al. 2016). Los resultados de esta prueba mostraron valores dentro de los márgenes aceptables, como se observa en la Tabla 10.

Se realizó un segundo análisis porque en la variable de Cultura Organizacional el ítem 7 presentaba una correlación negativa, lo cuál indicó que las respuestas estaban invertidas, se prosiguió a hacer la corrección para no eliminar el ítem. En la Tabla 10 se observa claramente como el alfa de cronbach aumentó a 0.923. Al finalizar se obtuvieron índices de confiabilidad dentro de un rango de 0.710 a 0.923.

Tabla 10
Resultados del análisis de confiabilidad de las variables (Alfa de Cronbach)

Variables	Ítems	Alfa (α)	Alfa (α)
		Primer Análisis	Segundo Análisis
Calidad de Vida	10	0.828	0.828
Jornadas Laborales	7	0.710	0.710
Cultura Organizacional	14	0.897	0.923
Clima Organizacional	10	0.899	0.899
Engagement	10	0.889	0.889
Síndrome de Burnout	9	0.856	0.856

Fuente: elaboración propia del autor

Por lo que el instrumento final aplicado a la muestra total obtenida de profesionales de la salud (Anexo 3) se conformó por 3 secciones. La primera sección se integró con un total de 75 preguntas y la segunda sección con 15 preguntas sobre el COVID y la tercera sección por 12 preguntas del perfil sociodemográfico del participante. Los ítems resultantes de cada una de las variables después de pasar por el proceso de validación y confiabilidad se pueden observar en el Anexo 1.

3.3 Población, Marco Muestral y Muestra

Para determinar la población de estudio se identificó el número total de Profesionales de la Salud (médicos, enfermeros, psicólogos y nutriólogos) en México. Actualmente, existe un total de 787,418 profesionales laborando, de los cuáles, se dividen de la siguiente manera:

Profesionales de la Salud	Cantidad (n)
Médicos	305,418
Enfermeros	328,600
Psicólogos	140,000
Nutriólogos	13,400
Total	787,418

En el Estado de Nuevo León, se identificaron alrededor de 40,400 (Data México, 2020) profesionales de la salud. Sin embargo, no se encontró la clasificación por profesión. Por tal motivo, en el calculo del tamaño de la muestra que se presenta a continuación, se utilizaron la cifras de todo México.

3.3.1 Tamaño de la Muestra

Para obtener el tamaño de muestra final se utilizaron tres procedimientos propuestos por los autores Rositas (2014), Thietart (1999) y Hair et al. (1999), para al final tomar uno solo.

El primer procedimiento fue el de Rositas, con la fórmula que a continuación se muestra, considerando 787,418 profesionales de la salud, un error de 0.10, con un nivel de confianza de 95% y una proporción de 0.50. El cálculo dio como resultado una “n” de 98 profesionales de la salud (Rositas, 2014).

$$n = \frac{NPQ}{(N - 1) \left(\frac{e}{Z}\right)^2 + PQ}$$

Fórmula. Cálculo de la Muestra para una Población Finita N

Donde:

N = tamaño de la población (787,418)
n = tamaño de la muestra (98)
P = proporción del evento de interés (0.5)
Q = complemento de P (0.5)
e = error tolerado en porcentaje estimado (0.1)

El segundo procedimiento se estimó con base a la escala de Likert de 5 puntos (Thietart, 1999), se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2}{(N - 1) \left(\frac{d}{Z}\right)^2 + \sigma^2}$$

Se consideró el mismo error de 0.10, con el 95% de nivel de confianza con una desviación estándar muestral estimada de 1.09. El resultado con los 787,418 profesionales de la salud, resultó ser un poco más grande con un total de 120 profesionales de la salud.

Por último, el tercer procedimiento analizado para el cálculo de tamaño de muestra, fue el propuesto por Hair et al. (1999). Los autores afirman que aunque exista un impacto en el nivel de significancia y en la bondad de ajuste, aún no hay un lineamiento específico para determinar el tamaño de muestra para las ecuaciones estructurales.

Recomiendan que la muestra se debe ubicar entre 100 y 200 unidades, lo cual puede depender del número de covarianzas y correlaciones, de los parámetros que se van a estimar (5 a 10 encuestas por parámetro) y de la normalidad de los datos.

Sin embargo, según Chin (1998) se deben aplicar 10 veces el número de variables independientes detectadas en la medición, es decir, al tomar en cuenta las variables independientes de: calidad de vida, cultura organizacional, clima organizacional, jornadas laborales y la variable mediadora de engagement, da como resultado una n de 50 profesionales de la salud en total, número que queda muy por debajo a los propuestos anteriormente.

Finalmente se decidió utilizar la fórmula de Rositas, porque se obtuvo un nivel de precisión mayor para la determinación de la muestra, que en esta investigación es de **98** profesionales de la salud. Ya que se identificó el tamaño de la muestra, se decidió estratificarla por profesional de la salud utilizando la fórmula de muestreo estratificado:

$$Nh = \left(Nh/N \right) * n$$

Donde “Nh” se refiere al tamaño de la población con relación al estrato; “N” es el tamaño de la población (787,418) y “n” el tamaño de la muestra (98). En la siguiente tabla se muestra claramente la cantidad de profesionales a encuestar por estrato.

Tabla 11.
Muestreo Estratificado para el Tamaño de Muestra

Estrato	Nh	Tamaño de muestra por estrato
Médicos	305,418	38
Enfermeros	328,600	41
Psicólogos	140,000	17
Nutriólogos	13,400	2
Total	787,418	98

Fuente: Elaboración propia del autor

Sin embargo, se lograron encuestar a 172 encuestas, de los cuales 67 fueron médicos, 56 enfermeros, 33 psicólogos y 16 nutriólogos. Las encuestas se enviaron a 6 hospitales públicos y privados.

3.3.2 Sujetos de Estudio:

La realización de la encuesta se condujo en el estado de Nuevo León porque es un estado que cuenta con la segunda ciudad más importante de México y con una oferta importante de la demanda en estos profesionistas (Lara, 2018). Por lo que el sujeto de estudio son los profesionales de la salud por ser los más adecuados para contestar la encuesta por la posibilidad de padecer Síndrome de Burnout debido a las altas cargas laborales que tienen que cumplir para su desarrollo profesional, como lo señalan varios los estudios (Farzianpour et al. 2016; Fong et al. 2016). Por lo que tienen los siguientes criterios:

Como criterios de inclusión se consideraron: 1) Profesionales de la salud laborando en el estado de Nuevo León, 2) Profesionales que cuenten con una carrera profesional licenciatura, maestría o doctorado en el área de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos y nutriólogos).

Como criterios de exclusión se tomaron en cuenta: 1) Profesionales de la salud que tengan solo una carrera técnica 2) Profesionales de la salud que no se encuentren laborando y 3) Profesionales de la salud que no llenen adecuadamente la encuesta. Posterior a la selección de los sujetos de estudio, se recolectó la información a través de cuestionarios en línea y autoadministrados. El proceso de recolección se llevó a cabo durante los meses mayo a julio de 2020.

Cabe señalar que debido a la pandemia presente del COVID-19, no se pudo acceder físicamente a los hospitales a recolectar la muestra. Por tanto, la recolección de datos se hizo a través de encuestas en línea auto aplicadas. Se contactó a sujetos clave en cada uno de los hospitales para solicitar apoyo y

conseguir los datos de contacto (correo electrónico) de los profesionales de la salud laborando en la institución (Rocco et al. 2007).

Al momento de que se consiguieron los contactos, se les envió un correo electrónico a cada uno de ellos, donde se explicó el propósito de la investigación y se pidió su apoyo para el llenado de la encuesta. Cabe resaltar que se les aclaró que todo se haría de manera anónima y que no era necesario colocar su nombre en la encuesta, además de firmar un consentimiento informado.

3.4 Métodos de Análisis

Para analizar los datos recolectados se utiliza estadística descriptiva e inferencial. Se determina las frecuencias, medias y desviación estándar de los datos sociodemográficos de la población. Posterior, se usarán los datos de normalidad, linealidad, heterocedasticidad y autocorrelación de las variables. Por último, se realiza el análisis inferencial con base en ecuaciones estructurales.

Se prefirió usar el método estadístico de Modelado de ecuaciones estructurales de mínimos cuadrados (PLS-SEM) para establecer la relación de dependencia entre las variables porque se tiene un modelo complejo que involucra relaciones indirectas entre diversos constructos como es el caso de la variable mediadora. (Hair et al. 2019). Esta técnica es de segunda generación que combina la regresión con el análisis factorial (Hair et al. 2019). Esta investigación se ubica dentro del modelo reflectivo porque los ítems son causados por una misma variable, es decir, está enfocado a la predicción.

Las ecuaciones estructurales consideran dos tipos de modelos:

- Modelo de medida, se proporcionan medidas empíricas de las relaciones existentes entre los constructos y los indicadores (fiabilidad compuesta, validez convergente y validez discriminante).

- Modelo estructural que mide las relaciones existentes entre los propios constructos, para esto se utiliza el valor de R^2 (varianza explicada), f^2 (tamaño del efecto), la magnitud, la Q^2 (relevancia predictiva) y los coeficientes *path* estructurales que demuestran la significancia. Con la estimación de ambos componentes se puede determinar si los datos obtenidos se ajustan a la teoría analizada (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999)

En conclusión, en este capítulo de Estrategia Metodológica, se explicó el tipo y diseño de la investigación, el método de recolección de datos, la operacionalización de las variables, la validez y confiabilidad del instrumento de medición, el procedimiento para calcular el tamaño de muestra y los métodos estadísticos que se utilizarán para obtener los resultados mostrados a continuación en el Capítulo 4.

Capítulo 4. Análisis de Resultados

En el presente capítulo se explica a detalle los resultados de la investigación sobre los factores del clima organizacional, cultura organizacional, las jornadas laborales y la calidad de vida en el *engagement*, el cual impacta en sentido negativo sobre el Síndrome de Burnout, de los profesionales de la salud de Nuevo León. Primero se inició con un análisis descriptivo de la muestra (SPSS V22) y luego un análisis inferencial a través del método de ecuaciones estructurales a través del Smart PLS 3.

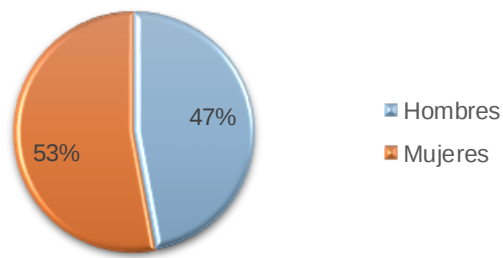
4.1 Resultados finales

En este apartado se muestran de manera específica los resultados del total de la muestra de 172 profesionales de la salud. Se presentó la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de la población de estudio, así como los datos descriptivos de las variables propuestas en el modelo según los rangos de respuesta de los ítems. Por lo que se describen los resultados por sexo, disciplina de salud e institución pública o privada obtenidos del modelo de ecuaciones estructurales, calculado a partir de las variables independientes, la mediadora y la dependiente.

4.1.1 Estadística Descriptiva

En virtud de que se completó la muestra solicitada para obtener resultados significativos, a continuación, se presenta un análisis descriptivo de los diferentes aspectos de los integrantes de la muestra. La edad promedio fue de 35 ± 9 años, eso significa que la gente que contestó tiene una edad suficiente para analizar las preguntas que se realizaron. Se observó una distribución equitativa en el género de la muestra (Figura 6).

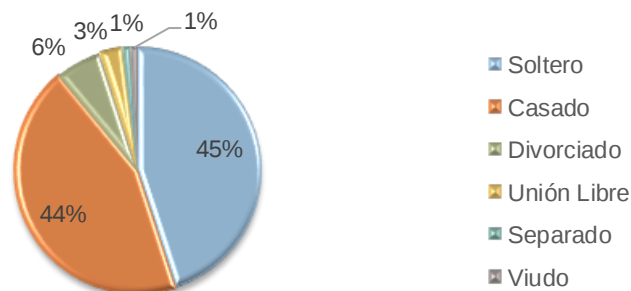
Figura 6. Sexo de los participantes



Fuente: elaboración propia del autor

En la proporción del estado civil de los profesionales de la salud, se vio mayor frecuencia de encuestados solteros y casados (Figura 7).

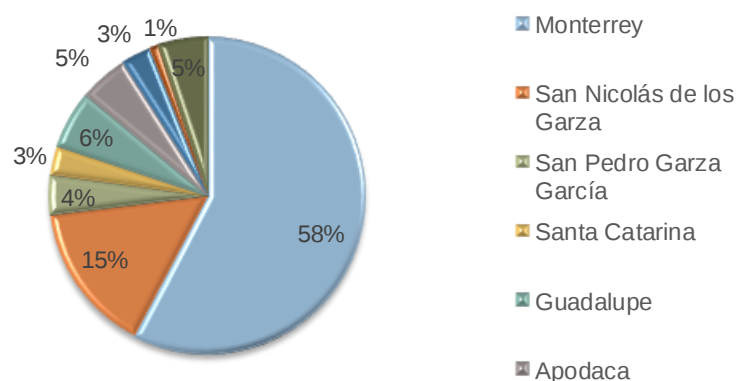
Figura 7. Estado Civil de los participantes



Fuente: elaboración propia del autor

La población objetivo se obtuvo de distintos municipios del estado de Nuevo León y en la Figura 8 se observan los resultados, siendo el municipio de Monterrey el de mayor concurrencia con un 58%.

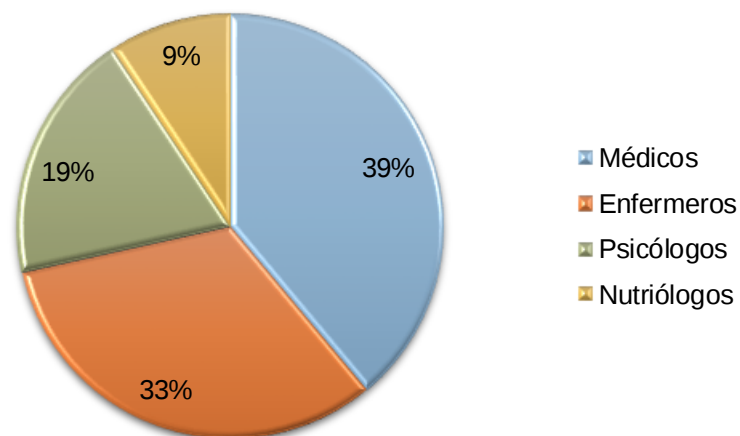
Figura 8. Municipio de Residencia de los participantes



Fuente: elaboración propia del autor

Este estudio muestra una diversidad de profesiones de la salud. Se incluyeron encuestados de distintas disciplinas tales como: médicos, enfermeras, psicólogos y nutriólogos (Figura 9). Esto permite que la investigación refleje una perspectiva más amplia entre los distintos profesionales.

Figura 9. Profesión de los participantes



Fuente: elaboración propia del autor

En relación con los elementos de dispersión de los encuestados que respondieron en cada una de las variables se estimaron los datos de media, desviación estándar y valores mínimo y máximos (Tabla 12). Las desviaciones estándar están dentro del margen correspondiente.

Tabla 12.
Datos Descriptivos de las variables de estudio

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Cultura Organizacional	172	1.93	5.00	3.7130	.82310
Clima Organizacional	172	1.30	5.00	3.6907	.94059
Jornadas Laborales	172	1.56	4.89	3.2901	.68044
Calidad de Vida	172	2.10	5.00	3.9948	.59415
Engagement	172	1.70	5.00	3.9564	.75874
Síndrome de Burnout	172	1.00	4.10	2.1622	.73812

Fuente: elaboración propia del autor

Tomando en cuenta las frecuencias de las distribuciones de la escala de Likert, en la Tabla 13, se presentan los datos de las variables independientes y mediadora, como se observa, hubo una tendencia fuerte a contestar “casi siempre” en todas las variables.

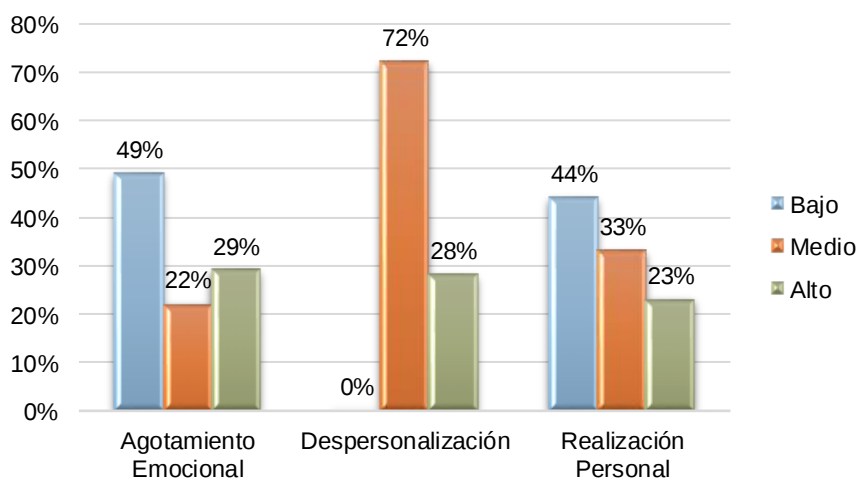
Tabla 13.
Frecuencias de las variables de estudio

	Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
Clima Organizacional	4%	18%	31%	39%	8%
Cultura Organizacional	0%	12%	31%	42%	15%
Jornadas Laborales	0%	15%	51%	33%	1%
Calidad de Vida	0%	7%	33%	59%	1%
Engagement	1%	12%	29%	53%	5%
Síndrome de Burnout					

Fuente: elaboración propia del autor

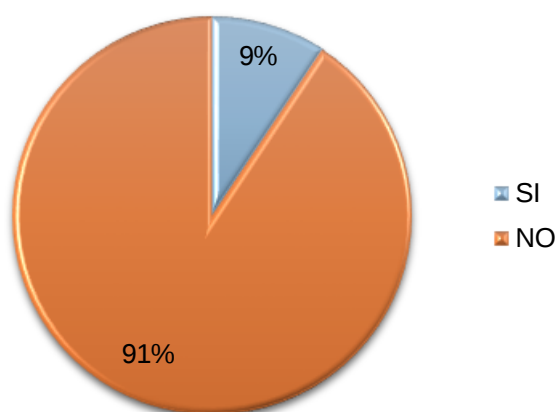
Para determinar si existían indicios de Síndrome de Burnout, se obtuvieron los puntajes de las dimensiones evaluadas (Figura 10), tal como se mencionó en el Capítulo 3 y con base a esto, se determinó el número de profesionales de la salud con indicios de Síndrome de Burnout, tal como se muestra en la Figura 11.

Figura 10. Dimensiones del Síndrome de Burnout



Fuente: elaboración propia del autor

Figura 11. Indicios del Síndrome de Burnout



Fuente: elaboración propia del autor

4.1.2 Análisis Estadístico (Ecuaciones Estructurales)

Se utilizó la prueba estadística no paramétrica de modelo de ecuaciones estructurales o también conocida como *Structural Equation Modeling* (SEM) para analizar el modelo propuesto de investigación en el SmartPLS 3.0 de Hair et al. (2019). Uno de los supuestos para utilizar esta prueba estadística está relacionado con la distribución de los datos. Las pruebas no paramétricas se utilizan en aquellos casos en que los datos no presentan una distribución normal. Esta decisión también se consideró en virtud de la presencia de una variable mediadora.

Tabla 14.
Prueba de Normalidad de los Datos

		Standardized Residual
N		172
Parámetros normales ^{a,b}	Media	.0000000
	Desviación estándar	.98823488
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.072
	Positivo	.072
	Negativo	-.038
Estadístico de prueba		.072
Sig. asintótica (bilateral)		.030 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: elaboración propia del autor

Para medir la distribución de los datos se utilizó la prueba no paramétrica de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. El supuesto para una distribución normal se observa cuando el valor p es > 0.05 (Mooi et al. 2011). En esta investigación, la prueba presentó un valor $p < 0.05$, por tanto, no se cumplía la distribución normal (Tabla 14).

Por otra parte, se realizó la prueba de rachas para evaluar la aleatoriedad de los datos obtenidos. Cuando los resultados de la prueba de Rachas muestran valores muy grandes o pequeños de rachas, los datos no son aleatorios y la p es < 0.05 (Nor, 2012). En la Tabla 15, se observa que todos los p valores de las variables de esta investigación arrojan un $p > 0.05$. Por ello, se acepta la hipótesis nula de que los datos de este estudio son aleatorios, es decir, las variables son independientes entre sí.

Tabla 15.
Prueba de Aleatoriedad de los Datos

	EPROM	SBPROM	CVPROM	JLPROM	CLOPROM	CUOPROM
Valor de prueba ^a	4.10	2.10	4.10	3.33	3.80	3.89
Casos < Valor de prueba	82	83	81	81	79	86
Casos $\geq$ Valor de prueba	90	89	91	91	93	86
Casos totales	172	172	172	172	172	172
Número de rachas	84	77	85	81	88	83
Z	-.431	-1.515	-.262	-.876	.242	-.612
Sig. asintótica (bilateral)	.666	.130	.793	.381	.809	.541

a. Mediana; EPROM: *Engagement* promediado; SBPROM: Síndrome de Burnout promediado; CVPROM: Calidad de Vida Promediada; JLPROM: Jornada Laboral Promediada; CLOPROM: Clima Organizacional Promediado; CUOPROM: Cultura Organizacional Promediada

Fuente: elaboración propia del autor

4.1.3 Evaluación del Modelo de Medida (Outer Model) de Ecuaciones Estructurales

Como primera fase de las ecuaciones estructurales, se evaluó el modelo de medida de cada variable. Como se mencionó en el capítulo 3, al tratarse de un modelo reflectivo se evaluó la fiabilidad interna y compuesta, la validez convergente y la validez discriminante.

Para medir la fiabilidad se consideraron dos métodos. Primeramente, se utilizó el estadístico de Alfa de Cronbach, el cual mide la fiabilidad de consistencia interna. Rositas (2014) recomienda un Alpha de Cronbach entre 0.70 y 0.90. El segundo método propuesto por Hair et al. (2019) es la fiabilidad compuesta. En este método los valores que oscilen entre 0.60 y 0.70 son considerados como aceptables, 0.70 y 0.90 como satisfactorios y los valores superiores a 0.95 no son deseables, porque pueden reflejar que las variables están midiendo lo mismo.

La diferencia entre ambos métodos, reside en que el Alfa de Cronbach se encarga de evaluar las inter-correlaciones de las variables latentes observadas. Mientras que, la fiabilidad compuesta considera las cargas externas de cada uno de los ítems tal como están en el modelo de causalidad. Las cargas del modelo de medición ayudan a evaluar la importancia de los indicadores que forman cada una de las variables latentes es por ello, que es un estadístico más exacto.

En la Tabla 16 se observa que tanto la fiabilidad de consistencia interna como la compuesta de todas las variables del presente estudio se encuentran dentro de los parámetros establecidos como satisfactorios. Reflejando como valor mínimo 0.801 y máximo 0.929, a pesar de tener valores superiores a 0.9, ninguno sobrepasa el límite superior de 0.95. Con esto podemos decir que los parámetros son precisos dentro del modelo de medida reflexivo (Chin, 1998).

Tabla 16.
Fiabilidad de Consistencia Interna y Compuesta

	Fiabilidad de Consistencia Interna (Alfa de Cronbach)	rho_A	Fiabilidad Compuesta
Síndrome de Burnout	0.867	0.881	0.895
Calidad de Vida	0.801	0.801	0.871
Clima Organizacional	0.926	0.931	0.940
Cultura Organizacional	0.929	0.935	0.944
Engagement	0.923	0.926	0.940
Jornada Laboral	0.818	0.827	0.868

Fuente: elaboración propia del autor

Para medir la validez convergente del instrumento de medición se analizaron dos métodos, la convergente y la discriminante. La validez convergente mide las correlaciones positivas entre los ítems de una misma variable. Para evaluar esta medida es necesario analizar las cargas externas de los ítems y la Varianza Extraída Media (AVE, por sus siglas en inglés); mientras más alta sea la carga externa, quiere decir que los ítems están muy asociados entre sí.

Las cargas externas menores a 0.70 son débiles, por tanto se recomienda eliminar esos ítems. Sin embargo, cuando se trata de un instrumento de medición nuevo que presenta algunas cargas que oscilen entre 0.40 y 0.70, se debe evaluar el impacto final que se genera sobre la fiabilidad compuesta, pues si esta no se incrementa entonces no es necesario su eliminación del instrumento. Solo se deberán eliminar aquellos ítems con cargas menores a 0.70 que al ser excluidos, incrementen la fiabilidad compuesta (Hair et al. 2019).

En la Tabla 17 se presentan los resultados del análisis de todas las cargas externas y sus comunalidades (las comunalidades son las cargas evaluadas al cuadrado, que ayudan para determinar el AVE) de cada uno de los ítems del instrumento de medición original (75 ítems). No todas las cargas resultaron favorables, por tanto, se eliminaron 27 ítems (CLO1, CLO6, CLO7, CUO1, CUO3, CUO4, CUO6, CUO7, CUO9, CUO10, CUO11, CV1, CV2, CV3, CV4, CV7, CV10, E6, E7, E8, E10, JL1, JL3, JL9, JL10, SB3, SB7). El instrumento de medición final resultó con un total de 48 ítems. Se tomó la decisión de seguir contemplando los ítems SB6 y SB10 con cargas de 0.552 y

0.562 ya que no afectaban el resultado final de la fiabilidad compuesta (Chin, 1998). El análisis estadístico del modelo se realizó con esta totalidad de ítems.

Tabla 17.
Resultados del análisis de medición: cargas externas

	Carga	Comunalidad
Clima Organizacional		
CLO10	0.842	0.708
CLO2	0.859	0.737
CLO3	0.805	0.648
CLO4	0.847	0.717
CLO5	0.804	0.646
CLO8	0.815	0.664
CLO9	0.852	0.725
Cultura Organizacional		
CUO12	0.854	0.729
CUO13	0.881	0.776
CUO14	0.872	0.760
CUO2	0.848	0.719
CUO5	0.832	0.692
CUO8	0.866	0.749
Calidad de Vida		
CV5	0.824	0.678
CV6	0.733	0.537
CV8	0.803	0.644
CV9	0.805	0.648
Engagement		
E1	0.884	0.781
E2	0.835	0.697
E3	0.841	0.707
E4	0.910	0.828
E5	0.842	0.708
E9	0.784	0.614
Jornada Laboral		
JL2	0.732	0.535
JL4	0.763	0.582
JL5	0.654	0.427
JL6	0.644	0.414
JL7	0.822	0.675
JL8	0.715	0.511
Síndrome de Burnout		
SB1	0.799	0.638
SB10	0.562	0.315
SB2	0.758	0.574
SB4	0.745	0.555

SB5	0.851	0.724
SB6	0.552	0.304
SB8	0.711	0.505
SB9	0.743	0.552

Fuente: elaboración propia del autor

Posterior al análisis de las cargas externas, se prosiguió a evaluar la validez convergente a través de la varianza extraída media (AVE). Representa el valor medio total de las cargas elevadas al cuadrado. Si el AVE es mayor o igual a 0.50, quiere decir que la variable explica más de la mitad de la varianza de sus ítems. Los resultados de las variables de la investigación se encuentran dentro de los parámetros establecidos como normales, pues se obtuvo un puntaje mínimo de 0.521 para la variable Síndrome de Burnout y un puntaje máximo de 0.738 para Cultura Organizacional (Ver Tabla 18).

Tabla 18.
Validez Convergente mediante AVE

	Validez Convergente (AVE)
Síndrome de Burnout	0.521
Calidad de Vida	0.627
Clima Organizacional	0.693
Cultura Organizacional	0.738
<i>Engagement</i>	0.723
Jornada Laboral	0.525

Fuente: elaboración propia del autor

El segundo método de validación del instrumento de medición, es la validez discriminante. Este método evalúa la diferencia existente entre las distintas variables o constructos. Se analizaron las cargas cruzadas de los ítems, lo que se busca es que las cargas de los ítems sobre su variable sea mayor en comparación con las otras variables. En la Tabla 19, se analizan todas las cargas y se visualiza como todos las cargas de los ítems corresponden a su variable.

Tabla 19.
Análisis de Cargas Cruzadas

	Cultura Organizacional	Clima Organizacional	Calidad de Vida	Jornada Laboral	Engagement	Síndrome de Burnout
CUO1	0.854	0.699	0.509	0.473	0.624	-0.523
CUO2						
CUO1	0.881	0.729	0.499	0.516	0.588	-0.454
CUO3						
CUO1	0.872	0.704	0.423	0.41	0.497	-0.481
CUO4						
CUO2	0.848	0.708	0.529	0.497	0.586	-0.541
CUO5	0.832	0.721	0.383	0.42	0.476	-0.434
CUO8	0.866	0.691	0.421	0.465	0.465	-0.414
CLO10	0.724	0.842	0.4	0.455	0.554	-0.501
CLO2	0.772	0.859	0.609	0.615	0.692	-0.652
CLO3	0.644	0.805	0.53	0.472	0.588	-0.563
CLO4	0.685	0.847	0.501	0.574	0.639	-0.616
CLO5	0.617	0.804	0.526	0.469	0.58	-0.622
CLO8	0.695	0.815	0.397	0.418	0.521	-0.462
CLO9	0.656	0.852	0.417	0.441	0.493	-0.512
CV5	0.398	0.445	0.824	0.587	0.588	-0.591
CV6	0.49	0.578	0.733	0.461	0.623	-0.524
CV8	0.388	0.394	0.803	0.491	0.559	-0.524
CV9	0.436	0.437	0.805	0.516	0.635	-0.598
JL2	0.377	0.411	0.545	0.732	0.502	-0.479
JL4	0.341	0.339	0.533	0.763	0.474	-0.409
JL5	0.392	0.456	0.435	0.654	0.429	-0.415
JL6	0.295	0.42	0.336	0.644	0.319	-0.364
JL7	0.497	0.542	0.509	0.822	0.513	-0.523
JL8	0.433	0.444	0.425	0.715	0.467	-0.481
E1	0.572	0.668	0.685	0.623	0.884	-0.725
E2	0.566	0.63	0.65	0.517	0.835	-0.645
E3	0.481	0.568	0.638	0.529	0.841	-0.64
E4	0.558	0.587	0.662	0.556	0.91	-0.7
E5	0.528	0.609	0.679	0.52	0.842	-0.705
E9	0.541	0.531	0.565	0.462	0.784	-0.578
SB1	-0.338	-0.448	-0.46	-0.455	-0.53	0.799
SB10	-0.708	-0.712	-0.423	-0.464	-0.523	0.562
SB2	-0.346	-0.411	-0.534	-0.316	-0.52	0.758
SB4	-0.246	-0.402	-0.464	-0.454	-0.47	0.745
SB5	-0.405	-0.512	-0.527	-0.538	-0.535	0.851
SB6	-0.105	-0.237	-0.263	-0.28	-0.288	0.552
SB8	-0.439	-0.547	-0.562	-0.532	-0.7	0.711
SB9	-0.46	-0.528	-0.676	-0.449	-0.74	0.743

Fuente: elaboración propia del autor

Como segundo método para evaluar la validez discriminante se encuentra el criterio de Fornell et al. (1981). Este procedimiento evalúa si la raíz cuadrada del AVE es mayor que las correlaciones altas con cualquiera de las

otras variables. Este criterio explica como una variable comparte más varianza con sus ítems que con las otras variables.

Una de las limitaciones de este criterio es que no es exacto al momento de evaluar la validez discriminante, ya que, si la mayoría de los ítems reflejan cargas variadas entre 0.60 y 0.80 no se desempeña de manera exacta. En la Tabla 20 se visualiza que los resultados de las variables presentan valores que oscilan entre 0.60 y 0.80, por tanto, no se puede llegar a una conclusión acertada con este criterio.

Tabla 20.
Criterio Fornell y Larcker

	Síndrome de Burnout	Calidad de Vida	Clima Organizacional	Cultura Organizacional	Engagement	Jornada Laboral
Síndrome de Burnout	0.722					
Calidad de Vida	-0.708	0.792				
Clima Organizacional	-0.681	0.588	0.832			
Cultura Organizacional	-0.557	0.543	0.825	0.859		
Engagement	-0.785	0.762	0.706	0.636	0.85	
Jornada Laboral	-0.619	0.649	0.6	0.543	0.631	0.724

Fuente: elaboración propia del autor

Para resolver el problema de la validez discriminante a través del Criterio Fornell-Larcker, se valora el ratio Heterotrait-Monotrait (HTMT). Esta solución fue propuesta por Henseler et al. (2015). El HTMT es la media de todas las correlaciones entre los ítems de las distintas variables que miden fenómenos diferentes. En otras palabras, explica la homocedasticidad que existe entre los datos, es decir que las variables de estudio están midiendo cosas completamente distintas. Para variables que son muy similares entre ellas, se considera que si el HTMT es mayor que 0.90, existe una falta de validez discriminante. Para el caso de las variables que son diferentes entre sí el umbral es de 0.85.

En este estudio se consideraron diversas variables similares entre ellas, tal es el caso de clima organizacional y cultura organizacional, para ambas variables el HTMT se encontró en 0.886, lo cual es menor que 0.90, por tanto cumple con lo propuesto. Caso similar sucedió con las variables calidad de vida y *engagement*. Para el resto de las variables, todos los valores se encontraron por debajo de 0.85. Lo cual se concluyó que se cumple con la validez discriminante del instrumento de medición (Tabla 21).

Tabla 21.
Heterotrait-Monotrait (HTMT). Validez Discriminante

	Síndrome de Burnout	Calidad de Vida	Clima Organizacional	Cultura Organizacional	<i>Engagement</i>	Jornada Laboral
Síndrome de Burnout						
Calidad de Vida	0.813					
Clima Organizacional	0.728	0.670				
Cultura Organizacional	0.587	0.619	0.886			
<i>Engagement</i>	0.835	0.882	0.754	0.678		
Jornada Laboral	0.715	0.791	0.682	0.612	0.714	

Fuente: elaboración propia del autor

4.1.4 Evaluación del Modelo Estructural (Inner Model) de Ecuaciones Estructurales

La segunda etapa del análisis de resultados es evaluar el modelo estructural. En este apartado se presentan los resultados obtenidos con relación a la colinealidad del modelo, significancia y relevancia de las relaciones entre las variables, el nivel del R^2 y la relevancia predictiva del modelo.

1. Colinealidad del Modelo

Para valorar la colinealidad del modelo se evaluó el índice de inflación de la varianza (VIF), este se refiere a la tolerancia de los valores. Como dice

Hair et al. (2019), un valor $VIF \geq 5$, indica que existe un problema de colinealidad, como se observa en la Tabla 22 los resultados arrojaron valores de $VIF < 5$, por tanto, los datos no presentan colinealidad.

Tabla 22.
Análisis de colinealidad a través del VIF por constructo

	VIF
Clima Organizacional - Engagement	3.591
Cultura Organizacional- Engagement	3.198
Calidad de Vida-Engagement	1.951
Jornada Laboral - Engagement	1.982
<i>Engagement-Síndrome de Burnout</i>	1.000

Fuente: elaboración propia del autor

2. Significancia y Relevancia de las Variables

Después de comprobar que el modelo no presentó ningún problema de colinealidad se prosiguió a valorar la significancia y relevancia de las relaciones entre los constructos del modelo estructural a través de los coeficientes path. Los coeficientes *path* son análogos de los coeficientes beta de la regresión múltiple y se encargan de determinar en qué medida se relacionan los cambios de las variables, al comienzo y al final de las flechas (Hair et al. 2019).

Se cree que valores estandarizados por debajo de 0.10 suelen no ser significativos. Sin embargo, suelen aceptarse como mínimo valores de 0.20 para poder considerar su relevancia al momento de explicar la varianza de la variable endógena (Chin, 1998). Rositas concentró una clasificación para evaluar el impacto con base a los coeficientes de trayectoria o betas, la cual se observa en la Tabla 23.

Tabla 23.
Criterios para evaluar el impacto con base en los coeficientes

Rango de Valores de los Coeficientes	Valor del Impacto
--------------------------------------	-------------------

0.00 a 0.09	Imperceptible
0.10 a 0.15	Perceptible
0.16 a 0.19	Considerable
0.20 a 0.29	Importante
0.30 a 0.50	Fuerte
> 0.50	Muy Fuerte

Fuente: elaboración propia del autor

Para determinar la significancia entre las variables en PLS-SEM, es necesario realizar una técnica estadística llamada *bootstrapping*. Al ejecutar esta técnica se calcula el error estándar el cual permite calcular los valores t y p de los coeficientes path. Como umbral para tests de dos colas se considera que aquellos valores t con 10% de significancia deben ser ≥ 1.65 , para el 5% de significancia ≥ 1.96 y para el 1% de significancia ≥ 2.57 (Hair et al. 2019).

Para comprobar la probabilidad de rechazo de una hipótesis nula de la investigación, se utilizan los valores p. Como umbral se considera que para el 10% el valor de p debe ser ≤ 0.10 , para el 5% de significancia el valor de p debe ser ≤ 0.05 y en casos mas estrictos si se busca un nivel de significancia del 1% el valor de p deberá ser ≤ 0.01 (Hair et al. 2019).

Con base a las 172 encuestas aplicadas, este modelo explica como las variables independientes de clima organizacional, calidad de vida ($p < 0.001$) y jornada laboral ($p < 0.1$) se ven influidas por la variable mediadora para evitar el desarrollo del Síndrome de Burnout. Los resultados arrojaron que el clima organizacional se probó con una $p = 0.001$ ($\beta = 0.311$); Calidad de vida con una $p = 0.000$ ($\beta = 0.481$); Jornadas Laborales con una $p = 0.050$ ($\beta = 0.$) y *Engagement* con $p = 0.000$ ($\beta = -0.785$) (Tabla 24).

Tabla 24.
Significancia de las variables del Modelo Estructural

	Media de la muestra (M)	Desviación estándar	Coefficientes Path	Estadísticos t	P Valores
Clima Organizacional -> <i>Engagement</i>	0.311	0.091	0.311	3.409	0.001
Cultura Organizacional -> <i>Engagement</i>	0.070	0.089	0.066	0.742	0.458
Calidad de Vida -> <i>Engagement</i>	0.476	0.067	0.481	7.124	0.000
Jornada Laboral -> <i>Engagement</i>	0.099	0.058	0.219	1.97	0.050
<i>Engagement</i> -> Síndrome de Burnout	-0.791	0.025	-0.785	31.544	0.000

Fuente: elaboración propia del autor

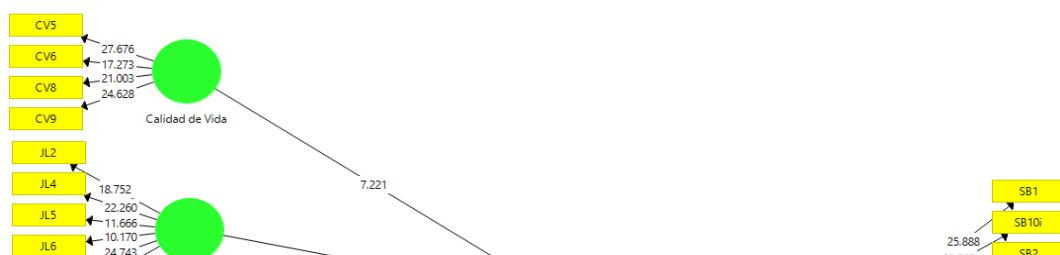
3. Nivel de R²

El coeficiente de determinación o también conocido como nivel de R² es la medida más utilizada para evaluar el modelo estructural. Representa que, tanto se explica la varianza de la variable dependiente sobre la varianza de las variables antecedentes asociadas. La R² representa un poder predictivo en la muestra, porque incluye todos los datos que se utilizan para la estimación del modelo (Sarstedt et al. 2014).

El valor de R² va desde 0 a 1, mientras más cercano se encuentre a 1, mayor será el nivel de predicción (Henseler, 2010). Para evitar el posible sesgo en los modelos complejos propuestos, como el de la presente investigación, es importante considerar el coeficiente de determinación ajustado o también conocido como R² ajustado (Sarstedt et al. 2013).

En la Figura 12, se observa el modelo final, el cual indica un valor de R² ajustada de 0.681 para la mediación del *engagement* con la calidad de vida, las jornadas laborales, la cultura organizacional, el clima organizacional y una R² ajustada del *engagement* al SB de 0.614. Este resultado revela que la calidad de vida, las jornadas laborales, la cultura organizacional y el clima organizacional explican un 68% la variación del *engagement* y esta a su vez explica un 61% de la variación del SB.

Figura 12. R² del Modelo Estructural



Fuente: elaboración propia del autor

4. Relevancia Predictiva (Q^2)

Indicador propuesto por Geiser (1974) y Stone (1974) que mide el poder predictivo fuera de la muestra o también conocido como relevancia predictiva o valor de Q^2 de Stone-Geiser. En el modelo estructural, cuando una variable latente endógena presenta un valor superior a 0, quiere decir que existe relevancia predictiva para un constructo dependiente.

En el software de Smart PLS para determinar este indicador se debe realizar el proceso de *blindfolding*. Esta técnica reutiliza la muestra omitiendo cada d -ésimo dato de los indicadores de las variables endógenas y con esto estima los parámetros con los datos resultantes (Chin, 1998; Henseler et al. 2009 y Tenenhaus et al. 2005).

Como se muestra en la Tabla 25 los valores de Q^2 obtenidos son mayores a 0, por tanto, se confirma la relevancia predictiva del modelo. Para determinar el impacto de la predicción, como umbral se considera 0.02 pequeña relevancia predictiva, 0.15 mediana y 0.35 fuerte. En este caso se obtuvo una relevancia fuerte en el modelo estructural.

Tabla 25.
Relevancia Predictiva de las Variables (Q^2)

	Q^2	Tamaño del efecto q^2
Síndrome de Burnout	0.388	Fuerte
Clima Organizacional	0.585	Fuerte
Cultura Organizacional	0.626	Fuerte
Calidad de Vida	0.376	Fuerte
Jornada Laboral	0.336	Fuerte
<i>Engagement</i>	0.607	Fuerte

Fuente: elaboración propia del autor

4.1.5 Evaluación del Modelo de Medida en el Análisis de Mediación

La mediación entre diversas variables independientes y dependientes se da cuando existe una variable que se encarga de mediar el efecto entre estos dos constructos. En otras palabras, existe cuando se produce un efecto entre las variables independientes y la mediadora, y esta a su vez, presenta un efecto con respecto a la variable dependiente.

Para medir la variable mediadora, es necesario tomar en cuenta los efectos directos y los indirectos, Los efectos directos son los que relacionan a dos constructos mediante una flecha, mientras que, los efectos indirectos presentan relaciones secuenciales con al menos una variable intermedia, es decir, son una secuencia de dos o más efectos directos representados por varias flechas (Hair et al. 2019).

Existen tres tipos de mediación: complementaria, competitiva y solo indirecta. En la mediación complementaria, ambos efectos (indirecto y directo) son significativos y van en la misma dirección. En la mediación competitiva, ambos efectos son significativos, sin embargo, van en distintas direcciones. Y la mediación sólo indirecta, el efecto indirecto es significativo, pero no el efecto directo. Por tanto, puede existir una mediación entre variables, pero puede explicar solo una parte del modelo o toda la relación observada entre las variables en cuestión (Zhao et al. 2010).

La Tabla 26 presenta los efectos directos e indirectos del modelo estructural. Como se observa solo las variables de clima organizacional y calidad de vida presentaron una significancia tanto en el efecto directo como en el indirecto; el efecto directo aparece en sentido negativo y el indirecto en sentido positivo, lo cual quiere decir que el modelo propuesto en esta investigación tiene una mediación competitiva entre la variable *engagement* y Síndrome de Burnout. Esto aparece así porque efectivamente a mayor *engagement* disminuye el Síndrome de Burnout.

Tabla 26.
Efectos Directos e Indirectos. Mediación

	Efecto Directo	t de Student	Valor p	(p<0.05)	Efecto Indirecto (Engagement)	t de Student	Valor p	(p<0.05)
CLO -> SB	-0.244	3.317	0.001	SI	0.311	3.409	0.001	SI
CUO -> SB	-0.052	0.738	0.462	NO	0.066	0.742	0.460	NO
CV -> SB	-0.377	6.913	0.000	SI	0.481	7.124	0.000	SI
JL -> SB	-0.200	1.965	0.050	SI	0.211	1.970	0.050	SI
EG -> SB	-0.785	31.953	0.000	SI				

Nota: CLO: Clima Organizacional; CUO: Cultura Organizacional; CV: Calidad de Vida; JL: Jornada Laboral; EG: Engagement y SB: Síndrome de Burnout.

Fuente: elaboración propia del autor

4.2 Comprobación de Hipótesis

De las cuatro hipótesis de investigación planteadas, se lograron probar tres. La primera hipótesis propuesta se probó con un nivel de significancia del 1%, esto quiere decir que el clima organizacional si impacta positivamente en el *engagement*, el cual impacta en sentido negativo al Síndrome de Burnout. Mismo caso sucedió con la tercera hipótesis propuesta, la calidad de vida impacta positivamente en el *engagement* el cual impacta en sentido negativo al Síndrome de Burnout.

Sin embargo, la cuarta hipótesis logró probarse a un nivel de significancia del 5%, lo cual significa que las jornadas laborales impactan positivamente en el *engagement* el cual impacta en sentido negativo al Síndrome de Burnout (Tabla 27).

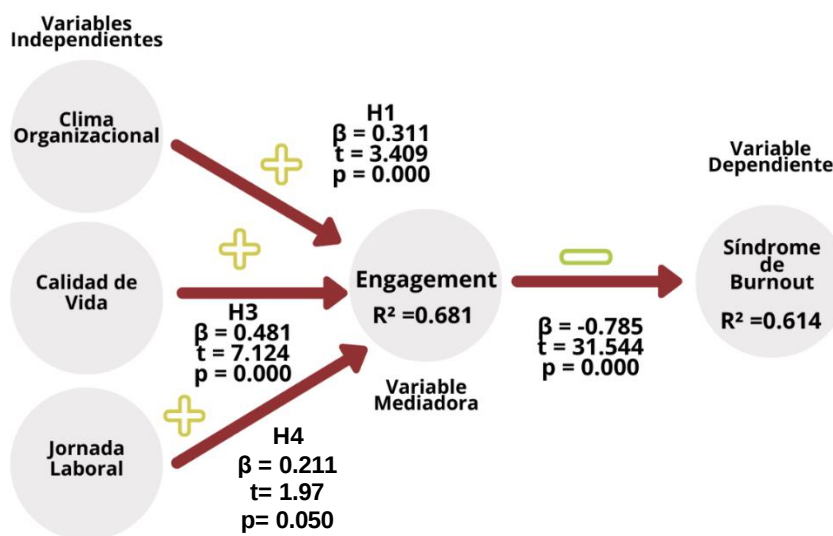
Tabla 27.
Comprobación de Hipótesis

Variable	Significancia	Resultados
Clima Organizacional-	0.001	Aprobada
Cultura Organizacional	0.458	Rechazada
Calidad de Vida	0.000	Aprobada
Jornada Laboral	0.050	Aprobada

Fuente: elaboración propia del autor

En la Figura 13 se observa el modelo gráfico final obtenido con todas las hipótesis que fueron aceptadas en la presente investigación.

Figura 13. Modelo Final de Investigación



Fuente: elaboración propia del autor

Concluyendo, en este capítulo se presentaron los Resultados Finales. Se explicó a detalle el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas incluidas en el instrumento de medición. También, se describieron las variables independientes, mediadora y dependiente y se mostraron las frecuencias obtenidas de respuesta, además, se presentaron las medias, desviaciones estándar y mínimos y máximos obtenidos de las encuestas contestadas.

Para probar la aleatoriedad de los datos se mostró a detalle la Prueba de Rachas. Para probar la normalidad de los datos se presentó la prueba

utilizada de Kolmogorov-Smirnov. A su vez, se expuso el porque de la utilización de ecuaciones estructurales en SmartPLS 3.0 para la toma de decisión del análisis estadístico. Esto fue debido a los dos supuestos que incluye esta prueba de la no normalidad de los datos y la de presentar un modelo de relaciones complejas.

Se mostraron los resultados del modelo de medida reflexivo que incluyó la validez convergente (AVE), la validez discriminante, la confiabilidad interna mediante el alfa de cronbach y la compuesta. A su vez, en el modelo estructural, se presentaron los 6 pasos: 1) Se valoró la colinealidad de los datos a través del VIF; 2) Se evaluó la significancia y relevancia de las relaciones entre las variables; 3) Se determinó el nivel de predicción del modelo por la R^2 ; 4) Se midió el tamaño del efecto del modelo por la f^2 ; 5) Se evaluó la relevancia predictiva por la Q^2 y 6) El tamaño del efecto por la q^2 . Por último se expuso el cuadro de comprobación de hipótesis, demostrando la comprobación de 3 hipótesis planteadas.

CONCLUSIONES FINALES

En el capítulo anterior, se presentaron los resultados que demostraron el cumplimiento del objetivo general de esta investigación. Además, se respondió la pregunta de investigación: ¿El clima organizacional, la cultura organizacional, la calidad de vida y las jornadas laborales influyen en el *engagement* para evitar el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que laboran en hospitales?

Las variables por las que se logró aceptar la hipótesis general de investigación fueron: clima organizacional, calidad de vida y jornadas laborales. Sin embargo, se rechazó la variable de cultura organizacional porque no presentó apoyo estadístico en el modelo final.

Bajo un enfoque académico, se considera que esta investigación cumple con los procedimientos recomendados por Creswell (2013). En primera instancia, se realizó una revisión exhaustiva de literatura que llevó plantear la pregunta de investigación y la hipótesis, las cuales se orientaron en determinar cómo influyen los factores organizacionales sobre el Síndrome de Burnout y como el *engagement* se encuentra actuando como mediador.

Por otra parte, bajo la perspectiva metodológica, en el capítulo 3 se hizo referencia a los elementos que conforman una teoría según Whetten (1989). Los tres primeros (qué, cómo y porqué) se encargan de describir y explicar a la teoría. El cuarto elemento (quién, dónde y cuándo) establece los límites de la generalización, es decir, es el rango de la teoría. La investigación logró contestar cada uno de los cuatro elementos. Esto condujo a la contribución teórica, que será explicada en el siguiente apartado.

Por otro lado, se utilizó el método científico que ayudó a probar tanto teórica como empíricamente las hipótesis (1, 3 y 4) mediante pruebas estadísticas. Con respecto a las hipótesis aceptadas se observaron diferentes grados de impacto conforme a lo escrito por Rositas (2014): Fuerte (0.30 a

0.50), hipótesis 3: “El *engagement* media la incidencia negativa entre la calidad de vida y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la Salud.”; y la hipótesis 1: “El *engagement* media la incidencia negativa entre el clima organizacional y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la Salud”. La hipótesis 4: “El *engagement* media la incidencia negativa entre la jornada laboral y el Síndrome de Burnout de los profesionales de la Salud” presentó un impacto importante (0.20 a 0.29).

Al comprobar estas relaciones con impacto importante y fuerte (Rositas J. , 2014), se refuerza la importancia de haber estudiado estas variables en los profesionales de la salud mexicanos. Este estudio probó de manera empírica que el *engagement* media la incidencia negativa entre el clima y la cultura organizacional, la calidad de vida, las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud que laboran en hospitales públicos y privados del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. A continuación, se presentan las contribuciones teóricas y las implicaciones prácticas que se obtuvieron al probar estas relaciones.

Contribuciones Teóricas del Estudio

Cómo se plasmó en el Capítulo 1, se identificaron varias brechas teóricas, por tanto, fueron varias las contribuciones teóricas aportadas. Con base a lo ejemplificado por Whetten, la primera contribución teórica, fue haber realizado este estudio considerando a todos los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, nutriólogos, psicólogos, odontólogos y radiólogos) de hospitales públicos y privados en el contexto mexicano.

Existe una escasez de literatura en este contexto que incluya una diversidad de profesionales de la salud sobre las variables estudiadas. La mayoría se enfoca solamente en médicos o enfermeras. Otra contribución teórica, se refiere a las pocas investigaciones que estudian el papel mediador del *engagement* tanto en México como en otros países.

A pesar de que ya existen varios estudios que han probado estas variables en otros países, como se citaron en el Capítulo 2. Esta investigación confirma como aportación teórica al conocimiento, la relevancia de estudiar los factores (clima organizacional, calidad de vida y jornadas laborales) que están influyendo en la aparición del Síndrome de Burnout. Al mismo tiempo, se contribuyó teóricamente la función mediadora del *engagement*.

Con respecto a la contribución teórica de la hipótesis 1: *El engagement media la incidencia negativa entre el clima organizacional y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud.*

Esta hipótesis, resalta el poder que tienen las instituciones de salud sobre sus profesionales. Éstas instancias son responsables de generar sentimientos de satisfacción laboral entre sus trabajadores, de fomentar relaciones saludables entre empleados y superiores, de satisfacer las necesidades de capacitación de su personal, de asignar actividades laborales que empaten con las aptitudes y habilidades del trabajador en salud, de impulsar ambientes laborales saludables y de generar una participación activa en la toma de decisiones importantes, así como de generación de estrategias que mejoren sus resultados laborales (Segredo, 2017).

Esta aportación teórica, es consistente con los resultados propuestos por Gastelo-Salazar et al. (2018). Los investigadores confirmaron la influencia tan fuerte que tiene un clima organizacional sano sobre los profesionales de la salud. Observaron que aquellos que se desempeñaban en áreas con mal clima organizacional, tenían una mayor probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout, en comparación con los que tenían un clima organizacional saludable, sus niveles de Síndrome de Burnout eran escasos o nulos. Resaltaron la importancia de generar evaluaciones periódicas en las áreas laborales para así identificar con tiempo, las deficiencias que pueden estar corrompiendo su desempeño laboral.

Caso similar sucedió en el artículo de los autores Van Bohaert et al. (2017), sus hallazgos destacaron la función fundamental que presentan las instancias hospitalarias sobre sus trabajadores en salud. Demostraron que las instituciones que promovían climas organizacionales saludables entre sus trabajadores, mantenían niveles mayores de engagement y por tanto, tenían a un profesional de la salud menos estresado y con menos probabilidad de sufrir Síndrome de Burnout.

Referente a la contribución teórica de la hipótesis 3: *El engagement media la incidencia negativa entre la calidad de vida y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud.*

Para los profesionales de la salud, es fundamental mantener un buen estado de salud emocional, mental y físico dentro de sus áreas de trabajo. Esto los ayudará a aumentar su capacidad y a disfrutar sus actividades laborales, incrementando el nivel de *engagement* que sienten hacia con su organización. Por ende, tendrán un mejor control de estrés laboral, y menor riesgo a padecer Síndrome de Burnout (OMS, 2017).

La investigación de Kantén et al. (2012) es congruente con lo antes mencionado. Ellos reportaron que los profesionales de la salud que mantenían emociones positivas dentro de su jornada laboral, tenían un mejor desempeño y niveles más altos de *engagement* hacia con su organización. Desde la perspectiva de gestión de recursos humanos, lograron comprender que es esencial conocer las emociones de los empleados por parte de las instituciones. Solo de esta manera podrían aumentar la calidad de vida que mantenían sus profesionales de la salud dentro de sus jornadas laborales.

De la misma manera los investigadores Ashrafi et al. (2018) observaron una relación significativa entre la calidad de vida y la aparición del Síndrome de Burnout. Aquellos profesionales de la salud con mejor calidad de vida dentro de su organización se sentían con mayor interés al desempeñar sus actividades

laborales. Por tanto, eran menos propensos a desarrollar Síndrome de Burnout, porque tenían mejor control de estrés laboral.

En cuanto a la comprobación de la hipótesis 4: *El engagement media la incidencia negativa entre las jornadas laborales y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud.*

Los resultados de esta investigación, resaltan el interés que tienen los profesionales de la salud, de mantener una jornada de trabajo adecuada. El otorgar un descanso dentro de sus actividades laborales, de respetar los tiempos correspondientes a su jornada por parte de sus superiores y de garantizar un horario conveniente para el desarrollo de todas las actividades. Todas estas consideraciones, deberán ser tomadas en cuenta por las instituciones en salud.

Esto concuerda con lo propuesto por Hameed et al. (2018). Los investigadores, encontraron que cuando los profesionales de salud excedían sus jornadas laborales, sentían una mayor insatisfacción al realizar sus actividades. Y a su vez, se incrementaba el riesgo de presentar Síndrome de Burnout. Por ello, resaltaron el alcance que tienen las regulaciones de las jornadas laborales hacia con los trabajadores del area de la salud.

Caso similar sucedió en la investigación de García-Sierra et al. (2016). Los profesionales de la salud que padecían Síndrome de Burnout eran aquellos que superaban sus jornadas laborales. Sin embargo, encontraron una nueva aportación. Observaron que existía una pequeña parte de la población que a pesar de exceder su jornada, se mantenían satisfechos con ella y esto era a raíz de que presentaban niveles elevados de *engagement*. Los investigadores, probaron que el *engagement* actuaba como mediador y evitaba el desarrollo del Síndrome de Burnout.

El grado de impacto que presentó la hipótesis 4 en esta investigación fue importante, según la clasificación propuesta por Rositas (2014). Para

comprender el porque esta hipótesis presentó un menor impacto a las anteriores se presentan las siguientes explicaciones.

Los autores De la Cerda et al. (1998), descubrieron que el mexicano tiene una tendencia a combinar valores tradicionales y modernos. Esto genera que el ser humano se encuentre en transición. Busca el reconocimiento a costa de su propia identidad. Esta característica del mexicano hace que los convierta en personas con una alta capacidad de aguantar adversidades laborales duras y prefieran un trabajo duro, en vez de uno débil. Por ello, se consideran como trabajadores altamente resistentes con capacidad de tolerar o soportar cualquier problema o desdicha que sufran en su entorno laboral.

Otra explicación, se refleja en el modelo propuesto por Hofstede (2021). En la dimensión del distanciamiento al poder, el mexicano tiene una tendencia a presentar un puntaje elevado, lo cual significa que son más tolerantes a las desigualdades existentes en sus áreas laborales y prefieren aceptar lo que les ordenen los superiores a costa de sus necesidades personales.

Esto concuerda con que los mexicanos también tienen un nivel elevado de incertidumbre y prefieren cumplir sus horarios laborales y su puntualidad, antes que romper las reglas de la organización, por ende, si les exigen trabajar más horas, lo harán. Por otra parte, también son considerados como personas indulgentes y se caracterizan por su actitud positiva y optimista, aún cuando no estén en un área laboral favorable.

Otra contribución teórica del presente estudio, fue el rechazo de la hipótesis 2: *El engagement media la incidencia negativa entre la cultura organizacional y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la Salud.*

A pesar de que son varias las investigaciones que han demostraron la aprobación en esta relación (Meng et al. 2019; Bobadilla et al. 2015; Ghorbanian et al. 2018; Mijakoski et al. 2015) y que la teoría de la cultura organizacional dice que, ésta es resultado de una condición de la organización

que logra mejorar el *engagement* en este estudio sucedió lo contrario. Existen posibles justificaciones que pueden ayudar a entender mejor estos resultados.

La primera aclaración va en el sentido de la variable de cultura organizacional. Esta variable, en comparación con las demás del modelo que se enfocan en las perspectivas personales del empleado, se centra en el contexto de toda una organización. Por tanto, al analizar la teoría de multinivel organizacional, el modelo planteado en este estudio es considerado un modelo teórico multinivel (Klein et al. 2000).

Esta teoría, refleja que este tipo de modelos pueden presentar tres limitaciones: 1) No están influidos por los niveles de organización superiores; 2) No transmiten el conocimiento del nivel inferior y 3) No se han explorado tanto, en la revisión de literatura de la organización. Al analizar estas tres limitaciones y observar que el modelo propuesto de la investigación tomó en cuenta las decisiones tanto personales como de la organización, se puede entender por qué la cultura organizacional no se comprueba. La población de estudio no considera que las decisiones de los altos directivos puedan influir sobre su nivel de comportamiento o desempeño en el trabajo.

Esto concuerda con lo que se mencionó anteriormente acerca de las características del trabajador mexicano según las dimensiones del modelo de cultura organizacional propuesto por Hofstede (2021). Retomando este punto de vista, en la dimensión de distanciamiento al poder, se menciona claramente que el mexicano tiene una tendencia a aceptar el orden jerárquico de su organización y considera que todos tienen un lugar dentro del área laboral. Por tanto, esto es suficiente justificación al por qué no muestra interés en querer cambiar la cultura organizacional en donde él se desempeña, a pesar de estar en una cultura no favorable y solo está en espera de que le digan que hacer en su trabajo, mostrándose en una postura indulgente.

Otra explicación, es que el mexicano también muestra altos niveles de incertidumbre en el modelo de Hofstede. En consecuencia, tienen una actitud

poco ortodoxa y una necesidad emocional de seguir las reglas establecidas, aún cuando no estén funcionando. Su pensamiento es el siempre estar ocupado y trabajar duro, porque ven al tiempo como dinero y a la seguridad como parte de su motivación personal. Esto conlleva a poner sus deseos por debajo de las necesidades laborales.

Otra probable explicación, por lo cual no se probó la cultura organizacional en el contexto mexicano, está relacionada a la redacción e interpretación de los ítems del cuestionario. En la teoría de respuesta al ítem se hace referencia a que las preguntas o enunciados de un instrumento de medición deberán ser redactados de tal forma que cualquier individuo con un nivel de rasgo idéntico deberá ser capaz de entender lo mismo, independientemente de la población a la que pertenezca.

La teoría resalta la importancia de la exactitud que deben tener los ítems al ser redactados para que se logre medir la variable en cualquier contexto o población (Attorresi et al. 2009). Al ser la población objetivo muy específica (profesionales de la salud) se pudo cometer un error de redacción al momento de elaborar el instrumento de medición que conllevó a una mala interpretación por parte de los encuestados.

Implicaciones Prácticas y Recomendaciones

Esta investigación empírica es de interés para los altos directivos del sector salud, y para los encargados de recursos humanos en México que buscan mejorar el bienestar de los profesionales de la salud. Tal como se mencionó en el Capítulo 1, México es uno de los países con mayor prevalencia de estrés laboral (75%) y se encuentra en el lugar número 30 de 69 países con cifras alarmantes de Síndrome de Burnout (Figura 1 y 2). Gracias a los resultados obtenidos en este estudio, estas cifras se pueden mejorar y así evitar complicaciones severas en la salud de los profesionales.

Es importante resaltar que las organizaciones ya deben de acatarse a lo establecido en la nueva Norma Oficial Mexicana (NOM-035-STPS-2018) realizada por el Gobierno de México (2021) cuyo principal objetivo es identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial y promover ambientes organizacionales favorables en sus lugares de trabajo. Por esta razón, este estudio servirá de apoyo para identificar los factores organizacionales que están impactando en el bienestar de los profesionales de la salud.

Esto ayudará a crear estrategias que mitiguen la aparición del Síndrome de Burnout. Los hallazgos de este estudio son valiosos tanto para el sector público como privado pues apoyan a la toma de decisiones con respecto al fortalecimiento de las políticas organizacionales relacionadas al bienestar del trabajador en salud.

Otra valiosa implicación práctica, es el instrumento de medición de factores organizacionales, Síndrome de Burnout y *engagement*, el cual fue validado a través de expertos y demostró su fiabilidad a través del estadístico de prueba alfa de Cronbach, lo cual facilita su aplicación en futuras investigaciones de distintos sectores laborales.

Esta investigación tiene una aplicación real. Logra captar la influencia que tienen los factores de: clima organizacional, calidad de vida y jornadas laborales sobre el Síndrome de Burnout y como el *engagement* actúa como mediador entre las variables. En virtud de que los resultados responden al fenómeno de estudio desde una perspectiva actual, se responde a la relevancia descriptiva que fue estudiada por los autores Thomas et al. (1982).

Al mismo tiempo, los resultados responden a la relevancia de la meta propuesta por estos mismos autores. El modelo propuesto en esta investigación podrá ser utilizado por los directivos del sector salud para mejorar el ambiente organizacional donde se desempeñan los profesionales de la salud, con el propósito de mejorar su salud mental, física y emocional. Con respecto a la validez operacional, los directivos que deseen utilizar el modelo propuesto

deberán tener la habilidad de implementar acciones ajustadas a sus necesidades organizacionales.

Existen varias recomendaciones sobre el presente estudio. En primer lugar, se sugiere que las instituciones pertenecientes al sector salud deberán promover condiciones laborales adecuadas que fomenten climas adecuados, mantengan una adecuada calidad de vida y además respeten las jornadas laborales de los profesionales de la salud para así prevenir la aparición del Síndrome de Burnout enfocándose en aumentar el nivel de *engagement*.

Esta sugerencia, se podrá lograr a través de la creación de programas de intervención orientados a mejorar la inclusión dentro de sus lugares de trabajo, aumentar el bienestar emocional y físico y promover descansos adecuados según las necesidades del área donde se desempeñen. Además, será necesario desarrollar estrategias de capacitación constante a todo el personal de salud y estimular el sentimiento de pertenencia hacia su organización y aumentar su motivación laboral.

Adicionalmente, se recomienda que las instituciones de salud evalúen de manera periódica a su personal, con el fin de detectar conductas inadecuadas que puedan conducir al Síndrome de Burnout. En caso de identificar conductas de riesgo, deberá ser notificado a los superiores y a los encargados de recursos humanos para que actúen a tiempo e implementen estrategias de mejoras.

Los resultados de esta investigación podrán ser de utilidad para la elaboración e implementación de programas que ayuden a fomentar mejores ambientes de trabajo, a generar un sentido de pertenencia hacia su organización, a respetar y crear jornadas laborales ideales, así como, impulsar actividades que ayuden a mantener una salud óptima y así incrementar la calidad de vida de los profesionales de la salud. Todo esto con el propósito de evitar la presencia del Síndrome de Burnout.

Se recomienda la inclusión de los jefes y directivos dentro de las estrategias de mejoras de la organización en salud. Para lograr un mejor cambio, deberán ser incluidas todas las partes que pertenecen a la misma organización. Esto podría ayudar a identificar si el problema que se está generando es por parte de los trabajadores o por quienes dirigen a la organización. Y en caso de que sean los directivos quienes presenten un riesgo de presencia de Síndrome de Burnout, se implementen las medidas necesarias para evitar su contagio al demás personal. Esto ayudará a impulsar el sentido de pertenencia hacia la organización por parte de los trabajadores.

Con el fin de mejorar los ambientes laborales del sector salud y de disminuir los niveles de estrés por ser profesiones con mayor sobrecarga. Se enfatiza la importancia de identificar a tiempo la presencia del Síndrome de Burnout. Los profesionales de la salud desempeñan un rol fundamental en la salud de la población en general, por esta razón se debe cuidar su bienestar mental, emocional y físico. Se requiere de todo un esfuerzo organizacional para crear los cambios necesarios dentro del sector salud.

Limitaciones del Estudio

Finalmente, se presentan algunas limitaciones de la investigación. Una de las principales, fue que se llevó a cabo durante la pandemia COVID-19, por tanto, no se pudo acceder físicamente a los profesionales de la salud y las encuestas fueron recolectadas por medio electrónico. Por otra parte, solo se tuvo acceso a profesionales de la salud de los hospitales más grandes del estado de Nuevo León, sin embargo, es posible ampliar el estudio a nivel regional o nacional siempre y cuando la población de estudio sea semejante.

Otra limitación fue relacionada al diseño transversal del estudio, ya que no permite evaluar la causalidad de las relaciones de un modelo. A pesar de que se logró probar la relación entre las variables no se pudo medir la existencia de una relación causa-efecto, porque los datos fueron recolectados en un tiempo específico.

Por otro lado, una limitación crucial, fue el no haber cumplido con la normalidad de los datos. A pesar de que la prueba estadística utilizada (ecuaciones estructurales por Smart-PLS) no considera este supuesto como fundamental, si se puede ver limitada la replicación del estudio en dado caso de querer emplear otro método estadístico para analizar los datos con una variable mediadora.

Por último, la escasez de literatura existente de las variables de estudio. Aún son pocas las investigaciones que incluyen al *engagement* como variable mediadora, además, es muy escasa la información que existe acerca de los factores organizacionales que ocasionan al Síndrome de Burnout en el sector salud. La mayoría de las investigaciones hasta el momento, se enfocan en investigar la existencia del síndrome y han omitido otros factores. Al mismo tiempo, muchos de los estudios se enfocan en la población de médicos y enfermeros, omitiendo las demás disciplinas de la salud.

Líneas Futuras de Investigación

Como parte de investigación futura, un punto muy enriquecedor de este tema de estudio sería volver a evaluar a los profesionales de la salud al término de la pandemia COVID-19 con la finalidad de observar si los resultados están siendo afectados por el nivel de estrés que generó la pandemia.

Otra futura línea de investigación sería el de profundizar y considerar otras variables organizacionales que pudieran impactar el desarrollo del Síndrome de Burnout, tales como la resiliencia organizacional, la carga de trabajo, la calidad de atención y el resultado de trabajo. Esto ayudaría a generar estrategias organizacionales más completas (Mijakoski et al. 2015; Van-Bogaert et al. 2017).

Para futuras publicaciones sería interesante volver a estudiar el modelo propuesto, por dimensiones de *engagement* y Síndrome de Burnout para

identificar de manera más específica las características que están ayudando y perjudicando a los profesionales de la salud. A pesar de que no fue el objetivo del estudio, al dividir los resultados por grupo de profesionales que atendieron pacientes contagiados de COVID-19 y los que no atendieron, se encontró que en los que si atendieron pacientes COVID-19 la variable de cultura organizacional si se probó.

En conclusión, este capítulo discutió y comparó los principales hallazgos de la investigación con otros estudios realizados en diferentes partes del mundo, además, se incluyeron las contribuciones teóricas del estudio. También se ejemplificaron las implicaciones prácticas, así como las recomendaciones a implementar por parte de las organizacionales en salud. Por otra parte, se mencionaron las principales limitaciones al momento de realizar la investigación y la investigación futura que se puede derivar de este estudio.

Bibliografía

- ACGME. (2019). *Common Program Requirements (Fellowship)*. Retrieved from <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRFellowship2019.pdf>
- Akbari, M., & Morteza, S. (2018). The Relationship of Spiritual Health and Quality of Life, Mental Health, and Burnout: The Mediating Role of Emotional Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13(1), 22-31.
- Allport, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Álvarez, E., & Dionisio, Z. (2021). La Teoría De La Conservación De Los Recursos Y Su Relación Con El Síndrome De Desgaste Profesional (Burnout). *Revista Cubana de Psicología*, 3(4), 86-102.
- Araya-Castillo, L., & Pedreros-Gajardo, M. (2013). Análisis de las teorías de motivación de contenido: una aplicación al mercado laboral de Chile. *Revista Ciencias Sociales*, 4(142), 45-61.
- Arciniega Arce, R. S. (2012). Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. *Revista Venezolana de Gerencia*, 17(60), 611-634.
- Armijo, M., & Portalanza, C. (2017). Diagnóstico de la calidad de vida laboral, engagement y burnout en trabajadores de una institución de educación superior del Ecuador. *INNOVA Research Journal*, 2(12), 153-167.
- Ashrafi, Z., Ebrahimi, H., Khosravi, A., Navidian, A., & Ghajar, A. (2018). The relationship between quality of work life and burnout: a linear regression structural-equation modeling. *Health Scope*, 7(1), 1-7.
- Attorresi, H., Lozzia, G., Abal, F., Galibert, M., & Aguerri, M. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem. Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 179-188.
- Bakker, A., & Albrecht, S. (2018). Work engagement current trends. *Career Development International*, 23(1), 4-11.
- Bakker, A., & Schaufeli, W. (2008). Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29(2), 147-154.
- Bakker, A., & Vries, J. (2020). Job Demands–Resources theory and selfregulation: new explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress & Coping an international Journal*, 1-22.
- Barney, J. (1991). Firm Resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*, 17(1), 99-120.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social phsychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bastidas, F. (2015). Algunos matices de investigación social. In F. González, F. Batidas, G. Calatayud, B. Sánchez, E. Vicuña, Z. Villegas, & A. Campos, *Algunos matices de investigación social* (pp. 31-42). Valencia: Grupo de Investigación Alteridad Latinoamericana y Caribeña .
- Benitez, I. (2016). Evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos y futuros. *Papeles del psicólogo*, 37(1), 69-73.
- Bennett, S., & Miller, L. (1999). Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: A Conceptual Framework. *Partnerships for Health Reform*, 5(1), 1-45.
- Berjón, M. A., Urquijo, M., & Pérez, J. (2018). La mujer en actividades de asistencia a personas mayores. Exposición a factores psicosociales. *Seguridad y Salud en el Trabajo* (97), 40-43.

- Bernal, I., Pedraza, N., & Sánchez, M. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Generales*, 31(134), 8-19.
- Bigelow, D., McFarland, B., & Olson, M. (1991). Quality of Life of Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 43-55.
- Blake, H., & Shepard, J. (1951). Managing intergroup conflict in industry. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 274, 75-84.
- Blalock, H. (2012). *Introducción a la investigación social*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bobadilla, M., Callata, C., & Caro, A. (2015). *"Engagement Laboral Y Cultura Organizacional: El Rol De La Orientación Cultural En Una Empresa Global"* Lima: Universidad del Pacífico.
- Bolaños, N., & Rodríguez, N. (2016). Prevalencia del Síndrome de Burnout académico en el estudiantado de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. *Enfermería actual en Costa Rica*, 0(31), 1-19.
- Bradley, H. (1969). Community-based Treatment for Young Adult Offenders. *Crime & Delinquency*, 15(3), 359-370.
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health*, 6(4), 12-24.
- Budriene, D., & Diskiene, D. (2020). Employee Engagement: Types, Levels And Relationship With Practice Of Hrm. *Malaysian E Commerce Journal*, 4(2), 42-47.
- Burgos, L., Battioni, L., Costabel, J., & Alves, A. (2017). Evaluación del síndrome de burnout en residentes luego de implementar el "descanso postguardia". *Revista Argentina de Cardiología*, 86(2), 126-130.
- Bustamante-Ubilla, M., Lapo-Maza, M., Tello-Sánchez, M., & Núñez-Lapo, M. (2018). Origen, desarrollo y evolución del constructo clima organizacional. *Revista Empresarial*, 12(46), 12-23.
- Caballero, I., Contreras, F., Vega, E., & Gómez, J. (2016). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*, 17(1), 87-105.
- Cabello, N., & Santiago, G. (2016). Manifestaciones del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina. *Archivos en Medicina Familiar*, 18(4), 77-83.
- Calvo, J., Kwatra, J., Yansane, A., Tokede, O., Gorter, R., & Kalenderian, E. (2021). Burnout and Work Engagement Among US Dentists. *Journal of Patient Safety*, 17(5), 398-404.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1970). *Ley Federal del Trabajo*. México: Secretaría General.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2022). *Secretaría General*. Retrieved from Ley Federal del Trabajo: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Cancino, N., González, C., Gallardo, I., & Estrada, C. (2016). Evaluación de un modelo de calidad de vida construido desde los datos. *Acta colombiana psicológica*, 19(1), 297-309.
- Caponnetto, P., Magro, R., Inguscio, L., & Concetta, M. (2018). Quality of life, work motivation, burn-out and stress perceptions benefits of a stress management program by autogenic training for emergency room staff: A pilot study. *Mental Illness*, 10(7913), 67-71.
- Carrillo, Á. (2016). Medición de la Cultura Organizacional. *Ciencias Administrativas*, 4(8), 62-73.
- Casari, L., Llano, L., Moreno, E., Nosal, P., Piera, L., Torres, N., & Wladheim, J. (2017). Burn out y calidad de vida percibida en profesionales residentes del área

- materno-infantil de la provincia de Mendoza. *Investigaciones en Psicología*, 22(2), 7-16.
- Castellano, E., Muñoz-Navarro, R., Sol, M., Spontón, C., & Medrano, L. (2019). Cognitive processes of emotional regulation, burnout and work engagement. *Psicotherma*, 31(1), 73-80.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., & Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(3), 236-240.
- Charry, J., & Solorzano, J. (2021). Engagement en los servidores públicos de una entidad castrense peruana. *Gobierno y Gestión Pública*, 8(1), 26-36.
- Chartered Institute of Personnel and Development. (2021). *Employee Engagement*. London: Royal Charter.
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento Organizacional, la dinámica del éxito en organizaciones*. McGraw. Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Chin, W. (1998). *The partial least squares approach to structural equations modeling*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- CIDICS. (2018). *Síndrome de Burnout, entre los profesionistas mexicanos*. Retrieved from <http://cidics.uanl.mx/index.php/2018/05/28/nota-66/>
- Contreras, A., & Gómez, A. (2018). Aplicación de los Cuestionarios de Denison para determinar las características de la Cultura Organizacional. *Revista de Investigación Sigma*, 5(1), 59-86.
- Creswell, J. (2013). *Research Design: Qualitative, quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Michigan: SAGE.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Dahlke, A., Johnson, J., Greenberg, C., Love, R., Kreutzer, L., Hewitt, D., . . . Bilimoria, K. (2018). Differences in Utilization of Duty-Hour Regulations, Aspects of Burnout, and Psychological Well-being among general surgery residents in the United States. *Annals of Surgery*, 268(2), 1-8.
- Damianus, A., Russel, M., Nimfa, C., Theogenia, M., & Frelyn, R. (2021). Organizational climate and work engagement of employees of divine word colleges in Ilocos Region, Philippines. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 10(1), 107-121.
- Data México. (2020). *Médicos, Enfermeras y otros Especialistas en Salud*. Recuperado de Data México: <https://datamexico.org/es/profile/occupation/medicos-enfermeras-y-otros-especialistas-en-salud>
- De la Cerda, J., & Núñez, F. (1998). *La cultura del trabajo en México: ¿cambio o estancamiento?* En: J. De la Cerda y F. Núñez (Eds.) *La administración en Desarrollo: Hacia una nueva gestión administrativa en México y Latinoamérica*. México: Diana e Instituto Internacional de Capacitación y Estudios Empresariales.
- Denison, D., & Mishra, A. (1995). Toward a Theory of Organizational Culture and Effectiveness. *Organization Science*, 6(2), 204-224.
- Dessler, G. (1979). *Organización y administración, enfoque situacional*. Bogotá: Prentice Hall International.
- Díaz, F., & Gómez, I. (2016). La Investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 1-20.
- Díaz, L., Arab, J., Cotoras, P., Véliz, D., Bitrán, M., Rojas, V., . . . Riquelme, A. (2016). Evaluación de la carga laboral en residentes Chilenos de especialidades y subespecialidades médicas. *ARS MEDICA revista de ciencias médicas*, 41(2), 13-20.

- Díaz-Narvaez, V., & Núñez, A. (2015). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científicas en las Ciencias de la Salud. *Ciencias de la Salud*, 14(1), 115-121.
- Domínguez-Lara, S. (2016). Secretos del coeficiente alfa. *Actas Urológicas Españolas*, 40(7), 471-471.
- Esplana, R., & Etelvina, N. (2017). Síndrome de Burnout y clima organizacional en docentes de la institución educativa la victoria de ayacucho huancavelica-2017. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica.
- Fajardo, J., Gómez, N., & Santos, J. (2020). Cultura Organizacional: De las teorías comunicativas al enfoque complejo organizacional y las perspectivas antropológicas latinoamericanas. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 11(20), 263-289.
- Farzianpour, F., Abbasi, M., Rahimi, A., & Jafari, E. (2016). The relationship between Hofstede Organizational Culture and Employees Job Burnout in Hospital of Tehran University of Medical Sciences 2014-2015. *Mater Sociomed*, 28(1), 26-31.
- Fernández-Valera, M. M., Soler-Sánchez, M. I., & Meseguer-De Pedro, M. (2020). Burnout, salud y capital psicológico: Un acercamiento desde la teoría de la conservación de recursos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 13(3), 182-188.
- Ferrans, C. (1990b). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*, 17(3), 15-21.
- Fong, T., Ho, R., Au-Yeung, F., Sing, C., Law, K., Lee, L., & Ng, S. (2016). The relationships of change in work climate with changes in burnout and depression: a 2-year longitudinal study of Chinese mental health care workers. *Psychology, Health & Medicine*, 21(4), 401-412.
- Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E., & Miró, Ó. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista Clínica Española*, 210(5), 209-215.
- Forehand, G., & Gilmer, B. (1964). Variación ambiental en los estudios de Comportamiento Organizacional. *Psychological Bulletin*.
- Fornell, C., & Larcker, D. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- García, A., Moro, M., & Medina, M. (2010). Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Revista de calidad asistencial*, 25(4), 207-214.
- García, C. (2006). Una aproximación al concepto de cultura organizacional. *Universitarias Psychologica*, 5(1), 163-174.
- García, M. (2009). Clima Organizacional y su Diagnóstico: Una aproximación conceptual. *Cuadernos de Administración*, 25(42), 43-61.
- García, M., Vesga, J., & Gómez, C. (2020). *Clima Organizacional: Teoría y práctica*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- García, P., Gatica, M., Cruz, E., Luis, K., Vargas, R., Hernández, J., . . . Macías, D. (2016). Factores que detonan el síndrome de burnout. *Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración*, 5(9), 1-24.
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., & Martínez-Zaragoza, F. (2016). Relationship between job demand and burnout in nurses: does it depend on work engagement? *Journal of Nursing Management*, 24(6), 780-788.
- Garden, A.-M. (1987). Despersonalization: A Valid Dimenson of Burnout? *Human Relations*, 40(9), 545-560.

- Gastelo-Salazar, K., Rojas-Ramos, A., Díaz-Vélez, C., & Maldonado-Gómez, W. (2018). Clima educativo hospitalario y síndrome de burnout en internos de medicina. *Educación Médica*, 21(4), 1-10.
- Geiser, S. (1974). A predictive approach to the random effects model. *Biometrika*, 61(1), 101-107.
- Ghorbanian, A., Naghdi, B., Jafari, H., & Sadeghi, A. (2018). The effect of organizational culture and individual motivation resources on staff burnout: structural equation modeling approach. *Evidence Based Health Policy, Management & Economics*, 2(3), 181-191.
- Ginossar, T., Oetzel, J., Hill, R., Avila, M., Archiopoli, A., & Wilcox, B. (2014). HIV health-care providers' burnout: can organizational culture make a difference? *AIDS Care*, 26(12), 1605-1608.
- Giorgi, G., Leon-Perez, J., Pignata, S., Demiral, Y., & Arcangeli, G. (2018). Addressing Risks: Mental Health, Work-Related Stress, and Occupational Disease Management to Enhance Well-Being. *BioMed Research International*, 2018, 1-3.
- Giorgi, G., Mancuso, S., Fiz, F., Castiello, A., Mucci, N., Cupelli, V., & Arcangeli, G. (2016). Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International Journal of Nursing Practice*, 22(2), 160-168.
- Giraldo, J. (1967). Jornada de Trabajo. *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 41(43), 56-77.
- Gobierno de México. (2021). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención*. Retrieved from <https://www.gob.mx/stps/articulos/norma-oficial-mexicana-nom-035-stps-2018-factores-de-riesgo-psicosocial-en-el-trabajo-identificacion-analisis-y-prevencion>
- Golembiewski, R., Munzenrifer, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site co-variants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behaviour Science*, 19(4), 461-481.
- González-Sánchez, B., González López-Arza, M., Montanero-Fernández, J., Varela-Donoso, E., Rodríguez-Mansilla, J., & Mingote-Adán, J. (2017). Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. *Asociación Médica Bras*, 63(4), 361-365.
- Greene, G. (1961). *A burn-out case*. London: Vintage.
- Griethuijsen, R., Eijck, M., Haste, H., Brok, P., Skinner, N., & Mansour, N. (2014). Global patterns in students' views of science and interest in science. *Research in Science Education*, 45(4), 581-603.
- Grindle, M. (1997). Divergent Cultures? When Public Organizations Perform Well in Developing Countries. *World Development*, 25(4), 481-495.
- Guardado, S. (2017). Burnout: La enfermedad Silenciosa de la Organización. *Iberoamerican Business Journal*, 1(1), 55-71.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice-Hall.
- Hair, J., Risher, J., Sarstedt, M., & Ringle, C. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31(1), 2-24.
- Hameed, T., Masuadi, E., Ali, N., Ghayb, F., & Saleh, M. (2018). A study of resident duty hours and burnout in a sample of Saudi residents. *BMC Medical Education*, 18(18), 1-6.
- Henseler, J. (2010). On the convergence of the partial least squares path modeling algorithm. *Computational Statistics*, 25, 107-120.
- Henseler, J., Ringle, C., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43, 115-135.

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill.
- Hofstede Insights. (2021). *Country Comparison*. Retrieved from What About Mexico?: <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/mexico/>
- Hofstede, G. (1999). Culturas y Organizaciones. El Software Mental. La Cooperación Internacional y su Importancia para la Supervivencia. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 3(3), 375-379.
- Hornquist, J. O. (1982). The concept of quality of life. *Scand J Soc Med*, 10(2), 57-61.
- Iglesias, A., & Torres, J. (2018). Un acercamiento al clima organizacional. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1), 1-6.
- Iglesias, A., Torres, J., & Mora, Y. (2019). Referentes teóricos que sustentan el clima organizacional: revisión integrativa. *Medisur*, 17(4), 562-569.
- IMSS. (2013). *Contrato Colectivo de Trabajo 2013-2015*. México: IMSS.
- INEGI. (2019). *Estadística De Salud En Establecimientos*. México.
- International Labour Organization. (2021). *Updating the International Standard Classification of Occupations (ISCO)*. POLICY INTEGRATION DEPARTMENT.
- Kahn, W. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *Academy of Management*, 3(4), 692-724.
- Kaluza, A., Schuh, S., Kern, M., Xin, K., & Dick, R. (2019). How do leaders' perceptions of organizational health climateshape employee exhaustion and engagement? Toward a cascading-effects model. *Human Resource Management*, 59(4), 1-19.
- Kanten, S., & Sadullah, O. (2012). An empirical research on relationship quality of work life and work engagement. *Procedia Social and Behavioral Science*, 62(24), 360-366.
- Klein, K., & Kozlowski, S. (2000). *Multilevel Theory, Research, and Methods in Organizations*. Wiley Company.
- Landa-Ramírez, E., Rangel-Dominguez, N., Villavicencio-Carranza, M., Weinger-Mehl, S., Reyes-Saavedra, M., González-Álvarez, R., . . . Jiménez-Escobar, I. (2017). Clima Organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud*, 27(2), 245-254.
- Lara, J. (2018). ¿Hay saturación de médicos en NL? *El Financiero*.
- Laschinger, H., Wong, C., & Grau, A. (2012). Authentic leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 541-552.
- Lawton, P. (1999). Quality of Life in Chronic Illness. *Gerontology*, 45(4), 181-183.
- Lee, E., & Jang, I. (2019). Nurses, Fatigue, Job Stress, Organizational Culture, and Turnover Intention: A Culture-Work-Health Model. *Western Journal of Nursing Research*, 24(2), 1-16.
- León, R. (2001). Cultura organizacional y liderazgo: reflexiones sobre algunos resultados en entidades bancarias. *Revista de Psicología*, 17(2), 155-172.
- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created "Social Climates". *Social Psychology*, 10(2), 271-299.
- Likert, R. (1965). *Un nuevo método de gestión y dirección*. Bilbao: Beusto.
- Litwin, G., & Stringer, R. (1968). *Motivation and Organizational Climate*. Boston: Harvard University.
- López, N., & Sandoval, I. (2016). *Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa*. Retrieved from UDG Virtual: <http://148.202.167.116:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/176/M%C3%A9todos%20y%20t%C3%A9cnicas%20de%20investigaci%C3%B3n%20cuantitativa%20y%20cualitativa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Luhmann, E. S. (1993). *El Sistema Educativo*. México: UIA- U de G-ITESO.

- Lyndon, M., Henning, M., Alyami, H., Krishna, S., Zeng, I., Yu, T.-C., & Hill, A. (2017). Burnout, quality of life, motivation, and academic achievement among medical students: A person-orientes approach. *Perspectives on Medical Education*, 6(2), 108-114.
- Maldonado, I. (2017). 12 por ciento de los estudiantes de medicina han intentado suicidarse: UNAM. *Saludario*.
- Marcelissen, F., Winnubst, J., Buunk, B., & Wolf, C. (1988). Social Support and Occupational Stress: A Causal Analysis. *Social Science*, 26(3), 365-373.
- Marsollier, R. (2012). El impacto de los factores organizacionales en el desgaste laboral. Un análisis en trabajadores estatales. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 31(1), 21-32.
- Marulanda, F. (2014). Teorías motivacionales en el estudio del emprendimiento. *Pensamiento y Gestión*, 21(36), 206-238.
- Maslach, C. (1976). Burn-Out: the loss of human caring. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2(1), 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2000). Burnout. *Elsevier*, 368-371.
- Masterson, M., Schrichand, P., & Maniate, J. (2014). Resident duty hours in Canada: a survey and national statement. *BMC Medical Education*, 14(1), 1-5.
- May, D., Gilson, R., & Harter, L. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 11-37.
- McClelland, D. (1998). David C. McClelland (1917-1998). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(3), 529-532.
- Medina, M., Medina, M., Gauna, N., Molfino, L., & Merino, L. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de pediatría de un hospital. *Investigación en Educación Médica*, 6(23), 160-168.
- Méndez, C. (2006). *Clima Organizacional en Colombia*. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Mendoza-Flores, Y., Villamizar-Correa, P., García-Méndez, S., & Gutiérrez, J. (2021). Relación entre la cultura organizacional, la satisfacción laboral y el engagement en el sector confecciones de Piedecuesta, Santander. *Revista de Investigaciones*, 16(1), 216-224.
- Meng, J., & Berger, B. (2019). The impact of organizational culture and leadership performance on PR professionals' job satisfaction: Testing the joint mediating effects of engagement and trust. *Public Relations Review*, 45, 64-75.
- Mijakoski, D., Karadzinska-Bislimovska, J., Basarovska, V., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Stoleski, S., & Minov, J. (2015). Burnout, Engagment, and Organizational Culture: Differences between Physicians and Nurses. *Public Health*, 3(3), 506-513.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2015). *Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Ministerio de Salud. (1998). *Gestion de Servicios de Salud*. Cajamarca: APRISABAC.
- Miranda, J., & Gálvez, N. (2016). Clima Organziacional y síndrome de burnout en trabajadores de una red de servicios de salud en Cajamarca-Perú. *Revista Tzhoecoen*, 8(2), 1-6.
- Miravalles, J. (2020). Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. *Gabinete Psicológico*, 11(2), 1-5.
- Monje, C. (2011). Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Guía didáctica. In C. Monje, *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Guía didáctica* (p. 132). Neiva: Unversidad Surcolombiana.
- Mooi, E., & Sarstedt, M. (2011). Select an Appropriate Test and Check Assumptions. In E. Mooi, & M. Sarstedt, *A Concise Guide to Market Research. The Process*,

- Data, and Methods using IBM SPSS Statistics* (pp. 119-121). Germany: Springer.
- Navinés, R., Martin-Santos, R., Olivé, V., & Valdés, M. (2015). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146(8), 359-366.
- Nor, W. (2012). Random sampling and allocation using SPSS. *Education in Medicine Journal*, 4(1), 129-143.
- Nurcholis, G., & Budi, W. (2020). The Impact of Organizational Culture and Perceived Organizational Support on Employee Engagement. *Advances in Social Sciences, Education and Humanities Research*, 395, 240-246.
- Obiri, J., Jie, M., Liao, J., Xiang, Y., & Tao, Y. (2019). The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 19(447), 1-10.
- Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles. (2019). *Mortalidad por enfermedades no transmisibles en México*. Monterrey: OMENT.
- Occupational Health Psychology Unit Utrecht University. (2011). UWES. Retrieved from Escala UTRECHT de Engagement en el Trabajo: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf
- OIT. (2016). *Organización Internacional del Trabajo*. Retrieved from Estrés Laboral: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/genericdocument/wcms_475146.pdf
- Oliveira de Simoni, M., & Oliveira Dias, M. (2021). Literature review on factor that impact Burnout Syndrome. *International Journal of Health and Psychology Research*, 9(1), 1-17.
- OMS. (1996). ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387.
- OMS. (2003). *Sistemas de Salud: Principios para una atención integrada*. OMS.
- OMS. (2019). *World Health Organization*. Retrieved from Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- OIT. (1920). *El Tratado de Versalles de 1919 y sus Antecedentes*. Madrid: Instituto Ibero-Americano de Derecho Comparado.
- OIT. (1944). *Declaración de Filadelfia*. Filadelfia: Organización Internacional de Trabajo.
- OIT. (2008). *Medición del tiempo de trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional de Trabajo.
- OMS. (2008). *Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo*. Países Bajos: OMS.
- OMS. (2017). *Salud mental en el lugar de trabajo: Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from Organización Mundial de la Salud Sitio web: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- Ortega, A., Corona, J., Hernández, E., Montañó, O., Garnica, J., Garduño, S., . . . Robles, C. (2015). A systematic model of analysis of organizational culture in health care services. *Nova Scientia*, 7(3), 321-342.
- Patlán, J. (2020). ¿Qué es la calidad de vida en el trabajo? Una aproximación desde la teoría fundamentada. *Psicología desde el Caribe*, 37(2), 31-67.
- Pericak, A., Hogg, C., Skalsky, K., & Bourdeanu, L. (2020). What Influences Work Engagement Among Registered Nurses: Implications for Evidence Based Action. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(5), 1-10.
- Pettigrew, A. (1979). On Studying Organizational Cultures. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 570-581.
- Pines, A., & Aronson, E. (1983). Combatting Burnout. *Children and Youth Services Research*, 5(3), 263-275.

- Porcela, O., Candy, P., Huarcaya, S., & Josue, N. (2017). Influencia del síndrome de Burnout en el clima organizacional de los trabajadores administrativos del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa .
- Posso, R., Aponte, J., Zapata, M., & Betancourt, A. (2020). Aproximación fenomenológica y hermenéutica de los expertos en recreación, sobre las teorías del ocio y el tiempo libre en el proceso de socialización en las instituciones educativas. *Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma.*, 17(20), 78-91.
- Prieto-Miranda, S., Jiménez-Bernardino, C., Cázares-Ramírez, G., Vera-Haro, M., & Esparza-Pérez, R. (2015). Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México*, 31(6), 669-679.
- Pritchard, R., & Karasick, B. (1973). The effects of organizational climate on managerial job performance and job satisfaction. *Organizational Behavior and Human Performance*, 9(1), 126-146.
- Quinn, R., & Rohrbaugh, J. (1983). A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, 29(3), 363-377.
- Quiroz, E., & Muñoz, J. (2020). Engagement y burnout en profesionales de la salud colombianos. *Salud (i) Ciencia*, 24(4), 201-207.
- Ramírez, M. (2017). Prevalencia del Síndrome de Burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 241-252.
- Revda, S., Kuzey, C., & Sait, M. (2020). The Effect of Organizational Climate on Faculty Burnout at State and Private Universities: A Comparative Analysis. *Sage*, 10(4), 1-19.
- Revilla-Macías, D., Santana-Mondragón, R., & Rentería-López, M. (2015). La influencia de la cultura organizacional en el desempeño hospitalario. *Revista de Sanidad Militar*, 69(5), 429-439.
- Ricci, I., Meneses, J., Serrano-Ripoll, M., Fraile-Navarro, D., Fiol, M., Pastor, G., . . . Goncalves-Bradley, D. (2020). *Impact of Viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review*. Retrieved from MedRxiv: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.02.20048892v1>
- Rivera, D., Carrillo, S., Forgiony, J., Nuván, I., & Roza, A. (2018). Cultura organizacional, retos y desafíos para las organizaciones saludables. *Espacios*, 39(22), 1-14.
- Robles-Espinoza, A., Rubio-Jurado, B., De la Rosa-Galván, E., & Nava-Zavala, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidado de salud. *El Residente*, 11(3), 120-125.
- Rocco, L., & Oliari, N. (2007). *CDSA académica*. Retrieved from La encuesta mediante internet como alternativa metodológica: <https://cdsa.aacademica.org/000-106/392.pdf>
- Rojas, R. (2017). Saludario. El medio para médicos. *México continúa en primer lugar a nivel mundial en estrés laboral: OMS*, p. 1.
- Rositas, J. (2014). Los tamaños de las muestras en encuestas de las ciencias sociales y su repercusión en la generación del conocimiento. *InnOvaciones de Negocias*, 235-268.
- Roth, E., & Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de la Paz. *Ajayu*, 8(2), 62-100.
- Saks, A. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 600-619.
- Salanova, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. (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*, 60(2), 255-285.

- Salanova, M., Shaufeli, W., Llorens, S., Peiro, J., & Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement" ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Salas, M., Basante, Y., Zambrano, C., Matabanchoy, S., & Narváez, A. (2021). Concepciones sobre calidad de vida laboral en las organizaciones. *Informes Psicológicos*, 21(2), 209-227.
- Salazar, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., . . . Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes and physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275(1), 48-57.
- Salazar-Ponce, E., Alvarado-Franco, D., & Holguín-León, G. (2021). Clima organizacional y su incidencia en la satisfacción laboral: Caso Empresa de Seguridad Covipen. *Dominio Ciencias*, 7(5), 581-596.
- Sánchez Vera, K. M., Rudi Amalia, L. P., & Sandoval Vegas, M. H. (2015). Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias-Instituto de Gestión de Servicios de Salud. *Revista Enfermería Herediana*, 8(2), 116-122.
- Sarmiento, P., & Parra, A. (2015). Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. *Persona y Bioética*, 19(2), 290-302.
- Sarstedt, M., Ringle, C., Henseler, J., & Hair, J. (2014). On the emancipation of PLS-SEM. A commentary on Rigdon. *Long Range Planning*, 47, 154-160.
- Sarstedt, M., Wilczynski, P., & Melewar, T. (2013). Measuring reputation in global markers: A comparison of reputation measures' convergent and criterion validities. *Journal of World Business*, 48, 329-339.
- Savvy Sleeper. (2021). *Savvy Sleeper* . Retrieved from The Cities with the Highest Burnout: <https://savvysleeper.org/cities-with-highest-burnout/>
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). El Concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 21-36.
- Schaufeli, W. (2005). Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 15-35.
- Schein, E. (1983). The Role of the Founder in Creating Organizational Culture. *Organizational Dynamics*, 12(1), 221-238.
- Secretaria de Salud. (2016). *Visión CEVECE*. Retrieved from Estrés Laboral: http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2016/Semana%2027_2016.pdf
- Segredo, A. (2017). Instrumento para la evaluación del clima organizacional en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(1), 57-67.
- Segredo, A., & Reyes, D. (2004). Clima organizacional en salud pública. Consideraciones generales. *Correo Científico Médico de Holguín*, 3(8), 1-6. Retrieved from Clima Organizacional: <http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83rev4.htm>
- Segredo, A., García, A., López, P., León, P., & Perdomo, I. (2015). Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 45-129.
- Segredo, A., Pérez, J., & López, P. (2015). Construcción y Validación de un instrumento para evaluar el clima organizacional en el ámbito de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 1-21.
- Seguanes, C., & Mancera, C. (2021). La teoría del desarrollo humano integral y sustentable: una mirada desde la salud pública. *Revista de la Universidad de la Salle*, 2020(84), 145-155.
- Sein, M., Wipada, K., & Azadeh, S. (2020). A contemporary understanding of organizational climate in healthcare setting: A concept analysis. *Nursin Forum*, 56(2), 172-180.

- Serrano, F., Salguero-Sánchez, J., Ayala-Fernández, J., García-Torres, M., Meza, J., & Christian, M. (2016). Síndrome de Burnout en estudiantes de seis facultades de medicina de Colombia, 2016-1: estudio multicéntrico. *CIMEL*, 21(2), 29-34.
- Sharma, P., & Kumra, R. (2020). Relationship between workplace spirituality, organizacional justice and mental health: mediation role of employee engagement. *Journal of Advances in Management Research*, 17(5), 1-24.
- Shaufeli, W., Salanova, M., González-Roma, V., & Bakker, A. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92.
- Shaw, A. (1977). Defining The Quality of Life. *The Hastings Center*, 7(5), 11-12.
- SIL. (2015). *Iniciativa Con Proyecto De Decreto Por El Que Se Adiciona El Capítulo II*. México: Gobernación.
- Solis, A. (2014). Ausentismo laboral "golpea" a empresas mexicanas. *Forbes México*.
- Solis, Z., Zamudio, L., Matzmura, J., & Gutiérrez, H. (2016). Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú. *Revista Horizonte Médico*, 16(4), 32-38.
- Stavroula, L., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Reino Unido: Organización Mundial de la Salud.
- Stone, M. (1974). Cross-validatory choice and assessment of statistical predictions. *Journal of the Royal Statistical Society*, 36(2), 111-147.
- Suárez, M. S., Álvarez, M. T., & Vásquez, M. (2020). La cultura organizacional a través de las teorías organizacionales: nacimiento, crecimiento y madurez. *Revista San Gregorio*(40), 145-156.
- Sun, L. (2019). Employee Engagement: A Literature Review. *International Journal of Human Resource Studies*, 9(1), 63-80.
- Swider, B., & Zimmerman, R. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 487-506.
- Teoh, K., & Hung, D. (2020). Psychosocial safety climate and burnout among academicians: the mediating role of work engagement. *Int. J. Society Systems Science*, 12(1), 1-14.
- Thietart, A. (1999). *Doing Management research*. London: Sage.
- Thomas, K., & Tymon, W. (1982). Necessary Properties of Relevant Research: Lessons from Recent Criticisms of the Organizational Sciences. *Academy of Management Review*, 7(3), 345-352.
- Toscano-del Cairo, C., Vesga-Rodríguez, J., & Avendaño-Prieto, B. (2020). Calidad de vida en el trabajo y su relación con el engagement. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 128-137.
- Tummers, L., & Bakker, A. (2021). Leadership and Job Demands-Resources Theory: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12(722080), 1-13.
- Valdez, H., & Ron, C. (2011). *UTRECHT Worke Engagement Scale*. Jalisco: Occupational Health Psychology Unit Utrecht University.
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictor of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, 16(5), 1-14.
- Vidotti, V., Trevisan, J., Quina, M., Perfeito, R., & Carmo, M. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 18(3), 344-354.
- Vizcarra, M., Llaja, V., Limo, C., & Talavera, J. (2015). Clima Laboral, Burnout y Perfil de Personalidad: Un estudio en personal asistencial de un Hospital Público de Lima. *Informes Psicológicos*, 15(2), 111-126.
- Wang, J., Bu, L., Li, Y., Song, J., & Li, N. (2021). The mediating effect of academic engagement between psychological capital and academic burnout among

- nursing students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 102, 1-6.
- Wen, J., Cheng, Y., Hu, X., Yuan, P., Hao, T., & Shi, Y. (2016). Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. *BioScience Trends*, 10(1), 27-33.
- Whetten, D. (1989). What Constitutes a Theoretical Contribution? *Academy of Management Review*, 14(4), 490-495.
- Zamini, S., Zamini, S., & Barzegary, L. (2011). The relationship between organizational culture and job burnout among the professors and employees in the University of Tabriz. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 30(2011), 1964-1968.
- Zhang, M., Zhang, P., Liu, Y., Wang, H., Hu, K., & Du, M. (2021). Influence of perceived stress and workload on work engagement in front-line nurses during COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11), 1-12.
- Zhao, X., Lynch, J., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206.

Anexo 1. Instrumento de Medición Aplicado a la Muestra Final



Esta investigación forma parte de una tesis doctoral que habla acerca de los factores organizacionales como calidad de vida, jornadas laborales, cultura y clima organizacionales que impactan en la aparición del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Es importante reflexionar y contestar las preguntas del cuestionario de manera sincera y con la atención debida. La información proporcionada será confidencial y anónima.

Instrucciones: Es importante que se lean las preguntas de manera detenida, para cada una se debe marcar correctamente la casilla con una ☐ con la que se sienta identificado y no dejar ninguna pregunta sin contestar.

Este cuestionario le tomará aproximadamente 15 minutos en responder todas las preguntas.

CALIDAD DE VIDA						
	Nunca					Siempre
1	Se me ha dificultado realizar mis actividades debido a la sensación de dolor corporal.	1	2	3	4	5
2	Necesito de un tratamiento médico para funcionar en mi vida diaria.	1	2	3	4	5
3	Tengo mucha capacidad de concentración.	1	2	3	4	5
4	El ambiente donde me desempeño es saludable y puedo realizar mis actividades correctamente	1	2	3	4	5
5	Me siento satisfecho(a) con mis relaciones sociales.	1	2	3	4	5
6	Me siento satisfecho(a) con el apoyo que recibo de mis compañeros.	1	2	3	4	5
7	La aceptación de mi apariencia física llega a influir con mis actividades	1	2	3	4	5
8	Disfruto mucho de la vida.	1	2	3	4	5
9	Me siento satisfecho(a) con mi capacidad de trabajo.	1	2	3	4	5
10	Las condiciones del lugar donde vivo me hacen sentir satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
JORNADAS LABORALES						
	Nunca					Siempre
11	Dedico más de 9 horas por día en la realización de mis actividades académicas.	1	2	3	4	5
12	La frecuencia de horas que dedico a la semana para realizar mis actividades es adecuada.	1	2	3	4	5
13	Me queda tiempo libre para disfrutar de actividades sociales.	1	2	3	4	5
14	Durante mis actividades puedo tomar una o dos horas libres.	1	2	3	4	5

15	Me puedo tomar un descanso cuando se me apetece.	1	2	3	4	5
16	El tiempo que tengo para realizar mis actividades es adecuado.	1	2	3	4	5
17	El sistema de mi organización es eficaz y me garantiza las horas de trabajo adecuadas para mis actividades.	1	2	3	4	5
CULTURA ORGANIZACIONAL						
	Nunca					Siempre
18	Mi institución fomenta la cooperación entre mis compañeros de distintos departamentos.	1	2	3	4	5
19	La institución es clara al demostrarnos que nuestras actividades se enfocan en cumplir los objetivos de la institución.	1	2	3	4	5
20	Me delegan suficiente autoridad para poder actuar por mi mismo(a).	1	2	3	4	5
21	Mi institución nos demuestra que nuestra capacidad es una fuente importante de ventaja competitiva.	1	2	3	4	5
22	Mis líderes y directores practican lo que anuncian.	1	2	3	4	5
23	Mi comportamiento es guiado por el código de ética de mi institución y me ayuda a distinguir lo correcto.	1	2	3	4	5
24	Mi manera de trabajar suele ser consistente y predecible.	1	2	3	4	5
25	Mi institución promueve la coordinación de proyectos entre mis compañeros de distintas áreas o departamentos de manera sencilla y eficaz	1	2	3	4	5
26	Las reglas y procedimientos que existen para realizar nuestras actividades son flexibles.	1	2	3	4	5
27	Realizo cambios libremente sin crear resistencia entre mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
28	El aprendizaje es un objetivo importante en mi trabajo cotidiano	1	2	3	4	5
29	La organización tiene una misión clara que le otorga sentido y rumbo a mi trabajo	1	2	3	4	5
30	La dirección de la organización me conduce hacia los objetivos que trato de alcanzar	1	2	3	4	5
31	Los líderes y directores tienen una perspectiva a largo plazo	1	2	3	4	5
CLIMA ORGANIZACIONAL						
	Nunca					Siempre

32	La información que requiero para cumplir con todas mis actividades me llega de manera rápida debido a una correcta comunicación entre mi equipo de trabajo.	1	2	3	4	5
33	Mi institución me hace sentir que estoy realizado(a) con mi trabajo.	1	2	3	4	5
34	Mantengo buena relación con mi jefe y mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
35	Me asignan justamente las tareas que tengo que realizar según el contenido de trabajo que me corresponde desarrollar dentro de la organización.	1	2	3	4	5
36	Me siento satisfecho(a) con el ambiente físico donde trabajo en mi organización.	1	2	3	4	5
37	El trabajo que realizo corresponde con los objetivos que tiene la organización.	1	2	3	4	5
38	Se preocupan por mi actualización profesional con el fin de mejorar la calidad de mi trabajo.	1	2	3	4	5
39	Toman en cuenta mi apoyo y participación a la hora de tomar decisiones.	1	2	3	4	5
40	Puedo discutir mis problemas de una manera constructiva.	1	2	3	4	5
41	Mis ideas son tomadas en cuenta para mejorar los resultados de trabajo.	1	2	3	4	5
ENGAGEMENT						
	Nunca					Siempre
42	Las actividades que realizo me hacen sentir lleno(a) de energía.	1	2	3	4	5
43	Mi trabajo está lleno de significado y propósito.	1	2	3	4	5
44	Se me pasa muy rápido el tiempo cuando estoy realizando mis actividades.	1	2	3	4	5
45	Me siento fuertemente motivado cuando estoy estudiando o voy a clases.	1	2	3	4	5
46	Me levanto con ganas de ir a realizar mis actividades	1	2	3	4	5
47	Puedo estar estudiando durante largos periodos de tiempo.	1	2	3	4	5
48	Mi carrera es retadora.	1	2	3	4	5
49	Disfruto tanto mis actividades que me dejo llevar por ellas y se me pasa el tiempo rápido.	1	2	3	4	5
50	Mis estudios me inspiran cosas nuevas.	1	2	3	4	5
51	Me cuesta trabajo desconectarme de mis actividades.	1	2	3	4	5
SÍNDROME DE BURNOUT						
	Nunca					Siempre
52	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo.	1	2	3	4	5
53	Tengo una sensación de vacío al terminar mis actividades del día.	1	2	3	4	5
54	Trato a mis pacientes de manera inhumana debido al cansancio que tengo por sobrecarga laboral.	1	2	3	4	5
55	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	1	2	3	4	5

56	Siento que mi trabajo me está desgastando.	1	2	3	4	5
57	Acostumbro no entender bien a mis pacientes debido a la fatiga que siento.	1	2	3	4	5
58	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	1	2	3	4	5
59	Mi profesión me hace sentir que vale la pena seguir desempeñándome, aunque sea difícil de sobrellevar.	1	2	3	4	5
60	Mi institución presta atención cuando me siento fatigado emocionalmente por la carga laboral y me ayuda a manejar de manera oportuna mis emociones.	1	2	3	4	5

INFORMACIÓN GENERAL DEL PARTICIPANTE							
Hospital donde realiza su residencia							
Edad							
Género				Masculino		Femenino	
Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Unión Libre	Divorciado	Separado	
Si eres médico residente indica el grado que estás cursando							
Si eres médico residente indica la especialidad que estudias							
Municipio donde vives							
Religión				Cristiano	Católico	Otro:	

Anexo 2. Formato de Validez de Contenido

Instrucciones: Favor de leer detenidamente los ítems de cada uno de los apartados, conteste anotando en la casilla de "relevancia" el número que usted considere de acuerdo a las respuestas anexas (1. Irrelevante; 2. Poco Relevante; 3. Relevante y 4. Muy Relevante). Es importante que se evalúe el grado de importancia que tiene cada ítem para explicar la definición del constructo. Solo se debe asignar una respuesta.

Validez de Contenido		
Calidad de Vida		Relevancia
1	Se me ha dificultado realizar mis actividades debido a la sensación de dolor corporal.	
2	Necesito de un tratamiento médico para funcionar en mi vida diaria.	
3	Tengo mucha capacidad de concentración.	
4	El ambiente donde me desempeño es saludable y puedo realizar mis actividades correctamente	
5	Me siento satisfecho(a) con mis relaciones sociales.	
6	Me siento satisfecho(a) con el apoyo que recibo de mis compañeros.	
7	La aceptación de mi apariencia física llega a influir con mis actividades	
8	Disfruto mucho de la vida.	
9	Me siento satisfecho(a) con mi capacidad de trabajo.	
10	Las condiciones del lugar donde vivo me hacen sentir satisfecho con mi vida	
Jornadas Laborales		Relevancia
1	Dedico más de 9 horas por día en la realización de mis actividades académicas.	
2	La frecuencia de horas que dedico a la semana para realizar mis actividades es adecuada.	
3	Me queda tiempo libre para disfrutar de actividades sociales.	
4	Durante mis actividades puedo tomar una o dos horas libres.	
5	Me puedo tomar un descanso cuando se me apetece.	
6	El tiempo que tengo para realizar mis actividades es adecuado.	
7	El sistema de mi organización es eficaz y me garantiza las horas de trabajo adecuadas para mis actividades.	
Cultura Organizacional		Relevancia
1	Mi institución fomenta la cooperación entre mis compañeros de distintos departamentos.	
2	La institución es clara al demostrarnos que nuestras actividades se enfocan en cumplir los objetivos de la institución.	
3	Me delegan suficiente autoridad para poder actuar por mi mismo(a).	
4	Mi institución nos demuestra que nuestra capacidad es una fuente importante de ventaja competitiva.	
5	Mis líderes y directores practican lo que anuncian.	

6	Mi comportamiento es guiado por el código de ética de mi institución y me ayuda a distinguir lo correcto.		individuo como las estrategias organizacionales (Ministerio de Salud, 1998; Quinn y Rohrbaugh, 1983; Denison y Mishra, 1995).
7	Mi manera de trabajar suele ser consistente y predecible.		
8	Mi institución promueve la coordinación de proyectos entre mis compañeros de distintas áreas o departamentos de manera sencilla y eficaz		
9	Las reglas y procedimientos que existen para realizar nuestras actividades son flexibles.		
10	Realizo cambios libremente sin crear resistencia entre mis compañeros de trabajo.		
11	El aprendizaje es un objetivo importante en mi trabajo cotidiano		
12	El hospital tiene una misión clara que le otorga sentido y rumbo a mi trabajo		
13	La dirección del hospital me conduce hacia los objetivos que trato de alcanzar		
14	Los líderes y directores tienen una perspectiva a largo plazo		
Clima Organizacional		Relevancia	Definición de Constructo
1	La información que requiero para cumplir con todas mis actividades me llega de manera rápida debido a una correcta comunicación entre mi equipo de trabajo.		Fenómeno multifactorial que considera las percepciones que tienen los individuos acerca de su organización e involucra todo lo relacionado a los estilos de dirección como el liderazgo, la participación, la solución de conflictos y el trabajo en equipo; a la estructura organizacional, incluyendo el funcionamiento, las condiciones de trabajo y el estímulo al desarrollo organizacional y los comportamientos dentro de la organización, es decir, la motivación, la comunicación y las relaciones interpersonales y de trabajo (Segredo, 2017).
2	Mi institución me hace sentir que estoy realizado(a) con mi trabajo.		
3	Mantengo buena relación con mi jefe y mis compañeros de trabajo.		
4	Me asignan justamente las tareas que tengo que realizar según el contenido de trabajo que me corresponde desarrollar dentro de la organización.		
5	Me siento satisfecho(a) con el ambiente físico donde trabajo en mi organización.		
6	El trabajo que realizo corresponde con los objetivos que tiene la organización.		
7	Se preocupan por mi actualización profesional con el fin de mejorar la calidad de mi trabajo.		
8	Toman en cuenta mi apoyo y participación a la hora de tomar decisiones.		
9	Puedo discutir mis problemas de una manera constructiva.		
10	Mis ideas son tomadas en cuenta para mejorar los resultados de trabajo.		
Engagement		Relevancia	Definición de Constructo
1	Las actividades que realizo me hacen sentir lleno(a) de energía.		Experiencias positivas que presentan los trabajadores dentro de sus organizaciones que los llevan a sentirse con dedicación, vigor y absorción o admiración y realizan sus actividades de
2	Mi trabajo está lleno de significado y propósito.		
3	Se me pasa muy rápido el tiempo cuando estoy realizando mis actividades.		
4	Me siento fuertemente motivado cuando estoy estudiando o voy a clases.		
5	Me levanto con ganas de ir a realizar mis actividades		
6	Puedo estar estudiando durante largos periodos de tiempo.		
7	Mi carrera es retadora.		

8	Disfruto tanto mis actividades que me dejo llevar por ellas y se me pasa el tiempo rápido.		manera eficiente y efectiva (Salanova et al., 2000).
9	Mis estudios me inspiran cosas nuevas.		
10	Me cuesta trabajo desconectarme de mis actividades.		
Síndrome de Burnout		Relevancia	Definición de Constructo
1	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo.		Sensación de fracaso y sobrecarga laboral que presenta un individuo que trata directamente con las personas, ocasionando desmotivación, despersonalización, falta de realización personal y agotamiento físico, mental y psicológico (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Pines y Aronson, 1983)
2	Tengo una sensación de vacío al terminar mis actividades del día.		
3	Trato a mis pacientes de manera inhumana debido al cansancio que tengo por sobrecarga laboral.		
4	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.		
5	Siento que mi trabajo me está desgastando.		
6	Acostumbro no entender bien a mis pacientes debido a la fatiga que siento.		
7	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.		
8	Mi profesión me hace sentir que vale la pena seguir desempeñándome, aunque sea difícil de sobrellevar.		
9	Mi institución presta atención cuando me siento fatigado emocionalmente por la carga laboral y me ayuda a manejar de manera oportuna mis emociones.		

Anexo 3. Promedio de la Validez de Contenido

Calidad de Vida		Relevancia						Promedio
		1	2	3	4	5	6	
1	Se me ha dificultado realizar mis actividades debido a la sensación de dolor corporal.	4	1	3	4	4	4	3.33
2	Necesito de un tratamiento médico para funcionar en mi vida diaria.	3	3	4	4	4	3	3.50
3	Tengo mucha capacidad de concentración.	4	3	3	4	4	3	3.50
4	El ambiente donde me desempeño es saludable y puedo realizar mis actividades correctamente	3	3	4	4	4	4	3.67
5	Me siento satisfecho(a) con mis relaciones sociales.	3	4	4	4	4	2	3.50
6	Me siento satisfecho(a) con el apoyo que recibo de mis compañeros.	3	4	4	4	4	1	3.33
7	La aceptación de mi apariencia física llega a influir con mis actividades	3	3	3	4	4	1	3.00
8	Disfruto mucho de la vida.	4	4	4	4	4	1	3.50
9	Me siento satisfecho(a) con mi capacidad de trabajo.	3	4	4	4	4	2	3.50
10	Las condiciones del lugar donde vivo me hacen sentir satisfecho con mi vida	3	4	4	4	4	1	3.33
Jornadas Laborales		1	2	3	4	5	6	Promedio
1	Dedico más de 9 horas por día en la realización de mis actividades académicas.	4	4	4	1	4	3	3.33
2	La frecuencia de horas que dedico a la semana para realizar mis actividades es adecuada.	4	4	4	1	4	3	3.33
3	Me queda tiempo libre para disfrutar de actividades sociales.	4	3	4	3	4	4	3.67
4	Durante mis actividades puedo tomar una o dos horas libres.	3	2	4	2	4	3	3.00
5	Me puedo tomar un descanso cuando se me apetece.	4	3	4	4	4	3	3.67
6	El tiempo que tengo para realizar mis actividades es adecuado.	3	3	4	3	4	3	3.33
7	El sistema de mi organización es eficaz y me garantiza las horas de trabajo adecuadas para mis actividades.	3	3	4	4	4	2	3.33
Cultura Organizacional		1	2	3	4	5	6	Promedio
1	Mi institución fomenta la cooperación entre mis compañeros de distintos departamentos.	3	4	4	4	4	2	3.50
2	La institución es clara al demostrarnos que nuestras actividades se enfocan en cumplir los objetivos de la institución.	3	3	4	3	4	3	3.33
3	Me delegan suficiente autoridad para poder actuar por mi mismo(a).	3	4	4	4	4	3	3.67
4	Mi institución nos demuestra que nuestra capacidad es una fuente importante de ventaja competitiva.	2	3	4	4	4	3	3.33
5	Mis líderes y directores practican lo que anuncian.	4	2	4	4	4	3	3.50
6	Mi comportamiento es guiado por el código de ética de mi institución y me ayuda a distinguir lo correcto.	4	4	4	4	4	4	4.00
7	Mi manera de trabajar suele ser consistente y predecible.	3	4	4	4	4	2	3.50
8	Mi institución promueve la coordinación de proyectos entre mis compañeros de distintas áreas o departamentos de manera sencilla y eficaz	3	4	4	4	4	2	3.50
9	Las reglas y procedimientos que existen para realizar nuestras actividades son flexibles.	4	4	4	4	4	1	3.50
10	Realizo cambios libremente sin crear resistencia entre mis compañeros de trabajo.	3	4	4	4	4	2	3.50
11	El aprendizaje es un objetivo importante en mi trabajo cotidiano	4	4	4	4	4	4	4.0
12	El hospital tiene una misión clara que le otorga sentido y rumbo a mi trabajo	4	4	4	4	4	4	4.0

1 3	La dirección del hospital me conduce hacia los objetivos que trato de alcanzar	4	4	4	4	4	4	4.0
1 4	Los líderes y directores tienen una perspectiva a largo plazo	4	4	4	4	4	4	4.0
Clima Organizacional		1	2	3	4	5	6	Promedio
1	La información que requiero para cumplir con todas mis actividades me llega de manera rápida debido a una correcta comunicación entre mi equipo de trabajo.	3	2	4	4	4	2	3.17
2	Mi institución me hace sentir que estoy realizado(a) con mi trabajo.	3	4	4	2	2	4	3.17
3	Mantengo buena relación con mi jefe y mis compañeros de trabajo.	3	4	4	4	4	4	3.83
4	Me asignan justamente las tareas que tengo que realizar según el contenido de trabajo que me corresponde desarrollar dentro de la organización.	3	4	4	4	4	4	3.83
5	Me siento satisfecho(a) con el ambiente físico donde trabajo en mi organización.	3	4	4	4	4	4	3.83
6	El trabajo que realizo corresponde con los objetivos que tiene la organización.	3	4	4	4	4	4	3.83
7	Se preocupan por mi actualización profesional con el fin de mejorar la calidad de mi trabajo.	4	4	4	4	4	4	4.00
8	Toman en cuenta mi apoyo y participación a la hora de tomar decisiones.	4	4	4	4	4	4	4.00
9	Puedo discutir mis problemas de una manera constructiva.	4	4	4	4	4	3	3.83
10	Mis ideas son tomadas en cuenta para mejorar los resultados de trabajo.	4	4	4	4	4	3	3.83
Engagement		1	2	3	4	5	6	Promedio
1	La información que requiero para cumplir con todas mis actividades me llega de manera rápida debido a una correcta comunicación entre mi equipo de trabajo.	4	4	4	4	4	4	4.00
2	Mi institución me hace sentir que estoy realizado(a) con mi trabajo.	3	4	4	4	4	4	3.83
3	Mantengo buena relación con mi jefe y mis compañeros de trabajo.	4	4	4	4	4	2	3.67
4	Me asignan justamente las tareas que tengo que realizar según el contenido de trabajo que me corresponde desarrollar dentro de la organización.	4	3	4	4	4	3	3.67
5	Me siento satisfecho(a) con el ambiente físico donde trabajo en mi organización.	3	2	4	4	4	4	3.50
6	El trabajo que realizo corresponde con los objetivos que tiene la organización.	4	3	3	4	4	2	3.33
7	Se preocupan por mi actualización profesional con el fin de mejorar la calidad de mi trabajo.	4	4	3	4	4	4	3.83
8	Toman en cuenta mi apoyo y participación a la hora de tomar decisiones.	4	3	4	4	4	3	3.67
9	Puedo discutir mis problemas de una manera constructiva.	4	4	3	4	4	4	3.83
10	Mis ideas son tomadas en cuenta para mejorar los resultados de trabajo.	3	4	4	2	2	3	3.00
Síndrome de Burnout		1	2	3	4	5	6	Promedio
1	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo.	4	4	4	4	4	4	4.00
2	Tengo una sensación de vacío al terminar mis actividades del día.	2	4	4	4	4	3	3.50
3	Trato a mis pacientes de manera inhumana debido al cansancio que tengo por sobrecarga laboral.	2	4	4	4	4	3	3.50
4	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	4	4	4	4	4	3	3.83
5	Siento que mi trabajo me está desgastando.	3	4	4	4	4	4	3.83
6	Acostumbro no entender bien a mis pacientes debido a la fatiga que siento.	4	3	4	4	4	4	3.83

7	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	4	4	4	4	4	3	3.83
8	Mi profesión me hace sentir que vale la pena seguir desempeñándome, aunque sea difícil de sobrellevar.	4	3	4	4	4	3	3.67
9	Mi institución presta atención cuando me siento fatigado emocionalmente por la carga laboral y me ayuda a manejar de manera oportuna mis emociones.	3	2	4	4	4	2	3.17