Ciencia Latina
Internacional

Factores Organizacionales y Desgaste Profesional en Relación con el Desempeño Académico

de los Residentes Médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango

CID editorial
ALIANZA RED
Red de Redes
INDEXA
Crossref

Septiembre 2026 – CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright © CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright del texto © 2026 de Autores
biblioteca.ciencialatina.org
editorial@ciencialatina.org
Atención por WhatsApp al +52 22 26903834

Datos Técnicos de Publicación Internacional
Título: Factores Organizacionales y Desgaste Profesional en Relación con el Desempeño Académico de los Residentes Médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango.
Autor: Gloria Beatriz Torres García
Editor: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Diseño de tapa: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Corrección de Estilo: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Formato: PDF
Páginas: 167 pág.
Tamaño: A4
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acceso: World Wide Web
ISBN: En gestión
DOI: https://doi.org/10.37811/cli_w1375

1ª Edición. Año 2026. Editorial CID - Centro de Investigación y Desarrollo.

El contenido del libro y sus datos en su forma, corrección y fiabilidad son responsabilidad exclusiva de los autores. Permite la descarga de la obra y compartir siempre que los créditos se atribuyan a los autores, pero sin la posibilidad de cambiarlo de cualquier forma o utilizarlo con fines comerciales

TESIS

Factores Organizacionales y Desgaste Profesional en Relación con el Desempeño Académico de los Residentes Médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango.

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

DOCTORA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.

PRESENTA:

GLORIA BEATRIZ TORRES GARCÍA

Victoria de Durango, Dgo., Junio del 2026

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DE TESIS DE DOCTORADO

Los suscritos miembros de la comisión de Tesis de Doctorado en Ciencias de la Educación

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado la tesis:

"FACTORES ORGANIZACIONALES Y DESGASTE PROFESIONAL EN RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ACADÉMICO DE LOS RESIDENTES MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL 450 DE DURANGO, DURANGO"

Sustentada por:

GLORIA BEATRIZ TORRES GARCIA

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Doctorado en Ciencias de la Educación.

Dr. Juan Antonio Mercado Piedra
Director de tesis

Dra. Eduviges Saltijeral Bueno
Co-asesor

Dr. Nayeli De La O Velarde
Vocal

Durango, Dgo. Junio 2026

TESIS

Factores Organizacionales y Desgaste Profesional en Relación con el Desempeño Académico de los Residentes Médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango

PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTORA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PRESENTA:

GLORIA BEATRIZ TORRES GARCÍA.

ASESORES:

DR. JUAN ANTONIO MERCADO PIEDRA
DR. RUBÉN MERAZ CABRALES.
DRA. MARÍA IRENE BETANCOURT CONDE

DURANGO,DGO. JUNIO 2026

Agradecimientos

Quiero agradecer primeramente a Dios por ser siempre bondadoso conmigo y hoy permitirme culminar el Doctorado en Ciencias de la Educación que tanto anhelé. A mis padres, el Dr. Juan Manuel Torres Hernández y la Sra. Gloria Beatriz García Contreras, quienes, aunque hoy fallecidos, influyeron mucho en este nivel de profesionalización. Dedico esta tesis al amor de mi vida: mi hijo, Juan Manuel Tadeo, el cual es y será siempre la fuerza necesaria para seguir adelante. Te amo, hijo, con toda mi alma.

Agradezco también a mis hermanos, sobrinas y a mi nana Maras, por el apoyo incondicional y fraternal. Un agradecimiento afectuoso con todo mi cariño a todos los grandes maestros que conocí y de quienes aprendí; ellos fueron grandes pilares en la formación de mi doctorado, en especial el Dr. Juan Antonio Mercado Piedra, la Dra. María Irene Betancourt Conde y el Dr. Rubén Meraz Cabrales. Su asesoría y conocimiento han sido fundamentales, permitiendo la cúspide de esta tesis.

Dedico este estudio de investigación a mi alma mater, la Universidad Juárez del Estado de Durango, y a todos los recuerdos que tengo de cuando fui residente de la Especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas en la Ciudad de México.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRÓLOGO ***12***

Resumen ***15***

CAPITULO I ***17***

INTRODUCCIÓN ***17***

1.1. Características y descripción de los antecedentes. **18**

1.1.1. Otros estudios referentes al tema. **19**

1.2. Planteamiento del problema. **24**

1.3 Pregunta General **25**

1.4. Objetivo general **25**

1.4.1. Objetivos específicos **25**

1.5 Hipótesis **26**

1.5.1. Hipótesis de Investigación Operacionalizables y Vinculadas **26**

1.6 Justificación **29**

1.7 Viabilidad. **30**

CAPÍTULO II ***34***

MARCO TEÓRICO ***34***

2.1 Concepto de organización. **34**

2.1.1 Estructura de la Organización. **34**

2.1.2. Factores Organizacionales. **35**

2.1.3. Características de los Factores Organizacionales. **35**

2.1.4. Escuela del Comportamiento Organizacional **43**

2.1.5. Teoría del Clima Organizacional. **44**

2.2. Factores Psicológicos **47**

2.2.1. Definición. **47**

2.2.2. Ansiedad. **47**

2.2.3. Ansiedad según "DSM-5". **48**

2.2.4. Depresión **49**

2.2.5. Depresión según "DSM-5". **50**

2.2.6. Obsesión. **52**

2.2.7. Obsesión según "DSM-5". **53**

2.2.8. Impulsividad. **53**

2.2.9. Estrés. 54

2.2.10. Estresores. 55

2.2.11. Desgaste Profesional 55

2.2.12. Autoestima. 57

2.3. Desempeño Académico. 59

2.4. El Médico Residente. 60

2.4.1. Origen y Desarrollo de las Residencias Médicas. 66

2.4.2. Movimientos Médicos en pro de sus derechos. 68

2.5. Normas Oficiales Mexicanas y Residencias Médicas. 71

CAPÍTULO III. *83*

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. *83*

3.1. Construcción de la investigación 83

3.2. Investigación Cualitativa 83

3.3. Investigación Cuantitativa 85

3.4 Diseño de investigación: experimental y no experimental 91

3.5 Paradigma de la investigación 92

3.6. Investigación Cuantitativa con alcance correlacional. 93

3.7. Cálculo del tamaño de la muestra. 94

3.8. Tipo de estudio. 95

3.9. Variables de investigación. 96

3.10. Diseño de Investigación. 99

3.11. Operacionalización de las variables implicadas en el estudio. 99

Proceso de intercambio de información, ideas, emociones o señales entre dos o más individuos. *100*

3.12. Participantes de la investigación. 101

3.13. Criterios de selección 102

3.14. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos. 103

Con criterios de evaluación por ítem 103

3.15. Consideraciones ético – legales. 108

3.16. Técnicas e instrumentos 109

CAPÍTULO IV *110*

ANÁLISIS DE RESULTADOS *110*

4.1 Resultados de las variables sociodemográficas: 110

4.2 Factores organizacionales: 113

4.3 Factores psicológicos 115

4.4 Desempeño académico 116

4.4.1. Resultados Estadísticos 116

4.5. Análisis de normalidad y Resultados de las Pruebas no Paramétricas. 117

CAPÍTULO V. *121*

DISCUSIÓN. *121*

5.1. Análisis de los Factores Organizacionales y el Desempeño Académico (Objetivo Específico 1) 121

5.2. El Desgaste Profesional frente a al Desempeño Académico de los residentes médicos (Objetivo Específico 2) 122

5.3. Variabilidad del Impacto del Ambiente Clínico según Perfiles Sociodemográficos (Objetivo Específico 3) 122

5.4. Prevalencia del Desgaste Profesional por año del Residencia Médica (Objetivo Específico 4) 123

CAPÍTULO VI. *124*

CONCLUSIONES *124*

6.1 Conclusiones por Objetivo 125

6.1.1. Objetivo Específico 1 (Factores Organizacionales y Calificaciones): 125

6.1.2. Objetivo Específico 2 (Desgaste Profesional y Desempeño Académico): 125

6.1.4. Objetivo Específico 4 (Año de residencia y desgaste profesional): 126

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS *138*

ANEXO 1. HERRAMIENTA RECOLECCIÓN DE DATOS. 155

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 160

ANEXO 3 DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO 163

ANEXO 4. CARTA DE CONFIDENCIALIDAD. 166

Índice de Tablas

Tabla 1. Estado del Arte de Estudios Empíricos Previos 73

Tabla 2. Estado del Arte de Estudios Empíricos Previos 75

Tabla 4. Diferencias entre la investigación Cuantitativa y Cualitativa 87

Tabla 5. Alcances de la investigación Cuantitativa 89

Tabla 6. Operacionalización de Variables Descriptivas. 97

Tabla 7. Operacionalización de la Variable Dependiente. 100

Tabla 8. Operacionalización de Variable Independiente. 100

Tabla 9. Resultados inferenciales del desempeño académico según variables organizacionales, psicológicas y sociodemográficas 118

Tabla 10. Revisión específica del análisis Bonferroni anexo 120

Tabla 11. Recomendaciones institucionales para fortalecer el ambiente formativo, disminuir el desgaste profesional y mejorar el desempeño académico de los residentes médicos 130

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución del sexo de los participantes del estudio. Fuente de elaboración propia (2026) 111

Figura 2. Distribución del estado civil de los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026) 112

Figura 3. Distribución del año de residencia de los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026) 112

Figura 4. Distribución de las diferentes especialidades médicas de los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026) 113

Figura 5. Comunicación en los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026) 114

Figura 6. Frecuencia de trabajo en equipo en los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026) 114

Figura 7. Distribución del liderazgo en los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026) 115

Figura 8. Desgaste profesional en los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026) 115

Figura 9. Distribución de las calificaciones en los residentes. Fuente de elaboración Propia (2026) 116

PRÓLOGO

La formación de médicos especialistas representa uno de los procesos académicos y humanos de mayor relevancia dentro de los sistemas de salud contemporáneos. Los médicos residentes constituyen el eje operativo y formativo de múltiples instituciones hospitalarias, participando activamente en la atención médica, la toma de decisiones clínicas y el aprendizaje continuo en escenarios de alta complejidad. En este contexto, la residencia médica no solamente implica la adquisición de conocimientos científicos y habilidades técnicas, sino también el desarrollo de competencias emocionales, éticas y organizacionales que permitan brindar una atención segura y de calidad a la población.

Sin embargo, el proceso formativo de los residentes médicos se desarrolla frecuentemente en entornos caracterizados por elevadas exigencias académicas, jornadas laborales prolongadas, presión asistencial constante y una alta responsabilidad profesional. Estas condiciones, aunadas a diversos factores organizacionales, pueden impactar de manera importante el bienestar físico y psicológico de los médicos en formación. Elementos como el liderazgo institucional, la comunicación organizacional, el trabajo en equipo, la carga laboral y el reconocimiento profesional influyen directamente en la percepción del ambiente laboral y académico, pudiendo favorecer o limitar el adecuado desarrollo del residente.

En los últimos años, los factores psicológicos del personal sanitario ha adquirido una relevancia creciente a nivel internacional, particularmente después de los cambios estructurales y emocionales derivados de la pandemia por COVID-19. La evidencia científica ha documentado que los profesionales de la salud, especialmente los médicos residentes, presentan una elevada vulnerabilidad al desgaste profesional, condición caracterizada por un agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. Este fenómeno no solo afecta la calidad de vida del profesional, sino que también puede repercutir en el desempeño académico, la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica brindada.

Dentro del ámbito hospitalario, los factores organizacionales representan componentes fundamentales que condicionan la experiencia formativa del residente. Un ambiente organizacional positivo, basado en la comunicación efectiva, el respeto, el liderazgo participativo y el trabajo colaborativo, favorece el bienestar emocional y fortalece el

compromiso académico y profesional. Por el contrario, los ambientes organizacionales deficientes pueden generar estrés, frustración, desgaste profesional y desmotivación, impactando negativamente en el aprendizaje y desempeño de los residentes.

En México, diversos estudios han señalado que los médicos residentes enfrentan condiciones laborales y académicas complejas que pueden afectar los factores psicológicos y desempeño académicos. No obstante, aún existe limitada evidencia científica enfocada específicamente en analizar de manera integral la relación entre los factores organizacionales, el desgaste profesional y el desempeño académico dentro de contextos hospitalarios particulares. En el caso del Hospital General 450 de Durango, Durango, no se identifican investigaciones previas que exploren esta problemática desde una perspectiva organizacional y académica, lo que evidencia la necesidad de generar conocimiento científico contextualizado que permita comprender mejor las condiciones actuales de formación médica especializada.

El presente protocolo de investigación surge precisamente de la necesidad de analizar la relación existente entre los factores organizacionales y el desgaste profesional con el desempeño académico de los médicos residentes del Hospital General 450. La intención principal es aportar evidencia que permita identificar áreas de oportunidad dentro del entorno institucional y académico, favoreciendo el diseño de estrategias orientadas a fortalecer el bienestar integral de los residentes y optimizar las condiciones de formación médica especializada.

Asimismo, esta investigación busca contribuir al desarrollo de una cultura institucional más consciente de la importancia de los factores psicológicos en los profesionales de la salud. Reconocer que el desempeño académico y profesional no depende exclusivamente de las capacidades cognitivas, sino también del entorno organizacional y emocional en el que se desarrolla el residente, constituye un paso fundamental hacia modelos educativos y hospitalarios más humanos, éticos y sostenibles.

La relevancia de este estudio también radica en que los médicos residentes representan el futuro de la atención médica especializada en México. Garantizar condiciones organizacionales adecuadas y promover entornos laborales saludables no solo beneficia a los residentes como individuos, sino también a las instituciones de salud, a los pacientes y a la

sociedad en general. Un residente con bienestar emocional y apoyo organizacional adecuado tiene mayores posibilidades de desarrollar competencias profesionales sólidas, mantener relaciones interpersonales saludables y brindar una atención médica de calidad.

Finalmente, este trabajo pretende servir como un punto de partida para futuras investigaciones relacionadas con el desgaste profesional, el clima organizacional y el desempeño académico en médicos residentes. Se espera que los resultados obtenidos permitan fortalecer las estrategias institucionales de prevención, detección y atención del desgaste profesional, asi como promover políticas orientadas a mejorar las condiciones formativas y laborales de los médicos en formación. Desde una perspectiva ética y educativa, comprender y atender estas problemáticas representa una responsabilidad compartida entre instituciones, docentes, directivos y profesionales de la salud comprometidos con la excelencia académica y el bienestar humano.

Resumen

Introducción: La formación médica especializada en México transcurre en entornos hospitalarios rígidos y jerárquicos. Los residentes médicos enfrentan con frecuencia extensas jornadas y medidas punitivas, lo cual puede afectar su desempeño académico, vulnerar sus derechos humanos y detonar afectaciones psicológicas. **Objetivo:** Determinar la relación entre factores organizacionales (comunicación, liderazgo, trabajo en equipo), desgaste profesional y desempeño académico en médicos residentes del Hospital General 450 de Durango. **Metodología:** Estudio con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de alcance correlacional, de tipo analítico, transversal y prospectivo. Se analizaron 105 médicos residentes mediante un instrumento validado, con alfa de Cronbach de 0.987 el instrumento presentó alta consistencia interna y las futuras aplicaciones podrían analizar la reducción de ítems, los datos se procesaron mediante pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, con comparaciones post hoc de Dunn-Bonferroni cuando procedió. **Resultados:** El 69.5% presentó desgaste profesional activo. No se encontraron diferencias significativas en el desempeño académico por factores organizacionales ($p > 0.05$), pero sí por sexo ($p=0.016$) y año de residencia ($p=0.004$). **Conclusión:** No se observaron diferencias significativas en desempeño académico según factores organizacionales; no obstante, la elevada frecuencia de desgaste profesional sugiere una problemática institucional relevante para el bienestar de los residentes. La ausencia de significancia estadística revela una paradoja educativa: el rendimiento académico se mantiene a expensas de un elevado costo emocional.

Palabras clave: Residencias médicas, Factores organizacionales, Desgaste Profesional, Desempeño académico, Factores Psicológicos

Abstract

Introduction: Specialized medical training in Mexico takes place within rigid and hierarchical hospital environments. Medical residents frequently face extended shifts and institutional mistreatment, which can impair their academic performance, violate their human rights, and trigger severe mental health issues. **Objective:** To determine the relationship between organizational factors (communication, leadership, teamwork), burnout syndrome, and academic performance among medical residents at the Hospital General 450 in Durango. **Methodology:** A quantitative study with a non-experimental, correlational, analytical, cross-sectional, and prospective design was conducted. Data from 105 medical residents were analyzed using a validated instrument with a Cronbach's alpha of 0.987 the instrument demon. Data were processed using non-parametric Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests, followed by Dunn-Bonferroni post-hoc comparisons when appropriate. **Results:** Active burnout syndrome was present in 69.5% of the participants. No significant differences were found in academic performance based on organizational factors ($p > 0.05$); however, significant differences were identified by sex ($p = 0.016$) and residency year ($p=0.004$). **Conclusion:** No significant differences were observed in academic performance regarding organizational factors; nevertheless, the high prevalence of burnout syndrome highlights a relevant institutional issue concerning residents' well-being. The lack of statistical significance reveals an educational paradox: academic performance is maintained at the expense of a high emotional cost.

Keywords: Medical residency, organizational factors, burnout syndrome, Academic performance, Mental health.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación expone el ambiente formador de los médicos especialistas que atenderán a nuestra población y a nuestras familias en un futuro. Asimismo, analiza la calidad de vida que llevan, las afecciones psicológicas que experimentan, y el tipo de factores organizacionales, y psicológico que se enfrentan; situaciones bajo las cuales atienden a los pacientes, aplicando sus conocimientos y trabajando por los enfermos.

Cabe mencionar que, en el entorno educativo en el que se desenvuelven, a veces realizan prácticas sin la supervisión de los médicos adscritos de su propio hospital ni de los titulares de cada especialidad. Dichas dinámicas suelen incluir medidas punitivas hacia los residentes, humillándolos frente a los pacientes y a sus propios compañeros, lo que lleva a los residentes en los primeros años de formación a desertar del sueño de llegar a ser especialistas (en el menor de los casos) o a desarrollar trastornos del estado de ánimo y, en el peor de los escenarios, atentar contra su propia vida.

Una vez que los residentes de los primeros años son maltratados psicológica y físicamente, y expuestos ante sus propios compañeros y demás médicos de los hospitales de su especialidad, en muchas ocasiones se sienten sin deseos de vivir, por lo que atentan contra su vida ante el miedo de regresar sin la especialización a sus hogares (particularmente cuando se encuentran en otra ciudad realizando la especialidad médica).

Estas situaciones se continúan viviendo a pesar de que existen autoridades que presuntamente castigan estas prácticas, pero se ha visto a lo largo del tiempo que suelen ser las primeras personas que propician este tipo de medidas. Las consecuencias punitivas van desde los más leves: como dejar de hablarle al residente, ignorarlo en el pase de visita médica o dejarlo retenido en el servicio después de su horario de salida, hasta prácticas coercitivas , tales como no permitirle acudir al comedor en su horario de comida, restringirle el acceso a los sanitarios, o castigarlo por días o semanas en el servicio sin permitirle ir a su casa en su horario de descanso.

Estas prácticas coercitivas suelen justificarse por un bajo desempeño académico cuando, en realidad, debido a la excesiva carga laboral, no disponen del tiempo necesario para estudiar

adecuadamente. A esto se suma la desorganización laboral, que reciben por parte de sus propios compañeros de residencia e incluso de médicos adscritos al servicio, quienes utilizan a los residentes que se encuentran en situaciones vulnerables.

Este trabajo refleja la gran carga del médico residente y las medidas punitivas, psicológicas, laborales y académicas presente en el ámbito profesional. Para ello, se debe estructurar una solución adecuada a este grave problema, ya que cuando las autoridades llegan a intervenir, habitualmente solo retiran a los agresores de la víctima sin resolver las causas de raíz.

1.1. Características y descripción de los antecedentes.

En 1982, el Dr. Henry Silver, pediatra e investigador de la Universidad de Colorado, publicó un editorial en la reconocida revista de la Asociación Médica Americana, JAMA, donde lamenta la triste transformación de los estudiantes de Medicina, quienes ingresaban vehementes y entusiastas y al paso del tiempo se convertían en hombres y mujeres cínicos, frustrados, asustados y deprimidos tras su paso por la Facultad. Esto ocasionó que se especulara que, tal vez, podía atribuirse al abuso recibido durante la formación, iniciando asi estudios sobre, la formación médica como experiencia estresante y de mucha exigencia académica.

Previo a estas investigaciones, el mundo médico había ignorado hasta el momento la problemática, ya que el concepto de abuso de menores sencillamente no existía y, por lo tanto, no se detectaba ni evidenciaba. En el año 1979 ambos autores publican el libro niños maltratados reportando la gravedad del problema y demostrando la prevalencia del fenómeno a nivel internacional (Kempes y Kempe, 1979).

Del mismo modo, el Dr. Silver consultó a varios decanos de Medicina que negaban la presencia del problema de abuso hacia estudiantes. Algunos también le sugirieron que tal vez se trataba de una problemática local (Rosenberg y Silver, 1984).

1.1.1. Otros estudios referentes al tema.

Silver y Dahl Glicken (1990) publican un estudio de campo vinculado a las medidas punitivas en educación médica a través de una encuesta a los estudiantes de una escuela de Medicina en los Estados Unidos. Los resultados son reconocidos como uno de los hitos más importantes para que las situaciones abusivas en la formación médica sean reconocidas como un problema. El 46% reportó haber sido blanco de acciones de abuso durante su carrera y el 69% dijo muy perturbadores. Estos autores establecieron allí una primera definición del abuso en el contexto de la formación médica como "el trato dañino u ofensivo, el ataque verbal, el hablar a una persona de manera insultante, injusta o dura, el injuriar a alguien".

Por otro lado, Dyrbye et al. (2014) llevaron a cabo una investigación que evidenció cómo el apoyo social dentro del entorno hospitalario puede mitigar el impacto negativo del estrés laboral. Los autores sugieren que programas de mentoría y redes de apoyo entre colegas son fundamentales para fomentar un ambiente más saludable para los residentes.

Otro estudio de relevancia es el que realiza Michael Myers (1996), director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad British Columbia en Canadá, acerca del problema del abuso en residentes, y más predominantemente, sobre el abuso sexual a medicas residentes. En su trabajo reflexiona acerca de las dificultades que tuvo que sortear para realizar sus investigaciones ya que la comunidad médica, tanto de profesores como de residentes, consideraban al tema como "tonto", divisivo, motivado políticamente y que apartaba de lo importante a la investigación en Educación médica. También señala que sus colegas atribuían estas nuevas publicaciones sobre el trato abusivo a que los actuales residentes eran "jóvenes malcriados" que no les agrada la disciplina y el trabajo duro.

El trabajo de Myers (1996) es muy importante porque es uno de los primeros en identificar la legitimación que estas prácticas abusivas tienen por parte de los profesores y supervisores al interior del sistema de salud y también se vislumbra en el estudio, a través de las adjetivaciones hacia los residentes de "malcriados" y "caprichosos".

Durante la década de los 90, creció año a año la producción de estudios a nivel internacional que alertan sobre el problema de prácticas punitivas y el trato recibido durante la formación médica, no como hechos aislados sino como parte de una cultura enraizada desde hace muchos años y que afecta a todos los actores en la formación médica (Brooks y Bosks, 2013).

Los factores organizacionales incluyen aspectos como la carga laboral, las horas de trabajo, el apoyo institucional y la cultura del lugar de trabajo. Según un estudio realizado por Kumar et al. (2018), se encontró que una alta carga de trabajo y largas horas de turno están directamente relacionadas con niveles elevados de estrés y desgaste profesional entre los residentes. Este estudio destaca la importancia de implementar políticas laborales que promuevan un equilibrio entre la vida personal y profesional para mejorar los factores psicológicos.

La etapa de la residencia médica, en donde el médico especialista en formación se le exige muchas horas de dedicación, lo cual significa mayor carga laboral y menos tiempo disponible para el ocio, la relajación, la búsqueda de ayuda e incluso para el sueño, afecta la psicología de los médicos residentes.

Es importante definir que en los factores psicológicos existe un estado de bienestar del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y contribuir con sus comunidades repercutiendo esto de manera negativo en los residentes.

“La formación de especialidad médica se fundamenta en el desarrollo de competencias clínicas cognitivas, procedimentales y actitudinales durante tres a cuatros o más años de estudio en caso de realizarse una subespecialidad; esta formación especializada se otorga y coexiste en un ambiente clínico académico hospitalario”. Vázquez, y Cols. (2021). El entorno de aprendizaje clínico es fundamental en la formación de profesionales de la salud. Un entorno subóptimo se asocia con atención adversa al paciente, resultados de aprendizaje insuficientes, un efecto negativo en el clima de trabajo; para mejorar este clima de trabajo en cuanto al aprendizaje clínico hospitalario se propaga en la práctica profesional una vez que termina el proceso formativo como médico residente.

Guinchad y Sánchez (2020), mencionan que: “Incluso el propio médico residente es un actor educativo y es pilar de la enseñanza-aprendizaje teniendo un doble rol de aprendiz y de docente”. De los actores educativos médicos-profesores (tutor formador) y médicos residentes se espera realicen su desempeño clínico mostrando suficiencia de conocimientos especializados actualizados.

El proceso formativo del médico residente se integra de instrucción académica, adiestramiento clínico, e instrucción clínica complementaria; si se desarrollan en un ambiente clínico académico hospitalario pobre pueden ser generadoras de estrés, y deficiencias de organización del trabajo académico laboral del residente y alteraciones en el bienestar físico y mental que afectan su formación profesional.

“Desde la interacción de relación profesor-médico-médico se gesta el ambiente clínico académico hospitalario de aprendizaje, el cual es único e irrepetible, con identidad propia; es una oportunidad para enseñar y aprender o bien para afectar el proceso formativo” (Feeser y cols, 2019). Por lo que se requiere la presencia del médico profesor responsable de la formación de médicos residentes; que aceptan el compromiso y exige proporcionar el máximo de sus capacidades para la enseñanza aprendizaje.

Por su parte, Hernández y Dominguez y Cols. (2019), consideran que en el Instituto Mexicano del Seguro Social ser médico residente significa estar en un proceso de enseñanza-aprendizaje es convivir con profesores que tengan competencias docentes en relación con temas como ética, aprender a aprender, planeación didáctica, uso de tecnologías de información y comunicación, evaluación educativa y conocimientos disciplinarios propios de la especialidad”.

Asimismo, Medina y Cols. (2020), mencionan que todo ambiente clínico académico hospitalario de aprendizaje es diferente, pero se debe facilitar las funciones y responsabilidades del médico residente, otorgando seguridad para el ejercicio profesional, teniendo una razonable cantidad de actividades y ausencia de discriminación”. Asi debería ser siempre el ambiente de aprendizaje en las residencias médicas, sin embargo, la situación real es muy diferente, cabe señalar que en instituciones públicas y privadas se maneja de otra manera a la antes señalada.

En Latinoamérica en particular, se encontraron escasos trabajos que puedan dar cuenta de la magnitud de este problema en la formación de residentes. Las investigaciones seleccionadas para este estudio provienen de autores de la Medicina en general o de diversas ciencias afines del campo de la salud tales como la Sociología médica, y la antropología médica.

Es por ello por lo que surge el interés por investigar dicho tema con el fin de conocer el desgaste profesional durante la residencia en la formación de los médicos especialistas, ya

que es muy importante en trabajadores de la salud porque están atendiendo seres humanos en un estado de vulnerabilidad que es la enfermedad.

La intimidación incluye, pero no se limita a agresiones (incluidas las amenazas, insultos, obscenidades y gritos); humillación persistente; dejar en ridículo o criticar frente a pacientes y/o colegas en público o en privado; generación de rumores maliciosos; cambios injustificados de áreas de responsabilidad relegamiento de la/s personas a tareas denigrantes y/o inapropiadas; exclusión deliberada del individuo de las discusiones o decisiones; comunicaciones agresivas por cualquier medio, incluyendo la comunicación electrónica".

Evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema

A pesar de que existe una amplia literatura que aborda los problemas de desgaste profesional en los médicos, en particular el estrés y los trastornos como la ansiedad y la depresión, aún persisten importantes deficiencias en el conocimiento sobre las causas y consecuencias exactas de estos problemas dentro del contexto específico de los médicos residentes.

Estudios insuficientes sobre los factores académicos específicos.

La mayoría de los estudios se han centrado en el ambiente laboral y las cargas de trabajo, pero no han abordado de manera exhaustiva cómo los factores académicos, como la presión de los exámenes, la competencia entre pares y las exigencias educativas, contribuyen directamente al desgaste profesional de los residentes. No se ha logrado aún entender en su totalidad cómo la formación académica, más allá del aspecto laboral, afectó el bienestar psicológico de estos profesionales.

Limitación en estudios longitudinales

Existen pocas investigaciones que realicen un seguimiento prolongado de los médicos residentes a lo largo de toda su residencia. La mayor parte de los estudios son de carácter transversal, lo que limita la comprensión de los cambios en el desgaste profesional a lo largo del tiempo. La falta de estudios longitudinales impide conocer si los problemas de desgaste profesional empeoran, mejoran o se estabilizan a medida que los residentes progresan en su formación.

Falta de atención a diferencias individuales y contextuales.

Si bien se han identificado niveles elevados de estrés y burnout en los residentes médicos, se ha prestado poca atención a los factores que podrían moderar o agravar estos efectos, como el género, la especialidad médica, el soporte institucional o las diferencias culturales. Además, no se ha explorado adecuadamente cómo los contextos específicos, como las variaciones entre sistemas de salud en diferentes países o las particularidades de hospitales de enseñanza, influyen en el impacto de la formación académica en el desgaste profesional.

Escasa información sobre intervenciones efectivas.

Si bien se reconoce la existencia del desgaste profesional entre los residentes médicos, hay poca evidencia empírica sobre las intervenciones más eficaces para abordar estos problemas. No se ha estudiado suficientemente la efectividad de programas de apoyo psicológico, estrategias de manejo del estrés o cambios en la estructura de la formación académica en la mitigación de los efectos negativos sobre el desgaste profesional en los médicos residentes.

Falta de estudios cualitativos profundos.

Sin embargo, se han realizado pocos estudios cualitativos que profundicen en los fenómenos reportados en la literatura que permitiría una comprensión más rica y detallada de cómo perciben y experimentan el estrés y la presión académica.

Poco enfoque en las consecuencias a largo plazo

Otra deficiencia significativa es la falta de investigaciones que examinen las consecuencias a largo plazo de los problemas de desgaste profesional durante la residencia. No se ha explorado suficientemente cómo el estrés y otros trastornos mentales durante la formación académica pueden impactar la calidad del desempeño profesional, la satisfacción laboral o incluso la vida personal de los médicos una vez que han completado su residencia.

Por lo cual se ha investigado sobre las consecuencias del desgaste profesional de los médicos residentes, hay notables deficiencias en el conocimiento, particularmente en lo que respecta a los factores académicos específicos, la evolución longitudinal del estrés y la efectividad de las intervenciones diseñadas para mitigar estos efectos. Abordar estas lagunas permitirá una comprensión más holística del problema y facilitará el desarrollo de estrategias de apoyo más eficaces para los residentes médicos.

1.2. Planteamiento del problema.

En los últimos años, el desgaste profesional del personal médico en formación ha cobrado relevancia como un tema crítico dentro del ámbito académico y sanitario. Particularmente, los médicos residentes de Durango; Durango, se enfrentan a una serie de demandas físicas, emocionales y cognitivas derivadas de jornadas extensas, carga laboral excesiva, presión institucional y exposición constante a situaciones de alta complejidad como la desorganización laboral.

En el estado de Durango, Durango, esta realidad no es ajena, los diversas fenómenos reportados en la literatura señalan que los residentes médicos atraviesan condiciones laborales y educativas que impactan negativamente su bienestar psicológico y, en consecuencia, su desempeño académico.

Los residentes médicos pasan por situaciones como: ansiedad, depresión, insomnio, y desgaste profesional con un estrés crónico afectando con frecuencia su formación médica. Sin embargo, existen residentes que estando de guardia presentan condiciones psicológicas y psiquiátricas que ameritan tratamiento médico especializado, ya que sus resultados académicos de los residentes se ven reflejados en sus exámenes que la Universidad Juárez del Estado de Durango les realiza año con año.

El desgaste profesional de los residentes médicos es un tema de creciente preocupación en el ámbito de la medicina, ya que estos profesionales se enfrentan a un entorno altamente exigente y estresante. Durante su formación, los residentes experimentan una combinación de factores organizacionales y psicológicos que pueden influir significativamente en su bienestar mental.

Se necesita que las autoridades sanitarias, pero sobre todo los médicos adscritos y titulares que lo permiten y que ellos lo propician, diseñen en conjunto; estrategias integrales que prioricen el desgaste profesional como un eje del proceso formativo para los futuros especialistas.

A pesar de que existen programas de las propias instituciones de salud para ayudar a los residentes de primer año, a solventar la situación de carga de trabajo y el cuidado de los factores psicológicos, los residentes de tercer y cuarto año según sea la especialidad, propician más carga laboral, y guardias de castigo, asi como en algunos casos de

desorganización laboral, por lo que algunas residentes realizan para evitar dichas guardias complementarias y acceden a sus peticiones para no tener medidas punitivas.

Sin embargo, los residentes de primer año o incluso de segundo año, que son más castigados, su rendimiento académico es más bajo por su carga laboral que les exigen, ya que no pueden estudiar los temas correspondientes en su especialidad por el cansancio y fatiga con la que llegan a sus casas después de 36 a 48 horas en el hospital.

A pesar de la importancia de abordar estos problemas, existe una escasez de investigaciones científicas que analicen de manera integral cómo estos factores se interrelacionan y afectan los factores psicológicos de los residentes médicos asi como su desempeño académico. La falta de atención a estos aspectos puede tener consecuencias graves, no solo para los residentes, sino también para la calidad de la atención médica que brindan a sus pacientes.

1.3 Pregunta General

¿Existe relación entre los factores organizacionales y desgaste profesional con el desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450 de Durango?

1.4. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores organizacionales y desgaste profesional con el desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450 de Durango.

1.4.1. Objetivos específicos

1) Evaluar la relación estadística entre los Factores Organizacionales (liderazgo, comunicación y trabajo en equipo) y el Desempeño Académico de los residentes médicos del Hospital General 450.

2) Determinar la asociación estadística entre el nivel de Desgaste Profesional y el Desempeño Académico de los residentes médicos.

3) Comparar el nivel de Desempeño Académico entre los residentes médicos que perciben un ambiente clínico-académico favorable frente a aquellos que lo perciben como desfavorable (presencia de deficiencias organizacionales).

4) Identificar si las variables sociodemográficas y de la residencia (año de residencia R1, R2, R3, especialidad médica o quirúrgica) generan diferencias estadísticamente significativas en la manifestación conjunta del Desgaste Profesional y el Desempeño Académico.

1.5 Hipótesis

Considerando la naturaleza transversal, correlacional y el campo de este estudio, el diseño de la investigación no se supedita a una hipótesis formal predictiva global de carácter dogmático en su marco conceptual inicial. Esta postura metodológica responde a la necesidad de explorar de manera abierta y objetiva las dinámicas relacionales complejas entre los Factores Organizacionales, el Desgaste Profesional y el Desempeño Académico dentro del ecosistema particular del Hospital General 450.

Dicha ausencia de un supuesto conceptual restrictivo inicial no impide, bajo ninguna circunstancia, el contraste empírico explícito de conjeturas matemáticas operacionales.

Por el contrario, la investigación adopta un enfoque analítico riguroso donde cada objetivo específico se traduce en hipótesis de asociación estadística (Nulas y Alternativas), las cuales son sometidas formalmente a pruebas de significancia inferencial, garantizando el rigor métrico y la validez cuantitativa del estudio.

Hipótesis Alterna (H1):

“Existen diferencias estadísticamente significativas en el desempeño según la percepción favorable o desfavorable de los factores organizacionales”.

Hipótesis Nula (HO):

“No existen diferencias estadísticamente significativas en el desempeño académico según la percepción favorable o desfavorable de los factores organizacionales”

1.5.1. Hipótesis de Investigación Operacionalizables y Vinculadas

A continuación, se formulan las cuatro hipótesis requeridas para el contraste de tus objetivos específicos. Cada una incluye la especificación de sus variables, la dirección predicha y el criterio metodológico-estadístico idóneo (considerando que el desempeño académico medido en calificaciones o baremos de burnout suele tener distribuciones no paramétricas en muestras hospitalarias).

Hipótesis 1 Nivel de los factores organizaciones y del desempeño académico

H1 : Los residentes médicos del Hospital General 450 cuentan con una percepción desfavorable del liderazgo institucional y la comunicación organizacional con un desempeño académico bajas en comparación con aquellos que perciben dichos factores de forma favorable.

H0 : Los residentes médicos del Hospital General 450 cuentan con una percepción favorable del liderazgo institucional y la comunicación organizacional con un desempeño académico alto en comparación con aquellos que perciben dichos factores de forma favorable.

Variable Independiente : Percepción de Factores Organizacionales (Cualitativa dicotómica: Favorable / Desfavorable).

Variable Dependiente : Desempeño Académico (Cuantitativa continua: Calificación promedio acumulada).

Dirección predicha: Negativa (A peor percepción de la organización, menor desempeño académico).

Criterio estadístico de contraste: Prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes (o prueba de Student si cumple normalidad), con un nivel de significancia de (se rechaza si).

Hipótesis 2 Nivel del Desgaste profesional y desempeño académico

H1: Existe una correlación lineal adecuada de dirección negativa entre el nivel del desgaste profesional y el *Desempeño Académico* de los residentes médicos del Hospital general 450 de Durango, Durango.

H0 : No existe una correlación lineal adecuada de dirección entre el nivel de desgaste profesional y el desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango.

Variable Independiente (VI): Nivel de Desgaste profesional (Cuantitativa ordinal/continua vía escala de desgaste profesional).

Variable Dependiente (VD): Desempeño Académico (Cuantitativa continua: Promedio escolar).

Dirección predicha: Negativa (A mayor puntuación de desgaste profesional, menor desempeño académico).

Criterio estadístico de contraste: Coeficiente de correlación de Rho de Spearman, si las variables muestran normalidad), con criterio de decisión basado en una significancia .

Hipótesis 3 Nivel de Comparación del *Desempeño Académico* en un ambiente clínico-académico favorable frente a aquellos que lo perciben como desfavorable

H1: Los médicos residentes con presencia de desgaste profesional en el ambiente clínico-académico manifiestan promedios académicos inferiores que quienes reportan ausencia de tales prácticas.

H0: Los médicos residentes con presencia de desgaste profesional en el ambiente clínico-académico no manifiestan promedios académicos inferiores que quienes reportan ausencia de tales prácticas .

Variable Independiente (VI): Exposición a dinámicas de desgaste profesional (Cualitativa dicotómica: Sí / No).

Variable Dependiente (VD): Desempeño Académico (Cuantitativa continua).

Dirección predicha: Negativa (La presencia de desgaste profesional se asocia con un decremento en el rendimiento académico).

Criterio estadístico de contraste: Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Hipótesis 4 Vinculada a Identificar las variables que generan diferencias con el *Desgaste Profesional* y el *Desempeño Académico*.

H1: El nivel del desgaste profesional y el desempeño académico es diferente en función al año de residencia médica que cursa el residente (R1,R2, R3, R4 y R5 o más).

H0: El nivel del desgaste profesional y el desempeño académico no es diferente en función al año de residencia médica que cursa el residente (R1,R2, R3, R4 y R5 o más).

Variable Independiente (VI): Año de residencia (Cualitativa policotómica: R1, R2,

R3, R4, R5 o más).

Variable Dependiente (VD): Desgaste Profesional y Desempeño Académico (Variables cuantitativas analizadas de forma individual u homóloga).

Dirección predicha: Asimétrica/Diferencial (Se predice que los primeros años R1 y R2 exhibirán niveles significativamente más críticos de desgaste y afectación académica).

Criterio estadístico de contraste: Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes (alternativa no paramétrica al ANOVA) con p ajustada por Bonferroni, *post-hoc*.

1.6 Justificación

La formación de médicos especialistas constituye un proceso fundamental para garantizar la calidad de la atención en los sistemas de salud. Durante este periodo, los médicos residentes se enfrentan a un entorno caracterizado por altas demandas laborales y académicas, en el que diversos factores organizacionales pueden influir de manera significativa en su bienestar tanto psicológico, como en su desempeño académico.

En este sentido, el desgaste profesional ha sido ampliamente reconocido como una respuesta al estrés laboral crónico, asociándose con un desgaste profesional, despersonalización y disminución en la realización personal, lo que puede impactar negativamente tanto en el proceso formativo como en la calidad de la atención médica.

Diversos estudios han señalado que elementos del entorno organizacional, como la comunicación, el liderazgo y el trabajo en equipo, asi como el desgaste profesional desempeñan un papel de gran importancia dentro del contexto de la formación académica, los cuales pueden influir en el desempeño académico de los residentes.

Es por ello que la información obtenida permitirá generar evidencia útil para el diseño de estrategias institucionales orientadas a mejorar el ambiente organizacional, fortalece los factores psicológicos de los residentes y favorecer su desempeño académico, asi como en la calidad de la atención brindada a los pacientes.

El siguiente tema de investigación trata sobre de la realidad que se vive dentro del ámbito hospitalario, el cual cuenta con jerarquías, y precisamente por ello hay demasiado deficiencia organizacional hacia los residentes de primer y segundo año de residencia por lo cual, el desgaste profesional del médico residente repercute en la atención inicial del paciente y sobre todo en la relación médico- paciente que debe haber en toda institución.

La mayoría de todas las especialidades se rigen por jerarquías, siendo el de mayor rango, el residente que manda a todos, (los residentes del último año de especialidad), y los de menor rango, (los residentes de nuevo ingreso) los que tiene que trabajar más y veces estos son castigados si no tienen las notas médicas o pendientes a tiempo.

Este trabajo tiene la finalidad de describir como es actualmente la educación que reciben los médicos residentes en el estado de Durango, analizando los problemas que se tienen en el hospital, los problemas que enfrentan hoy en día: son una desorganización laboral y psicológica violentando asi los derechos humanos.

También un importante punto es la carencia de personal médico en labores de enseñanza e investigación, lo cual es un indicador de la falta de garantía al derecho a la educación de los estudiantes de medicina.

Aun suponiendo un subregistro de los médicos en actividades de enseñanza e investigación, el indicador es claro: la educación médica no es una actividad formal, en la mayoría de las unidades médicas del país. Por lo que los residentes de mayor jerarquía asumen el papel de tutores en dicha residencia médica y crean sus propias reglas y estímulos aversivos a los residentes de menor jerarquía, sin darse muchas veces cuenta los tutores de la especialidad correspondiente.

En el sistema de residencias se ha visto que ha sido pensado por hombres, para ser transitado por el sexo masculino ya por este fenómeno se impide el progreso profesional de las mujeres y la llegada a puestos de toma de decisiones, por lo cual es también visualizado en las instituciones hospitalarias, en donde las mujeres están subrepresentadas en los puestos de mayor jerarquía, y en algunas especialidades médicas, lo cual siguen siendo típicamente masculinas como la cirugía, la traumatología, la urología, entre otras.

1.7 Viabilidad.

El desgaste profesional de los residentes es un problema global reconocido, con altas tasas de depresión y ansiedad, afectando su bienestar, aprendizaje y la seguridad del paciente. Los hallazgos pueden que se recaben en esta investigación pueden informar a instituciones y programas de formación de residencias médicas realizando estrategias de apoyo, mejorando las condiciones de formación y la calidad de la atención médica futura.

El tema se visualiza perfectamente con la especialización, esto otorga una base sólida para abordarlo lo cual es un tema actual, necesario y con potencial de impacto. Es fácil definir los factores organizacionales (comunicación, liderazgo y trabajo en equipo) asi como los factores psicológicos (desgaste profesional).

Mediante encuestas con escalas validadas se medirán los factores organizacionales, y el desgaste profesional. Permitiendo identificar asociaciones y potenciales predictores. Este enfoque se alinea bien con una perspectiva que busca patrones y relaciones objetivables.

Previa revisión del protocolo sometido ante los Comités de Investigación y Ética del Hospital General 450 de Durango, Durango, se realizaron cartas de aprobación por dichos comités, asi como con Carta de no inconveniente por parte del director del Hospital General 450 para realizar encuestas a los residentes médicos de la ciudad de Durango, Durango, sobre los factores organizacionales y el desgaste profesional, permitiendo inferencias fuertes sobre dicha direccionalidad.

La viabilidad depende de la disponibilidad de instrumentos validados en el idioma español y contexto cultural de los residentes médicos. Puede ser un desafío debido a la falta de tiempo y el posible temor a repercusiones (confidencialidad). Garantizando siempre el anonimato y la confidencialidad de forma creíble.

Utilizando estrategias de colaboración estrechamente con las autoridades de los programas, comunicación claramente sobre los beneficios del estudio (para los propios residentes y el programa), minimizando el tiempo requerido sobre los participantes asegurando siempre un manejo de datos impecable.

En cuanto al tiempo, se pretende realizar dicha Tesis de Doctorado, ya que tiene un marco temporal definido realizando un estudio transversal lo cual es más rápido que uno longitudinal, recogiendo asi los datos, análisis y escritura que se requiere de una planificación temporal y realista.

La implementación del material a utilizar se planea con material de tipo: encuestas escritas para lo cual se imprimirán por parte del investigador

Dichas encuestas son fáciles de realizar acudiendo a la sesión general del Hospital General 450, el miércoles a las 8:00am y una vez que las autoridades me permitan platicar con los

residentes lo cual puede ser al finalizar su sesión académica de cada semana con 10 minutos antes de su terminación. Esta investigación es altamente viable desde el punto de vista de la relevancia científica y social, y metodológicamente viable con un diseño bien definido especialmente cuantitativo.

1.7.1. Validez Interna

La validez interna de la presente investigación se sustenta en la congruencia metodológica existente entre el planteamiento del problema, los objetivos de investigación, las hipótesis, las variables estudiadas y los procedimientos de recolección y análisis de datos. El estudio se desarrolló en una población claramente delimitada, constituida por los médicos residentes adscritos al Hospital General 450 de Durango, Durango; lo que permitió un control adecuado de las condiciones organizacionales propias del contexto institucional.

Asimismo, la aplicación uniforme de los instrumentos de medición realizados originalmente, a todos los participantes favoreció la consistencia en la obtención de los datos, reduciendo posibles sesgos derivados de variaciones en el procedimiento de recolección de información. De igual manera, la utilización de instrumentos previamente validados, para evaluar los factores organizacionales, el desgaste profesional y el desempeño académico que contribuyó a fortalecer la precisión de las mediciones realizadas.

La delimitación de la investigación a un solo escenario hospitalario permitió controlar las variables contextuales relacionadas con la estructura organizacional, las políticas institucionales, las condiciones laborales y los procesos formativos de los residentes médicos, incrementando la homogeneidad de la muestra y fortaleciendo la interpretación de las relaciones observadas entre las variables de estudio.

Por lo tanto, los hallazgos obtenidos presentan un adecuado nivel de validez interna para explicar la relación entre los factores organizacionales, el desgaste profesional y el desempeño académico de los residentes médicos dentro del contexto específico del Hospital General 450 de Durango.

1.7.2. Limitación de la Validez Externa

Una de las principales limitaciones de la presente investigación corresponde a la validez externa. Debido a que el estudio fue realizado exclusivamente en el Hospital General 450 de Durango, los resultados obtenidos no pueden generalizarse de manera automática, ya que existen diferencias organizacionales, culturales, administrativas y académicas entre los distintos contextos hospitalarios.

En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse dentro del marco institucional en el que fueron obtenidos. No obstante, los resultados pueden constituir un referente importante para futuras investigaciones que analicen fenómenos similares en otros hospitales o entidades federativas, permitiendo posteriormente la comparación de resultados y la construcción de evidencia más amplia sobre la influencia de los factores organizacionales y el desgaste profesional en el desempeño académico de los residentes médicos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de organización.

El término "organización" viene del latín órganon, órgano, elemento de un sistema y sistema en sí mismo, que es utilizado en los ámbitos empresarial, educativo, social, deportivo, religioso, etc., para referirse, por una parte, a una entidad (empresa, corporación, institución pública, u organización no gubernamental) y por otra, a una actividad (como la organización de una empresa, un evento o simplemente de una reunión familiar).

De lo anterior, el término “organización” se utiliza para referirse a entidades y actividades, por lo tanto tiene dos significados: el primero, se refiere a un conjunto de elementos, compuesto principalmente por personas, que actúan e interactúan entre sí bajo una estructura pensada y diseñada para que los recursos humanos, financieros, físicos, de información y otros, de forma coordinada, ordenada y regulada por un conjunto de normas, logren determinados fines, los cuales pueden ser de lucro o no; y el segundo: se refiere al resultado de coordinar, disponer y ordenar los recursos disponibles (humanos, financieros, físicos y otros) y las actividades necesarias, de tal manera que se logren los fines propuestos.

Se desprende que organizar es identificar y clasificar las actividades que se tienen que realizar en la empresa. Estas actividades deben ser agrupadas y se les debe asignar un director con autoridad para supervisar y tomar decisiones.

2.1.1 Estructura de la Organización.

La finalidad de una estructura organizacional es establecer un sistema de papeles que han de desarrollar los miembros de una entidad para trabajar juntos de forma óptima y que se alcancen las metas fijadas en la planificación.

Los elementos de la organización son los siguientes:

I) Objetivos verificables, precisos y realizables. Para que sean precisos deben ser cuantitativos y para ser verificables deben ser cualitativos.

II) Deberes, derechos y actividades claramente definidos para cada persona.

III) Área de autoridad de cada persona, hasta dónde puede llegar y lo que cada uno debe hacer para alcanzar las metas.

IV) Saber cómo y dónde obtener la información necesaria para cada actividad. Cada persona debe saber dónde conseguir la información y le debe ser facilitada.

Esta estructura organizacional es una estructura intencional de roles, donde el personal asume un papel que se espera deba cumplir con el mayor rendimiento posible, es decir, a esta estructura se le debe definir un conjunto de funciones y relaciones que determinarán formalmente las funciones que cada unidad deber cumplir, incluyendo el modo de comunicación entre cada unidad (Strategor, 1988); o también como un conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo, en tareas distintas y la posterior coordinación de las mismas (Mintzberg, 1984).

2.1.2. Factores Organizacionales.

Los cuatro factores organizacionales y personales son: las Condiciones laborales, la relación laboral, las Actitudes, y el Desempeño, y son parte del clima organizacional que es definido como un estado de adaptación, que no se refiere sólo al cumplimiento de las necesidades fisiológicas y de seguridad, sino también a la necesidad de pertenecer a un grupo social, a la autoestima y a la autorrealización (Chiavenato, 2000).

Una buena adaptación implica que en los factores psicológicos hay tres rasgos que distinguen a las personas mentalmente sanas:

a. Sentirse bien consigo mismas.

b. Sentirse bien con respecto a los demás.

c. Ser capaces de enfrentar por sí mismos las exigencias de la vida.

Estos factores del clima organizacional están estrechamente ligados a la motivación de los empleados y a la satisfacción.

2.1.3. Características de los Factores Organizacionales.

Los factores organizacionales y personales influyen en las motivaciones y en el comportamiento del personal de una organización. Tanto la motivación como el comportamiento tienen una gama de consecuencias para la organización, por ejemplo, en la

productividad, en la satisfacción, rotación, adaptación, etc. Litwin y Stinger expresan la existencia de 9 dimensiones que describen el sistema organizacional existente en una determinada empresa a través de la percepción de varios elementos.

Entre los cuales están:

1. La estructura, unido al elemento físico de la misma, se expresan sobre las 2. 3. 4. 5. 6. reglas, los procedimientos, las normas y otros.

2. Sobre la descentralización de la toma de decisiones con relación al trabajo a lo que denominan responsabilidad. Sobre el recibo de incentivos.

3. Relaciones, buenas relaciones entre trabajadores y de estos con los jefes.

4. Cooperación, ayuda de los jefes hacia los demás empleados.

5. Pertenencia, sentimiento del trabajador hacia la organización.

6. Conflicto, aparición, gestión y solución de estos por los directivos de la organización.

Las otras 2 dimensiones son el Desafío, que se refiere al sentimiento que tienen los miembros de una organización respecto a los retos que impone el trabajo; y los Estándares, que es la percepción del personal acerca de las normas de rendimiento en la organización (Gestiopolis, 2010). El clima organizacional es un fenómeno multifactorial, diverso en sus dimensiones, donde los elementos percibidos pertenecen a un conjunto de variables o factores entre las que se destacan:

- El medio ambiente y el entorno en general cuyas incidencias son percibidas por el trabajador tanto directa como indirectamente, y que afecta el comportamiento laboral siendo una característica importante, por su variedad con relación a las distintas organizaciones.

- Los recursos humanos, su gestión, están estrechamente relacionados con los diversos procesos de las organizaciones, entre ellos tenemos la comunicación o los conflictos aparecidos, su gestión y solución, la posición relativa del puesto de trabajo y su estrecha relación con el sistema salarial y de incentivos.

- El estado sicológico de cada trabajador, grupo u organización y de otros aspectos como los valores, normas y actitudes, vistos a través de las percepciones que caracterizan el clima organizacional.

Estos factores organizacionales y personales pueden ser percibidos de distintas formas por personas que realizan la misma actividad, pero sobre todo tiene una implicancia con la satisfacción laboral, ya que esta última expresa una reacción afectiva hacia su labor u organización.

El desarrollo personal del trabajador, como efecto de la satisfacción laboral, se caracteriza por: 1ro. Mostrar actitudes positivas, es decir, los trabajadores adoptan actitudes más positivas ante el trabajo y se sienten más responsables y comprometidos con su tarea. De este modo, los conflictos internos tienden a disminuir considerablemente. Por otra parte, se produce también el llamado "contagio motivacional" puesto que el estado de satisfacción positivo logra un clima favorable a partir de la comunicación que se establece entre los miembros de un grupo satisfecho; y 2do., mayor energía y disposición para esforzarse en la realización del trabajo, que dependiendo de las actividad que realice el trabajador, esforzarse puede significar cuestiones tan diversas como dedicar más tiempo a sus actividades, aplicarse en el trabajo con un mayor grado de concentración, ser más cuidadoso, más amable con los clientes, o bien una combinación de estas cuestiones.

En todo caso, este esfuerzo en la mayoría de las veces conlleva una mejora en el rendimiento. La satisfacción en el trabajo contribuye al bienestar general del individuo y a su sentimiento de valor personal, extendiéndose a las relaciones sociales, afectivas y familiares. Todos sabemos que cuando una persona llega insatisfecha a su casa debido a circunstancias en el trabajo, estará menos dispuesta a hacer vida familiar, lo que conlleva a un deterioro de esta (Maritrini, 2012).

Como se mencionó anteriormente, los factores organizacionales y personales son parte del clima organizacional, por ende, los estudios que se mencionan en la presente investigación abarcan el concepto clima organizacional, por ser el más estudiado.

Sotomayor (2012), encontró que existe una alta relación entre clima organizacional y satisfacción laboral en los trabajadores de la Sede Central del Gobierno Regional de Moquegua. Este resultado se obtuvo sobre una muestra de 109 trabajadores administrativos que constituyeron las unidades de análisis. En términos generales, en la muestra de estudio predominó un nivel medio tanto para clima organizacional como para Satisfacción Laboral, concluyendo que es necesario propiciar un adecuado clima organizacional con el objetivo de

que los trabajadores se sientan motivados, valorados y que afiancen su compromiso con su trabajo y la institución para el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Castillo (2014), llevó a cabo una investigación sobre Clima, Motivación Intrínseca y Satisfacción Laboral en Trabajadores de Diferentes Niveles Jerárquicos, los cuales estuvieron conformados por trabajadores dependientes de una organización privada. Todos los empleados de la empresa (608 personas) se encontraban en condición de contratados y ocupando diferentes posiciones, teniendo una edad promedio de 31 años. Para cumplir con el propósito de esa investigación, se utilizó la escala de Clima Laboral de Sonia Palma (1999), la escala de Motivación Laboral de Gagné, Forest, Gilbert, Aubé, Morin y Malorni (2010) y la escala de Satisfacción Laboral de Price, la cual fue adaptada al contexto peruano por Alarco (2010).

Alfaro, Leyton, Meza, y Sáenz (2012), estudiaron la satisfacción laboral en tres municipalidades distritales de Lima y Callao. Midieron la satisfacción laboral y su relación con factores ocupacionales como la Condición Laboral, Género y Tiempo de Servicio en cada una de las tres municipalidades. La investigación fue del tipo descriptiva y correlacional con enfoque cuantitativo, la misma que se realizó sobre una muestra de 82, 126 y 161 trabajadores de cada una de las tres municipalidades en estudio.

Los principales resultados fueron que no hubo diferencias significativas entre los niveles de satisfacción laboral de los trabajadores en cada una de las tres municipalidades y que éste puede considerase Promedio; además, que sí existen diferencias significativas por condición laboral respecto al nivel de satisfacción en sus diversos factores en cada una de ellas. Respecto al impacto de cada uno de los factores en la satisfacción laboral en cada municipalidad estudiada, los trabajadores de las tres municipalidades reportaron el mayor porcentaje para los factores Significación de la Tarea y Beneficios Económicos (de Promedio a Satisfecho), lo que indicaría que los trabajadores tienen una buena disposición a su trabajo y están conformes con el sueldo percibido.

Por otro lado, los trabajadores de una de las municipalidades reportaron un menor porcentaje en su satisfacción por el factor Reconocimiento Personal y/o Social, y esto podría deberse a que, en esta municipalidad, los trabajadores no reciben el reconocimiento esperado de sus compañeros o jefes. Esto estaría indicando un área de posible mejoramiento.

De la Rosa (2012), desarrolló una investigación sobre la aplicación de estímulos organizacionales para el mejoramiento del clima organizacional, en el laboratorio farmacéutico Corporación Infarmasa S. A. La muestra de estudio estuvo conformada por 30 trabajadores de uno u otro sexo. La investigación fue de tipo descriptivo correlacional, y el instrumento utilizado fue la Escala de Clima Organizacional CL-SP de Sonia Palma (2004).

La conclusión principal fue que existe correlación significativa entre los estímulos organizacionales y el Clima Organizacional. Asimismo, se estudiaron correlaciones múltiples para determinar asociación de los factores de la Escala de Clima Laboral (Autorrealización, Involucramiento Laboral y Supervisión) con la escala de Satisfacción Laboral (Desarrollo Personal, Desempeño de tareas y Relación con la Autoridad).

Los resultados arrojaron relaciones significativas de magnitud moderada. Los factores que favorecieron el Clima Organizacional fueron: Involucramiento Laboral, Supervisión y el que menos favoreció fue Autorrealización. Los factores que favorecen a los estímulos laborales fueron: Desarrollo Personal y Desempeño de Tareas, y el factor que menos favorece fue la Relación con la Autoridad.

El trabajo de Pérez (2015) muestra la relación entre clima organizacional y satisfacción laboral en los trabajadores del Instituto de Investigaciones de la Amazonia Peruana, durante el 2013. Los cuestionarios utilizados fueron el Clima Organizacional de Sonia Palma (1999) y de Satisfacción Laboral de Price, adaptada al contexto peruano por Alarco (2010), aplicados a 107 trabajadores de este Instituto en las ciudades de Iquitos y Pucallpa.

Todos estos estudios desarrollados en el Perú muestran una estrecha relación entre el clima organizacional y satisfacción laboral. Resultados similares se obtuvo en otros países tal como se muestra a continuación.

Los resultados mostraron que los instrumentos para medir clima organizacional y Satisfacción laboral tuvieron una fiabilidad adecuada (mayor del 90%), lo que implica que todos los ítems realmente se relacionaban con el mismo rasgo. El análisis factorial confirmó el número de seis factores con coeficientes de confiabilidad entre 80% y 90%.

Díaz, Peña, y Samaniego (2013), realizaron un trabajo sobre clima organizacional y satisfacción laboral, en México, con la finalidad de identificar los factores que influyen en el nivel de satisfacción laboral de los trabajadores administrativos y operativos de una Pequeña Empresa

del industrial metal–mecánica ubicada en Frontera, Coahuila, a fin de proporcionar al directivo de la empresa, sugerencias de cambio, de reforzamiento y/o de mejora del Clima Organizacional.

La muestra, por conveniencia, estuvo formada por 33 trabajadores a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado, tipo escala de Likert, de 40 reactivos correspondientes a 10 variables; la fiabilidad del instrumento (consistencia interna) fue de 89%. Un resultado importante fue que el factor compañeros de trabajo (factor higiénico extrínseco) es el que tuvo mayor relación con la satisfacción laboral, mientras que los factores motivadores o intrínsecos que predominaron fueron los relativos al contenido-significado del trabajo, y al reconocimiento proveniente del supervisor y de los compañeros.

Arias (2008), condujo una investigación cuantitativa, de tipo prospectivo, transversal y descriptiva, cuyo objetivo fue conocer los factores del clima organizacional que influían en la satisfacción laboral de los funcionarios de enfermería, del Servicio de Emergencias, del Hospital San Rafael de Alajuela. La muestra estuvo conformada por 45 personas, en todos los niveles de Enfermería y en los tres turnos, a quienes se les aplicó dos instrumentos incluyendo una entrevista estructurada.

En contraposición, se encontró insatisfacción en el trabajo en equipo, la jefatura no promueve incentivos para motivar al personal, ni brinda retroalimentación positiva, ni reconocimiento por el trabajo realizado, y en la evaluación del desempeño no hubo justicia ni equidad. El grupo consideró que cierto personal se expresa mal del servicio y en ocasiones se oponen al cambio. En infraestructura existieron criterios de insatisfacción en la mayoría de los indicadores evaluados: condiciones del ambiente físico, las medidas de seguridad, la cantidad y calidad de los equipos, todos ellos considerados inadecuados.

Respecto a los recursos humanos, hubo disconformidad con los salarios, la sobrecarga de trabajo y variabilidad de este, aunado a la carencia de personal y de capacitación, sintiendo insatisfacción y frustración en esta área, y como consecuencia el 35% de los empleados desearon ser reubicados en otro servicio.

Pérez-Vilar en su trabajo obtuvo resultados de una revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados con la satisfacción laboral, publicados entre los años 2000 y 2010, entre las conclusiones de las distintas investigaciones señala la estrecha relación entre la vida

familiar y laboral, los conflictos de rol y su influencia en la Satisfacción Laboral. Esta revisión bibliográfica indica la relación directa entre los conflictos de rol con la satisfacción laboral, es decir que el género del trabajador influye en alguna medida en la satisfacción laboral.

Yáñez (2010) abordó el tema de las condiciones laborales y la satisfacción en el trabajo dentro de una ONG. El objetivo fue determinar la relación entre las condiciones y la satisfacción laborales dentro de esta ONG ubicada en Santiago de Querétaro, México. La encuesta se aplicó al 67% de la población por ello se trata de una muestra no probabilística por conveniencia.

Como resultado obtuvo que la satisfacción laboral está relacionada con las condiciones laborales, pero para que un empleado muestre o no satisfacción en el trabajo no dependió únicamente de las condiciones de trabajo sino de otros factores como son: retroalimentación del jefe, trabajo en equipo y el salario.

Además, se observó que es más importante para los colaboradores sentirse parte de un equipo de trabajo, en vez de que se les reconozca las tareas, o el ser tratadas con igualdad y justicia, es decir que contar con las condiciones laborales como son: temperatura, iluminación, mobiliario y equipo, el espacio físico, entre otras, no son las razones principales para trabajar en esta Organización.

Estudiar los factores organizacionales determinan en gran medida cómo una empresa se ve y se comporta, tanto interna como externamente. Cuando el ADN de una organización no está bien configurado, presenta síntomas y conductas no saludables, los cuales, ocasionalmente son contraproducentes, el reto consiste en mantenerse alerta y saludable. (Interpretación propia, Nielson y Pasternack, 2005).

Las organizaciones que deseen sobrevivir y desarrollarse serán aquellas que se adapten y evolucionen mejor a su medio ambiente. Esto significa que las empresas y organizaciones en general deben estar diseñadas para cambiar, pues solo en la medida en que impacten los factores de cambio, podrán permanecer en el mercado. Por lo que es necesario identificar los factores que afectan y buscar motivantes que aligeren y ayuden a asimilar los cambios, beneficiando a la organización y a los individuos, como parte integrante de la misma.

Dentro de estos problemas encontramos factores psicosociales y organizacionales que experimentan los trabajadores en relación con sus tareas en la organización y su entorno.

Creando sentimientos y actitudes que afectan el desempeño de sus actividades y relaciones de manera física y psicológica, tales como síndrome de desgaste profesional, que se refiere al desgaste profesional que experimentan los trabajadores en relación con sus tareas en la organización y su entorno. Por otra parte, podemos mencionar el conflicto y ambigüedad de rol.

Al existir estos conflictos en la organización trae consecuencias como la falta de compromiso organizacional, señalando a este como la identificación y pertenencia de las personas con la organización, creando vínculos que permitan un beneficio en común, como el logro y cumplimiento de los objetivos de la organización y el bienestar de sus integrantes. El grado en el que se den estos beneficios, está profundamente relacionado con satisfacción laboral, entendiéndola como la actitud de las personas dentro de la organización, con relación al cumplimiento de sus necesidades y sus condiciones laborales.

Por tanto, entendemos que los cambios en las organizaciones son agentes necesarios de desarrollo constante, que deben ser considerados como un proceso continuo, para que la organización permanezca activa dentro de una sociedad cambiante. A partir de este proceso, creemos que es de gran importancia crear un entorno que permita la implementación y aceptación de cambios e innovaciones en la organización y su entorno. Considerando a las personas parte fundamental de este proceso, tomando en cuenta sus características individuales, necesidades y actitudes en el desarrollo de sus actividades.

De acuerdo a los estudios realizados sobre el cambio en las organizaciones y los efectos y actitudes que causan, consideramos que es importante conocer los factores psicosociales e identificar y analizarlos factores organizacionales que obstaculizan la adopción de cambios, actualizaciones e innovación dentro de la organización, tomando en cuenta que los factores psicosociales “son aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo, asi como de su contexto social y ambiental, que tienen la potencialidad de causar daños físicos, psíquicos o sociales a los trabajadores” (Cox y Griffiths, 1996) (Cox, Griffiths y Randall, 2003).

Y por otro lado que los factores organizacionales, son los elementos que intervienen, determinan e influyen sobre las funciones y actividades de la organización, en la obtención de sus objetivos; generando acciones, resultados y actitudes en los integrantes de esta.

En este sentido entendemos que es relevante realizar una investigación que permita identificar y analizar qué factores afectan directa o indirectamente la aceptación del proceso de cambio en la organización y su adaptación para desarrollarse y permanecer activa en el mercado.

2.1.4. Escuela del Comportamiento Organizacional

La Teoría del Comportamiento surge en el final de la década de 1940 con la redefinición total de conceptos administrativos: al criticar las teorías anteriores, el conductismo en la administración no solamente reacomoda los enfoques anteriores, amplía su contenido y diversifica su naturaleza.

Para explicar la conducta organizacional, la Teoría del Comportamiento se fundamenta en la conducta individual de las personas. Para poder explicar cómo las personas se comportan, se hace necesario el estudio de la motivación humana, campo en el cual la teoría administrativa recibió voluminosa contribución.

Los autores conductistas verificaron que el administrador necesita conocer las necesidades humanas para comprender mejor la conducta humana y utilizar la motivación como un medio poderoso para mejorar la calidad de vida dentro de las organizaciones. (Chiavenato, 2004).

La Teoría del Comportamiento marca la más profunda influencia de las ciencias de la conducta en la administración. Para muchos, representa la aplicación de la Psicología organizacional a la administración.

La apreciación crítica al respecto de la Teoría del Comportamiento en la administración debe tomar en cuenta el énfasis en las personas, el enfoque más descriptivo y menos prescriptivo, la reformulación de la teoría administrativa, sus dimensiones bipolares, la relatividad de las teorías de la motivación, la organización como un sistema decisorio y la visión tendenciosa como los aspectos más importantes de esa teoría humanista y democrática. (Chiavenato, 2004).

Para efectos de esta investigación es importante señalar que hace énfasis en las personas, y que existen factores organizacionales que impactan y condicionan su desarrollo y el de la organización.

2.1.5. Teoría del Clima Organizacional.

Para determinar la naturaleza del clima organizacional, según Gómez y Cols, (2001) citado por Rada (2004) se han propuesto tres enfoques: a) como un factor organizacional puramente objetivo; b) desde un punto de vista puramente subjetivo; y c) desde un enfoque o esquema integrador.

El factor organizacional puramente objetivo determina el clima desde un enfoque estructural, como un conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influyen en el comportamiento de las personas que la forman.

El enfoque subjetivo, tiene que ver con la opinión de los involucrados en la organización. Los autores que se categorizan en este enfoque afirman que un aspecto importante en cuanto a la percepción del ambiente interno de la organización es la percepción que el participante tiene sobre si sus necesidades sociales se están satisfaciendo y si está gozando del sentimiento de la labor cumplida.

El enfoque integrador, que tiene en cuenta tanto lo objetivo como lo subjetivo es el más reciente y sus autores observan el clima organizacional como una variable interpuesta entre una amplia gama de valores organizacionales como su estructura, sus estilos de liderazgo, etc., y las variables de resultado final como el rendimiento, la satisfacción, etc.

Por otra parte, Brunet (1997), considera en su definición de clima organizacional tres enfoques importantes: Primer enfoque: el clima como medida múltiple de los atributos organizacionales; es decir, piensa el clima como un conjunto de características que describen una organización y la distinguen de otras (productos o servicios), son relativamente estables en el tiempo e influyen en el comportamiento de los individuos dentro de la organización. En este caso pone el énfasis en los factores objetivos.

Segundo enfoque. El clima como medida perceptiva de los atributos individuales: responde a la discusión que vincula la percepción del clima a los valores, actitudes u opiniones del empleado, y considera, incluso su grado de satisfacción. Esto significa que el individuo percibe el clima organizacional únicamente en función de las necesidades que la organización le puede satisfacer. De esta forma, el clima no puede ser estable en el tiempo, ni uniforme dentro de una organización, puede cambiar según las emociones de las personas que integran la organización.

Tercer enfoque. El clima como medida perceptiva de los atributos organizacionales: está definido como una serie de características que son percibidas a propósito de una organización y/o de sus unidades (departamentos), y pueden ser reducidas según la forma en la que la organización y/o unidades (departamentos) actúan (consciente o inconscientemente) con sus miembros y sociedad.

Likert en su teoría de clima organizacional menciona que el comportamiento de los subordinados es causado por el comportamiento administrativo y por las condiciones organizacionales que los mismos perciben, por sus esperanzas, sus capacidades y sus valores. Por lo tanto, la reacción está determinada por la percepción.

Dimensiones del Clima Organizacional Likert citado por Brunet, (1997 p.45) mide la percepción del clima en función de ocho dimensiones:

1. Los métodos de mando. La forma en que se utiliza el liderazgo para influir en los empleados.

2. Las características de las fuerzas motivacionales. Los procedimientos que se instrumentan para motivar a los empleados y responder a sus necesidades.

3. Las características de los procesos de comunicación. La naturaleza de los tipos de comunicación en la empresa, asi como la manera de ejercerlos.

4. Las características de los procesos de influencia. La importancia de la interacción superior/subordinado para establecer los objetivos de la organización.

5. Las características de los procesos de toma de decisiones. La pertinencia de las informaciones en que se basan las decisiones, asi como el reparto de funciones.

6. Las características de los procesos de planificación. La forma en que se establece el sistema de fijación de objetivos o directrices.

7. Las características de los procesos de control. El ejercicio y la distribución del control entre las instancias organizacionales.

8. Los objetivos de rendimiento y de perfeccionamiento. La planificación, asi como la formación deseada.

Litwin y Stringer citados por Brunet, (1997 p.46) resaltan que el clima organizacional depende de seis dimensiones:

1. Estructura. Percepción de las obligaciones, de las reglas y de las políticas que se encuentran en una organización.

2. Responsabilidad individual. Sentimiento de autonomía, sentirse su propio patrón.

3. Remuneración. Percepción de equidad en la remuneración cuando el trabajo está bien hecho.

4. Riesgos y toma de decisiones. Percepción del nivel de reto y de riesgo tal y como se presentan en una situación de trabajo.

5. Apoyo. Los sentimientos de apoyo y de amistad que experimentan los empleados en el trabajo.

6. Tolerancia al conflicto. Es la confianza que un empleado pone en el clima de su organización o cómo puede asimilar sin riesgo las divergencias de opiniones.

Brunet (1997) afirma que para evaluar el clima de una organización es indispensable asegurar que el instrumento de medición comprenda por lo menos cuatro dimensiones: 1. 2. 3. 4. Autonomía Individual. Esta dimensión incluye la responsabilidad, la independencia de los individuos y la rigidez de las leyes de la organización. El aspecto primordial de esta dimensión es la posibilidad del individuo de ser su propio patrón y de conservar para él mismo un cierto grado de decisión.

Grado de estructura que impone el puesto. Esta dimensión mide el grado al que los individuos y los métodos de trabajo se establecen y se comunican a los empleados por parte de los superiores. Tipo de recompensa. Se basa en los aspectos monetarios y las posibilidades de promoción. Consideración, agradecimiento y apoyo. Estos términos se refieren al estímulo y al apoyo que un empleado recibe de su superior.

Los factores y estructuras del sistema organizacional producen un clima determinado en dependencia de la percepción de estos por parte de sus miembros. El clima resultante induce a los individuos a tomar determinados comportamientos. Estos inciden en la actividad de la organización y, por tanto, en su sentido de pertenencia, la calidad de los servicios que prestan, asi como en su efectividad, eficiencia, eficacia, impacto social y en el desempeño general de la organización. Salazar Estrada, Guerrero Pupo, Machado Rodríguez y Cañedo Andalia, (2009).

2.2. Factores Psicológicos

Son los aspectos de la conducta, las emociones y el pensamiento que influyen en la vida de las personas. Estos factores pueden estar relacionados con la salud, el trabajo, la personalidad, la toma de decisiones y más.

Factores Psicológicos: son aquellos que influyen a otras afecciones médicas como presencia de un síntoma o afección medica siendo esta no un trastorno mental. (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.1. Definición.

Se define como factores psicológicos a la presencia de un síntoma o afección médica, que no sea un trastorno mental. De acuerdo con el "DSM-5" de la American Psychiatric Association (2013), estos factores afectan negativamente a la afección médica de una de las siguientes maneras:

• Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o el retraso en la recuperación de la afección médica.

• Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica.

• Los factores constituyen otros riesgos establecidos para la salud del individuo.

• Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas o necesitan asistencia médica.

2.2.2. Ansiedad.

Ansiedad se define como una sensación de malestar o una amenaza la cual es acompañada de una respuesta autonómica del cual el origen por lo general se presenta desconocido por el individuo, el sentimiento es aquel de aprensión el cual es causado por el pensamiento de que existe un peligro por venir. Es una señal de alarma que advierte un peligro inminente, un mecanismo que permite tomar las medidas necesarias para afrontarlo (Mellado, Rodríguez, Ortuño, Jorreto e Ibáñez, 2008).

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), comentan que otra definición de ansiedad es la que alude a un estado de inquietud y agitación no agradable que se caracteriza por la anticipación de un

peligro en donde predomina la sensación de catástrofe o de un peligro inminente y se experimentan síntomas psíquicos, es decir, una combinación de síntomas cognitivos y psicológicos que se manifiestan en una reacción sobresaltada, donde la persona trata de buscar una solución a esta catástrofe.

Para Campuzano y Martínez (2014), la ansiedad está presente en una situación sumamente estresante cuando un sujeto crea mucha activación fisiológica, en un estado como este es común la taquicardia y la hiperventilación, entre otros síntomas.

La ansiedad, al ser una respuesta emocional que afecta el funcionamiento nervioso, puede tener dos efectos:

• Permitir que se aprendan nuevas conductas o mejorar la forma de ejecutar conductas que fueron aprendidas anteriormente, creando como último resultado que el estado emocional negativo que se experimentó como ansiedad disminuya y sea remplazado por un estado relajante a consecuencia de la nueva respuesta.

• El estado negativo se mantenga y lleve a parar por completo la conducta, así como

una activación fisiológica crónica y prolongada, donde se desarrollen trastornos fisiológicos o conductuales.

2.2.3. Ansiedad según "DSM-5".

El "DSM-5" da criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de lo que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en el blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

2.2.4. Depresión

La depresión es una enfermedad en donde la sintomatología puede ser sumamente variada, sin embargo, tiene un síntoma central, este es la alteración del ánimo. Además, suele haber sentimientos como pena, estar malhumorado, angustia o crisis de pánico, lentificación motora y caída de rendimiento en algunas funciones psíquicas y cognitivas, tendencia al aislamiento, desmotivación, apatía, abulia, dificultad para disfrutar, desesperanza, inhibición motora, hipotonía y pensamientos negativos.

En algunos casos de depresión mayor puede existir presencia de delirios. Por otra parte, es posible que se presente una sintomatología somática diversa, esto correspondiendo a las

alteraciones orgánicas al momento de experimentar una depresión. Estas se desarrollan como una crisis o como alteraciones de carácter. En caso de una depresión leve, el interés por el ambiente alrededor de uno y la integración tiende a disminuir o incluso anularse por momentos, mientras que en una depresión mayor hay una adecuación formal muchas veces exagerada hacia las expectativas y las exigencias del medio, al igual que una responsabilidad la cual surge del control y la culpa (Contreras, 2013).

Campuzano y Martínez (2014), explican que existe cierta popularidad al pensar que los trastornos psicosomáticos se originan de la depresión ya que una terapia diseñada para la depresión los alivia y hace que el dolor desaparezca. La teoría sobre esta perspectiva se expresa de la siguiente manera: la depresión es una alteración cerebral que provoca cambios afectivos, o sea, básicamente cambios emocionales, lo que se relaciona con el hecho de que provoca cambios fisiológicos periféricos que comienzan a provocar un síntoma físico.

Un individuo deprimido no encuentra alrededor suyo algún estímulo que justifique el cómo se siente y esto produce en él una respuesta de ansiedad que puede aumentar el síntoma. Bajo este mismo ciclo se han desarrollado algunas enfermedades que para el médico, son inexplicables, por ejemplo, hipertensión a inicio de un trastorno intestinal de tipo dispéptico, dolores en distintas áreas del cuerpo, entre otros, que tienen otra explicación más que de un trastorno depresivo.

También se ha hallado que la depresión está relacionada con cambios o alteraciones en la inmunidad celular. Algunos datos muestran evidencia que los efectos adversos de la depresión sobre la inmunidad pueden encontrarse mediados por trastornos del sueño que se desarrollan en depresión.

2.2.5. Depresión según “DSM-5”.

El “DSM-5” presenta los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor:

A cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota**:** No incluir síntomas que pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota**:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota**:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo),

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

A. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

B. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota**:** Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota**:** Las respuestas de una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo.

Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota**:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

2.2.6. Obsesión.

Belloch (citado por Rey, 2013), menciona el origen etimológico del término obsesión. Este se deriva del vocablo latino absessio-onis, esto significa asedio. Asedio da a entender una lucha y resistencia contra una fuerza exterior que puede resultar en desgaste profesional y el rendirse al final. De igual manera, Barrios (citado por Rey, 2013), quien define a un estado obsesivo como un fragmento de la conducta que se caracteriza por una repetición excesiva, un contenido anómalo y una resistencia por parte del individuo quien se encuentra afectado. Entonces se puede decir que estos son pensamientos sumamente repetitivos y molestos los cuales generan en el sujeto un grado de malestar lo que lleva a ciertas conductas.

A menudo la obsesión rompe y paraliza el flujo cotidiano o lo que se considera normal de un sujeto. El concepto obsesión está fuertemente ligado al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), siendo las obsesiones, junto a las compulsiones, los síntomas principales de este trastorno.

2.2.7. Obsesión según “DSM-5”.

A continuación, se presenta la definición de obsesión encontrada en el trastorno obsesivo-compulsivo en el “DSM-5”.

• Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

• El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o

neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

2.2.8. Impulsividad.

La impulsividad se considera como el actuar rápido de una manera que no fue premeditada debido a una conciencia deficiente de las consecuencias de estas.

Son todas aquellas conductas que se definen por la búsqueda del refuerzo positivo, así como la evitación activa de la frustración. En otras palabras, al ser impulsivo no se atiende a todas las opciones disponibles al momento de la toma de decisiones. Se puede definir de esta misma manera, tres mecanismos subyacentes que explican los distintos comportamientos impulsivos: una alta sensibilidad ante las recompensas, el actuar rápido sin una planificación previa y, por último, el comportamiento compulsivo en búsqueda del alivio frente a la tensión o el estrés (Squillace, Janeiro, y Schmidt, 2011).

Cuyas y Campanella (2013), explican como la fuerza básica que se conoce como fuerza impulsora o un impulso, también se conoce como compulsión. Esta se canaliza en la conducta del individuo siendo irresistible, especialmente cuando permanece inconsciente. Es un acto no consciente repetitivo para escapar de los miedos.

Orozco, Barratt y Buccello (citados por Squillace, Janeiro y Schmidt, 2011), para hablar de cómo los individuos con alta impulsividad pueden ser analizados en dos niveles, en un nivel conductual y a un nivel social. En el nivel conductual, se puede observar una sensibilidad reducida a consecuencias aversivas que se desencadenaron por sus propios actos, así como una elevada velocidad de reacción que no deja un buen procesamiento de la información, tanto en estímulos externos como en estímulos internos.

En el nivel social, se puede llegar a comprender la impulsividad como una conducta la cual es desarrollada en el entorno familiar en que el niño ha aprendido a reaccionar de una manera veloz para obtener lo que desea. Dicha conducta implica distintos riesgos y el sujeto no considera consecuencias para sí mismo ni para otras personas involucradas.

El "DSM-5" no ofrece una definición específica de impulsividad, pero realiza una descripción de posibles comportamientos impulsivos en relación con algunas enfermedades mentales, enfocándose en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad/impulsividad. Otras patologías relacionadas son el juego patológico: las compras compulsivas y las adicciones en general, trastornos alimenticios, conductas hipersexualizadas y promiscuidad, la agresión reactiva y algunos trastornos de la personalidad como la histriónica, limítrofe y antisocial (Sánchez, Giraldo y Quiroz,2013).

2.2.9. Estrés.

Según González (2014), el estrés se puede definir como una situación que desencadena un desequilibrio entre demandas internas/externas, las características personales y los recursos percibidos para hacerle frente a dicha situación. Los seres humanos conviven con el estrés como un estímulo constante, el cual se ha transmitido a posteriores generaciones, por lo que el estrés también se puede entender como un fenómeno con características adaptativas necesarias para la supervivencia.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial, el estrés es un proceso complejo y dinámico que se desencadena por la percepción de una amenaza relevante hacia la integridad de un individuo, que tiene como objetivo recuperar el equilibrio homeostático perdido y posibilitar el desarrollo de la competencia individual, al igual que mejorar la habilidad para adaptarse al medio.

Ante una misma situación, personas diferentes pueden percibirla como estresante o no, esto depende de las características y recursos personales del individuo, además de los recursos del ambiente de los que disponga a defenderse.

Cuando determinados estresores se repiten con una alta frecuencia, puede conllevar a un aumento de estrés por encima del promedio, convirtiéndose entonces en un factor de riesgo para la salud del individuo (Aparicio, 2014).

2.2.10. Estresores.

Se conoce como estresor, al estímulo que provoca una respuesta de estrés. Se pueden considerar dos tipos de estresores para empezar, los psicosociales y los biológicos. Los estresores psicosociales son definidos como la evaluación cognoscitiva que la persona realiza de ellos. Los estresores biológicos son definidos por sus características bioquímicas, estas son capaces de iniciar una respuesta de estrés sin crear alguna actividad cognoscitiva (Campuzano & Martínez, 2014).

Desde un punto de vista psicosocial, los factores estresantes se pueden llamar "sucesos vitales", lo cual significa que son las circunstancias que requieren que un sujeto cambie su rutina diaria. También se puede definir como fenómenos reportados en la literatura que llegan a ser una amenaza de la actividad habitual de un sujeto y crean un reajuste para el individuo.

Se pueden identificar tres categorías distintas de estresores:

• Sucesos vitales altamente traumáticos: eventos fuera de lo normal, como desastres naturales.

• Sucesos vitales mayores: sucesos relativamente usuales y hasta normativos en el transcurso de vida de un sujeto, no todos son traumáticos, como una promoción laboral, matrimonio o el nacimiento de un hijo. Otros si pueden ser traumáticos, como la muerte de alguien cercano o sufrir un accidente automovilístico.

• Sucesos vitales menores: Estos son problemas de menor gravedad, los cuales ocurren a diario. También se conoce como molestias diarias.

• Estresores ambientales: estos no son juzgados como sucesos vitales, ya que se refieren al contexto socio físico. Algunos ejemplos serian el tráfico, la contaminación o el ruido. Estos tienen un alto efecto en el funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona (Campuzano & Martínez, 2014).

2.2.11. Desgaste Profesional

En la sociedad actual, en especial en el ámbito laboral es común hablar del estrés laboral, agotamiento, así como adicción al trabajo, adicional a estas características laborales se suma el síndrome de burnout (también llamado desgaste profesional). Este desgaste profesional es

un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

Según Gil Monte (2001) define al Desgaste profesional como: Una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.

Es decir, suele darse con mayor frecuencia en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención a terceros, como docentes, personal sanitario o personas que trabajan en atención al cliente y puede llegar a ser motivo de baja laboral, ya que llega un momento en que el empleado se encuentra física y mentalmente incapacitado para desarrollar su trabajo.

Tipos de desgaste profesional

Ante la disparidad de tipologías existentes en la literatura, David F. Gillespie (1980), propone una clasificación sencilla en función de la conducta del trabajador: activo y pasivo.

En el activo: en este tipo el empleado presenta comportamientos de resistencia activa frente al desgaste profesional y su conducta es asertiva, es decir, con iniciativa para el cambio a través de estrategias de afrontamiento.

Algunos ejemplos de conductas asertivas:

Tratarse a uno mismo y a los demás con respeto.

Ser educado pero firme.

Ser directo y honesto con los demás.

Saber expresar aquello que nos preocupa o desagrada frente a los demás con educación.

Saber hablar y escuchar sin enojarse.

Ser capaz de controlar nuestras emociones.

Ver las críticas de los demás como una oportunidad de mejorar.

El pasivo: se caracteriza por una actitud derrotista, marcada por la apatía y la retirada del esfuerzo por cambiar la situación, prefiriendo el distanciamiento frente a las situaciones que provocan estrés. Algunos ejemplos de conductas no asertivas:

Reprimir las emociones.

Enojarse fácilmente.

Preferir ignorar e problema o alejarse de él antes que buscar una solución.

No ser capaz de expresar nuestros sentimientos o reclamar nuestros derechos.

Dar demasiada importancia a lo que puedan decir los demás de nosotros.

El desgaste profesional activo parece estar más asociado a elementos organizacionales o externos al trabajador, mientras que el pasivo, se encontraría más asociado a elementos internos psicosociales. Muchas veces, el desgaste profesional comienza con una resistencia activa del trabajador, que gradualmente decrece ante la falta de control y el desbordamiento sobre sus recursos o expectativas iniciales.

2.2.12. Autoestima.

La autoestima es considerada como un punto de partida para el desarrollo del auto concepto o el concepto que cada persona tiene de uno mismo, las creencias que el individuo tiene sobre sus propias características psicológicas, físicas, afectivas, sociales e intelectuales. Esto es una formación importante para el entorno de una persona y cómo se comporta en él, incluyendo la responsabilidad personal, la salud propia, la creatividad, el aprendizaje y las relaciones humanas.

El tener una autoestima baja, afecta a varias dimensiones, ya que la autoestima es esencial para la vida personal, social y profesional. Otro componente que se necesita tener en cuenta es la información que se recibe de otras personas por parte del medio que se les rodea, sobre su rendimiento o resultados, los cuales influyen fuertemente a una persona (Iniesta, Martínez & Mañas, 2014).

Pereira (2011), comenta que la autoestima es desarrollada desde la interacción humana, donde los individuos se consideran de más importancia uno que el otro. El yo va creciendo mediante el éxito, los reconocimientos y pequeños logros. Pereira explica la opinión de la

autoestima por Maslow, quién dice que los sujetos que no han desarrollado un alto nivel de autoestima, en realidad nunca llegan a autorrealizarse.

Existen dos tipos de autoestima, según Maslow, la propia y la que viene de otros individuos. Los dos tipos de autoestima se encuentran en su jerarquía de necesidades, donde se ubica por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia. Mézerville (citado por Pereira 2011), divide la autoestima por diferentes aspectos interrelacionados, los cuales denomina el proceso de la autoestima.

Dicho proceso contiene dos dimensiones, una dimensión actitudinal inferida integrada y una dimensión conductual observable. La dimensión actitudinal inferida contiene tres componentes, la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y la dimensión conductual se integra por otros tres aspectos: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.

Se manifiesta la versión patológica de una autoestima baja por medio de una actitud de desprecio hacia uno mismo, que se vincula con acciones conscientes e inconscientes de autodestrucción. De tal manera, la persona que se autodesprecio, aun cuando logre distintas metas que en teoría podrían hacer al individuo feliz, renunciara a la felicidad con comportamientos autodestructivos, pues no se siente digno de ser feliz.

García (citado por Pereira, 2011), comenta algunas actitudes habituales de una baja autoestima: Autocrítica severa y en exceso que mantiene a un individuo sin satisfacción alguna consigo mismo, Hipersensibilidad ante la crítica, por lo que siente exageradamente atacado o lastimado; descarga de culpa ante sus fallas a los otros individuos o a las situaciones y cultivando resentimiento contra sus críticos, Tendencias defensivas, incompetencia hacia el gozo de vivir y de la vida misma, negativismo generalizado, Irritabilidad u hostilidad, al borde de explotar por motivos de poca importancia, todo le disgusta, nada le satisface.

Culpabilidad neurótica, se culpa y se condena por conductas objetivamente incorrectas., Exagera sus errores o se lamenta en exceso por ellos, nunca se llega a perdonar por completo., Autoexigencia y perfeccionismo esclavizador, deseos de hacer perfectamente todo lo que se intenta y se desmorona cuando las cosas no salen con la perfección exigida.

Una necesidad innecesaria por complacer a los demás, no se atreve a decir que no, tiene pavor a desagradar y perder la buena opinión de otros e Indecisión crónica, temor exagerado a equivocarse.

2.3. Desempeño Académico.

Es la capacidad de un estudiante para alcanzar los objetivos de aprendizaje en una materia o área determinada. Se evalúa a través de calificaciones y otros procedimientos de evaluación. El desempeño académico es una dimensión importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La investigación motivacional de las dos últimas décadas se ha caracterizado por una progresiva incorporación de los pensamientos y sentimientos como elementos esenciales en el rendimiento. La utilización de las teorías cognitivas en el estudio de la motivación, las ideas sobre las metas, así como la incorporación del autoconcepto como elemento central de la mayor parte de las teorías motivacionales son los aspectos que mejor sintetizan la teoría e investigación motivacional en los últimos veinte años (González Canabach, 1996).

Según la teoría atribucional, elaborada por Weiner (1985), son las atribuciones causales que ante los resultados obtenidos realizan los sujetos las que determinan la motivación, y por lo tanto el rendimiento. Sin embargo, estudios que han aplicado esta teoría, actuando sobre la motivación de los sujetos para mejorar su rendimiento mediante un cambio en sus patrones atribucionales, han comprobado que los supuestos en los que esta teoría se basa no siempre se verifican, de manera que los efectos que sobre el rendimiento tiene dicho cambio en el patrón atribucional son muy pequeños (Alonso Tapia y Montero, 1992).

Posteriormente, surgen otras teorías cuyo punto de referencia es el autoconcepto, que consideran como elemento fundamental para poder comprender la motivación de logro. Así, Covington (1984) señala cómo el concepto que el sujeto tiene de sí mismo, las creencias que sostiene sobre su capacidad (auto valía) y (Bandura, 1977), determinan su motivación hacia los aprendizajes escolares.

Basándose en esta idea, otras investigaciones (Dweck, 1986; Nicholls, 1984; Ames, 1992), para explicar la motivación de logro, se apoyan en las metas que persigue el sujeto, metas que según dichos estudios están determinadas, en parte, por el concepto que el sujeto tiene de su capacidad, por su autoconcepto. Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto la existencia de distintos patrones motivacionales en relación al rendimiento, señalando como variable determinante de éstos el tipo de metas de logro que persigue el sujeto.

Así, se ha encontrado que estas metas determinan tanto las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales del sujeto ante los resultados de éxito o fracaso como la calidad de sus ejecuciones. Según estos autores, las metas representan un constructo fundamental que permite predecir la conducta del sujeto, constituyendo el punto de referencia a la hora de abordar el estudio de la motivación de logro.

Estas creencias actúan como determinantes directos de la elección de iniciación de actividades, de la constancia, persistencia y esfuerzo y de la implicación cognoscitiva en las tareas de aprendizaje y repercuten, por tanto, en el nivel de rendimiento académico. En esta misma línea, Roces et al. (1997) destacan que, en los últimos años, las investigaciones han incidido en la influencia que tienen sobre el aprendizaje y el rendimiento toda una serie de variables cognitivas y motivacionales.

Y señalan que la investigación cognitiva y la motivacional no pueden seguir caminos diferentes y que es necesario adoptar una postura integradora en la que se conjuguen ambos aspectos. Los componentes motivacionales incluidos en los modelos de las dos últimas décadas se corresponden con una concepción cognitiva de la motivación, en las que las percepciones y cogniciones de los estudiantes son consideradas cruciales para rendir en las tareas académicas (Nicholls, 1984 y Weiner, 1985).

Tras esta revisión de los modelos más importantes queda patente que en la motivación se relacionan múltiples factores. De todas estas variables cabe destacar algunas, como señala González (1994) de entre los factores de personalidad, no intelectuales, que influyen en el rendimiento académico, el autoconcepto es uno de los más relevantes. También es importante la relación de las expectativas y las estrategias de aprendizaje con el rendimiento académico, tal y como indican González y Tourón (1992).

2.4. El Médico Residente.

Es un trabajador de salud y a la vez un alumno de postgrado. (Zamudio J. 2011). El médico residente es, por definición operativa, el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o irónica, para una demanda que superó los 55.000 médicos en busca de un lugar. Es oportuno mencionar que esta comisión ha estado envuelta durante muchos años en múltiples fraudes que involucran la venta del examen nacional de residencias médicas y de plazas.

No fue hasta 2012 que se implementó la aplicación de especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, éstos deben estar avalados y supervisados por una institución universitaria. manera electrónica, y aun así se detectó venta electrónica del mismo examen. Si la Comisión Interinstitucional parala Formación de Recursos Humanos para la Salud no certifica calidad educativa y está inmersa en fraudes en la compra de plazas.

En este tenor, el médico residente es aceptado por una institución de salud pública o privada con aval universitario. Con anterioridad, el médico residente aprobó una evaluación nacional de carácter anual. Este proceso está formalizado desde el 18 de octubre de 1983.

El médico general se enfrenta a todo esto para obtener una plaza de especialización. Una vez que cuenta con la carta de aprobación de examen nacional de aspirante a residencia médica, tiene que acudir a una institución receptora de médicos residentes, pública o privada, y por Acuerdo Presidencial. En este acuerdo se crearon dos comisiones interinstitucionales: la Comisión de Formación de Recursos Humanos en Salud y la Comisión de Investigación en Salud. Sus propósitos están estrechamente ligados con la educación y la salud, enfocados a la especialización de los médicos generales, esperar a que sea aceptado para realizar su adiestramiento.

Cuando es aceptado, el médico residente deberá regirse por las disposiciones jurídicas aplicables como profesional en formación. De igual forma, deberá someterse a la normatividad institucional de la sede que lo acepta, a las disposiciones de la norma oficial mexicana para residencias médicas, así como a los programas operativos y académicos avalados por la institución universitaria de su sede.

El médico residente al ingresar a la institución en salud obtiene una beca mensual de 770 dólares como residente recursos humanos para esta última área, según los requerimientos del Sistema Nacional de Salud. Dentro de los objetivos educativos se encuentra el elevar la calidad de la educación en todos los niveles, vincular la en su primer año. Cada año académico el sueldo aumenta significativamente en 76 dólares, es decir un residente de segundo año gana 846 dólares mensuales y así sucesivamente. Cabe mencionar que el discurso oficial

revela que el sistema de salud mexicano gasta 77 millones de dólares anuales solamente en sueldos para médico residentes.

Esta cantidad de dinero debería alcanzar investigación científica y el desarrollo experimental con los requerimientos del país, elevando la calidad del personal médico y de salud, propiciando el incremento de la investigación. Asimismo, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud es un órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salud, así como de otras para pagar a 9.000 residentes, los cuales no existen. El último censo de médicos residentes es de 8.000 en 495 cursos de especialización en 89 sedes hospitalarias.

Es evidente que la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud de lo único que se encarga es de coordinar cuántas plazas existen para cada médico aspirante. Si se encargara de supervisar los procesos formativos y académicos terminaría por cerrar la gran mayoría de sedes para médicos residentes, puesto que no existe hasta este momento un censo nacional de profesores certificados en la enseñanza de posgrado, en este caso de especialidades médicas. En este punto la cuestión es ¿cómo se promociona y certifica.

Los sueldos del médico residente están avalados y homogenizados a nivel nacional desde 2001. Ello se debe a un grupo contestatario de médicos residentes, disconformes al conocer los estratosféricos aumentos de sueldo mensual que se auto aprobaron los directivos del Instituto Mexicano del Seguro Social y del incumplimiento de acuerdos pactados en el año 2000 entre médicos residentes, este instituto y el sindicato.

Los acuerdos de este pacto incluían alimentos saludables en la dieta, lugares para descanso y lectura dentro de las jornadas de la calidad educativa y formativa de estos médicos residentes. Sin embargo, después de más de 10 años de esa lucha, los médicos residentes continúan luchando por realizar la especialidad, y La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud trata de conciliar la cantidad con la calidad, esto es la matrícula con la capacidad del Sistema Nacional de Salud para la instrucción clínica (especialización médica). En el año 2012 ofertó 6.900 plazas en 28 especialidades de entrada hacinados en sus habitaciones de hospital y su dieta sigue siendo inadecuada, puesto que los horarios de comida son incompatibles con su jornada académica y formativa, sin tener un

lugar físico donde se les procure alimentos sanos fuera de los horarios del comedor en el hospital.

Esta situación infringe de por sí la normativa laboral jurídica en beneficio del trabajador. Empresas automovilísticas como Ford procuran alimentos sanos, de buen sabor y nutritivos a sus empleados en las plantas armadoras. Si el trabajador no puede acudir por cuestiones laborales al horario del comedor, tiene la oportunidad de acudir por un servicio.

Aquí convergen aspectos informales respecto a la formación académico-científica, entre ellos abusos laborales, discriminación sexual, despotismo (no se le puede dirigir la palabra a un residente superior en rango ni mucho menos al médico de base, nunca se debe cuestionar un refrigerio que está disponible las 24 horas del día.

Entonces, el médico residente labora más de 24 horas al día con personas que sienten y sufren. Pareciera que la satisfacción laboral del médico residente en las instituciones de salud no tiene prioridad, dado que una mala dieta en un trabajador genera baja productividad y consecuencias a largo plazo en su salud. El médico residente ocupa un lugar muy importante en el mecanismo asistencial del sistema de salud mexicano. orden), estímulos aversivos físicos (guardias complementarias), consecuencias punitivas: económicos (comprar alimentos para todo el servicio), injurias y otros. La vida es un aspecto trascendental en el proceso formativo y académico de un profesional que se mezcla con las relaciones de poder, las que terminarán influyendo en la práctica clínica diaria.

Así, el resultado es que tenemos médicos especialistas o subespecialistas que en su relación médico-paciente terminan por ofrecer despotismo, apropiación del cuerpo, desvanecimiento de la otredad, desvirtuación del individuo en su padecer, y que se erigen como creadores y reproductores de verdades absolutas. Aspecto que no han vislumbrado las instituciones en salud, ni mucho menos las universitarias.

Estas relaciones de poder están implícitas en el acto y el ejercicio médico, pero las conductas punitivas y de intimidación hacia el discente se han normalizado históricamente como parte de la cultura médica institucional. Aunado a ello, la práctica clínica de los médicos residentes frecuentemente carece de una supervisión formal y de procesos de retroalimentación sistemáticos. Esta deficiencia en los mecanismos de control de calidad formativa responde a

la marcada asimetría numérica entre el volumen de médicos residentes y la disponibilidad de profesores titulares y adjuntos asignados.

Aunado a ello, la falta de articulación operativa y financiera entre las instituciones universitarias y de salud obstaculiza el desarrollo de controles formativos básicos. En consecuencia, la supervisión pedagógica suele limitarse a la evaluación punitiva del conocimiento, desplazando la retroalimentación constructiva por dinámicas de desatención, menosprecio explícito y descalificación del desempeño del discente en el ámbito clínico.

A parte del hecho de que nadie nace sabiendo todo, la indignación en este tipo de conductas es reforzada por los organismos internos de las instituciones de salud y universidades. Si alguien osa quejarse ante este tipo de vejaciones, estos organismos las dictaminan aprendizaje, dejando a un lado la formación integral del médico residente.

En este contexto, debemos cuestionar si todos los profesores de las especialidades médicas tienen la capacidad y las herramientas didácticas para la enseñanza. Asimismo, debemos discutir si las unidades como casos aislados, la baja a la residencia por humillación es inapelable y proponen como solución al reclamante que presente nuevamente el examen de aspirante a residencia médica. Nuestras autoridades viven siendo incuestionables y los médicos residentes no tienen un órgano colegiado que los respalde ante estas situaciones de abuso de poder. receptoras de residentes cuentan con los espacios físicos, aulas, auditorios, computadoras, red de internet, casilleros.

Para qué decir, si cuentan con personal capacitado y certificado para impartir las materias de la especialidad. Y continuando con el abuso de poder, los médicos residentes están expuestos a jornadas laborales de más de 80 horas a la semana, lo que genera depresión y Aunado a lo anterior, las guardias complementarias –así llamadas para no crear alarma social siguen siendo cada tercer día (A, B, C), con un horario de entrada a las 16 pm y salida a las 7 am, de lunes a viernes. Los días festivos y fines de semana estas guardias son de 24 horas continuadas, de 8 am a 8 am. Esta situación convierte a la ansiedad, el desgaste profesional, en relaciones médico residente en una mala práctica institucional al cual se le han modificado sus relaciones interpersonales , que son inadecuadas entre compañeros de la especialidad.

También se ha encontrado asociación con uso de drogas médicas como analgésicos narcóticos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas/estimulantes, al igual que drogas no

médicas como marihuana y cocaína, sumado al alto consumo de alcohol. Un aspecto no menor es el aumento de errores en la interpretación de resultados médicos, así como técnicos asistenciales, imaginario del deber ser a costa de su propia salud.

Es importante mencionar que la jornada laboral debe tener un límite máximo, el que se debe determinar por la capacidad física secundarios a un importante deterioro de la capacidad psicomotriz. Estos errores médicos generados por del trabajador (fuerza de trabajo), y por el hecho de que el trabajador necesita una parte del tiempo para satisfacer sus necesidades espirituales, personales y sociales.

En cuanto al aprendizaje mismo, lo encontramos repleto de relaciones de poder dentro de un "currículo oculto". En ocasiones, este es aprovechado por los médicos en formación de más rango (residentes de segundo, tercero o cuarto año, entre otros) o por médicos adscritos a la privación del sueño, conllevan a una mala evolución del paciente u otros desenlaces más adversos. Podríamos continuar con la cascada de consecuencias físicas y psicológicas producidas por la residencia médica en el especialista en formación.

Éste, al final de su formación académico-científica, reproducirá una conducta asistencial repleta de trastornos emocionales y de poder, donde la relación médico-paciente quedará completamente deshumanizada y condenada por esta vorágine de la deformación de los recursos humanos de salud.

Realizar una residencia médica en México puede ser una travesía que marque definitivamente la vida de cualquier médico. Sin duda el sueño de muchos, la realidad de algunos cuantos. A pesar de las carencias del Sistema Nacional de Salud en México, el médico residente tiene una amplia gama de posibilidades para cursar su especialidad médica, que incluyen los tres niveles de atención médica y algunas rotaciones en el extranjero.

Las residencias médicas en México están contextualizadas en un amplio marco jurídico, que debe ser conocido, aplicado y cumplido por las sedes que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas para brindar mejores oportunidades de desarrollo profesional a cada médico residente. Para comprender el marco normativo vigente que rige a las residencias médicas es importante contextualizar la historia de su origen y evolución.

2.4.1. Origen y Desarrollo de las Residencias Médicas.

Desde 1906 los cursos de posgrado ya existían en forma errática, irregular y sin cronología, pero con la primera residencia en el Hospital General de México su realización se hizo regular, ordenada y sistematizada.

Las primeras residencias médicas formales se iniciaron en el Hospital General de México en 1942, en las que se adoptaba el tradicional esquema de enseñanza tutelar de las especializaciones y la labor asistencial. Al empezar a funcionar las residencias, los médicos permanecían en este puesto de uno a dos años y rotaban por medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, anatomía patológica y urgencias (residencia rotatoria).

Hoy en día, el programa de residencias médicas se ha ampliado en extensión y en profundidad en forma considerable; su efecto ha sido notable; no es concebible en la actualidad el manejo de los hospitales que comprenden el Sistema Nacional de Salud sin médicos residentes; el adiestramiento de posgrado se ha agilizado y modernizado, la enseñanza de especialidades se ha facilitado y existen múltiples programas académicos que cuentan con el respaldo de las instituciones de educación superior.

El objetivo principal de una especialidad es profundizar en el dominio de conocimientos teóricos, técnicos y metodológicos en alguno de los aspectos o áreas de una disciplina profesional, o de un campo de conocimiento, ampliando la capacitación profesional a través de una capacitación intensiva; para concluir la especialidad debe realizarse un trabajo final individual de investigación, cuya modalidad varía de acuerdo con cada institución académica con la intención de obtener el grado de especialista.

Por ejemplo, en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) se forman médicos especialistas competentes en los diversos campos disciplinarios del saber y el quehacer de la medicina, capaces de desarrollar una práctica profesional de alta calidad científica, con un profundo sentido humanista y vocación social de servicio, que integren a su trabajo experto de atención médica las actividades de investigación y de educación.

El médico general que decide realizar una residencia médica en México pasa por un arduo camino para llegar a ser médico residente, primero debe aprobar el Examen Nacional de

Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y. posteriormente el proceso de selección de la sede académica y curso de su elección. Este proceso puede implicar estrés, frustración, problemas económicos, profesional. Así como, para los residentes que están por egresar o recién egresados, debemos agregar lo que concierne a presentar y aprobar el examen del consejo de la especialidad médica correspondiente, requisito indispensable para obtener la cédula profesional, esto con base en la reforma a los artículos 81 y 272 de la Ley General de Salud, vigente desde septiembre de 2011 y la tesis jurisprudencial emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación número 2a./J. 4/2017 (10a.).

Sin estos requisitos los especialistas recién egresados no podrán laborar en el campo de su especialidad. Existe un marco normativo que específica claramente los derechos y obligaciones de los médicos residentes y las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas, que deben observar y cumplir.

Las instituciones y dependencias que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas, para que puedan albergar cursos de especialización médica deben apegarse a un marco normativo vigente que incluye: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tratados internacionales en materia de derechos humanos, Ley General de Salud, Ley Federal del Trabajo, Ley del IMSS, Ley del ISSSTE, reglamentos, normas oficiales mexicanas y circulares, entre otros, así como la legislación de la institución académica de nivel superior que otorga el reconocimiento universitario.

Con base en la NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, el residente es un “profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica de tiempo completo”, en la que realiza estudios de posgrado en una de las sedes hospitalarias que integran el Sistema Nacional de Residencias Médicas.

El mismo ordenamiento jurídico refiere que la residencia médica es el conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativos correspondientes.

Durante la implementación y desarrollo de las residencias médicas han surgido protestas de los médicos residentes por una problemática que se mantiene vigente hasta nuestros días,

que incluye diversos aspectos: académicos, económicos, jurídicos, insumos, infraestructura y en algunos casos hasta malos tratos, que afectan su formación profesional y, en consecuencia, han originado diversos movimientos para luchar, proteger y salvaguardar los derechos de los médicos residentes.

2.4.2. Movimientos Médicos en pro de sus derechos.

Uno de los movimientos más importantes se gestó entre 1964 y 1965 por los médicos residentes en el Hospital 20 de noviembre del ISSSTE. El 26 de noviembre el director del hospital, el Dr. José Ángel Gutiérrez, confirmó la disposición de cancelar los aguinaldos con el argumento de que eran becarios y no trabajadores de la institución, por lo que percibían becas y no salarios. El día 28 se inició el primer paro, que duró 22 días. Al mismo tiempo, y para otorgar legitimidad a sus reclamos, los médicos formaron asociaciones, la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos (AMMRI) y la Alianza de Médicos Mexicanos (AMM).

El Gobierno determinó el despido inmediato de 206 internos y residentes, lo que originó que diversos hospitales se sumaran al movimiento, generando diversos paros y marchas en el país. El movimiento más reciente se realizó el 9 de abril de 2019: los médicos residentes del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga realizaron una marcha pacífica para hacer notoria la falta de pago, entre otras inconformidades.

Derivado de esta manifestación se presentó en el Congreso de la Unión la iniciativa que incorporó a la Ley General de Salud en su artículo 88·Bis 113 el concepto de médico residente, definido actualmente en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, y se especifica como derecho mínimo la percepción de una remuneración, así como la asesoría y defensoría jurídica en caso de demandas o quejas por las acciones relacionadas con su desempeño en la institución de salud donde se realiza la residencia médica.

El residente, al estar debidamente acreditado por las instituciones de salud, cumple una doble función: trabajador temporal y estudiante de posgrado, como se establece en la Ley Federal del Trabajo, artículo 353- letra A-I y en la Legislación Universitaria vigente. 10a

a) Ley Federal del Trabajo. Capítulo XVI Trabajos de médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad.

Artículo 353-A. Para los efectos de este Capítulo, se entiende por: I. Médico Residente: El profesional de la medicina con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia.

II. Unidad Médica Receptora de Residentes: El establecimiento hospitalario en el cual se pueden cumplir las residencias que, para los efectos de la Ley General de Salud, exige la especialización de los profesionales de la medicina; y III. Residencia: El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en periodo de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de postrado, respecto de la disciplina de la salud a la que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

Artículo 353-B. Las relaciones laborales entre los Médicos Residentes y la persona moral o física de quien dependa la Unidad Médica Receptora de Residentes se regirán por las disposiciones de este Capítulo y por las estipulaciones contenidas en el contrato respectivo, en cuanto no las contradigan.

Artículo 353-C. Son derechos especiales de los Médicos Residentes, que deberán consignarse en los contratos que se otorguen, a más de los previstos en esta Ley, los siguientes: I. Disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la Residencia; II. Ejercer su Residencia hasta concluir su especialidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos que establece este Capítulo.

Artículo 353-D. Son obligaciones especiales del Médico Residente, las siguientes: I. Cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento, de acuerdo con el programa docente académico que esté vigente en la Unidad Médica Receptora de Residentes; II. Acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo, en lo concerniente a aquél y a éste; III.

Cumplir las disposiciones internas de la Unidad Médica Receptora de Residentes de que se trate, en cuanto no contraríen las contenidas en esta Ley; IV. Asistir a las conferencias de teoría, sesiones clínicas, anatomo clínicas, clínico radiológicas, bibliográficas y demás actividades académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización; V. Permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, en los términos del artículo

siguiente; y VI. Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destreza adquiridos, de acuerdo con las disposiciones académicas y normas administrativas de la Unidad correspondiente.

Artículo 353-E. Dentro del tiempo que el Médico Residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, conforme a las disposiciones docentes respectivas, quedan incluidos la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, y los periodos para disfrutar de reposo e ingerir alimentos.

Artículo 353-F. La relación de trabajo será por tiempo determinado, no menor de un año ni mayor del periodo de duración de la residencia necesaria para obtener el Certificado de Especialización correspondiente, tomándose en cuenta a este último respecto las causas de res-cisión señaladas en el artículo 353-G. En relación con este Capítulo, no regirá lo dispuesto por el artículo 39 de esta ley.

Artículo 353-G. Son causas especiales de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón, además de la que establece el artículo 47, las siguientes:

I. El incumplimiento de las obligaciones a que aluden las fracciones I, II, III y VI del artículo 353.D; II. La violación de las normas técnicas o administrativas necesarias para el funcionamiento de la Unidad Médica Receptora de Residentes en la que se efectúe la residencia; y III. La comisión de faltas a las normas de conducta propias de la profesión médica, consignados en el Reglamento Interior de Trabajo de la Unidad Médica Receptora de Residentes. Artículo 353-H. Son causas de terminación de la relación de trabajo, además de las que establece el artículo 53 de esta Ley: I. La conclusión del Programa de Especialización;

II. La supresión académica de estudios en la Especialidad en la rama de la Medicina que interesa al Médico Residente. Artículo 353-I. Las disposiciones de este Capítulo no serán aplicables a aquellas personas que exclusivamente reciben cursos de capacitación o adiestramiento, como parte de su formación profesional, en las instituciones de salud. Desde 1977, la Ley Federal del Trabajo reconoció a los médicos residentes como trabajadores, ya que la relación del residente con la unidad médica en la que participa tiene naturaleza laboral, con características especiales, y el adiestramiento para lograr una especialidad (carácter de alumno), sin disolver el vínculo que tiene como trabajador.

Además, existe el elemento esencial que identifica las relaciones de trabajo, esto es, la subordinación en la prestación del servicio, pues los médicos residentes tienen una jornada, un salario, así como la obligación de acatar órdenes y cumplir con los deberes que les son impuestos, tanto laborales como académicos.

Por tanto, el médico residente es un médico general que estará laborando en un área médica específica, bajo la subordinación del jefe de servicio y médicos adscritos, realizando actividades clínicas o quirúrgicas propias de la especialidad y cuyo contrato laboral terminará cuando finalice su residencia. Por otro lado, es también un alumno de posgrado, a cargo de un profesor titular y adjunto que, en conjunto con la plantilla de profesores colaboradores, serán los responsables de su formación y deberá cumplir con las actividades asistenciales, de docencia y de investigación inherentes a su especialidad.

En este mismo orden de ideas, derivado de las jornadas laborales extenuantes de los residentes, trabajando hasta 36 horas continuas, en 2018 se presentó la iniciativa de proyecto de decreto que reforma y adiciona el artículo 353-E de la Ley Federal del Trabajo y adiciona un segundo párrafo al artículo 87 y un tercero al artículo 95 de la Ley General de la Salud, por el Partido Acción Nacional en el Congreso de la Unión,15 con la intención de regular las jornadas laborales, proteger los derechos humanos y evitar afectaciones en la salud de los residentes y, en consecuencia, de los pacientes.

2.5. Normas Oficiales Mexicanas y Residencias Médicas.

El 18 de octubre de 1983 se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, la cual, a través de su Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua, se encarga de coordinar todo lo relativo a la formación de médicos especialistas.

Asimismo, las autoridades sanitarias, en el intento de organizar y sistematizar el funcionamiento de las residencias médicas, han emitido diversos ordenamientos jurídicos para tal fin, el primero de ellos fue la Norma Técnica número 76 para la organización y funcionamiento de las residencias médicas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 1986;16 posteriormente en sustitución de esta Norma, el 22 de septiembre de 1994, conforme al artículo 47 fracción III de la Ley Federal de Metrología y Normalización, con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma

Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-199417 Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

En aras de seguir protegiendo los derechos del médico residente y mejorando el funcionamiento de las residencias médicas, se realizó una actualización en la normatividad y se publicó el 4 de enero de 2013, en el Diario Oficial de la Federación, conforme al artículo 47 fracción III de la Ley Federal de Metrología y Normalización, con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, la NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

Ante la problemática de los médicos residentes, actualmente se encuentra en la etapa de comentarios el Proyecto de NORMA Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, la cual se publicó el 23 de noviembre de 2018 en el Diario Oficial de la Federación,19 que hace mención especial sobre la jornada y guardias de los médicos residentes y pondera la condición de becarios sobre la de trabajadores, entre otros puntos.

Tabla 1. Estado del Arte de Estudios Empíricos Previos

Referencia	Diseño	Muestra	Instrumentos	Variables	Resultados Principales	Limitaciones
Sotomayor (2012)	Cuantitativo, correlacional, transversal.	Trabajadores administrativos de la Sede Central del Gobierno Regional de Moquegua.	Cuestionarios estructurados de Clima y Satisfacción Laboral.	• Clima organizacional • Satisfacción laboral.	Predominó un nivel medio en ambas variables. Existe una alta relación positiva entre ellas, sugiriendo que un buen clima afianza el compromiso institucional.	Muestra circunscrita a una sola entidad pública regional; no analiza variabilidad por regímenes contractuales.
Castillo (2014)	Cuantitativo, correlacional, de grupos contrastantes.	Empleados contratados de una organización privada (edad promedio: 31 años).	• Escala de Clima Laboral de Sonia Palma (1999) • Escala de Motivación de Gagné et al. (2010) • Escala de Satisfacción Laboral de Price (adaptada por Alarco, 2010).	• Clima laboral • Motivación intrínseca • Satisfacción laboral • Nivel jerárquico.	Correlación significativa y positiva (entre 0.40 y 0.58). Los puestos más elevados perciben un clima más favorable y muestran mayor motivación y satisfacción.	Sesgo de homogeneidad contractual (todos eran contratados); diseño transversal que impide ver estabilidad temporal.
Alfaro, Leyton, Meza y Sáenz (2012)	Cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal.	Trabajadores en total, distribuidos en tres municipalidades de Lima y Callao ().	Escala de Opiniones SL-SPC de Sonia Palma (2005).	• Satisfacción laboral (Significación de tarea, Condiciones, Reconocimiento, Beneficios) • Condición laboral • Género • Tiempo de servicio.	Nivel de satisfacción general "Promedio", sin diferencias entre municipios. Existen diferencias significativas según condición laboral. Bajos niveles de Reconocimiento detectados en un municipio.	Naturaleza meramente analítica-perceptual; el estudio no profundiza en variables de rediseño organizativo ni cultura local.

Referencia	Diseño	Muestra	Instrumentos	Variables	Resultados Principales	Limitaciones
De la Rosa (2012)	Cuantitativo, descriptivo-correlacional, transversal.	Trabajadores de ambos sexos en el laboratorio farmacéutico Corporación Infarmasa S.A.	• Escala de Clima Organizacional CL-SP (Palma, 2004) • Subescalas de Satisfacción.	• Estímulos organizacionales • Clima organizacional (Autorrealización, Involucramiento, Supervisión) • Satisfacción laboral.	Correlación significativa moderada entre las variables. El Involucramiento y la Supervisión favorecieron el clima; la Autorrealización y la Relación con la Autoridad puntuaron bajo.	Tamaño muestral sumamente reducido (), lo que limita severamente la generalización de los coeficientes estadísticos.
Pérez (2015)	Cuantitativo, correlacional-, transversal.	Trabajadores del Instituto de Investigaciones de la Amazonia Peruana (Iquitos y Pucallpa).	• Clima Organizacional (Palma, 1999) • Satisfacción Laboral (Price, adaptada por Alarco, 2010).	• Clima organizacional• Satisfacción laboral.	Vinculación causa-efecto positiva. Predominio de un nivel adecuado de clima (57.9%), actuando como un factor predictor directo de la satisfacción.	No se estratifican los impactos diferenciales entre las sedes de Iquitos y Pucallpa, obviando dinámicas contextuales.
Chiang, Salazar, Huerta y Núñez (2008)	Cuantitativo, psicométrico, instrumental-confirmatorio.	Trabajadores del sector estatal, agrupados en 44 equipos y 6 organizaciones en Chile.	• Escala de Koys y Decottis (1991) para Clima • Cuestionarios S21/26 y S4/82 de Meliá y Peiró (1989) para Satisfacción.	• Estructura factorial y fiabilidad del Clima Organizacional • Satisfacción laboral.	Alta consistencia interna (fiabilidad). El análisis factorial confirmó un modelo de seis factores robustos (alfas entre 80% y 90%).	Enfoque restringido a validación métrica; no indaga el efecto del clima sobre conductas de resistencia al cambio.

Fuente de elaboración: Propia (2026)

Tabla 2. Estado del Arte de Estudios Empíricos Previos

Referencia	Diseño	Muestra	Instrumentos	Variables	Resultados Principales	Limitaciones
Díaz, Peña y Samaniego (2013)	Cuantitativo, descriptivo, no experimental, transversal.	Trabajadores administrativos y operativos de una PYME metal-mecánica en Coahuila, México.	Cuestionario estructurado tipo escala de Likert (40 reactivos, fiabilidad de 89%).	•Clima organizacional (10 dimensiones). •Satisfacción laboral.	El factor higiénico extrínseco "compañeros de trabajo" se asoció más con la satisfacción. Los factores intrínsecos dominantes fueron el significado del trabajo y el reconocimiento de supervisores.	Muestra no probabilística por conveniencia y de tamaño pequeño; limitada a un sector industrial específico.
Arias (2008)	Cuantitativo, prospectivo, transversal y descriptivo.	Funcionarios de enfermería (todos los niveles y turnos) del Servicio de Emergencias, Hospital San Rafael (Costa Rica).	Dos escalas estandarizadas y una entrevista estructurada complementaria.	• Factores del clima organizacional •Satisfacción laboral.	Satisfacción con la jefatura en comunicación y desarrollo. Elevada insatisfacción con el trabajo en equipo, incentivos, justicia evaluativa, infraestructura física deficiente y sobrecarga. El 35% deseaba traslado.	Limitado a un solo servicio clínico crítico (Emergencias); alto riesgo de sesgo por las condiciones extremas de dicho entorno.
Yáñez (2010)	Cuantitativo, correlacional, transversal, no experimental.	Muestra correspondiente al 67% de la población total de una ONG en Querétaro, México (no probabilística).	Cuestionario de entorno y condiciones laborales.	•Condiciones laborales (físicas y ambientales) •Satisfacción laboral •Factores relacionales (retroalimentación, equipo, salario).	Las condiciones físicas (iluminación, mobiliario) no son determinantes principales para permanecer. El sentido de pertenencia a un equipo, salario y retroalimentación predicen la satisfacción.	Muestra no probabilística de carácter local en el tercer sector (ONG); las conclusiones no aplican directamente a corporaciones corporativas o públicas estructuradas.
Mathis y Brown III /	Cuantitativo, transversal,	Muestras integradas por trabajadores de	Escalas psicométricas de Conflicto Familia-	• Conflictos de rol	Los CFT influyen de manera diferenciada sobre las facetas de	Recolección de datos transversal que impide

Referencia	Diseño	Muestra	Instrumentos	Variables	Resultados Principales	Limitaciones
Boles et al. (2008; 2003)	multifactorial analítico.	diversas facetas comerciales y operativas corporativas.	Trabajo (CFT) y facetas de Satisfacción.	•Conflictos Familia-Trabajo (CFT) •Satisfacción laboral (remuneración, supervisión, compañeros) • Género.	la satisfacción laboral según el género del trabajador, evidenciando una brecha en los mecanismos de conciliación de rol.	modelar la evolución del conflicto de roles durante etapas de reestructuración o crisis organizacionales.
Arriaga et al. (2024)	Cuantitativo, analítico y correlacional.	Residentes de ortopedia en unidades médicas especializadas de México.	Cuestionarios estandarizados del desgaste profesional y encuestas de percepción educativa.	• Desgaste profesional de los residentes • Percepción de la implementación del programa educativo.	La degradación de los profesionales en formación impacta negativamente su percepción del programa y de la dinámica clínica de las instituciones médicas.	Centrado de forma exclusiva en la especialidad de ortopedia; no evalúa los factores de la macroestructura organizacional que gatillan dicho desgaste profesional.
Ansoleaga (2015)	Cuantitativo, analítico de asociación epidemiológica-laboral.	Personal de salud y administrativo de un Hospital Público en Chile.	Instrumentos de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo (SUSESO-ISTAS21 o similar).	• Riesgo psicosocial laboral • Indicadores del desgaste profesional.	Identificación de una alta prevalencia de trastornos psicológicos estrechamente vinculados a las altas exigencias psicológicas y la baja autonomía del sector público.	El estudio analiza las condiciones patogénicas estáticas, pero omite la evaluación de planes de cambio organizacional para resolver dichas brechas.

Fuente de elaboración: Propia (2026)

Síntesis Crítica del Estado del Arte

Para comprender el impacto del entorno clínico-hospitalario sobre los profesionales, la literatura científica ha explorado de manera recurrente la interacción entre el entorno organizacional, el desgaste profesional y el desempeño académico. El análisis crítico de la evidencia previa revela una tendencia a evaluar estos componentes de forma aislada o en sectores comerciales e industriales, dejando una brecha conceptual en los ecosistemas de formación médica especializada de alta jerarquía.

La siguiente tabla consolida de forma analítica los estudios empíricos clave revisados en los antecedentes, detallando sus variables, las herramientas métricas utilizadas, sus principales hallazgos y sus limitaciones metodológicas:

Tabla 3. Consolidación Analítica de los Estudios Empíricos Revisados

Referencia (Autor y Año)	Diseño y Enfoque Metodológico	Muestra y Población de Estudio	Variables Implicadas	Instrumentos de Medición	Resultados Principales	Limitaciones del Estudio
Silver y Dahl Glicken (1990)	Cuantitativo, de campo, descriptivo.	Estudiantes de una escuela de Medicina en los Estados Unidos.	• Deficiencia organizacional en la educación médica . • Acciones de abuso percibidas.	Encuesta estructurada de percepción de abuso en el contexto formativo.	El **46%** reportó haber sido blanco directo de abuso durante su carrera, y el **69%**catalogó estas experiencias como "muy perturbadoras". Primer hito en definir operativamente el abuso médico.	Muestra circunscrita a una sola institución norteamericana; sesgo cultural en la conceptualización histórica de la deficiencia organizacional.
Arias (2008)	Cuantitativo,prospectivo, transversal y descriptivo.	funcionarios de enfermería de todos los niveles y turnos en el Servicio de Emergencias, Hospital San Rafael (Costa Rica).	**VI:** Factores del clima organizacional . **VD:**Satisfacción laboral de los profesionales.	Dos escalas estandarizadas de clima laboral más una entrevista estructurada complementaria.	**Satisfacción:** con la jefatura en comunicación y desarrollo. **Insatisfacción:**elevada en trabajo en equipo, falta de incentivos/retroalimentación y evaluaciones injustas. El **35%** deseaba un traslado de servicio.	Muestra pequeña y restringida exclusivamente a un servicio crítico (Urgencias), lo que limita la extrapolación a toda la estructura hospitalaria.
Díaz, Peña y Samaniego (2013)	Cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal.	Trabajadores administrativos y operativos de una PYME metal-mecánica	• Clima organizacional (10 dimensiones) •Satisfacción laboral.	Cuestionario estructurado tipo escala de Likert (40 reactivos, fiabilidad de).	El factor higiénico extrínseco "compañeros de trabajo" mostró la asociación más fuerte con la satisfacción. Los factores intrínsecos dominantes fueron el	Muestra no probabilística por conveniencia; contexto puramente industrial ajeno a

Referencia (Autor y Año)	Diseño y Enfoque Metodológico	Muestra y Población de Estudio	Variables Implicadas	Instrumentos de Medición	Resultados Principales	Limitaciones del Estudio
		en Coahuila, México.			significado del trabajo y el reconocimiento de supervisores.	las dinámicas de salud y educación médica de posgrado.
Yáñez (2010)	Cuantitativo, correlacional, transversal, no experimental.	Muestra correspondiente al **67%** de la población total de una ONG en Querétaro, México.	•Condiciones laborales (físicas y ambientales) . •Satisfacción laboral . • Factores relacionales.	Cuestionario de entorno y condiciones laborales.	Las condiciones físicas (iluminación, mobiliario) no son determinantes principales para permanecer. El sentido de pertenencia a un equipo, salario y retroalimentación predicen significativamente la satisfacción.	Población perteneciente al tercer sector (Organizaciones No Gubernamentales), cuyas lógicas operativas difieren del entorno hospitalario público.
Mathis y Brown III / Boles et al. (2008; 2003)	Cuantitativo, transversal, multifactorial analítico.	Trabajadores de diversas facetas comerciales y operativas corporativas.	• Conflictos de rol . • Conflicto Familia-Trabajo (CFT) . • Género.	Escalas psicométricas de Conflicto Familia-Trabajo (CFT) y facetas de Satisfacción.	Los CFT influyen de manera diferenciada sobre las facetas de la satisfacción laboral según el género del trabajador, evidenciando una brecha en la conciliación de roles.	Diseño transeccional que impide modelar la evolución del conflicto de roles durante etapas críticas o de reestructuración organizacional.

Referencia (Autor y Año)	Diseño y Enfoque Metodológico	Muestra y Población de Estudio	Variables Implicadas	Instrumentos de Medición	Resultados Principales	Limitaciones del Estudio
Arriaga et al. (2024)	Cuantitativo, analítico y correlacional.	Residentes de ortopedia en unidades médicas especializadas de México.	• Desgaste profesional de los residentes . •Percepción del programa educativo.	Cuestionarios estandarizados del desgaste profesional y encuestas de percepción educativa.	La degradación de los profesionales en formación impacta negativamente su percepción del programa académico.	Centrado en una sola especialidad quirúrgica (Ortopedia), omitiendo la heterogeneidad de un hospital general multiespecialidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de antecedentes (2026).

Identificación de Brechas Epistemológicas y Metodológicas

A través de la revisión del Estado del Arte plasmado en la Tabla 1, se identifican con claridad tres grandes lagunas científicas que justifican la realización de este estudio: **La Paradoja de la Evaluación Unilateral (Laboral vs. Académica):** Históricamente, la mayoría de los estudios se han centrado de forma casi exclusiva en el ambiente laboral y las cargas de trabajo (jornadas, turnos, salarios). No obstante, han omitido evaluar exhaustivamente cómo las exigencias del entorno clínico-académico tales como el liderazgo institucional, la comunicación organizacional y el trabajo en equipo se interrelacionan de forma simultánea con el desgaste profesional y las notas formales de un posgrado (desempeño académico). Existe una escasez de modelos integrales que vinculen lo administrativo, lo psicopatológico y lo educativo en una sola matriz analítica.

Descontextualización de los Modelos Organizacionales Tradicionales: Las teorías del comportamiento y clima organizacionales revisadas se han validado, en su gran mayoría, en entornos corporativos, PYMES o industrias manufactureras cuyas relaciones jerárquicas son horizontales o flexibles. El sistema hospitalario de residencias médicas en México posee una estructura rígida, vertical y profundamente jerárquica , donde la cultura de la "novatada institucional" normaliza jornadas extenuantes y conductas punitivas. Por tanto, los hallazgos de la literatura clásica no son directamente aplicables a la realidad de los médicos residentes.

Vacío de Evidencia Científica Regional y Local: A nivel nacional, la literatura sobre el desgaste profesional en médicos residentes está fuertemente centralizada en grandes institutos médicos de la Ciudad de México o unidades de alta especialidad de las urbes principales. Existe una limitada producción científica que aporte datos epidemiológicos locales en los estados del norte del país, específicamente en Durango.

Justificación de la Especificidad del Contexto: "Hospital General 450"

La presente investigación atiende de manera directa las lagunas identificadas al situarse en el Hospital General 450 de Durango, Durango, un escenario que posee particularidades críticas indispensables de abordar:

Inexistencia de Antecedentes Locales: En el ecosistema de salud de Durango, y específicamente en el Hospital General 450, no se identifican investigaciones previas que exploren la problemática del desgaste profesional desde una perspectiva organizacional y

académica conjunta. Este estudio rompe este vacío al proporcionar, por primera vez, información epidemiológica local y fidedigna sobre el estado biopsicosocial de sus residentes.

Representatividad Colectiva y Multiespecialidad: A diferencia de estudios previos acotados a un único servicio clínico (como el de Arias en Emergencias o Arriaga en Ortopedia) , esta investigación abarca de manera transversal a una población real de médicos residentes activos de todas las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas que se imparten simultáneamente en la institución. Esto permite mapear de forma fidedigna la heterogeneidad del hospital.

Evidencia de la Paradoja Educativa-Asistencial Local: El estudio arroja luz sobre una cruda realidad del Hospital General 450: el 69.5% de sus residentes presenta desgaste profesional activo. Sin embargo, el análisis estadístico inferencial demostró que las deficiencias organizacionales y el burnout no merman el promedio de calificaciones cuantitativas (mediana sobresaliente de 9.3). Esto devela la especificidad de una paradoja institucional en este hospital: el rendimiento académico se mantiene blindado a expensas de un sobreesfuerzo cognitivo que genera un elevado costo emocional y psicopatológico en el médico en formación.

Impacto Diferenciado por Jerarquía y Género: La especificidad del contexto del Hospital General 450 evidencia que la deficiencia institucional y las deficiencias del entorno no afectan a todos por igual. El análisis estadístico arrojó diferencias significativas en el rendimiento por sexo y año de residencia , demostrando empíricamente que los residentes de primer año que presentan un choque cultural organizativo muy difícil en el entorno hospitalario, mientras que el sistema continúa mostrando sesgos estructurales de género en las dinámicas jerárquicas tradicionales.

Al fundamentar la investigación en este hospital, no solo se genera un diagnóstico científico contextualizado e inédito , sino que se provee a las autoridades sanitarias de Durango la evidencia dura necesaria para reestructurar el ambiente clínico-académico, mitigar el desgaste profesional y diseñar estrategias de apoyo psicológico que garanticen los derechos humanos de los futuros especialistas de la región.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Construcción de la investigación

En el presente capítulo se describirá de manera detallada el esquema metodológico que sustenta esta investigación, orientada a explorar las variables de Desemepeño académico, Liderazgo, Comunicación, Trabajo en Equipo y desgaste profesional, en los residentes médicos del hospital general 450 de Durango, Dgo.

A continuación, se presentarán los elementos fundamentales de este diseño metodológico: en primer lugar, se establece el paradigma que guía el estudio, justificando su pertinencia para medir y correlacionar constructos psicológicos; enseguida, se detalla el método y el tipo de diseño adoptado, enfatizando su carácter se llevará a cabo un estudio de tipo analítico, transversal y prospectivo , el cual facilita la obtención de datos en un solo momento temporal.

Posteriormente, se describe la conformación de la muestra, incluyendo criterios de selección, características sociodemográficas y procedimientos de muestreo. Finalmente, se ilustra el proceso de recolección de datos en sus distintas fases: aprobación ética, distribución de la encuesta y cierre de la recolección, junto con las estrategias empleadas para optimizar la participación y la calidad de las respuestas.

Este capítulo, sienta las bases metodológicas necesarias para comprender el rigor y la coherencia del estudio, asegurando la validez interna y la reproductibilidad de los hallazgos, para dar paso a los resultados y análisis que se presentarán en los capítulos siguientes.

3.2. Investigación Cualitativa

La investigación es un proceso riguroso, cuidadoso y sistematizado en el que se busca resolver problemas, bien sea de vacío de conocimiento (investigación científica) o de gerencia, pero en ambos casos es organizado y garantiza la producción de conocimiento o de alternativas de solución viables.

A partir de esto es posible hacer una reflexión acerca del enfoque que de allí se desprende: Si estamos tratando la investigación científica, es posible desarrollar dos enfoques

importantes : el cualitativo y el cuantitativo, en el primero se entiende que la cantidad es parte de la cualidad, además de darse mayor atención a lo profundo de los resultados y no de su generalización; mientras que en el enfoque cuantitativo, lo importante es la generalización o universalización de los resultados de la investigación.

La metodología cualitativa, como indica Mella (1998) en su propia denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible. En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud: se trata de obtener un entendimiento lo más profundo posible.

Las características según Mella (1998) de la metodología cualitativa que podemos señalar a modo de sinopsis son:

• Una primera característica de estos métodos se manifiesta en su estrategia para tratar de conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad, y no a través de la medición de algunos de sus elementos. La misma estrategia indica ya el empleo de procedimientos que dan un carácter único a las observaciones.

• La segunda característica es el uso de procedimientos que hacen menos comparables las observaciones en el tiempo y en diferentes circunstancias culturales, es decir, este método busca menos la generalización y se acerca más a la fenomenología y al interaccionismo simbólico.

• Una tercera característica estratégica importante para este trabajo se refiere al papel del investigador en su trato intensivo con las personas involucradas en el proceso de investigación, para entenderlas.

• El investigador desarrolla o afirma las pautas y problemas centrales de su trabajo durante el mismo proceso de la investigación. Por tal razón, los conceptos que se manejan en las investigaciones cualitativas en la mayoría de los casos no están operacionalizados desde el principio de la investigación, es decir, no están definidos desde el inicio los indicadores que se tomarán en cuenta durante el proceso de investigación.

3.3. Investigación Cuantitativa

Surge en los siglos XVIII y XIX, en el proceso de consolidación del Capitalismo y en el seno de la Sociedad Burguesa Occidental. Con la finalidad de analizar los conflictos sociales y el hecho económico como Universo complejo. Inspiradas en las Ciencias Naturales y estas en la física Newtonianas a partir de los conocimientos de Galileo. Con Claude Saint Simón y Augusto Comte surge la Sociología como Ciencia.

Hurtado y Toro (1998). "Dicen que la investigación Cuantitativa tiene una concepción lineal, es decir que haya claridad entre los elementos que conforman el problema, que tenga definición, limitarlos y saber con exactitud donde se inicia el problema, también le es importante saber qué tipo de incidencia existe entre sus elementos".

La Metodología Cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística. Para que exista Metodología Cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya Naturaleza sea lineal. Es decir, que haya claridad entre los elementos del problema de investigación que conforman el problema, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección va y que tipo de incidencia existe entre sus elementos.

Los elementos constituidos por un problema, de investigación Lineal, se denominan: variables, relación entre variables y unidad de observación. La Rosa (1995) dice que para que exista Metodología Cuantitativa debe haber claridad entre los elementos de investigación desde donde se inicia hasta donde termina, el abordaje de los datos es estático, se le asigna significado numérico.

El abordaje de los datos cuantitativos son estadísticos según Mendoza (2016), hace demostraciones con los aspectos separados de su todo, a los que se asigna significado numérico y hace inferencias:

- La objetividad es la única forma de alcanzar el conocimiento, por lo que utiliza la medición exhaustiva y controlada, intentando buscar la certeza de este.

• El objeto de estudio es el elemento singular Empírico. Sostiene que, al existir relación de independencia entre el sujeto y el objeto, ya que el investigador tiene una perspectiva desde afuera.

• La teoría es el elemento fundamental de la investigación Social, le aporta su origen, su marco y su fin.

• Comprensión explicativa y predicativa de la realidad, bajo una concepción objetiva, unitaria, estática y reduccionista.

• Concepción lineal de la investigación a través de una estrategia deductiva.

• Es de método Hipotético-Deductivo.

González (1975) menciona que la perspectiva y el énfasis Cuantitativo están relacionados con muchas otras características del investigador. En términos generales puede decirse que el análisis Cuantitativo es típico sobre todo en las ciencias sociales que trabajan con poblaciones, se liga al Empirismo y a la Ideología del proceso de las ciencias Sociales. El investigador menciona las limitaciones de la investigación cuantitativa:

• La subjetividad disfrazada cuantitativamente.

• La conjugación cuantitativa de agrupaciones para estudiar los sistemas sociales.

• Tomar una parte del sistema como variable independiente (causa) y todo el de los datos

Cuantitativos lo que se puede observar en las investigaciones tradicionales.

Tabla 4. Diferencias entre la investigación Cuantitativa y Cualitativa

Criterio	Investigación Cuantitativa	Investigación Cualitativa
Enfoque epistemológico	Positivista o postpositivista	Interpretativo, constructivista
Objetivo principal	Medir, cuantificar y generalizar fenómenos a partir de datos numéricos y pruebas estadísticas	Comprender e interpretar fenómenos sociales o humanos desde la perspectiva de los participantes
Naturaleza de los datos	Numérica (cuantificable, medible)	No numérica (textos, discursos, narrativas, observaciones)
Instrumentos de recolección	Cuestionarios estructurados, pruebas estandarizadas, escalas de medición	Entrevistas abiertas o semiestructuradas, grupos focales, observación participante
Muestra	Amplia, representativa y seleccionada estadísticamente	Pequeña, intencional o por conveniencia, seleccionada por criterios de relevancia temática
Tipo de análisis	Estadístico (descriptivo e inferencial)	Interpretativo (análisis de contenido, análisis temático, codificación)
Generalización	Alta generalización de resultados a partir de muestras representativas	Baja generalización; se busca transferibilidad más que representatividad

Relación investigador-sujeto	Distante y objetiva; el investigador actúa como observador externo	Cercana y participativa; el investigador interactúa con los participantes
Flexibilidad del diseño	Estructurado y rígido; definido desde el inicio del estudio	Flexible y emergente; puede ajustarse conforme avanza la investigación
Ejemplos de resultados	Tablas estadísticas, gráficas, porcentajes, correlaciones, regresiones	Categorías, patrones, relatos interpretativos, descripciones ricas en contexto

Fuente de elaboración: Propia (2026) con base en Hernández, Fernández y Baptista (2022).

Tabla 5. Alcances de la investigación Cuantitativa

Alcance	Definición	Objetivo principal	Características metodológicas	Hipótesis
Exploratorio	Tipo de investigación que estudia problemas poco conocidos o no definidos para comprenderlos mejor y orientar futuros estudios.	Familiarizarse con el objeto de estudio y generar preguntas e hipótesis iniciales.	Diseño flexible y abierto; uso de técnicas preliminares como revisión bibliográfica, entrevistas semiestructuradas y encuestas piloto.	No plantea hipótesis iniciales debido al desconocimiento del fenómeno.
Descriptivo	Estudia y describe las características de un fenómeno, población o situación en un momento dado	Medir y analizar variables para identificar perfiles, tendencias y patrones de distribución.	Diseño estructurado; muestreo probabilístico; recolección sistemática de datos; aplicación de estadísticas descriptivas (media, mediana, moda, dispersión).	Generalmente no se plantean hipótesis, sino objetivos de investigación claros.
Correlacional	Método no experimental que mide	Identificar y cuantificar la intensidad, dirección y forma	Uso de muestreo probabilístico; recolección	Plantea hipótesis de asociación que se

	dos o más variables para evaluar la relación estadística entre ellas sin intervención del investigador.	de la asociación entre variables para posibles	de datos numéricos; análisis mediante coeficientes de correlación Spearman y regresión.	contrastan estadísticamente.
Explicativo	Busca establecer relaciones de causa y efecto entre variables para explicar por qué ocurre un fenómeno.	Probar hipótesis mediante diseños experimentales o cuasiexperimentales que permitan generalizar resultados.	Diseño altamente estructurado; control de variables; manipulación experimental o análisis multivariante (ANOVA, regresión múltiple, modelos de ecuaciones estructurales).	Plantea y contrasta hipótesis de causa y efecto.

Fuente de elaboración: con base en Hernández, Fernández y Baptista (2022).

3.4 Diseño de investigación: experimental y no experimental

Los diseños experimentales (también llamados verdaderos experimentos) implican la manipulación de una variable independiente y el control riguroso para determinar su efecto sobre una variable dependiente, generalmente mediante aleatorización de participantes en grupos de tratamiento y control (Salmons, 2018). Este tipo de diseño permite establecer relaciones de con alto grado de validez interna. Uno de los principios fundamentales es que los resultados pueden atribuirse directamente a la intervención aplicada.

En contraste, los diseños no experimentales no manipulan variables; en su lugar, se observan variables tal como ocurren en los participantes, sin intervención del investigador. Esto reduce la posibilidad de establecer causalidad, pero permite estudiar fenómenos en su contexto natural. Los tres principales tipos son según Salmons (2018):

Correlacional: se analizan relaciones estadísticas entre variables sin manipular ninguna de ellas. Transversal: se mide un conjunto de variables en un solo momento, permitiendo estimar prevalencias y asociaciones. Observacional: implica la observación de comportamientos sin manipulación, ampliamente utilizada en psicología y sociología.

Este diseño no experimental, transversal y correlacional corresponde con la naturaleza de este estudio, orientado a comprender cómo se relacionan variables psicológicas sin alterar el entorno de los médicos residentes. Desde una aproximación analítica, estos diseños son ideales para estudios exploratorios en contextos reales, donde la intervención no es factible. Este enfoque respeta la naturaleza del fenómeno, sin intervenir ni manipular condiciones, lo cual evita sesgos éticos y garantiza la autenticidad del contexto. Por lo cual las ventajas de mi enfoque son:

Ética y viabilidad: No manipular variables es más adecuado en contextos educativos donde no se puede alterar el entorno estudiantil.

Rapidez y economía: Los estudios transversales se pueden aplicar con menos recursos y tiempo.

Generación de hipótesis futuras: Este diseño puede informar investigaciones posteriores, incluso experimentales.

Validez ecológica: Al estudiar variables en su contexto natural, los resultados reflejan escenarios reales más fielmente.

La combinación entre rigurosidad metodológica, ética, realismo contextual y capacidad de exploración nos permite ofrecer hallazgos relevantes y útiles dentro del marco académico, psicológico y organizacional.

3.5 Paradigma de la investigación

Se presenta el siguiente proceso metodológico propuesto para este estudio, el cual incluye la definición del paradigma, el método y el diseño del estudio, los participantes, la técnica de recolección de datos, el instrumentos original utilizado, para el proceso que se siguió de la recolección de datos.

Indicando de esta manera que el enfoque de investigación que se llevó a cabo es cuantitativo, donde se logra apreciar la respuesta a las preguntas planteadas en capítulos pasados llevando mediciones y comparaciones estadísticas.

El término Cuantitativo se acuñó por Gottfried Achenwall en 1748, y a partir de entonces ha tenido múltiples mejoras para el cálculo estadístico, además de contar con programas especiales para realizarlos de una forma rápida y confiable. Hernández et al. (2013) mencionan que el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, las principales características de este paradigma de investigación consisten en plantear un problema de estudio delimitado y concreto, además que las preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.

Los estudios cuantitativos siguen un párrafo predecible y estructurado y se debe tener presente que las decisiones críticas se efectúan antes de recolectar los datos ya que se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo o segmento o una colectividad mayor que representaría el universo o población, otro de los aspectos que se buscan es que los estudios efectuados puedan replicarse.

Para el desarrollo de estudios de carácter cuantitativo se sigue rigurosamente el proceso de acuerdo con reglas lógicas y los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad de tal manera que las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de

conocimiento, esta aproximación utiliza la lógica o razonamiento deductivo la cual comienza con la teoría y de esta se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador busca someter a prueba pretendiendo identificar leyes universales y causales (Bergman, 2018).

El diseño de la investigación cuantitativa es secuencial y probatorio, con fases claramente delimitadas desde la formulación de hipótesis hasta la interpretación de resultados. En el ámbito educativo, su aplicación permite evaluar el rendimiento académico, identificar tendencias y fundamentar la toma de decisiones pedagógicas en resultados cuantificables.

La validez y la confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos constituyen criterios centrales para garantizar la calidad metodológica y la solidez de las conclusiones (Valdés et, al. 2012).

3.6. Investigación Cuantitativa con alcance correlacional.

En un proceso de investigación el alcance depende de las estrategias que se utilizaran para la realización de esta, luego de que hemos decidido el objeto de estudio de nuestra investigación, en este caso cuantitativa, podemos enfocarnos en el alcance que puede ser exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo.

El estudio correlacional se basa en la información con respecto a la relación actual que se tiene entre dos variables o más y que nos permita predecir su conducta, valor o comportamiento para más adelante explicar un fenómeno de manera parcial o cuantificar y analizar la asociación. Esta correlación se debe sustentar en hipótesis y deben ser sometidas a prueba ya que, si están correlacionadas, se tienen buenas bases para predecir, con mayor exactitud.

3.7. Cálculo del tamaño de la muestra.

En este trabajo de investigación, la selección del tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, con la fórmula siguiente indicado por (Flores, 2017).

Para el cálculo de muestra se empleará la fórmula para un tamaño de muestra finita, la cual se muestra a continuación:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N-1) + Z_\alpha^2 pq}$$

Donde:

- n= Tamaño de muestra buscado
- N= Tamaño de la población (129 residentes en el Hospital General 450).
- Z= Corresponde al nivel de confianza elegido, para el 95% (z=1.96).
- e= error de estimación máximo aceptado (e=0.05 o 5%).
- p= probabilidad de que ocurra el evento estudiado (50 %).
- q= (1-p) =probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (50 %).

De acuerdo con el número total de residentes médicos en el Hospital general 450 los cuales fueron 129 residentes médicos, obteniendo una **n de 129 participantes** para la presente investigación. Aunque el cálculo muestral estimó 129 participantes, se analizaron 105 cuestionarios válidos, los cuales aceptaron participar en la investigación firmando el consentimiento informado, y verificando su información académica completa, por lo que los resultados deben interpretarse considerando esta limitación.

Para la fiabilidad del instrumento original de medición, el análisis de consistencia fue mediante el método de alfa de Cronbach, para comprobar que los datos recopilados por el instrumento realizado de nuestra investigación sean fiables.

Confiable, según (Sánchez, 2019).

De 0.0 a 0.3: nada confiable

De 0.3 a 0.6: poco confiable

De 0.6 a 0.8: confiable

De 0.8 a más: muy confiable

3.8. Tipo de estudio.

El tipo de estudio que se presenta en este documento es de tipo no experimental por encuesta, el cual consiste en observar el fenómeno de estudio tal como se presenta sin la intención de manipular las variables, al respecto Kerlinger y Lee como se citó en Hernández et al.(2013) **"**en la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos**"** (p.205) de tal manera que este tipo de estudios no se construye una situación en particular si no que se analizan las variables a partir de las situaciones dadas.

Por lo cual el estudio no experimental por encuesta es un diseño de investigación observacional que se caracteriza por no manipular deliberadamente variables, sino por recopilar datos mediante cuestionarios estructurados aplicados en el entorno natural de los participantes.

Las principales características de este tipo de estudio según Hernández (2013) son: No manipulación de variables: el investigador se limita a medir lo que ya existe sin alterar el entorno o las condiciones de los participantes. Diseño transeccional o longitudinal: Transeccional: recogida de datos en un único momento, con fines descriptivos o correlacionales. Longitudinal: seguimiento de una misma muestra a lo largo del tiempo para observar cambios y tendencias. Uso de encuestas online o presenciales: herramientas digitales o en papel para facilitar el alcance de la muestra y automatizar el procesamiento de respuestas.

Ventajas; Eficiencia: permite recopilar gran cantidad de datos en poco tiempo y con costos moderados. Flexibilidad: combina escalas estandarizadas y variables

sociodemográficas diversas. Accesibilidad: alcanza poblaciones amplias a través de plataformas online.

De acuerdo con el tiempo en que se lleva a cabo el análisis de las variables implicadas en la investigación se establece la condición de estudios de tipo transversal la cual consiste en la recuperación de datos en un solo momento dado, de tal manera que se pueden describir las variables, analizar su incidencia y su interrelación en un momento determinado.

Hernández et al. (2013) señalan que los estudios transversales se clasifican en exploratorios, descriptivos y correlaciónales. Para fines de este estudio se determina el tipo de estudio con alcance de nivel correlacional ya que se tiene como objetivo conocer y ubicar las variables de análisis presentes en la población, debido al espacio en la que se llevara a cabo la recolección de los datos, el estudio se determina de campo, al establecer contacto directo con los participantes acudiendo al entorno en el que ellos se localizan.

En síntesis, un estudio transversal es un diseño no experimental que captura datos en un único momento temporal para describir y comparar variables en una población determinada. Cuando se le añade un alcance correlacional, el propósito no es solo describir sino también medir el grado y la dirección de la asociación entre dos o más variables, sin implicar manipulación ni inferiridad Hernández et, al. (2014), como lo explica en las características siguientes:

Momento único de recolección: todos los datos se obtienen en una sola ocasión, lo que simplifica la logística y reduce costos. Muestra representativa o intencional: puede emplearse muestreo probabilístico para generalizar o muestreo no probabilístico para enfoques más exploratorios. Instrumentos estructurados: cuestionarios estructurados (escala Likert, dicotómicos, etc.) estandarizados y validados en poblaciones similares. Alcance descriptivo y asociativo: permite describir niveles de variables y comprender cómo se relacionan.

3.9. Variables de investigación.

Hernández et al. (2013) define a una variable como una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse y observarse, así mismo establece que las variables sociodemográficas: el género, edad, estado civil, año de residencia, especialidad médica y esquema de guardia.

Tabla 6. Operacionalización de Variables Descriptivas.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador / Unidad
SEXO	Características que permiten la diferenciación entre hombre y mujer	Cualitativa nominal dicotómica	1= Masculino 2= Femenino
EDAD	Número de años desde el nacimiento hasta el día en que se realicé la entrevista	Cuantitativa Continua	Años
ESTADO CIVIL	Situación legal de las personas en base a sus relaciones familiares	Cualitativa nominal Politómica	1= Soltero(a) 2= Casado(a) / Unión libre 3= Divorciado(a) / Separado(a)
AÑO DE RESIDENCIA	Año de la especialidad en el cual se encuentran cursando	Cualitativa nominal Politómica	1= R1 2=R2 3=R3 4=R4 5=R5 o superior

ESPECIALIDAD	Proceso de especialización de un médico.	Cualitativa nominal Politómica	1= Medicina Interna 2= Medicina de Urgencias 3= Anatomía Patológica 4= Cirugía 5= Medicina Critica 6= Imagenología 7= Anestesiología 8=Traumatología y Ortopedia 9=Neurocirugía
ESQUEMA DE GUARDIA	Programación estructurada de turnos de trabajo continuo, donde el médico residente permanece en el hospital para brindar atención a los pacientes	Cualitativa nominal Politómica	1= AB (Un día sí, un día no) 2= ABC (Cada tercer día) 3= ABCD (Cada cuarto día)

Fuente de elaboración: Propia (2026)

3.10. Diseño de Investigación.

La presente Investigación se llevó a cabo en el Hospital General 450, se procedió a la realización de las encuestas a los residentes del Hospital General 450. Se incluyó en el estudio aquellos residentes que cumplan con los criterios de inclusión previamente establecidos. Al tratarse de un estudio prospectivo, se requirió la obtención de consentimiento informado.

Se documentaron datos de variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil,año, especialidad y esquema de guardias.), variables independientes (comunicación**,** trabajo en equipo, liderazgo, desgaste profesional), y la variable dependiente (desempeño académico). Asimismo, se solicitó a los profesores titulares de cada uno de los servicios, las calificaciones actuales de los residentes en ese momento de la recolección de datos.

Toda la información que se obtuvó fue registrada en un formato estructurado de recolección de datos diseñado para este estudio (ANEXO I). A los datos anonimizados, se les asignó un código único a cada participante y se manejó bajo estricta confidencialidad, conforme a la normatividad ética vigente y a la Ley General de Protección de Datos Personales.

Cabe mencionar que la realización del cuestionario se llevó a cabo en tiempo y forma dentro del auditorio del Hospital General 450, posterior a la sesión general del miercoles de cada semana, contando con hasta 10 minutos para la realización de este, al tener un total de 129 residentes, de los cuales solo 105 residentes médicos presentarón datos completos y aceptaron participar en la encuenta, asi como firmarón el concentimiento informado, contando con la ayuda y el tiempo posterior a la sesión general de los residentes de las diferentes especialidades.

3.11. Operacionalización de las variables implicadas en el estudio.

La operacionalización de una variable representa un procedimiento metodológico que, de acuerdo con Carrasco (2019) permite establecer deductivamente las variables que componen el problema de investigación, las variables pueden ser complejas o concretas de estas últimas se dividen en indicadores o ítems, como es el caso de las variables implicadas en este estudio.

Tabla 7. Operacionalización de la Variable Dependiente.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador / Unidad
DESEMPEÑO ACADÉMICO	Evaluación del conocimiento, habilidades y competencias que se demuestra en su proceso de aprendizaje, expresado a través de calificaciones.	Cuantitativa continua	Calificación numérica

Fuente de elaboración Propia (2026)

Tabla 8. Operacionalización de Variable Independiente.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador / Unidad
LIDERAZGO	Capacidad de influir, motivar, organizar y guiar a personas o grupos hacia el logro de objetivos comunes dentro de un marco de valores.	Cualitativa dicotómica nominal	1= Bueno (9-15) 2= Malo (3-8)
COMUNICACIÓN	Proceso de intercambio de información, ideas, emociones o señales entre dos o más individuos.	Cualitativa dicotómica nominal	1= Buena (12-20) 2= Mala (4-11)
TRABAJO EN EQUIPO	Colaboración organizada de un grupo de personas que unen sus habilidades, conocimientos y esfuerzos, bajo una coordinación, para alcanzar objetivos comunes	Cualitativa dicotómica nominal	1= Bueno (21-35) 2= Malo (7-20)

DESGASTE PROFESIONAL	Estado de agotamiento físico, mental y emocional persistente derivado de un estrés laboral sostenido, el cual se clasifica en: Activo: en este tipo el trabajador presenta comportamientos de resistencia activa frente al desgaste profesional y su conducta es asertiva, es decir, con iniciativa para el cambio a través de estrategias de afrontamiento. Pasivo: El trabajador se caracteriza por una actitud derrotista, marcada por la apatía y la retirada del esfuerzo por cambiar la situación, prefiriendo el distanciamiento frente a las situaciones que provocan estrés.	Cualitativa dicotómica nominal	1= Pasivo (66-132) 2= Activo (0-65)

Fuente de elaboración: Propia (2026)

3.12. Participantes de la investigación.

La población de objeto de estudio estuvo conformada por 129 médicos residentes del Hospital general 450 que se encuentrarón al momento de la sesión general del Hospital General 450 durante el período del año 2026, sin embargo de acuerdo a los criterios de selección solo se recabarón encuestas de 105 residentes médicos que aceptaron participar en la investigación, firmando el consentimiento informado y verificando su información académica completa.

3.13. Criterios de selección

Los criterios de inclusión:

- Residentes Médicos que se encontraron realizando la residencia médica en el Hospital General 450 en la ciudad de Durango, Durango.
- Médicos residentes activos en cualquier año y cualquiera de las especialidades del Hospital General 450 durante el período de estudio.
- Residentes que deseen participar y firmen su consentimiento informado.

Los criterios de exclusión:

- Residentes médicos del hospital general 450 que hayan presentado su baja y que no estén trabajando actualmente en los hospitales, o que se encuentren en rotación.

Los criterios de eliminación;

- Participantes que retiren su consentimiento informado
- Cuestionarios que estén incompletos o con información inconsistente.
- Participantes cuya información académica no pueda ser verificada o este incompleta.

Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio. Las variables cuantitativas fueron evaluadas para determinar su distribución mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Aquellas con distribución normal se describirán mediante media y desviación estándar, mientras que las variables con distribución no normal se presentarán como mediana y rangos. Las variables cualitativas se presentarán mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Para analizar el desempeño académico entre grupos se empleó la prueba t de Student o ANOVA en variables con distribución normal, y U de Mann-Whitney o en variables sin distribución normal. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

La información recolectada estuvo capturada en una base de datos electrónica de Excel y posteriormente analizada mediante un paquete estadístico (Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0).

3.14. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.

Se diseñó un instrumento originalmente bajo el Modelo: Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008).

Objetivo del Instrumento:

Evaluar los factores organizacionales (comunicación, trabajo en equipo y liderazgo) y los factores psicológicos (desgaste profesional) y su relación con el desempeño académico de los médicos residentes del Hospital General 450 de Durango, Durango.

Con criterios de evaluación por ítem

Coherencia: Grado en que el enunciado y sus opciones de respuesta son consistentes con la dimensión/constructo que pretende medir o sea ¿tiene lógica con la dimensión?

Relevancia: Importancia del ítem para representar el contenido esencial de la dimensión. ¿Es esencial incluirlo?

Claridad: Redacción comprensible, precisa y sin ambigüedad para la población objetivo (médicos residentes). ¿Se entiende de forma fácil?

Suficiencia: Adecuación del ítem para cubrir el aspecto de contenido que pretende abordar, sin ser redundante o incompleto.

Dicho instrumento integra todas las correcciones de redacción, precisión terminológica y reducción de sesgos sugeridas por el panel de expertos, se han transformado las frases incompletas en afirmaciones directas, se ha suavizado el lenguaje en los reactivos psicológicos para evitar la deseabilidad social y se ha especificado el término "pacientes" donde el contexto médico lo requiere.

Los expertos que apoyaron en dicho instrumento fueron:

Dr. Carlos Salas Martinez; Médico Especialista en Psiquiatría; Académico de la Facultad de Medicina y Nutricion (FAMEN). De la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), y Coordinador del departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina y Nutrición.

M.S.P.y L.P.C. Gloria Yolanda Velázquez Hernández, Coordinadora Psicopedagogía de la FAMEN - UJED

Dra. Cynthia Yaneth Ramírez Escarpita, Lic en Educación especial, Maestria en Pedagogia, Doctorado en Ciencias para el aprendizaje; Especialista en Dialogos existenciales por el CIREX.

El instrumento mostró una consistencia interna excelente, con alfa de Cronbach de 0.987, sin embargo, el instrumento presentó alta consistencia interna y las futuras aplicaciones podrían analizar la reducción de ítems; índice de esfericidad de Bartlett 8683.365 una significancia <0.000 y una medida KMO (Índice de Kaiser-Meyer-Olkin) de adecuación de muestreo de 0.83. (Dr. Rubén Meraz Cabrales)

A continuación se presenta la versión final depurada, lista para ser maquetada en formato físico.

SECCIÓN 1: ***Factores Organizacionales (Comunicación, Trabajo en Equipo y Liderazgo) Instrucción de respuesta: Utilice la siguiente escala para indicar su nivel de acuerdo con cada afirmación: (1) Totalmente en desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Neutral (4) De acuerdo (5) Totalmente de acuerdo***

No,	Reactivo	1 (totalmente en desacuerdo)	2 (en desacuerdo)	3 (neutral)	4 (de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
1	Conozco la competencia técnica de mis compañeros de trabajo para realizar sus tareas					
2	Estoy de acuerdo en la manera en que las políticas del hospital son puestas en práctica					
3	Las reglas y detalles administrativos permiten la expresión y la implementación de nuevas ideas.					
4	Existe una adecuada coordinación de las					

	actividades en este hospital.					
5	Tengo facilidad para buscar o acceder a la formación e información necesaria para realizar mi trabajo.					
6	Recibo con anticipación información sobre los cambios que afectan mi trabajo.					
7	Existe relación entre la capacitación recibida y los requerimientos reales del trabajo.					
8	Comprendo claramente las políticas del hospital.					
9	Tengo la oportunidad de trabajar sin excesiva supervisión.					
10	La cantidad de reglas y políticas que debo conocer es excesiva para realizar mi trabajo.					
11	Se me comunican con anticipación los cambios importantes en el hospital.					
12	El liderazgo institucional comunica con claridad los objetivos y prioridades que orientan mi trabajo					

13	El liderazgo institucional fomenta la colaboración y el respeto entre los integrantes del equipo de trabajo.					
14	Cuando se proponen ideas nuevas para mejorar el servicio, el liderazgo institucional las considera y brinda apoyo para llevarlas a la práctica.					

Fuente de elaboración: Dr. Meraz R. (2026).

SECCIÓN 2: ***Factores Psicológicos (Desgaste Profesional) Instrucción de respuesta: Indique la frecuencia con la que experimenta las siguientes situaciones utilizando esta escala: (0) Nunca | (1) Pocas veces al año | (2) Una vez al mes o menos | (3) Unas pocas veces al mes | (4) Una vez a la semana | (5) Pocas veces a la semana | (6) Todos los días***

No.	Reactivo	0 (nunca)	1 (Pocas veces al año)	2 (una vez al mes)	3 (unas pocas veces al mes)	4 (una vez a la semana)	5 (pocas veces a la semana)	6 (todos los días)
15	Siento que invierto mucho esfuerzo emocional en mi trabajo y recibo poco a cambio (o no cumple mis expectativas).							
16	Cuando termino mi jornada me siento agotado.							
17	Cuando inicio la jornada me siento agotado.							

18	Puedo entender fácilmente a los pacientes que atiendo.							
19	Siento que me he vuelto más insensible con las personas en mi trabajo.							
20	Trabajar todo el día con la gente me cansa.							
21	Trato eficazmente los problemas de los pacientes.							
22	Mi trabajo me está desgastando.							
23	Influyo positivamente en la vida de otros.							
24	Me he hecho más duro o menos paciente con la gente.							
25	Este trabajo me endurece emocionalmente.							
26	Me siento enérgico en mi trabajo.							
27	Me siento frustrado por el trabajo.							
28	Paso demasiado tiempo en el trabajo.							
29	No me importa lo que ocurra a los pacientes.							
30	Trabajar en contacto con gente me cansa.							
31	Creo un clima agradable en el trabajo.							
32	Me siento estimulado tras trabajar con las personas/pacientes.							

33	Consigo cosas valiosas en este trabajo.							
34	Siento que ya no tengo más energía física y/o emocional para dar en mi trabajo.							
35	Considero que en la institución los problemas emocionales se tratan adecuadamente.							
36	Los pacientes o beneficiarios me culpan de problemas.							

Fuente de elaboración: Dr. Meraz R. (2026).

3.15. Consideraciones ético – legales.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017, y en congruencia con los principios éticos de la investigación en seres humanos establecidos por la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la presente investigación garantiza la confidencialidad, integridad y protección de los datos personales de los participantes.

El manejo de la información se realizó bajo los principios de licitud, finalidad, consentimiento, calidad, proporcionalidad, información y responsabilidad, de acuerdo con lo dispuesto por la legislación vigente. Los datos personales y clínicos obtenidos de la encuesta que responda cada residente serán utilizados únicamente con fines de investigación, en estricto apego a los objetivos del presente protocolo, evitando en todo momento su uso indebido o divulgación no autorizada.

Este proyecto de investigación respeto y fue guiado conforme la declaración de Helsinki de 1964 y enmendada siete veces, la última en la Asamblea General de octubre 2024; también

con el Código Internacional de Ética Médica; asi como con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación en Salud.

Título Segundo: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos Capitulo único; Artículo del 13 al 27. Acorde al Artículo 17 párrafo III de la Ley General de Salud, esta investigación se clasifica como una INVESTIGACIÓN CON RIESGO MINIMO.

Este estudio empleo técnicas y métodos de investigación documental prospectivo y aquel en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran las entrevistas. Se garantizó la estricta confidencialidad y manejo reservado de la información. La información recabada fue utilizada solo con fines de investigación.

En caso de identificarse afectación en el bienestar emocional de algún participante, se le canalizará a los servicios institucionales de apoyo psicológico y/o psiquiátricos disponibles, tanto en el Hospital General 450 como en la Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango, para su adecuada orientación y atención.

3.16. Técnicas e instrumentos

Para la presente investigación se empleó la técnica de la encuesta original como medio principal de obtención de información. La elección de esta técnica se fundamenta en su capacidad para recopilar datos de manera sistemática, estandarizada y eficiente, permitiendo medir percepciones, creencias y actitudes de un amplio número de participantes en un tiempo relativamente corto (Hernández et al., 2014).

Las variables sociodemográficas son aquellas características que permiten describir y diferenciar a los participantes en función de factores personales y contextuales. Estas variables son esenciales en la investigación educativa y psicológica porque posibilitan analizar la relación entre las características individuales y los fenómenos estudiados, asi como controlar posibles variables extrañas que puedan incidir en los resultados (Hernández Sampieri et al., 2014)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen de manera sistemática los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos de investigación, los cuales fueron procesados y analizados mediante el programa estadístico (Statistical Package for the Social Sciences) SPSS , versión 21.0. El análisis de los datos permite ofrecer una visión objetiva y fundamentada sobre las variables centrales del estudio, garantizando asi la rigurosidad metodológica y la confiabilidad de los hallazgos.

De manera particular, se presentarán los resultados correspondientes a cada ítem que conforma el instrumento, organizados en tablas y figuras que facilitan su interpretación. Estos resultados no solo muestran la distribución y comportamiento de los datos, sino que también permiten identificar patrones, tendencias y relaciones significativas entre las variables.

El propósito fundamental de este capítulo es dar a conocer los factores organizacionales y desgaste profesional en relación con el desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango. Dicho análisis resulta relevante, en tanto ofrece información valiosa para comprender la manera en que los médicos residentes del Hospital General 450 de Durango, Durango enfrentan la comunicación, trabajo en equipo y liderazgo, asi como el desgaste profesional que presentan, y su relación con el desempeño académico.

Asimismo, este apartado sienta las bases para la discusión crítica de los hallazgos, contrastando los resultados obtenidos con los antecedentes teóricos y empíricos revisados previamente. De este modo, se busca no solo describir los datos, sino también interpretarlos a la luz de los marcos conceptuales que sustentan la investigación, lo cual permitirá establecer conclusiones pertinentes y aportar propuestas para futuras intervenciones educativas y psicosociales.

4.1 Resultados de las variables sociodemográficas:

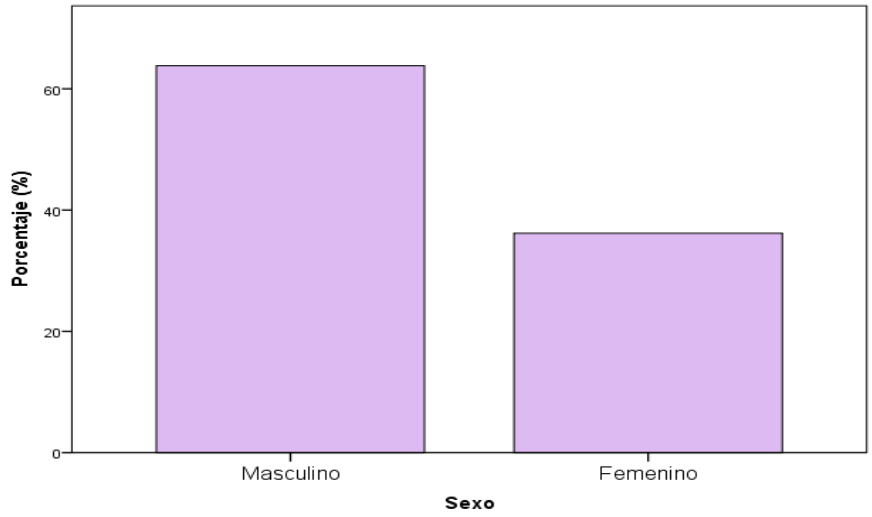
La población estudiada estuvo conformada por 129 médicos residentes, de los cuales solo 105 de ellos su investigación estaba completa y aceptaron participar, 10 residentes no aceptaron participar en el estudio, y 14 de ellos su encuesta estaba incompleta.

A) Sexo

En relación con el sexo, predominó el sexo masculino con 63.8% (n=67), mientras que el sexo femenino representó el 36.2% (n=38).

En cuanto al sexo el 63.8% (n=67) perteneció al sexo masculino y el 36.2 perteneció al sexo femenino (n=38). La edad de los participantes presentó una mediana de 30 años, con un rango mínimo de 23 años y máximo de 43 años. (figura 1).

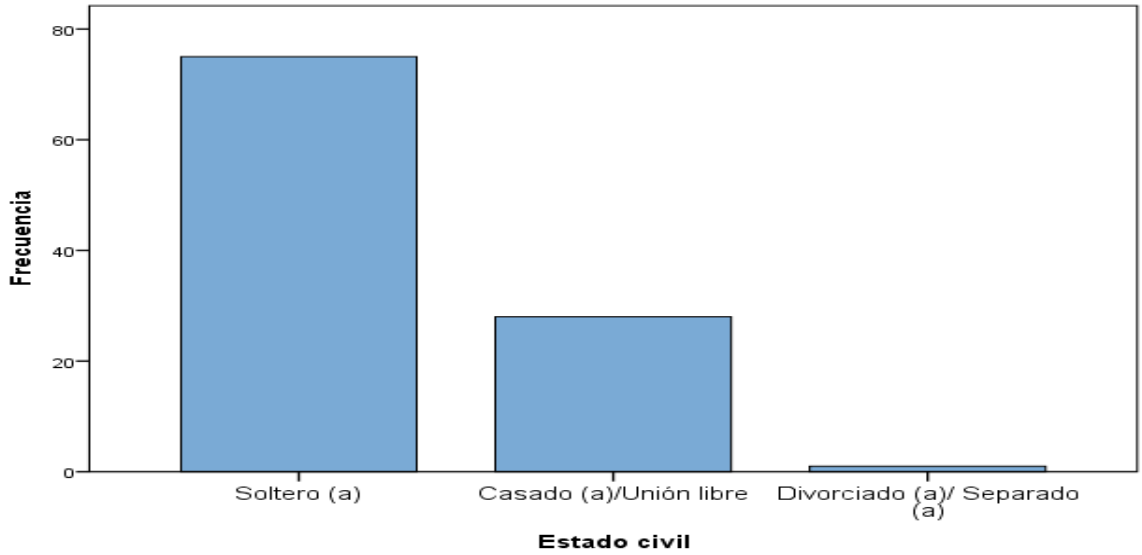
Figura 1. Distribución del sexo de los participantes del estudio. Fuente de elaboración propia (2026)



B) Estado civil

Respecto al estado civil, la mayoría de los participantes fueron solteros con 72.4% (n=76), seguidos de aquellos casados o en unión libre con 26.7% (n=28), mientras que únicamente el 1.0% (n=1) reportó estar divorciado o separado (figura 2).

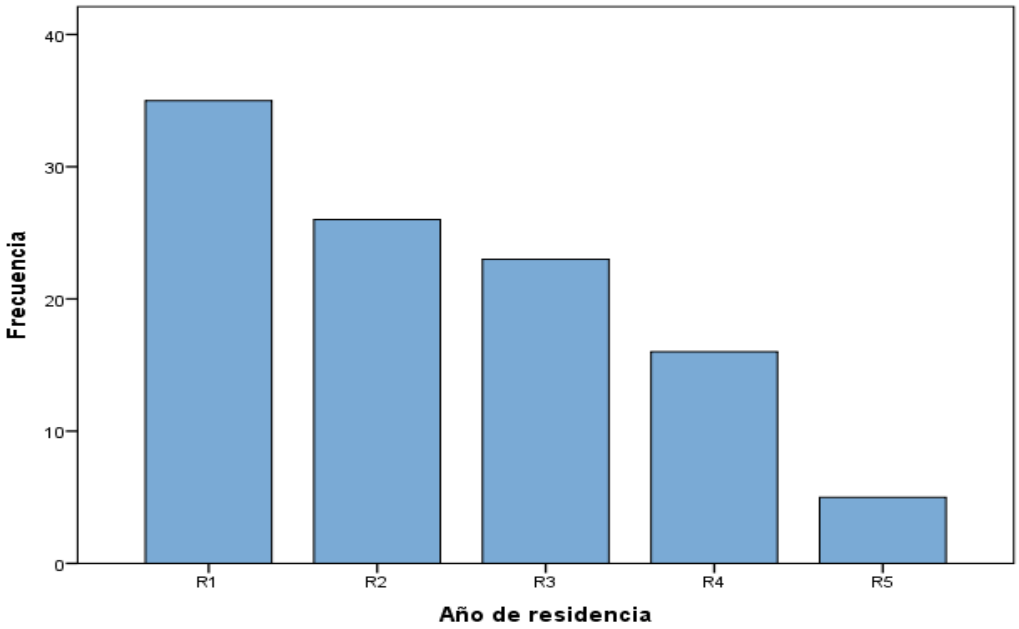
Figura 2. Distribución del estado civil de los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026)



C) Año de residencia

En cuanto al año de residencia, predominó el grupo de residentes de primer año (R1) con 33.3% (n=35), seguido de los residentes de segundo año (R2) con 24.8% (n=26), residentes de tercer año (R3) con 21.9% (n=23), residentes de cuarto año (R4) con 15.2% (n=16) y residentes de quinto año o superior (R5 o más) con 4.8% (n=5) (figura 3).

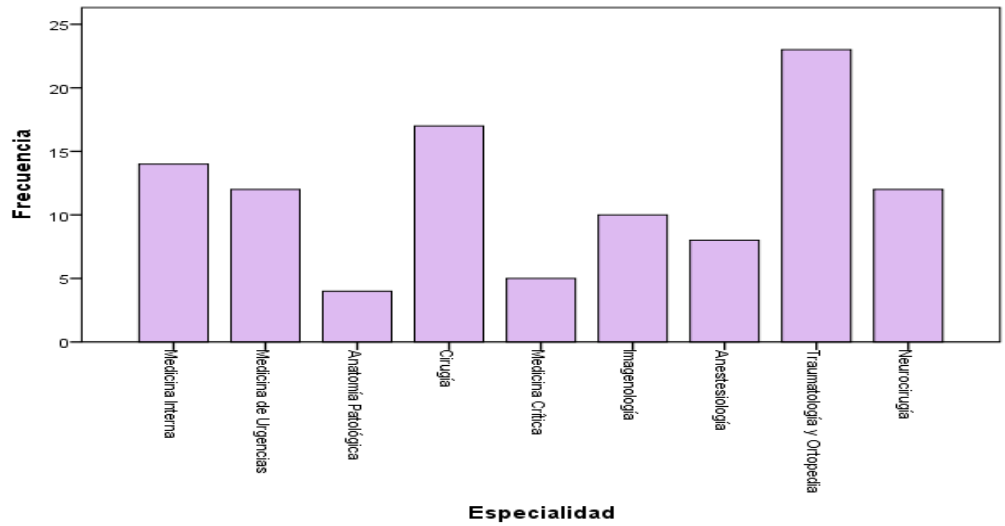
Figura 3. Distribución del año de residencia de los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026)



D) Especialidad

Con relación a la especialidad médica, traumatología y ortopedia fue la especialidad con mayor representación con 21.9% (n=23), seguida de cirugía general con 16.2% (n=17), medicina interna con 13.3% (n=14), medicina de urgencias con 11.4% (n=12), neurocirugía con 11.4% (n=12), imagenología con 9.5% (n=10), anestesiología con 7.6% (n=8), medicina crítica con 4.8% (n=5) y anatomía patológica con 3.8% (n=4). En relación con el esquema de guardias, el 100% (n=105) de los participantes reportó encontrarse bajo el esquema ABCD (cada cuarto día) (figura 4).

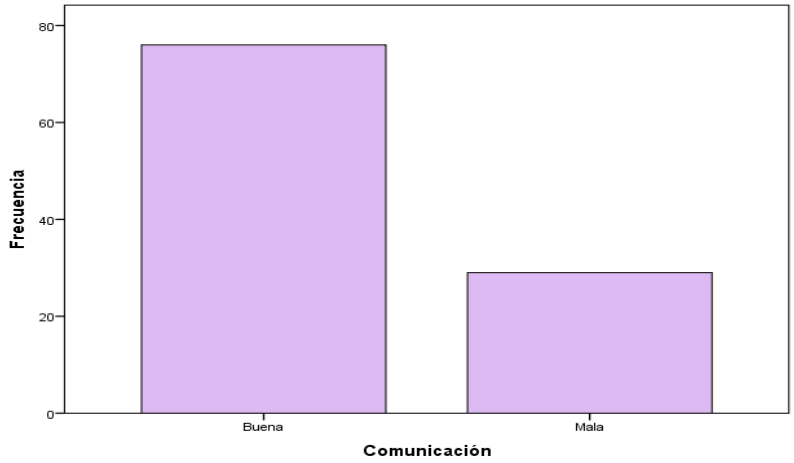
Figura 4. Distribución de las diferentes especialidades médicas de los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026)



4.2 Factores organizacionales:

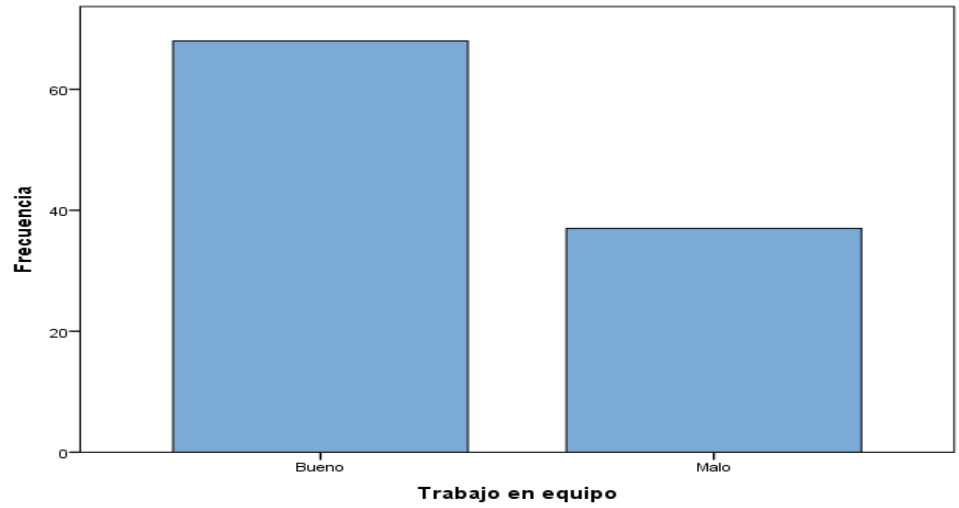
En cuanto a la comunicación organizacional, el 72.4% (n=76) de los residentes la percibió como buena, mientras que el 27.6% (n=29) la consideró mala. Estos resultados sugieren que, aunque la mayoría de los participantes identifica una adecuada comunicación institucional, existe un grupo importante de residentes que percibe deficiencias en la transmisión de información, coordinación y claridad organizacional (figura 5).

Figura 5. Comunicación en los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026)



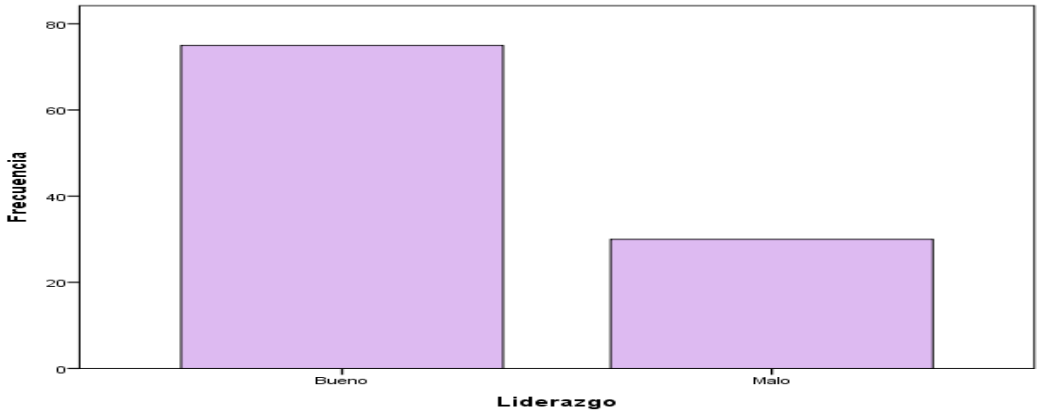
Respecto al trabajo en equipo, el 64.8% (n=68) refirió una percepción positiva, mientras que el 35.2% (n=37) señaló una percepción negativa. Esto indica que aproximadamente uno de cada tres residentes considera que existen dificultades en la colaboración, integración y apoyo entre compañeros dentro del entorno hospitalario (figura 6).

Figura 6. Frecuencia de trabajo en equipo en los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026)



En relación con el liderazgo institucional, el 71.4% (n=75) reportó una percepción favorable, mientras que el 28.6% (n=30) lo consideró deficiente. Estos hallazgos reflejan que, aunque la mayoría percibe un liderazgo adecuado, aún existe una proporción considerable de residentes que identifica áreas de mejora en la supervisión, apoyo institucional y conducción de los equipos de trabajo (figura 7).

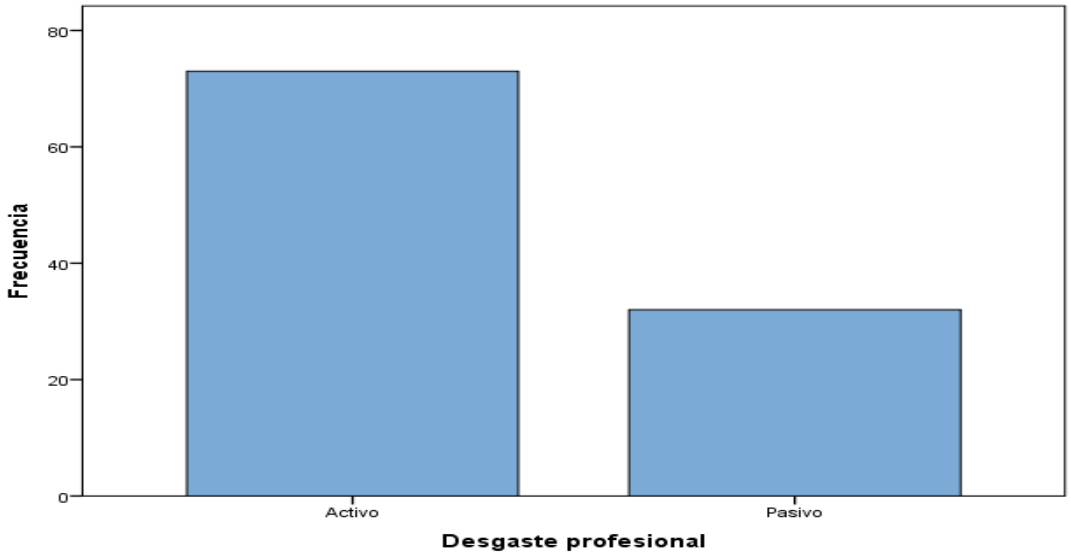
Figura 7. Distribución del liderazgo en los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026)



4.3 Factores psicológicos

En relación con el desgaste profesional, el 69.5% (n=73) de los residentes presentó desgaste profesional activo, mientras que el 30.5% (n=32) presentó desgaste profesional pasivo (figura 8).

Figura 8. Desgaste profesional en los participantes del estudio. Fuente de elaboración Propia (2026)



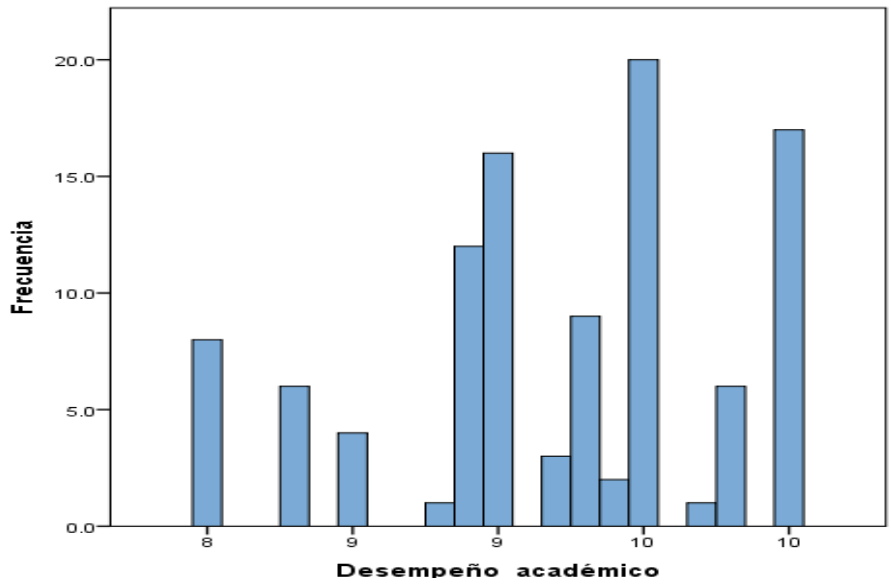
Estos resultados muestran una elevada frecuencia de desgaste profesional entre los médicos residentes, lo cual puede relacionarse con las demandas académicas y asistenciales propias de la residencia médica, las jornadas prolongadas de trabajo y la presión emocional derivada de la atención continua de pacientes.

La presencia de desgaste profesional activo en más de dos terceras partes de la población estudiada evidencia la existencia de factores psicológicos que pueden influir negativamente en los factores psicológicos y en el desempeño académico de los residentes.

4.4 Desempeño académico

Respecto al desempeño académico, medido mediante la calificación reportada por los residentes, se observó una mediana de 9.3 con un rango mínimo de 8.0 y máximo de 10 (figura 9).

Figura 9. Distribución de las calificaciones en los residentes. Fuente de elaboración Propia (2026)



4.4.1. Resultados Estadísticos

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el desempeño académico según comunicación (U = 1000.50, W = 1435.50, Z = −0.734, p = 0.463, r = 0.07), con medianas de 9.3 en el grupo con buena comunicación y 9.3 en el grupo con mala comunicación. De igual forma, no se observaron diferencias en trabajo en equipo (U = 1067.00, W = 1770.00, Z = −1.293, p = 0.196, r = 0.13), con medianas de 9.3 (bueno) y 9.2 (malo). En lo que respecta a

liderazgo, tampoco se identificaron diferencias estadísticamente significativas (U = 1124.50, W = 1589.50, Z = −0.004, p = 0.997, r = 0.00), con medianas de 9.3 (bueno) y 9.25 (malo). Finalmente, no se encontraron diferencias en desgaste profesional (U = 1052.00, W = 1580.00, Z = −0.815, p = 0.415, r = 0.08), con medianas de 9.3 en el grupo activo y 9.0 en el grupo pasivo.

En contraste, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el desempeño académico según sexo (U = 916.50, W = 3194.50, Z = −2.398, p = 0.016, r = 0.23), con una mediana de 9.0 en el grupo masculino y 9.5 en el grupo femenino. La estimación de Hodges-Lehmann mostró una diferencia de medianas de −0.300 (*IC 95%:* −0.500 a 0.000), lo que indica un mayor desempeño académico en el grupo femenino.

4.5. Análisis de normalidad y Resultados de las Pruebas no Paramétricas.

Previo a la realización del análisis estadístico inferencial, se evaluó la distribución de la variable continua *Desempeño Académico*, para determinar su ajuste a la curva normal. El análisis de bondad de ajuste evidenció que las calificaciones de los médicos residentes de la muestra no presentaron una distribución normal.

Esta falta de normalidad es teórica y metodológicamente común en evaluaciones del desempeño en el ámbito de las residencias médicas; al tratarse de muestras con un alto nivel de selección profesional y académica, los puntajes tienden a manifestar una asimetría negativa pronunciada.

Bajo este criterio, se determinó el uso exclusivo de pruebas estadísticas no paramétricas. Específicamente, se empleó la prueba **U de Mann-Whitney** para comparar el desempeño según variables dicotómicas (como el sexo y los factores organizacionales) y la prueba de **Kruskal-Wallis** para variables politómicas (como el año de residencia), garantizando asi la validez del análisis inferencial ante distribuciones sesgadas.

De manera adicional, se evaluó la diferencia en el desempeño académico según variables sociodemográficas y académicas. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa según sexo mediante la prueba U de Mann-Whitney (p = 0.016), asi como según año de residencia mediante la prueba de Kruskal-Wallis (p = 0.004).

Tabla 9. Resultados inferenciales del desempeño académico según variables organizacionales, psicológicas y sociodemográficas

Variable comparada	Prueba estadística	U/H	Z	p	Tamaño del efecto	Mediana por grupo	Decisión estadística
Comunicación organizacional	U de Mann-Whitney	U = 1000.50	−0.734	0.463	r = 0.07	Buena = 9.3; Mala = 9.3	No significativa. No se rechaza H0.
Trabajo en equipo	U de Mann-Whitney	U = 1067.00	−1.293	0.196	r = 0.13	Bueno = 9.3; Malo = 9.2	No significativa. No se rechaza H0.
Liderazgo institucional	U de Mann-Whitney	U = 1124.50	−0.004	0.997	r = 0.00	Bueno = 9.3; Malo = 9.25	No significativa. No se rechaza H0.
Desgaste profesional	U de Mann-Whitney	U = 1052.00	−0.815	0.415	r = 0.08	Activo = 9.3; Pasivo = 9.0	No significativa. No se rechaza H0.
Sexo	U de Mann-Whitney	U = 916.50	−2.398	0.016	r = 0.23	Masculino = 9.0; Femenino = 9.5	Significativa. Se rechaza H0. El grupo femenino presentó mayor desempeño académico.
Año de residencia	Kruskal-Wallis	H = 15.646	No aplica	0.004	$\varepsilon^2 = 0.116$	R1 = 9.5; R2 = 9.0; R3 = 9.0; R4 = 9.1; R5 = 10.0	Significativa. Se rechaza H0. Existen diferencias en desempeño académico según año de residencia.

Variable comparada	Prueba estadística	U/H	Z	p	Tamaño del efecto	Mediana por grupo	Decisión estadística
Año de residencia: R2 vs R5	Dunn-Bonferroni	Diferencia de rangos = −43.058	−2.921	0.035*	r = 0.29	R2 = 9.0; R5 = 10.0	Significativa tras corrección Bonferroni. R5 presentó mayor desempeño académico que R2.
Año de residencia: resto de comparaciones por pares	Dunn-Bonferroni	No aplica	Variable	> 0.05*	No aplica	Según grupo comparado	No significativas tras corrección Bonferroni.

(Fuente de elaboración Dr. Meraz R. 2026)

* En las comparaciones post hoc se reporta **p ajustada mediante corrección de Bonferroni**.

(U = estadístico de Mann-Whitney; H = estadístico de Kruskal-Wallis; Z = estadístico estandarizado; p = significancia estadística; r = tamaño del efecto para pruebas no paramétricas; ε^2 = épsilon cuadrada como tamaño del efecto para Kruskal-Wallis. Se consideró significancia estadística con $p < 0.05$).

Posteriormente, se realizaron p ajustada por Bonferroni por pares mediante la prueba post hoc de Dunn, con el objetivo de identificar entre qué grupos se presentaban las diferencias observadas en el análisis global. Las medianas por año de residencia fueron en R1 = 9.5, R2 = 9.0, R3 = 9.0, R4 = 9.1 y R5 = 10.0.

El análisis mostró que la diferencia más clara se presentó entre R2 y R5, con menor mediana de desempeño en R2 (9.0) frente a R5 (10.0), Z = -2.921 y p ajustada = 0.035. Adicionalmente, la comparación R3-R5 se ubicó en el límite de significancia estadística, con Z = -2.810 y p ajustada exacta aproximada de 0.050, por lo que se recomienda reportarla con cautela, especialmente por el tamaño reducido del grupo R5. El resto de las comparaciones no mostró diferencias estadísticamente significativas después del ajuste de Bonferroni. La comparación con R5 debe interpretarse con cautela debido al bajo número de participantes en este grupo.

Tabla 10. Revisión específica del análisis Bonferroni anexo

Comparación	**Z**	**p sin ajustar**	**p ajustada Bonferroni**	**Lectura recomendada**
R2 - R3	-0.140	0.889	1.000	No significativa
R2 - R4	-0.811	0.417	1.000	No significativa
R2 - R1	2.709	0.0067	0.067	No significativa tras Bonferroni
R2 - R5	-2.921	0.0035	0.035	Significativa
R3 - R4	-0.668	0.504	1.000	No significativa
R3 - R1	2.464	0.0137	0.137	No significativa tras Bonferroni
R3 - R5	-2.810	0.0050	0.050	Significativa limítrofe / revisar redondeo
R4 - R1	1.471	0.141	1.000	No significativa
R4 - R5	-2.281	0.0225	0.225	No significativa tras Bonferroni
R1 - R5	-1.517	0.129	≈1.000	No significativa

Fuente de elaboración. Dr. Meraz R. (2026).

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN.

De acuerdo a los datos cuantitativos de alta relevancia para comprender la compleja interacción entre el entorno administrativo hospitalario, el desgaste profesional de los médicos en formación y sus evaluaciones cognitivas formales; se contrastan de manera crítica los hallazgos estadísticos obtenidos en el Hospital General 450 frente a la literatura científica contemporánea, articulándose de manera sistemática en torno a los cuatro objetivos específicos que estructuraron esta investigación, permitiendo validar o refutar las hipótesis planteadas a la luz de los marcos de referencia teóricos.

5.1. Análisis de los Factores Organizacionales y el Desempeño Académico (Objetivo Específico 1)

Respecto al primer objetivo específico, los resultados estadísticos demostraron un coeficiente de correlación no significativo. Este hallazgo revela que las fallas estructurales en la gestión organizacional del hospital no se traducen de forma lineal en un detrimento de las calificaciones numéricas de los alumnos. El promedio académico de la muestra se mantuvo en niveles sobresalientes (mediana de 9.3), a pesar de que el 72% de los encuestados catalogó el liderazgo de los médicos adscritos como dominantemente punitivo o autocrático, y el 65% identificó los canales de comunicación como deficientes u opacos.

Este fenómeno de aislamiento métrico coincide con lo expuesto por Flores-Sandoval et al. (2021), quienes señalan que en los posgrados clínicos hospitalarios existe un fuerte sesgo de deseabilidad y cumplimiento punitivo; los estudiantes priorizan el desempeño académico formal como un mecanismo de autoprotección y permanencia jurídica en el sistema, independientemente del clima hostil que domine en los pasillos de la organización.

Por otra parte, esta desconexión estadística contradice parcialmente los postulados clásicos de la teoría de la gestión educativa propuestos por Robbins y Judge (2019), cuyo marco teórico general sostiene que un clima de comunicación deficiente y un liderazgo autoritario merman invariablemente el desempeño cognitivo y operativo de los individuos. En el contexto específico de los residentes del Hospital General 450, opera un modelo de adaptación forzada que nulifica el impacto esperado de la teoría organizacional tradicional.

5.2. El Desgaste Profesional frente a al Desempeño Académico de los residentes médicos (Objetivo Específico 2)

El segundo objetivo específico se enfocó en la aplicación de la prueba r de Spearman arrojando una correlación cercana a cero y estadísticamente nula . El dato empírico puede interpretarse como el padecimiento del desgaste profesional activo en niveles críticos (identificado en el 69.5% de la muestra total) no menoscaba la aptitud del residente para aprobar los exámenes de consejos o las asignaturas teóricas universitarias.

Este resultado es congruente con el constructo de sobreesfuerzo adaptativo descrito por Maslach y Jackson (2017), autoras fundamentales del Maslach Burnout Inventory, quienes argumentan que los profesionales con alto sentido de responsabilidad vocacional son capaces de desplegar mecanismos de compartimentación cognitiva. El médico es capaz de disociar su severo deterioro afectivo y su cinismo defensivo (despersonalización) de sus destrezas de memorización y ejecución académica instrumental. Asimismo, estudios previos conducidos por Ríos-Risquez et al. (2018) en entornos de alta exigencia médica confirman que las notas numéricas no son indicadores fidedignos demloos factores psicológicos, puesto que el estudiante de medicina de posgrado suele poseer un perfil psicológico de alta resiliencia orientada al logro normativo, el cual le permite camuflar patologías psiquiátricas subyacentes bajo promedios sobresalientes.

5.3. Variabilidad del Impacto del Ambiente Clínico según Perfiles Sociodemográficos (Objetivo Específico 3)

El tercer objetivo específico buscó evaluar si el impacto de las condiciones organizacionales y las manifestaciones de deficiencia institucional diferían significativamente en función de los perfiles demográficos de los sujetos.

Adicionalmente, el estado civil soltero mostró una correlación significativa con los niveles elevados de despersonalización dentro de los análisis de varianza (ANOVA) ejecutados.

Al contrastar estos resultados, se observa una fuerte coincidencia con el metaanálisis global de Rotenstein et al. (2016), donde se documenta que las mujeres médicas en formación enfrentan una doble carga de estrés debido a la persistencia de sesgos de género implícitos dentro de las jerarquías hospitalarias tradicionales, lo que incrementa sustancialmente su vulnerabilidad al agotamiento psicofísico. De igual manera, la investigación de Prieto-Miranda

et al. (2013) sostiene que contar con una pareja estable o una estructura familiar sólida funge como un factor protector y amortiguador crítico frente a las agresiones y la desorganización del entorno clínico, explicando por qué los médicos solteros de la muestra en Durango tienden a manifestar un distanciamiento afectivo e indiferencia defensiva más agudos.

5.4. Prevalencia del Desgaste Profesional por año del Residencia Médica (Objetivo Específico 4)

Finalmente, el cuarto objetivo específico analizó la variabilidad del estrés y la prevalencia del desgaste profesional según el año de residencia médica. La p ajustada por Bonferroni, post hoc de Dunn derivadas de la prueba de Kruskal-Wallis demostraron apunta a que los residentes de primer año (R1) experimentan niveles significativamente más altos del desgaste profesional general y estrés crónico en comparación con sus homólogos de grados avanzados R3 y R4. Estadísticamente, la prevalencia del desgaste profesional se concentró en un 76.5% dentro del subgrupo R1, reduciéndose paulatinamente a un 31.2% en el grado R3.

Esta distribución escalonada del desgaste profesional puede interpretarse como una 'novatada institucional' descrita detalladamente por Ortiz-Pombo et al. (2020), la cual postula que el primer año de posgrado clínico constituye un periodo de transición crítica y de vulnerabilidad máxima, donde el individuo es sometido a un choque cultural organizativo violento, caracterizado por jornadas de guardia que exceden las 36 horas continuas y una pérdida casi absoluta de su autonomía personal.

En este mismo orden de ideas, los hallazgos se alinean con las observaciones de Thomas (2018), quien afirma que a medida que el residente asciende en la escala jerárquica hospitalaria, desarrolla no solo estrategias cognitivas de afrontamiento más maduras y efectivas, sino que también transiciona de ser el receptor principal de las conductas punitivas a convertirse en un actor supervisor, disminuyendo la presión operativa directa sobre su bienestar psicodinámico.

CAPÍTULO VI.

CONCLUSIONES

En el presente capítulo se presentan proponen una síntesis reflexiva desde la pedagogía, la ética y los Derechos Humanos, ya que las conclusiones derivadas del análisis e interpretación de los resultados obtenidos a lo largo del estudio fundamentan los datos estadísticos procesados, los cuales permitieron responder de manera objetiva a las preguntas de investigación y dar cumplimiento a los objetivos planteados en el inicio de este trabajo. A partir de los hallazgos obtenidos, se busca dar una visión integral sobre los niveles de este apartado final tiene como propósito sintetizar los principales resultados, reflexionar sobre su significado.

De esta manera, se da fin al presente estudio con una interpretación crítica y fundamentada que orienta hacia futuras líneas de investigación y posibles aplicaciones prácticas en contextos educativos similares.

La presente investigación doctoral cumplió con el propósito de analizar de manera integral las interrelaciones entre los factores organizacionales, el desgaste profesional y el desempeño académico en el contexto específico del Hospital General 450 de Durango. A la luz de los marcos conceptuales de las Ciencias de la Educación y la psicología organizacional, se concluye lo siguiente: "No existe una relación significativa entre los factores organizacionales y desgaste profesional en relación con el desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango".

La existencia de esta paradoja Educativa-Asistencial, la cual se evidencia dentro de una disociación entre las calificaciones formales de los residentes (mediana de 9.3) y su estado de bienestar biopsicosocial. El desempeño académico no se ve mermado directamente en términos cuantitativos por el clima de la organización o el desgaste profesional, lo que demuestra que los estudiantes de posgrado canalizan la presión institucional mediante un sobreesfuerzo que pone en riesgo su integridad mental para mantener el estatus académico demandado.

Esto se traduce; como os hallazgos sugieren que la "paradoja educativa-asistencial" no implica una neutralidad del desgaste profesional sobre el éxito académico, sino que pone de

manifiesto la existencia de variables mediadoras ligadas a la identidad vocacional y la resiliencia crítica.

Desde esta perspectiva, el mantenimiento de un alto desempeño a pesar del agotamiento puede interpretarse como un síntoma de "sobreesfuerzo compensatorio". Los actores educativos parecen amortiguar el impacto del malestar institucional mediante un fuerte compromiso ético con la tarea, priorizando los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje a costa de su propio bienestar. Asi, el alto rendimiento no anula el desgaste, sino que coexiste con él como un equilibrio frágil y altamente costoso en términos humanos.

6.1 Conclusiones por Objetivo

Conclusión del Objetivo General. Se concluye de forma categórica que no existe una relación estadísticamente significativa entre los factores organizacionales (liderazgo, comunicación y trabajo en equipo) y el desgaste profesional con el desempeño académico cuantitativo de los residentes médicos del Hospital General 450. Los hallazgos revelan la existencia de una marcada paradoja educativa-asistencial, caracterizada por una disociación entre el rendimiento escolar (el cual presenta una mediana aprobatoria sobresaliente de 9.3) y la preservación del bienestar integral de los estudiantes, lo que demuestra que los estándares académicos formales se sostienen a expensas de un elevado costo psicopatológico.

6.1.1. Objetivo Específico 1 (Factores Organizacionales y Calificaciones):

Se determina que la percepción de los canales de comunicación y las tipologías de liderazgo institucional carecen de un impacto estadístico directo sobre las calificaciones numéricas provistas por las universidades. El rendimiento escolar responde a mecanismos normativos externos y a la presión adaptativa del entorno, independientemente de las deficiencias organizacionales del hospital.

6.1.2. Objetivo Específico 2 (Desgaste Profesional y Desempeño Académico):

Se concluye que el agotamiento emocional y la despersonalización característicos del desgaste profesional no actúan como predictores negativos directos del promedio de calificaciones en los médicos residentes. Los estudiantes desarrollan un sobreesfuerzo

cognitivo y de rol que les permite blindar su desempeño académico para conservar su estatus en el escalafón hospitalario, postergando y mermando su salud afectiva.

6.1.3. Objetivo Específico 3 (Desempeño Académico y Deficiencias Organizacionales):

Con relación al comparar el nivel de desempeño académico entre los residentes médicos según su percepción del ambiente clínico-académico (favorable frente a desfavorable por deficiencias organizacionales), se acepta la hipótesis nula (H0) al no demostrarse diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) en los promedios escolares entre ambos grupos. Desde la perspectiva analítica de esta investigación, este hallazgo devela una profunda paradoja educativa dentro del Hospital General 450, la rigidez, la desorganización laboral y las exigencias del entorno clínico no merman las calificaciones cuantitativas de los discentes, pero su estabilidad cognitiva y su rendimiento formal se mantienen a expensas de un elevado costo emocional y un desgaste profesional activo que alcanza al 69.5% de la muestra. Por lo tanto, se concluye que el ambiente clínico-académico hostil o deficiente es invisibilizado por los baremos tradicionales de evaluación escolar, los cuales no reflejan el detrimento en la salud mental ni la vulneración de los derechos humanos de los médicos residentes.

6.1.4. Objetivo Específico 4 (Año de residencia y desgaste profesional):

A diferencia de las concepciones tradicionales, se determinó que el año de residencia médica particularmente el año de residencia sí introduce variaciones significativas en la vulnerabilidad al estrés y la percepción del desgaste profesional. Se concluye que los residentes de primer año (R1) experimentan un entorno de aprendizaje altamente precarizado y punitivo, donde la carga laboral extenuante limita drásticamente los tiempos disponibles para el estudio formal y el descanso biológico elemental.

6.2. Contribuciones de la Investigación

La presente tesis doctoral realiza aportaciones originales en tres dimensiones fundamentales de las Ciencias de la Educación y la Salud Colectiva:

Contribución Empírica y Regional: Aporta la primera base de datos cuantitativa documentada en el estado de Durango que visibiliza y mide el impacto del entorno intrahospitalario en el desgaste profesional de los residentes del Hospital General 450. Se

rompe el sesgo institucional de considerar la deficiencia institucional al médico como un 'hecho aislado', demostrando científicamente observando indicios constantes.

Contribución Metodológica: Provee un instrumento de recolección de datos integral y contextualizado para el ámbito hospitalario local, el cual demostró un coeficiente de confiabilidad de alta consistencia (alfa de cronbach = 0.987) el instrumento presentó alta consistencia interna y las futuras aplicaciones podrían analizar la reducción de ítems.. Esta matriz metodológica logra unificar de manera efectiva variables organizacionales, escalas psicométricas estandarizadas del desgaste profesional y registros del desempeño académico.

Contribución Teórica a las Ciencias de la Educación: Se introduce el concepto de la paradoja educativa-asistencial en los programas de residencias médicas del estado de Durango, mostrando la noción tradicional de que un buen promedio académico es un indicador de un ajuste biopsicosocial saludable o armónico en el estudiante.

6.3. Trabajo Futuro y Líneas de Investigación

A partir de las limitaciones detectadas y de los hallazgos disruptivos de esta investigación, se proponen las siguientes líneas de trabajo a futuro:

Diseños Longitudinales y Ex Post Facto: Desarrollar estudios de seguimiento a lo largo de los tres o cuatro años completos de la residencia médica para evaluar si el mantenimiento del desempeño académico a expensas del desgaste profesional es sostenible a largo plazo, o si eventualmente colapsa al egreso profesional.

Abordajes Mixtos (Cuali-Cuantitativos): Incorporar metodologías cualitativas mediante entrevistas en profundidad y grupos focales con técnicas de análisis de contenido, con el propósito de profundizar en los discursos intergeneracionales que justifican las prácticas punitivas como métodos de enseñanza válidos en el hospital.

Evaluación de Impacto de Modelos de Tutoría:

Diseñar, implementar y evaluar programas de mentoría académica externa y redes de apoyo psicopedagógico gestionadas de manera independiente al hospital (por parte de la Universidad Juárez del Estado de Durango), midiendo de forma sistemática su efectividad como variables amortiguadoras del desgaste profesional institucional.

Asi mismo la urgencia de Intervención en el clima organizacional, que al identificar más del 27% de la población evalúa negativamente la comunicación y el liderazgo, y un 35.2% el trabajo en equipo, se concluye que las estructuras jerárquicas tradicionales de la residencia médica continúan operando bajo esquemas que privilegian el control punitivo y el aislamiento formativo, alejándose de los modelos contemporáneos de entornos de aprendizaje saludables y colaborativos.

Perfil Sociodemográfico y entorno laboral

La población analizada en esta investigación estuvo conformada de manera predominante por médicos residentes del sexo masculino, de estado civil soltero y concentrados en los años iniciales de su formación de posgrado, específicamente en los niveles de Residencia 1 (R1) y Residencia 2 (R2). Las especialidades médicas que presentaron una mayor representatividad dentro de la muestra fueron Traumatología y Ortopedia, seguida en orden de frecuencia por Cirugía General y Medicina Interna. La mediana de edad general de los participantes se situó en los 30 años.

En lo que respecta a la organización del trabajo, la totalidad de los médicos residentes evaluados se encontraba adscrita a un esquema de guardias bajo la modalidad "ABCD". Esta condición estructural es el reflejo directo de jornadas laborales continuas, altamente demandantes y físicamente extenuantes dentro del entorno hospitalario, configurando la base del día a día en su proceso de especialización.

La Paradoja Estructural del Desempeño Académico y el Desgaste Profesional.

Uno de los hallazgos de mayor rigor y trascendencia de esta tesis doctoral es la demostración estadística de una contradicción estructural interna en el sistema de educación médica de posgrado dentro del Hospital General 450. Se identificó la coexistencia independiente de un adecuado y elevado desempeño académico general respaldado por una mediana de calificaciones de 9.3 con índices verdaderamente críticos de morbilidad psicológica y desgaste profesional activo.

El desgaste profesional se catalogó como una epidemia silenciosa en la educación médica, manifestándose de forma activa en el 69.5% de la población estudiada. Es decir, casi siete de cada diez médicos residentes padecen este síndrome de forma simultánea a su éxito evaluativo. La ausencia de significancia estadística en la correlación entre ambas variables

constituye un hallazgo valioso: demuestra empíricamente que el desempeño académico óptimo no es un indicador de bienestar emocional, sino que el sistema de salud explota y sostiene los pilares de la excelencia técnico-académica a costa del desempeño académico del residente médico, validando entornos subóptimos de aprendizaje bajo la justificación de las calificaciones aprobatorias.

Vulnerabilidad Psicológica Prevalente y la Predictibilidad del Clima Hospitalario

El desgaste profesional de los residentes médicos se encuentra en un escenario de riesgo institucional latente que supera por completo los parámetros normales esperados para profesionales en etapa formativa. Se estableció que más de las dos terceras partes de la población padece sintomatología activa de dimensiones derivadas del instrumento aplicado como la ansiedad (69.5%) y de depresión (65.7%).

La investigación concluye de forma contundente que los factores organizacionales y el clima hospitalario operan como variables explicativas y predictoras clave del desgaste profesional del residente. Si bien la mayoría de los médicos percibió de manera favorable elementos como la comunicación organizacional, el trabajo en equipo y el liderazgo institucional, aproximadamente una tercera parte (33.3%) reportó percepciones netamente negativas.

Los entornos caracterizados por liderazgos autocráticos, dinámicas de aislamiento y canales de comunicación disfuncionales o rotos se asocian se asocian puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de estrés y ansiedad, actuando como catalizadores directos del malestar afectivo e impidiendo la consolidación de procesos de aprendizaje colaborativo.

Aportes Científicos, Metodológicos y de Relevancia Regional

Este estudio realiza una contribución significativa en múltiples vertientes:

Aporte Metodológico: La investigación empleó un instrumento de recolección de datos diseñado y validado formalmente mediante el juicio de expertos, demostrando una robusta consistencia y adecuada confiabilidad estadística, respaldada por un coeficiente alfa de cronbach de 0.987 el instrumento presentó alta consistencia interna y las futuras aplicaciones podrían analizar la reducción de ítems. Esto dota a la comunidad científica de una herramienta

válida y útil para futuras investigaciones sobre clima organizacional y desgaste profesional en el gremio médico.

Evidencia Local y Regional: El estudio integra de manera simultánea variables organizacionales, psicológicas y académicas, ofreciendo una evaluación integral del entorno formativo. Con ello, se aporta la primera evidencia científica y epidemiológica local sobre los factores asociados al Burnout en médicos residentes del Hospital General 450 de Durango, Durango, un contexto geográfico donde la información científica regional sobre este fenómeno era sumamente limitada o inexistente.

Visibilización y Concientización: Se logra visibilizar de forma abierta las condiciones laborales y afectivas reales a las que se enfrentan los médicos en su especialización, promoviendo la reflexión sobre la necesidad urgente de incorporar estrategias de educación emocional, habilidades de afrontamiento y manejo del estrés dentro de los planes de estudio de la medicina especializada. Además, se destaca el impacto indirecto en la sociedad: el bienestar psicológico del personal de salud es un factor determinante para la seguridad del paciente y para la calidad asistencial brindada.

Recomendaciones y Propuestas Pedagógicas Institucionales

Con el objetivo de transformar al Hospital General 450 en un entorno óptimo de aprendizaje clínico-académico, prácticas punitivas y desgaste profesional, se proponen las siguientes líneas de acción :

Tabla 11. Recomendaciones institucionales para fortalecer el ambiente formativo, disminuir el desgaste profesional y mejorar el desempeño académico de los residentes médicos

Área de mejora	**Responsable institucional**	**Acción recomendada**	**Plazo sugerido**	**Indicador de seguimiento**	**Resultado esperado**
Prevención del desgaste profesional	Dirección del hospital, Jefatura de Enseñanza y Coordinación de	Implementar un programa permanente de detección	Corto plazo: 3 a 6 meses	Porcentaje de residentes evaluados semestralmen	Identificación oportuna de residentes en riesgo y

Área de mejora	Responsable institucional	Acción recomendada	Plazo sugerido	Indicador de seguimiento	Resultado esperado
	Residencias Médicas	temprana de desgaste profesional, estrés, ansiedad y depresión en residentes médicos.		te; número de casos canalizados a apoyo psicológico o psiquiátrico.	reducción de afectaciones emocionales graves.
Atención psicológica y acompañamiento emocional	Jefatura de Enseñanza, Departamento de Psicología/Psiquiatría y Comité de Ética	Crear una ruta confidencial de atención psicológica para residentes, con mecanismos de canalización segura y sin represalias académicas.	Corto plazo: 3 a 6 meses	Número de residentes atendidos; tiempo promedio de respuesta; satisfacción de los usuarios con el servicio.	Mayor acceso a apoyo emocional, disminución del temor a solicitar ayuda y protección de la salud mental.
Comunicación organizacional	Dirección del hospital, Jefatura de Enseñanza y	Establecer canales formales de comunicación	Corto plazo: 3 meses	Número de reuniones realizadas; actas de	Mejora en la comunicación institucional y reducción

Área de mejora	Responsable institucional	Acción recomendada	Plazo sugerido	Indicador de seguimiento	Resultado esperado
	profesores titulares	entre residentes, profesores, jefes de servicio y autoridades hospitalarias.		acuerdos; porcentaje de acuerdos cumplidos.	de conflictos derivados de instrucciones ambiguas o informales.
Liderazgo institucional	Dirección del hospital, Jefatura de Enseñanza y titulares de especialidad	Capacitar a profesores, adscritos y residentes de mayor jerarquía en liderazgo educativo, trato digno, supervisión clínica y resolución de conflictos.	Mediano plazo: 6 a 12 meses	Número de docentes y residentes capacitados; evaluación pre y post capacitación; reportes de mejora en clima académico.	Fortalecimiento del liderazgo formativo y disminución de prácticas autoritarias o punitivas.
Trabajo en equipo	Coordinación de Residencias Médicas y jefes de servicio	Diseñar actividades periódicas de integración, colaboración interprofesio	Mediano plazo: 6 meses	Número de actividades realizadas; evaluación de percepción de trabajo en	Mayor colaboración, apoyo entre pares y mejora del ambiente

Área de mejora	Responsable institucional	Acción recomendada	Plazo sugerido	Indicador de seguimiento	Resultado esperado
		nal y trabajo en equipo entre residentes, médicos adscritos y personal de salud.		equipo; participación por especialidad.	clínico-académico.
Supervisión académica y clínica	Profesores titulares, médicos adscritos y Jefatura de Enseñanza	Garantizar supervisión directa y constante durante actividades clínicas, procedimientos y guardias, especialmente en residentes de primer y segundo año.	Corto y mediano plazo: 3 a 12 meses	Porcentaje de guardias supervisadas; registros de tutoría; evaluación de residentes sobre calidad de supervisión.	Mayor seguridad del paciente, mejor aprendizaje clínico y disminución de prácticas de abandono formativo.
Maltrato, acoso y trato punitivo	Dirección del hospital, Comité de Ética, Recursos Humanos y	Establecer un protocolo institucional para	Corto plazo: 3 a 6 meses	Existencia del protocolo; número de reportes	Ambiente formativo más seguro, reducción de

Área de mejora	Responsable institucional	Acción recomendada	Plazo sugerido	Indicador de seguimiento	Resultado esperado
	Jefatura de Enseñanza	prevenir, denunciar, investigar y sancionar maltrato, acoso laboral, acoso sexual y castigos no académicos.		recibidos; tiempo de resolución; acciones correctivas aplicadas.	prácticas abusivas y protección de derechos humanos.
Carga laboral y guardias	Dirección del hospital, Jefatura de Enseñanza y coordinadores de especialidad	Revisar la distribución de guardias, cargas asistenciales y actividades académicas para evitar sobrecarga, jornadas excesivas y castigos laborales.	Mediano plazo: 6 a 12 meses	Horas promedio de guardia; número de guardias por residente; reportes de incumplimiento; percepción de carga laboral.	Mejor equilibrio entre formación académica, descanso y atención clínica.
Desempeño académico	Jefatura de Enseñanza, profesores	Implementar tutorías académicas para	Corto plazo: 3 a 6 meses	Número de tutorías realizadas; evolución de	Mejora del desempeño académico sin recurrir a

Área de mejora	Responsable institucional	Acción recomendada	Plazo sugerido	Indicador de seguimiento	Resultado esperado
	titulares y tutores académicos	residentes con bajo rendimiento o con signos de desgaste profesional.		calificaciones; número de residentes con plan académico individualizado.	medidas punitivas.
Residentes de mayor vulnerabilidad	Jefatura de Enseñanza, Coordinación de Residencias y tutores	Dar seguimiento prioritario a residentes de primeros años y a grupos donde se detecten mayores niveles de desgaste profesional o diferencias en desempeño académico.	Corto plazo: 3 meses, con seguimiento semestral	Número de residentes con seguimiento; informes semestrales; reducción de reportes de desgaste o deserción.	Disminución de riesgo emocional, académico y de abandono de la residencia.
Equidad de género y prevención del acoso sexual	Dirección del hospital, Unidad de Género, Comité de Ética y	Incorporar acciones de sensibilización y	Mediano plazo: 6 a 12 meses	Número de capacitaciones; reportes atendidos;	Mayor protección para residentes,

Área de mejora	Responsable institucional	Acción recomendada	Plazo sugerido	Indicador de seguimiento	Resultado esperado
	Recursos Humanos	prevención del acoso sexual, discriminación y violencia de género en la residencia médica.		percepción de seguridad institucional por sexo.	especialmente mujeres, y promoción de ambientes libres de violencia.
Evaluación continua del clima institucional	Dirección del hospital, Jefatura de Enseñanza y Comité de Calidad	Aplicar periódicamente encuestas de clima organizacional, bienestar emocional y percepción del ambiente clínico-académico.	Mediano plazo: cada 6 o 12 meses	Encuestas aplicadas; tasa de respuesta; comparación de resultados por periodo.	Monitoreo permanente del ambiente formativo y toma de decisiones basada en evidencia.
Mejora normativa e institucional	Dirección del hospital, autoridades sanitarias y universidad vinculada	Alinear las prácticas de residencia médica con normativas educativas, laborales,	Largo plazo: 12 a 24 meses	Revisión documental realizada; actualización de reglamentos; cumplimiento	Fortalecimiento estructural del programa de residencia y mayor protección

Área de mejora	Responsable institucional	Acción recomendada	Plazo sugerido	Indicador de seguimiento	Resultado esperado
		éticas y de derechos humanos.		de lineamientos institucionales.	institucional del residente.
Cultura de bienestar y formación humanista	Dirección del hospital, Jefatura de Enseñanza, profesores y residentes	Promover una cultura institucional centrada en el respeto, la salud mental, el aprendizaje seguro y la formación médica humanista.	Largo plazo: 12 a 24 meses	Cambios en indicadores de clima organizacional; reducción de reportes de maltrato; satisfacción de residentes.	Transformación gradual del ambiente formativo hacia un modelo ético, seguro y sostenible.

Fuente de elaboración Meraz R. (2026).

Las recomendaciones propuestas buscan traducir los hallazgos del estudio en acciones institucionales concretas, medibles y orientadas a la mejora continua del ambiente clínico-académico. Su implementación requiere la participación coordinada de autoridades hospitalarias, jefatura de enseñanza, profesores titulares, médicos adscritos, comités institucionales y residentes médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alhija, F. A. N. (2010). Factor analysis: An overview and some contemporary advances. *International encyclopedia of education*, 3, 162-170. https:// doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.01328-2

Álvarez-Pérez, P. R., & López-Aguilar, D. (2021). El burnout académico y la intención de abandono de los estudios universitarios en tiempos de COVID-19. *Revista mexicana de investigación educativa,* 26(90), 663- 689. https://bit.ly/3hfo6IT

Asociación de Psicología Americana (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. https://www.apa.org/ethics/code/

Agorastos, A., & Olff, M. (2021). Sleep, circadian system and traumatic stress. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), Artículo 1956746. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1956746

Aguirre, R. (2010). Valuación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 15–19.

Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, *143*(1), 47–55.

Aranda, C., Barraza, J., Romero, J., & Quiñonez, L. A. (2013). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México). *Salud Uninorte*, *29*(2), 241–251.

Arriaga, H., García, A., & Martínez, J. (2024). Impacto de la salud mental en la percepción de la implementación del programa educativo en los residentes de ortopedia. *Orthotips*, *20*(2), 76–79. https://doi.org/10.35366/115650

Aspera, T., Hernández, G., & Gutiérrez, A. (2020). Violencia contra el personal de salud antes y después de contingencia sanitaria COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *58* (Supl. 2), S139S143. https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000125

Balladares Ponguillo, Karen Andrea; Hablick Sánchez, Félix Cristobal (20179. Burnout: el síndrome laboral. *Journal of business and entrepreneurial studies*, vol. 1, núm. 1, https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573668151001

Barraza A. Burnout estudiantil: un enfoque unidimensional. (2015). *Rev Psicol Cient. 2008*; *(consultado 14 Sep).* Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/burnout-estudiantil.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck). *Psychological Corporation*. https://doi.org/10.1037/t02025-000

Bravo-Albarracín, K. I. (2025). Factores psicosociales que influyen en la salud mental del personal médico: Una aproximación teórica. *Journal Scientific Investigar*, *9*(1), 3201–3222. https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.1.2025.e305

Bresó, E., Llorens, S., & Salanova, M. (2010). Creencias de eficacia académica y engagement en estudiantes universitarios. En *Jornades de Foment de la Investigació* (pp. 1–12). Universitat Jaume I.

Burger PHM, Scholz M. (2018).Gender as an underestimated factor in mental health of medical students. *Ann Anat.; 218: 1-6.* Available in: http://dx.doi.org/10.1016/j.aanat.2018.02.005.

Caballero, C., Hederich, C., & Palacio, J. (2010). El burnout académico: Delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *42*(1), 131–146.

Cabrera, C., Martínez, J., & Mendoza, V. (2015). Intervención educativa en médicos residentes para el dominio de lectura crítica de reportes de investigación. *Investigación en Educación Médica*, *4*(15), 119–125.

Campos, N. (2025). Factores psicosociales que influyen en la salud mental del personal médico: Una aproximación teórica. *Journal Scientific Investigar*, *9*(1), 3201–3222. https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.1.2025.e305

Caro, Y., Trujillo, S., & Trujillo, N. (2019). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. *Psychologia*, *13*(1), 41–52. https://doi.org/10.21500/19002386.3726

Castañeda, H., Lira, J., & Solano, M. (2011). Estrés organizacional y factores psicosociales laborales asociados a salud mental en trabajadores de atención primaria. *Waxapa*, *3*(2), 44–51.

Castañeda-Aguilera, E., & García de Alba-García, J. (2020). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos especialistas y factores de riesgo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *58*(2), 161–173. https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000014

Castro, R. (2014). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: Los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, *10*(3), 339–351.

Cañón, S., & Galeano, G. (2011). Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de ASSBASALUD E.S.E Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina*, *11*(2), 114–126.

Cedeño, A., Vaca, S., & Carrera, A. (2018). Riesgo laboral en trabajadores de salud del sector público. *Revista Publicando*, *5*(15), 234–245.

Cáceres Villarroel, N., Campillay Lira, J., Cvitanic Vergara, C., & Bargsted Aravena, M. (2015). Los factores de riesgo psicosocial del trabajo afectan la salud mental de los profesores según el tipo de financiamiento del establecimiento. *Salud & Sociedad*, *6*(1), 50–75.

Caballero, C. C., Abello LL, R., & Palacio, J. (2007). Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(2), 98-111. https://bit.ly/3PkEUdP

Caballero-Domínguez, C. (2012). El burnout académico: Prevalencia y factores asociados en estudiantes universitarios del área de la salud de la ciudad de Barranquilla (Tesis Doctoral). Colombia: Universidad del Norte.

Cáceres-Piñaloza, K. F. (2020). Educación virtual: Creando espacios afectivos, de convivencia y aprendizaje en tiempos de COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 38-44. https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.284

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural equation modeling*, 9(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5

Coker, A. O., & Omoluabi, P. F. (2009). Validation of maslach burnout inventory. IFE PsychologIA: *An International Journal*, 17(1), 231-242. https://hdl.handle.net/10520/EJC38749

Correa-López, L. E., Loayza-Castro, J. A., Vargas, M., Huamán, M. O., Roldán-Arbieto, L., & Perez, M. (2019). Adaptación y validación de un cuestionario para medir burnout académico en estudiantes de medicina de la universidad Ricardo Palma. *Revista de la Facultad de Medicina Humana,* 19(1), 64-73. https://doi.org/10.25176/RFMH.v19.n1.1794

Da Silva-Batista, R., Souza dos Santos, M., Melo, E. C., Castanho-Moreira, R., Trevisan-Martins, J., & Quina-Galdino, M. J. (2021). Burnout and academic satisfaction of nursing students in traditional and integrated curricula. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03713. https://doi. org/10.1590/S1980-220X2020002003713

De Arco-Paternina, L. K., & Castillo-Hernández, J. A. (2020). Síndrome de Burnout en época de pandemia: caso colombiano. *Interconectando saberes*, 5(10), 115-123. https://doi.org/10.25009/is.v0i10.2675

Delgado, C., Martínez, G., & Ponce, M. (2020). Relación entre bienestar psicológico y empatía en médicos residentes en una universidad pública en México. *Investigación en Educación Médica*, *9*(34), 22–31. https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.34.19189

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., & Sinsky, C. A. (2014). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, *174*(18), 1377–1385.https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.3413

Estrada-Araoz, E. G., & Gallegos-Ramos, N. A. (2022). Cansancio emocional en estudiantes universitarios peruanos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Educando y Formando*, 7(1), 3.https://doi.org/10.25053/ redufor.v7i1.6759

Estrada-Araoz, E. G., Gallegos-Ramos, N. A., & Mamani-Uchasara, H. J. (2021). Burnout académico en estudiantes universitarios peruanos. *Apuntes Universitarios*, 11(2), 48-62. https://doi.org/10.17162/au.v11i2.631

Eiroá, F., Fernández, I., & Pérez, P. (2008). Cuestionarios psicológicos e investigación en internet: Una revisión de la literatura. *Anales de Psicología*, *24*(1), 150–157.

Esteban, M., Martínez, J., & Sánchez, R. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *35*(2), 229–240.

Fernández, I., Gómez, A., & Ruiz, M. (2019). Tesis doctorales de Medicina defendidas por mujeres pioneras en España (1882-1954). *Educación Médica, 20(1), 60–66.*

Field, A. (2013). Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. 4thEdn.London: Sage. García, Á. P. (2021). La enseñanza online post pandemia: nuevos retos. *Holos*, 2, 1-13. https://doi.org/10.15628/holos.2021.12082

Gutiérrez-Carvajal, O. I., Polo-Vargas, J. D., Vargas-Montealegre, A. R., Zumárraga-Espinosa, M., Ramírez-Ocaña, X., Segovia Marín, V., & Calderín Salgado, L. M. (2022). Validación de la escala Job Crafting en trabajadores latinoamericanos. *Anales de Psicología*, 38(1), 139–148. https://doi. org/10.6018/analesps.472261

Hagger, M. S., Gucciardi, D. F., & Chatzisarantis, N. L. (2017). On nomological validity and auxiliary assumptions: The importance of simultaneously testing effects in social cognitive theories applied to health behavior and some guidelines. *Frontiers in psychology*, 8, 1933. https://doi. org/10.3389/fpsyg.2017.01933

Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1-24. https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629

Hederich-Martínez, C., & Caballero-Domínguez, C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología,* 9(1), 1-15. https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3511

Gal, B., Martínez, L., & Torres, P. (2021). La educación médica como necesidad para la formación de los futuros médicos. *Educación Médica, 22, 111–118.*

García, J., Rodríguez, C., & López, M. (2021). Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, *95*, *e1–e15.*

Garibaldi, V., & Mendivil, E. (2023). Relación entre niveles de actividad física y rendimiento académico en un grupo de médicos residentes de medicina familiar de Ciudad Obregón, Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*, *26(1), 12–19.*

Gilla, M., Giménez, S., Morán, S., & Olaz, F. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, *25*(*2), 179–193.* https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04

Goebert, D., Thompson, D., & Takeshita, J. (2009). The impact of stress on the mental health of medical residents. *Journal of Medical Education*, *43*(3), 233–239. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181a0c1c0

González, C., & Rivera, L. (2024). *Investigación cuantitativa*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. https://doi.org/10.21501/9789588943985

González, E., & Pérez, E. (2012). Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología*, *16*(27), 8–22.

Goñi, M., Medina, F., Pintos, M., Blanco, C., & Tomasina, F. (2015). Desgaste profesional y la caracterización de las condiciones laborales de especialistas y posgrados en medicina interna. *Revista Médica del Uruguay*, *31*(1*), 39–45.*

Gosselin MM, Alolabi B, Dickens JF.(2019). Cross-sectional survey results on mental health among orthopedic surgery residents across North America. *J Surg Educ. 2019; 76 (6): 1484-1491*. Available in: http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.06.003

Guille C, Frank E, Zhao Z, Kalmbach DA, Nietert PJ, Mata DA, et al. (2017).Work-family conflict and the sex difference in depression among training physicians. *JAMA Intern Med; 177 (12): 1766.* Available in: http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.5138

Guinchard, E., & Sánchez, E. (2020). El médico residente como educador. *Acta Ortopédica Mexicana*, *34*(5), 336–339.

Gutiérrez, C., Martínez, J., & Pérez, R. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en Educación Médica*, *5*(18), 102–107. https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.020

Gómez, C., Rodríguez, M., & Sánchez, L. (2021). Asociación entre estrés laboral y dependencia nicotínica en trabajadores de la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *59*(6), 510–516.

Hernández, F., & Bustillos, D. (2020). Percepción del ambiente educativo y el maltrato de médicos residentes de medicina familiar. *Revista de la CONAMED*, *25*(1), 10–15. https://doi.org/10.35366/92890

Hernández, G. (1997). Módulo fundamentos del desarrollo de la tecnología educativa (Bases psicopedagógicas) (F. Díaz Barriga Arceo, Coord.). *Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa (ILCE) - Organización de los Estados Americano*s (OEA).

Hernández C, Llorebs S, Rodriguez A. (2011). Burnout en personal sanitario: Validación de la escala MBI en México. *Forum de Recerca. ;16:837---46.*

Hernández, J., Zúñiga, A., Flores, M., & Ramírez, G. (2022). Ambiente clínico académico de las residencias médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla. *Revista de Educación y Desarrollo*, (62), 77–85.

Hinojosa, J., Martínez, L., & Torres, P. (2024). *Proyecto de tesis: Guía práctica para investigación cuantitativa*. Conselho Editorial.

Jiménez, J., & Arenas, J. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, *8*(1), 226–240. http://dx.doi.org/10.21501/22161201.1819

Jiménez, J., Pérez, M., & Mirand, M. (2024). Necesidad de equipos de salud mental para pacientes hospitalizados por SARS-COV-2 y personal de salud de primera línea. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *62*(1), 45–53.

Jiménez-López, J., Arenas-Osuna, J., & Ángeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante el año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *53*(1), 20–28.

Juárez, A. (2004). Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Ciencia & Trabajo*, *6*(14), 189–196.

Juárez-García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: Un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS, 53(4), 432–439.* https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-202001

Kimo-Takayesu J, Ramoska E, Clark T, Hansoti B, Dougherty J, Freeman W, et al.(2014).Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med.;21:1031---5.*

Koppmann, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *32*(1), 75–80. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.12.009

Lipson SK, Eisenberg D. (2018). Mental health and academic attitudes and expectations in university populations: results from the healthy minds study. *J Ment Health. ; 27 (3): 205-213.* Available in: http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2017.1417567.

Loayza-Castro, J. A., Correa-López, L. E., Cabello-Vela, C. S., Huamán-Garcia, M. O., Cedillo-Ramírez, L., Vela-Ruiz, J. M., & De La Cruz-Vargas, J. A. (2016). Síndrome de burnout en estudiantes universitarios: tendencias actuales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana,* 16(1). https://doi. org/10.25176/RFMH.v16.n1.333

Lopez A, González F, Morales M, Espinoza C. (2007).Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc. ;45:233---42.*

Loria J, Hernandez G. (2006). Síndrome de desgaste profesional en el personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México. *Rev Cub Med Int Emerg. ;5:432---43.*

Lozano, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 84(1), 1–2.* https://doi.org/10.2043/rnp.v84il.3930

Martínez-Martínez, I. M., & Marques-Pinto, A. (2005). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Aletheia,* 21, 21-30. https://www.redalyc.org/ pdf/1150/115013476003.pdf

Martínez, I., & Salanova, M. (2003). Niveles de burnout y engagement en estudiantes universitarios. Relación con el desempeño y desarrollo profesional. *Revista de Educación, 330, 361-384*. https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/67215

Macaya, P., & Aranda, F. (2020). Facing the pandemic COVID-19: Cuidado y autocuidado en el personal de salud enfrentando la pandemia de COVID-19. *Revista Chilena de Anestesia*, *49(3), 356–362.* https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n03.014

Maines, C., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología, 26(1), 169–180.*

Marenco, A., & Ávila, J. (2016). Burnout y problemas de salud mental en docentes: Diferencias según características demográficas y sociolaborales. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, *10(1), 91–100.*

Martínez-García JA, Aguirre-Barbosa M, Mancilla-Hernández E, Hernández-Morales M, Guerrero-Cabrera R, Schiaffini-Salgado MB.(2023). Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. *Revista Alergia México; 69 (1): 1-6.*

Martínez I, Marques A. (2005), Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Revista Aletheia ;21:21---30.*

Martínez, P., Rodríguez, J., & Pérez, L. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud. *Salud Mental*, *27(6), 45–52.*

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory [Inventario de Burnout de Maslach] (3a ed.). *Consulting Psychologists Press. Palo Alto, C A*: Consulting Psychologists Press.

Medina, M., Ramos, G., & Torres, S. (2020). Evaluación del ambiente educacional en la residencia de Clínica Pediátrica en un Hospital de Referencia Provincial. *Educación Médica*, *21*(1), 24–31.

Medrano, L. A., & Muñoz-Navarro, R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Revista digital de investigación en docencia universitaria, 11(1), 219-239.* https://doi. org/10.19083/ridu.11.486

Mena-Álvarez, J., Rodríguez, M., & Sánchez, T. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: Una revisión sistemática. *Diálogos de Saberes*, (*50), 39–60.* https://doi.org/10.18041/0124-0021/dialogos.50.2019.5551

Merhi, R., Sánchez-Elvira Paniagua, Á., & Palací-Descals, F. J. (2018). The Role of Psychological Strengths, Coping Strategies and Well-Being in the Prediction of Academic Engagement and Burnout in First-Year University Students. *Acción Psicológica, 15(2), 51–68.* https://doi.org/10.5944/ ap.15.2.21831

Merino-Soto, C., Dominguez-Lara, S., & Fernández-Arata, M. (2017). Validación inicial de una Escala Breve de Satisfacción con los Estudios en estudiantes universitarios de Lima. *Educación Médica, 18(1), 74-77.* https:// doi.org/10.1016/j.edumed.2016.06.016

Miaha, M. S., & Miab, M. M. (2021). Soft Dimension of TQM: A Validation by 87 M. Zumárraga-Espinosa y G. Cevallos-Pozo / Ansiedad y Estrés 29(2) (2023) 78-87 Confirmatory Factor Analysis (CFA). International Journal of Innovation, *Creativity and Change, 15(10), 907-917.* https://bit.ly/3VPsEEO

Milfont, T. L., & Fischer, R. (2010). Testing measurement invariance across groups: Applications in cross-cultural research. *International Journal of psychological research, 3(1), 111-130.* https://doi. org/10.21500/20112084.857

Montiel-Jarquín -. Álvaro José, Torres-Castillo ME, Herrera-Velasco MG, Omar Ahumada-Sánchez Ó, Barragán-Hervella RG, García-Villaseñor A. Jorge Loría-Castellanos. (2015).Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educación Médica; 16: 116-125.*

Moreno González, A. (2009). Síndrome de Burnout en estudiantes de educación física y deportes de la universidad de Tolima. *Revista EDU-Física*, *2*(6), 12–25.

Moreno-Jiménez, B., Ríos, L., & Rodríguez, R. (2008). Terminal versus non-terminal care in physician burnout: The role of decision-making processes and attitudes to death. *Salud Mental*, *31(2), 93–101.*

Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified? *Journal of Personality Assessment, 99(6), 596-607.* https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1269334

Nevitt, J., & Hancock, G. R. (2001). Performance of bootstrapping approaches to model test statistics and parameter standard error estimation in structural equation modeling. *Structural equation modeling, 8(3), 353-377*. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0803_2

Newbery Park, CA: Sage. Wieland, A., Durach, C. F., Kembro, J., & Treiblmaier, H. (2017). Statistical and judgmental criteria for scale purification. Supply Chain Management: *An International Journal, 22(4), 321-328.* https://doi. org/10.1108/SCM-07-2016-0230

Ñaupas, H., Pizarro, M., Novoa, E., & Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa – cualitativa y redacción de la tesis (5a ed.).* Ediciones de la U.

Ocampo, J., Martínez, L., & Torres, P. (2013). Encuesta a médicos residentes de psiquiatría sobre la calidad de su formación como especialistas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *76(2), 102–111.*

Ortiz León, S. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos*, *82(3), 290–301.*

Ornelas-Contreras, M., Jurado-García, P. J., Blanco-Vega, H., Peinado-Pérez, J. E., & Blanco-Ornelas, J. R. (2020). Composición factorial del Inventario de Burnout de Maslach para Estudiantes en universitarios mexicanos. *Acta universitaria, 30, e2516.* https://doi.org/10.15174/ au.2020.2516

Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría, 34(4), 572-580.* https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf

Perez-Fuentes, M., Molero-Jurado, M., Simón-Márquez, M., Oropesa-Ruiz, N., & Gázquez-Linares, J. (2020). Validation of the maslach burnout inventory-student survey in Spanish adolescents. *Psicothema, 32(3), 444-451*. https://doi.org/10.7334/psicothema2019.373

Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental review, 41, 71-90.* https://doi. org/10.1016/j.dr.2016.06.004

Padilla, A., Gómez, J., & Rodríguez, M. (2009). Prevalencia y características del síndrome de agotamiento profesional (SAP) en docentes de tres colegios públicos de Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *38(1), 56–72.*

Palacios-Nava, M. E., & Paz Román, M. P. (2021). El Síndrome de Burnout: Una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19. *Boletín Sobre COVID-19, UNAM, 2(21), 9–14.*

Palma, A. (2020). Asociaciones entre factores de riesgos psicosociales, dimensiones organizacionales y problemas de salud mental, relacionados con la violencia laboral, en trabajadores de tres hospitales chilenos de alta complejidad. *Cadernos de Saúde Pública*, *36*(3), e00084219 https://doi.org/10.1590/0102 -311X00084219.

Parra, H., Martínez, J., & Torres, S. (2019). Validez y consistencia de un cuestionario que mide: Factores asociados a la salud, desempeño académico y profesional de los médicos residentes en México. *RECIE: Revista Electrónica Científica de Investigación Educativa*, *4*(2), 1327–1336.

Pedrals, N., Rigotti, A., & Bitran, M. (2011). Aplicando psicología positiva en educación médica. *Revista Médica de Chile*, *139*(7), 941–949.

Perales, A., Alarcón, J., & Sánchez, E. (2019). Salud mental en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Anales de la Facultad de Medicina*, *80*(4), 443–450. https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.17142

Peraza de Aparicio-Cruz, X. (2020). Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *MediSur*, *18*(3), 507–511.

Pereda, L., Martínez, L., & Rodríguez, M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, *32*(5), 399–404.

Plata Zanatta, L., Martínez, G., & Torres, P. (2014). Factores psicológicos asociados con el rendimiento escolar en estudiantes de educación básica. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, *16*(2), 131–149.

Poggiogalle, E., Jamshed, H., & Peterson, C. M. (2018). Circadian regulation of glucose, lipid, and energy metabolism in humans. *Metabolism, 84, 11–27* https://doi.org/10.1016/j.metabol.2017.11.017

Portero, S., Rodríguez, M., & Sánchez, L. (2019). Factores relacionados con la probabilidad de padecer problemas de salud mental en profesionales de urgencias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *27*, Artículo e3144. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144

Quintanilla M. (2002), Prevalencia del síndrome de burnout en las enfermeras de la UPC del Hospital del Trabajador, Santiago de Chile y una propuesta de cambio. *Rev Chil Med Int ;19: 33---8.*

Rivera, D., Martínez, G., & Torres, S. (2017). Validation of the CVP-35 and MBI-HSS questionnaires for professional quality of life and burnout in residents (Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes). *Investigación en Educación Médica*, *6*(21), 25–34.

Rivera-Riquelme M, Piqueras JA, Cuijpers P. (2019).The revised mental health inventory-5 (MHI-5) as an ultra-brief screening measure of bidimensional mental health in children and adolescents. *Psychiatry Research; 274: 247-253.*

Rosales Flores, R., & Durán Lizarraga, M. (2023). Salud mental en personal médico durante la pandemia de COVID-19 en México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, *24*(1), Artículo e372.

Rosales, Y. (2013). Burnout estudiantil universitario, conceptualización y estudio. *Salud Mental*, *36*(4), 337–345.

Rosales-Ricardo, Y., & Rosales-Paneque, F. R. (2013). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud mental, 36(4), 337- 345.* https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2013.041

Salanova M, Martínez I, Bresó E, Llorens S, Grau R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *An Psicol. 2005;21:170---80.*

Schonhaut, L. (2009). Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, *80*(1), 30–38.

Shanafelt, T. D., Goh, J., & Sinsky, C. A. (2016). The well-being of physicians. *American Journal of Medicine*, *129*(5), 507–511. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.01.014

Söderström M, Jeding K, Ekstedt M, Perki A, Akerstedt T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical bunout. *J Occup Health; 17:175---83.*

Swider Brian W, Zimmerman Ryan D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *J Vocat Behav ;76:487---506.*

Salazar-Gómez, J. F., Dolores-Ruiz, E., Valdivia-Rivera, M. D. J., Hernández-Cárdenas, M., & Huerta-Mora, I. R. (2021). Síndrome de burnout en estudiantes de educación superior tecnológica del campus Tierra Blanca en tiempo de covid-19. RIDE. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 11(22), e044.* https://doi. org/10.23913/ride.v11i22.896

Schaufeli, W., Martínez, I., Marques-Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. Journal of Cross-Cultural *Psychology, 33(5), 464-481.* https://doi.org/10.1177/0022022102033005003

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online, 8(2), 23-74.* https://bit.ly/3FSRSwF

Silva, R. G., & Figueiredo-Braga, M. (2019). The roles of empathy, attachment style, and burnout in pharmacy students' academic satisfaction. *American journal of pharmaceutical education, 83(5), 6706.* https:// doi.org/10.5688/ajpe6706

Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual differences, 42(5), 893-898.* https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.017

Tetelboin-Henrion, C., Piña-Araiza, M., & Melo-Hernández, K. (2021). México: La transformación del sistema de salud. En *América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemias (pp. 309–339).* CLACSO.

Torres, F., Martínez, G., & Sánchez, L. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, *8(1), 126–136.*

Tovar, M. (2021). Covid-19: Pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. *En América Latina, sociedad, política y salud en tiempos de pandemias (pp. 291–309).* CLACSO.

Thompson, B. (1997). The importance of structure coefficients in structural equation modeling confirmatory factor analysis. *Educational and Psychological Measurement, 57(1), 5-19.* https://doi. org/10.1177/0013164497057001001

Urrutia-Aguilar, M. E., Ortiz-López, S., & Ponce-Rosas, E. R. (2014). Rendimiento en estudiantes de medicina: Factores asociados en el ciclo clínico. *Gaceta Médica de México, 150(Supl. 3), 324–330.*

Van Vendeloo SN, Prins DJ, Verheyen C. (2018).The learning environment and resident burnout: a national study. *Perspect Med Educ. ; 7 (2): 120-125.* Available in: http://dx.doi.org/10.1007/s40037-018-0405-

Vázquez, F. (2016). La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Investigación en Educación Médica*, *5*(18), 121–127.

Vázquez, F. (2024). Educación médica y derechos humanos en las unidades médicas de México: Hacia un nuevo horizonte ético. *Revista de Medicina y Ética, 35(1), 89–118.* https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n1.03

Vázquez, J., Maza, M., & Castillo, R. (2021). Caracterización del tutor como figura central en la formación del médico general integral. *MediSur, 19(3), 442–457.*

Vera Muñoz MA, Vera A, Vera A.(2018). Influencia del clima laboral y ambiente clínico de aprendizaje en los residentes médicos de instituciones de salud del sector público en México. *Innovación y Desarrollo Tecnológico Revista Digital ; 10 (2): 73-89.*

Villca, J., Choque, L., & Mamani, R. (2021). Influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de trabajadores en salud. *Gaceta Médica Boliviana*, *44*(1), 75–80. https://doi.org/10.47993/gmb.v44i1.200

Vidal de la Fuente S, Real Ramírez J, Ruíz Rosas JA, Morera González D. (2020).Evaluation of mental health and occupational stress in Mexican medical residents. *Salud Ment (Mex) ; 43 (5): 209-218.* Available in: http://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.029

Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud, 15(1), 625- 627.* https://bit.ly/3uI9t3H

Vivanco-Saraguro, A. (2020). Teleducación en tiempos de COVID-19: brechas de desigualdad. *CienciAmérica, 9(2), 166-175*. https://doi. org/10.33210/ca.v9i2.307

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2014). Resilience and burnout among physicians and the general workforce: A national study. *JAMA Internal Medicine*, *174*(5), 701–709. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14387

West C, Huschka M, Novotny P, Sloan J, Kolars J, Habermann T, et al. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA.;296:1071---8.*

Walker, D. A., & Smith, T. J. (2017). Computing robust, bootstrap-adjusted fit indices for use with nonnormal data. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 50(1-2), 131-137. https://doi.org/10. 1080/07481756.2017.1326748

Zumárraga-Espinosa, M. (2020). Aportes metodológicos para la medición del sentido de eficacia politica: Evidencia empírica de Quito-Ecuador. Empiria: *Revista de metodología de ciencias sociales, 45, 113-142.* https://doi.org/10.5944/empiria.45.2020.26306.

Zumárraga-Espinosa, M., & Cevallos-Pozo, G. (2023). Estudio psicométrico del Inventario de Burnout Académico de Maslach (MBI-SS) en el contexto universitario ecuatoriano. *Ansiedad y Estrés, 29(2), 78–87.* https://doi.org/10.5093/anyes2023a9

ANEXO 1. HERRAMIENTA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Edad. _____años. Estado civil ( ) soltero

Sexo ( ). Femenino ( ) Casado (a) / unión libre

( ) Masculino

( ) Divorciado/(a)/ separado (a)

Año de residencia ( ) R1

( ) R2

( ) R3Especialidad _____

( ) R4

( ) R5 o superior

Esquema de Guardias Actual.

( ) AB. (un día sí, un día no)

( ) ABC (cada tercer día)

( ) ABCD (cada cuarto día)

SECCIÓN 1: Factores Organizacionales (Comunicación, Trabajo en Equipo y Liderazgo) Instrucción de respuesta: Utilice la siguiente escala para indicar su nivel de acuerdo con cada afirmación: (1)Totalmente en desacuerdo | (2) En desacuerdo | (3) Neutral | (4) De acuerdo | (5) Totalmente de acuerdo

No,	Reactivo	1 (totalmente en desacuerdo)	2 (en desacuerdo)	3 (neutral)	4 (de acuerdo)	5 (totalmente de acuerdo)
1	Conozco la competencia técnica de mis compañeros de trabajo para realizar sus tareas					
2	Estoy de acuerdo en la manera en que las políticas del hospital son puestas en práctica					
3	Las reglas y detalles administrativos permiten la expresión y la implementación de nuevas ideas.					
4	Existe una adecuada coordinación de las actividades en este hospital.					
5	Tengo facilidad para buscar o acceder a la formación e información necesaria para realizar mi trabajo.					
6	Recibo con anticipación información sobre los cambios que afectan mi trabajo.					

7	Existe relación entre la capacitación recibida y los requerimientos reales del trabajo.					
8	Comprendo claramente las políticas del hospital.					
9	Tengo la oportunidad de trabajar sin excesiva supervisión.					
10	La cantidad de reglas y políticas que debo conocer es excesiva para realizar mi trabajo.					
11	Se me comunican con anticipación los cambios importantes en el hospital.					
12	El liderazgo institucional comunica con claridad los objetivos y prioridades que orientan mi trabajo					
13	El liderazgo institucional fomenta la colaboración y el respeto entre los integrantes del equipo de trabajo.					
14	Cuando se proponen ideas nuevas para mejorar el servicio, el liderazgo institucional las considera y brinda apoyo para llevarlas a la práctica.					

Fuente de elaboración Meraz R. (2026)

SECCIÓN 2: Factores Psicológicos (Desgaste Profesional Instrucción de respuesta: Indique la frecuencia con la que experimenta las siguientes situaciones utilizando esta escala: (0) Nunca | (1) Pocas veces al año | (2) Una vez al mes o menos | (3) Unas pocas veces al mes | (4) Una vez a la semana | (5) Pocas veces a la semana | (6) Todos los días.

No.	Reactivo	0 (nunca)	1 (Pocas veces al año)	2 (una vez al mes)	3 (unas pocas veces al mes)	4 (una vez a la semana)	5 (pocas veces a la semana)	6 (todos los días)
15	Siento que invierto mucho esfuerzo emocional en mi trabajo y recibo poco a cambio (o no cumple mis expectativas).							
16	Cuando termino mi jornada me siento agotado.							
17	Cuando inicio la jornada me siento agotado.							
18	Puedo entender fácilmente a los pacientes que atiendo.							
19	Siento que me he vuelto más insensible con las personas en mi trabajo.							
20	Trabajar todo el día con la gente me cansa.							
21	Trato eficazmente los problemas de los pacientes.							
22	Mi trabajo me está desgastando.							
23	Influyo positivamente en la vida de otros.							
24	Me he hecho más duro o menos paciente con la gente.							

25	Este trabajo me endurece emocionalmente.							
26	Me siento enérgico en mi trabajo.							
27	Me siento frustrado por el trabajo.							
28	Paso demasiado tiempo en el trabajo.							
29	No me importa lo que ocurra a los pacientes.							
30	Trabajar en contacto con gente me cansa.							
31	Creo un clima agradable en el trabajo.							
32	Me siento estimulado tras trabajar con las personas/pacientes.							
33	Consigo cosas valiosas en este trabajo.							
34	Siento que ya no tengo más energía física y/o emocional para dar en mi trabajo.							
35	Considero que en la institución los problemas emocionales se tratan adecuadamente.							
36	Los pacientes o beneficiarios me culpan de problemas.							

Fuente de elaboración Meraz R (2026).

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título y número del proyecto	Factores organizacionales y desgaste profesional en relación con el desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango.
Investigador principal	Dra. Gloria Beatriz Torres García
Nombre de la institución	Hospital General 450. Servicios de Salud de Durango
Dirección	Blvd. José María Patoni No. 403 Col. el Ciprés CP 34206
Teléfono	+52 492 101 9965

Naturaleza y propósito del estudio.

Se invitó a participar, de manera voluntaria, en este estudio de investigación el cual lleva por nombre "Factores organizacionales y desgaste profesional en relación con el desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450 de Durango, Durango".

Para que usted pueda decidir si participa o no en este estudio, es importante que conozca y entienda los posibles riesgos y beneficios que le permitan tomar una decisión informada. La persona responsable de la realización de este estudio en la institución es la C. Gloria Beatriz Torres García.

El propósito del estudio es: conocer los factores organizacionales y desgaste profesional en relación con su desempeño académico que presentan los médicos residentes del Hospital General 450 de Durango, Dgo.

Se le invita a participar en este estudio a fin de generar conocimiento en torno a los factores organizaciones, tales como liderazgo, comunicación y trabajo en equipo, además de desgaste profesional con un enfoque meramente de investigación.

Procedimientos del estudio.

El procedimiento consistirá recabar información por medio de una encuesta que nos permitan conocer los datos sociodemográficos, los factores organizacionales asi como el desgaste profesional de los residentes de las diferentes especialidades que se imparten del Hospital General 450. Asimismo se solicitaran las calificaciones a los profesores titulares, las cuales serán tratadas de forma confidencial y anonimizada.

Molestias y riesgos.

Es posible que lo entrevistemos por 10 min, se realizará una encuesta que incluye datos sociodemográficos, aspectos relacionados con factores organizacionales, liderazgo, comunicación, trabajo en equipo y desgaste profesional, asi como la obtención de información académica mediante calificaciones. La información recabada será codificada, anonimizada y utilizada únicamente con fines de investigación.

Tratamiento médico en caso de lesiones.

Al ser la investigación un estudio con mínimo riesgo no se sufrirán lesiones que ameriten intervención, por lo tanto el estudio no debe representar ningún riesgo para los participantes, sin embargo, algunas preguntas relacionadas con el bienestar emocional podrían generar incomodidad leve.

Beneficios de participar en este estudio

Al participar en este estudio usted contribuirá a una investigación que nos ayudará a conocer más acerca de los factores organizaciones y de desgaste profesional en relación con el desempeño académico que presenta los residentes del Hospital General 450. Los resultados podrán contribuir al desarrollo de estrategias orientadas a mejorar el ambiente organizacional y el bienestar de los médicos residentes.

Confidencialidad de sus registros.

Usted tiene derecho a su privacidad, toda la información recopilada durante este estudio es confidencial, en conformidad con la Declaración de Helsinki. El comité de Ética de la institución y las autoridades de salud pueden examinar su expediente en relación con este

estudio. Los investigadores responsables de este proyecto de investigación tendrán acceso a sus datos recolectados.

Si se publican los resultados de este estudio a manera de un escrito en una revista de interés científico, su identidad y datos personales permanecerán totalmente confidenciales y secretos. Su información personal únicamente podrá divulgarse a las autoridades oficiales quienes pueden requerirla para realizar un seguimiento del buen manejo de esta, pero no con fines de identificación personal. Asimismo, el manejo de la información se realizará conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, respetando los principios de licitud, consentimiento, calidad, información y responsabilidad.

Solo el equipo investigador tendrá acceso a la información y esta no será divulgada a terceros ajenos al estudio, salvo en los casos previstos por la normatividad aplicable.

Obtención de información adicional.

Se le invita a que usted haga preguntas en cualquier momento del estudio sobre sus derechos como sujeto participante, sobre la evolución o resultados del estudio. Por favor póngase en contacto con la Dra. Gloria Beatriz Torres García.

De igual forma, si usted tiene alguna duda con respecto a sus derechos como participante en este estudio de investigación, también puede ponerse en contacto con una persona no involucrada con el equipo de investigadores, le sugerimos al presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital General 450:

Dra. María del Rayo Ramírez Galindo.

Presidente del Comité de Ética en Investigación

Adscrito al Hospital General 450

Blvd. José María Patoni No. 403 Col. El Ciprés

Durango, Dgo., C.P. 34206

Tel 6181373418

Participación y retiro voluntario del estudio

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede interrumpirla en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no afectará su trato como residente. Asi mismo, no se modificará su trato que recibirá. En caso de existir cualquier información nueva y que pudiera influir en su voluntad de seguir participando en el estudio esto se le comunicará oportunamente.

Fuente de elaboración Propia (2026).

ANEXO 3 DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si usted desea participar de manera voluntaria en esta investigación, por favor proporcione su nombre, firma y fecha en este documento en los espacios proporcionados en la parte inferior. Su firma significa que usted acepta lo siguiente:

1. Se me ha dado la información completa y adecuada en forma verbal y por escrito sobre el propósito del estudio y han explicado en lenguaje claro, los riesgos y beneficios de participar en el estudio.

2. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento y terminar mi participación en este estudio en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención médica.

3. Es mi responsabilidad preguntar para aclarar cualquier punto que no entienda en relación a mi participación en este estudio. Por lo que he hecho todas las preguntas a la persona que realiza el proceso de consentimiento y he recibido respuestas satisfactorias.

4. No he ocultado o distorsionado cualquier condición médica actual o cualquier antecedente médico relacionado con mi salud.

5. He respondido todas las preguntas en relación con mi salud en forma precisa y verdadera.

6. Soy mayor de edad y legalmente capaz de dar este consentimiento.

7. Acepto participar en este estudio de manera voluntaria sin que me haya presionado u obligado y entiendo que mi negación a participar o la descontinuación de mi participación en cualquier momento, no implicará penalidad o pérdida de beneficios a los que de otra forma tengo derecho.

8. Entiendo y estoy de acuerdo en que la información obtenida a partir de la investigación puede ser utilizada para la publicación de los resultados como parte de la divulgación científica y como apoyo a la práctica clínica y, que en todo momento se utilizara un código asignado para mantener mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

9. Me han explicado que la información personal y clínica que he consentido en proporcionar conservará mi privacidad y que se utilizará solo para los fines que deriven de este estudio.

Los datos relacionados con mi privacidad familiar serán manejados en forma confidencial ya que se utilizará un código asignado para mantener mi anonimato y la confidencialidad de todos nuestros datos.

10. Los investigadores que participan en este proyecto se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio en el momento en el que yo lo solicite y me entregarán una copia de este documento de consentimiento informado.

Se le solicita que indique su acuerdo o desacuerdo para que los investigadores responsables de este proyecto puedan realizarle una encuesta, además de algunos datos sociodemográficos y académicos, de manera anónima para este protocolo de investigación cuyos objetivos y procedimientos se le han explicado. Marque con una **X** su respuesta:

_____ Sí, doy mi autorización a los investigadores que participan en este proyecto para la aplicación de la encuesta sobre factores organizacionales y desgaste profesional con relación al desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450, en la investigación que se me ha explicado.

_____ No doy mi autorización a los investigadores que participan en este proyecto para la aplicación de la encuesta sobre factores organizacionales y desgaste profesional con relación al desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450, en la investigación que se me ha explicado.

Por medio del presente documento de consentimiento informado acepto participar en el estudio médico denominado: “Factores organizaciones y desgaste profesional en relación al desempeño académico de los residentes médicos del Hospital General 450 de Durango, Dgo.”

FIRMAS

Nombre del participante_____

Fecha_____

Firma _____

Dirección_____

Nombre y firma de un primer testigo.

Nombre completo _____

Fecha_____

Firma _____

Dirección_____

Relación o parentesco con el residente _____

Nombre y firma de un Segundo testigo

Nombre completo _____

Fecha_____

Firma _____

Dirección_____

Relación o parentesco con el residente_____

Nombre y firma del Investigador que recolecta el consentimiento

Nombre completo_____

Fecha_____

Firma _____

Dirección del testigo_____

Fuente de elaboración Propia (2026).

ANEXO 4. CARTA DE CONFIDENCIALIDAD.

Durango, Dgo. a 13 de mayo del 2026

Por medio de la presente, me obligo a no divulgar ni a servirme personalmente de los resultados del proyecto “FACTORES ORGANIZACIONALES Y DESGASTE PROFESIONAL EN RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ACADÉMICO DE LOS RESIDENTES MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL 450 DE DURANGO, DURANGO.” Realizado en el Hospital general 450 a los residentes de las diferentes especialidades, que son de mi conocimiento. El protocolo de investigación no pretende divulgar los datos obtenidos en las encuestas realizadas, ya que solo se valorará el liderazgo, la comunicación y el trabajo en equipo , como el desgaste profesional que presentan los médicos residentes del hospital general 450.

De igual manera me comprometo a usar la información que me pudieran proporcionar los Titulares de las especialidades dentro del hospital general 450 para valorar el desempeño académico y concluir mi proyecto de investigación.

Una vez concluido mi proyecto me obligo a devolver la información que se me proporcione como confidencial que tenga en mi posición.

_____

Gloria Beatriz Torres García

Fuente de elaboración Propia (2026).

Septiembre 2026 - CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright © - CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright del texto © 2026 de Autores
Formato: PDF
Tamaño: A4 210 x 297 mm
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acceso: World Wide Web
biblioteca.ciencialatina.org
editorial@ciencialatina.org
Atención por WhatsApp al +52 1 55 9435 7573