



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en personal  
asistencial de un centro de salud de Lima, 2018”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA:**

ALOR LA PUENTE, Ana María

**ASESORES:**

Dr. CANDELA AYLLÓN, Víctor Eduardo

Dr. BARBOZA ZELADA, Luis Alberto

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

DESARROLLO ORGANIZACIONAL

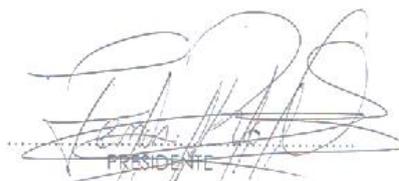
**Lima - Perú**

**2018**

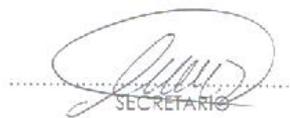
El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don  
 (a) ALOR LA PUENTE, Ana María  
 cuyo título es: Engagement y calidad de vida  
relacionado con la salud en personal  
asistencial de un centro de salud de  
Lima, 2018.

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por  
 el estudiante, otorgándole el calificativo de: 14 (número)  
catarse (letras).

Lima Norte, 19 de febrero del 2019.

  
 PRESIDENTE

Mg. Rosario Quiroz Fernando Joel

  
 SECRETARIO

Mg. Manrique Tapia César Raúl

  
 VOCAL

Mg. Pomahuacre Carhuayal Juan Walter



Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

### **Dedicatoria**

*Con todo mi amor dedico esta tesis a mis padres por su apoyo incondicional, por cada día de fortaleza para lograr este objetivo; a mis hermanos, sobrinos y mi gran amigo, que me inspiran a crecer a nivel personal y profesional y a ti, mi amor, que con tus palabras has contribuido para llegar hasta aquí.*

### **Agradecimientos**

*A mis asesores a lo largo de este año, por guiarnos en este arduo camino con el objetivo de ser los mejores profesionales, a mis grandes amigos con quienes he disfrutado cada día en la universidad; y, a ti mamita, por motivarme en los días más difíciles.*

### **Declaración de autenticidad**

Yo, Ana María Alor La Puente, con DNI: 45158632, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada "Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018", declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 19 de febrero del 2019



Ana María Alor La Puente

DNI 45158632

## **Presentación**

Señores miembros del jurado calificador:

Dando cumplimiento a las normas del Reglamento de Grados y Títulos para la elaboración y la sustentación de la Tesis de la Escuela Profesional de Psicología de la “Universidad César Vallejo”, para optar el título Profesional de Licenciada en Psicología, presentó la tesis titulada: “Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018”. La investigación tiene la finalidad de determinar la relación entre dichas variables.

El documento consta de siete capítulos: el primer capítulo denominado introducción, en la cual se describe la realidad problemática, los trabajos previos, las teorías relacionadas al tema, la formulación del problema, la justificación del estudio, las hipótesis y los objetivos. El segundo capítulo denominado método, el cual comprende el diseño de investigación, la operacionalización de las variables, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los métodos de análisis de datos y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se encuentran los resultados, en el cuarto capítulo la discusión, en el quinto capítulo las conclusiones, en el sexto capítulo las recomendaciones, en el séptimo capítulo las referencias bibliográficas y por último los anexos.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

Ana María Alor La Puente

## Índice

	Pág.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Realidad problemática	1
1.2. Trabajos previos	3
1.3. Teorías relacionadas al tema	5
1.4. Formulación del problema	23
1.5. Justificación del estudio	23
1.6. Hipótesis	24
1.7. Objetivos	25
II. MÉTODO	27
2.1. Diseño de investigación	27
2.2. Variables, Operacionalización	27
2.3. Población y muestra	29
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	30
2.5. Métodos de análisis de datos	
2.6. Aspectos éticos	34
III. RESULTADOS	36
IV. DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	49
VII. REFERENCIAS	50
ANEXOS	55
Anexo 1. Matriz de consistencia	55
Anexo 2. Instrumentos de evaluación	56
Anexo 3. Carta de presentación	59
Anexo 4. Autorización electrónica	60
Anexo 5. Consentimiento informado	62
Anexo 6. Resultados de prueba piloto	67
Anexo 7. Criterio de jueces de lo instrumentos	68
Anexo 8. Acta de originalidad firmada por asesor (20%)	69
Anexo 9. Print de turnitin	70
Anexo 10. Autorización para repositorio	71
Anexo 11. Formulario de autorización para publicación electrónica	72
Anexo 12. Autorización de la versión final del trabajo de investigación	73

## Índice de tablas

<b>Tabla</b>		<b>Pág.</b>
1	Análisis de normalidad para las variables engagement y calidad de vida relacionada con la salud general y por dimensiones.	37
2	Correlación entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud de manera general	37
3	Correlación entre engagement y las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud	38
4	Correlación entre calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones de engagement	38
5	Engagement general y sus dimensiones, según sexo	39
6	Engagement y sus dimensiones, según área de trabajo	39
7	Calidad de vida relacionada con la salud general y sus dimensiones, según sexo	40
8	Calidad de vida relacionada con la salud y sus dimensiones, según área de trabajo	40
9	Análisis descriptivo de la variable engagement de manera general y por dimensiones	40
10	Análisis descriptivo de la variable calidad de vida relacionada con la salud general y por dimensiones	41
11	Validez de contenido del instrumento que mide engagement según coef. V de Aiken	68
12	Validez de contenido del instrumento que mide calidad de vida relacionada con la salud según coef. V de Aiken	68
13	Rangos de la Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17)	69
14	Rangos del Whoqol-Bref	69
15	Confiabilidad del Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17) general y por dimensiones	70
16	Confiabilidad del Whoqol-Bref general y por dimensiones	70

## Índice de figuras

<b>Figura</b>		<b>Pág.</b>
1	Nivel de engagement general y por dimensiones	41
2	Nivel de calidad de vida relacionada con la salud general y por dimensiones	42

## RESUMEN

La investigación se llevó a cabo teniendo como objetivo general determinar la relación, a modo de correlación, entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018. La investigación con enfoque cuantitativo fue de tipo descriptivo y correlacional de diseño no experimental efectuada en personal asistencial (n=93) de ambos sexos, para lo cual se aplicó la Utrecht Work Engagement Scale UWES – 17 y la escala de calidad de vida Whoqol-Breef. Entre los principales resultados se encontró que el engagement se relaciona de manera directa y muy significativa con la calidad de vida relacionada con la salud. ( $p < 0.05$ ), es decir, que a mayor engagement, tiende a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

**Palabras clave:** Engagement, calidad de vida relacionada con la salud, función física, función psicológica y vigor.

## **ABSTRACT**

The research was carried out with the general objective of determining the relationship, as a correlation, between engagement and quality of life related to health in the health care staff of a health center in Lima, 2018. The research with a quantitative approach was descriptive and correlational type of non - experimental design carried out in care personnel (n = 93) of both sexes, for which the Utrecht Work Engagement Scale UWES - 17 and the Whoqol - Breef quality of life scale were applied. Among the main results, it was found that engagement is directly and very significantly related to the quality of life related to health. ( $p < 0.05$ ), that is to say, that with higher engagement; it tends to improve the quality of life related to health.

**Key words:** Engagement, quality of life related to health, psysical function, psychological function function and vigor.

## **I. INTRODUCCION**

### **1.1. Realidad problemática**

Desde el origen del hombre y ante la necesidad de sobrevivir, ha existido el trabajo y con él se comenzaron a generar enfermedades derivadas del mismo afectando la calidad de vida del empleado especialmente su salud. Producto de la sobrecarga laboral y escasos recursos para lograr sobrellevar las demandas se producen consecuencias severas como enfermedades psicosomáticas, cardiorrespiratorias, migrañas, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, predisposición para desarrollar conductas adictivas, irritabilidad e incluso a nivel organizacional se evidencia deterioro del rendimiento del trabajador, excesiva rotación, ausentismo, conflictos y accidentes (Marrau, 2004).

De acuerdo con Mejía, Cárdenas y Gomero (2015), anualmente a nivel mundial mueren 2 millones de trabajadores a causa de accidentes o enfermedades que están directamente vinculados con el trabajo. Más aún, que las enfermedades laborales siguen siendo la principal causa de muerte a consecuencia del trabajo.

En Latinoamérica y el Caribe de acuerdo con Takala (2005), en su informe para la Organización Panamericana de Salud (OPS), existieron 147.600 decesos como consecuencia del trabajo, de las cuales 108.200 eran debido a enfermedades laborales. Estas estadísticas estuvieron muy por encima de países como Canadá y Estado Unidos de América lo que sugiere que en Latinoamérica no se está fomentando una cultura de prevención adecuada, sino más bien en compensar daños causados por trabajar en malas condiciones laborales o no tomar conciencia de la importancia de la salud de los trabajadores (Pando, 2011).

En el Perú, en la notificación de accidentes y enfermedades laborales al Ministerio de Trabajo (MTPE, 2010 – 2014), se había reportado 54.596 accidentes laborales, de los cuales Lima Metropolitana presentaba la mayor cantidad de estos (76,9%), entre los cuales había profesionales que presentaron problemas de la piel y trastornos de la columna vertebral como el lumbago (Mejía, Cárdenas y Gomero, 2015).

En general, como se ha mencionado, los trabajadores se enfrentan a un contexto vulnerable que puede afectar su salud y calidad de vida, de manera específica en el sector asistencial; también se encuentran riesgos inherentes a su profesión, por lo que son proclives a sufrir problemas graves de salud. Por ejemplo, por la exposición a

enfermedades infecciosas, cortes con riesgo de contagio, patologías por radiación, sobrecarga de trabajo en la atención a pacientes, guardias, jornadas extenuantes que impactan a nivel físico y mental, trato conflictivo con pacientes, desequilibrio trabajo y vida personal y el impacto psicológico que se produce al morir un paciente. Esto genera que la calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial disminuya al presentar una peor salud percibida, registrando una alta incidencia en enfermedades como depresión, ansiedad e incluso suicidios, hay especialidades dentro de la población de referencia que presentan aún mayor demanda como son el personal de cirugía, oncología y cuidados intensivos o los que trabajan en el área de emergencias, que podrían constituir por sí solos un espacio que posibilite el surgimiento de problemas relacionados directamente con la salud (Fernández, et al. 2014).

Cuando el personal asistencial se expone de manera prolongada a estas circunstancias sin contar con herramientas necesarias, presentan malestar a nivel físico, emocional y social que afecta la percepción subjetiva actual que tienen sobre sí mismos y sobre su salud, generando limitaciones para realizar actividades que la persona considera importante (Schwartzmann, 2013).

En la actualidad surge la necesidad de abrir campo al estudio del trabajo desde una perspectiva más positiva que pueda funcionar como un factor protector ante las demandas laborales y no solo enfocarse a los estudios que respondan a las consecuencias de una enfermedad laboral y al cómo curarla, sino más bien generar interés por la prevención, es por ello que se tiene al engagement que, como un estado mental positivo, satisfactorio que se relaciona con el trabajo y se caracteriza por vigor, dedicación y absorción. (Schaufeli y Bakker, 2003), podría ser un factor que contribuya a mejorar la calidad de vida del personal asistencial, especialmente su salud.

Cabe señalar que, a nivel nacional se carece de información actualizada respecto al estado del trabajador de la salud, sobre todo teniendo en cuenta el constante estado de vulnerabilidad al que día a día se encuentran sometidos según su área de trabajo. Lo cual hace aún más notoria la necesidad de investigar de qué manera se podría prevenir el afectar la salud del personal asistencial, que en teoría debería estar sano para poder brindar salud.

Por todo lo expuesto, y porque en el centro de salud existen factores como la carga laboral, jornadas de trabajo extenuantes y largas, así como, presión constante por parte

de los superiores y de los propios pacientes por ser atendidos, siendo una amenaza para la calidad de vida, se buscará determinar la relación a modo de correlación entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud en personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018 y con ello se aportará información valiosa para futuras investigaciones que busquen contribuir a la prevención de situaciones que pongan en riesgo el bienestar de un equipo de trabajadores enfocados al cuidado de las personas.

## **1.2. Trabajos previos**

### **Internacionales**

Ruíz (2017) realizó un estudio con el objetivo de identificar los niveles de engagement en supervisores de enfermería con una investigación de tipo descriptivo de corte transversal donde, evaluó a 34 enfermeros del Hospital Militar Escuela de Nicaragua, que trabajaban a tiempo completo y con más de un año de permanencia a los cuales se les aplicó el Utrecht Work Engagement. Entre los resultados se encontró que tuvo mayor predominio en la muestra el ser mujer con edades entre 35 y 45 años, también se encontró que el 32% presentaba un nivel muy alto en la dimensión de vigor y 24% un nivel alto; con respecto a la dimensión de dedicación, 44% presentó un nivel muy alto, 41% un nivel alto y 5% un nivel promedio, mientras que en la escala absorción, se encontró que un 32% tenía un nivel alto, seguido por un 26% que presentó nivel muy alto y el 38.2% con un nivel promedio. De manera general la escala de vigor se encontró en nivel promedio, la escala dedicación un nivel muy alto y la última escala de absorción en un nivel promedio.

Reich y Cozzo (2016) efectuaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud. Su diseño fue descriptivo, comparativo, transversal y correlacional en el cual utilizaron una muestra de 56 profesionales de la salud entre auxiliares de enfermería, licenciados de enfermería, licenciados en fisioterapia y doctores en medicina, de una mutualista privada de Uruguay. Se les administraron la Escala de estrés percibido (versión 2006) y el Cuestionario de Salud Mos – SF – 12. Entre los resultados se encontró que el 83% de la muestra fueron mujeres, 64% casados y el 44% presenta un mayor nivel de estudios

alcanzados. Se encontró una correlación positiva de estrés percibido con el componente de salud mental con un valor de  $p=.771$ , el dolor corporal presentó puntuaciones que indican mejor calidad de vida relacionada con la salud con una media de 56.74 y también se encontró niveles más bajos para el componente de rol emocional con una media de 45.28.

Fernández (2014) llevó a cabo una investigación con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. El estudio fue descriptivo y transversal que contó con la participación de 71 médicos internos del Hospital Universitario San Cecilio de España, residentes de primer, segundo, tercero y cuarto año de residencia donde administraron el Cuestionario SF – 36. Entre los resultados se puede encontrar que las mujeres puntúan por debajo de los valores de referencia en un total de cuatro dimensiones, las más relevantes fueron salud mental ( $p<0,05$ ) y funcionamiento social ( $p<0,001$ ), contrario a estos, son los resultados en los varones que están dentro de los rangos poblacionales que tuvieron de referencia; también, se encontró que las mujeres que realizan sus guardias en el Servicio de Urgencia presentan una percepción significativamente peor de la calidad de vida relacionada con la salud comparándola con la población de referencia en sexo y edad.

## **Nacionales**

Rodríguez (2016) realizó una investigación con el objetivo de analizar la relación entre la vinculación psicológica con el trabajo con autoeficacia y bienestar, de tipo descriptivo y correlacional en una muestra de 69 profesionales de la salud que trabajaban en un hospital psiquiátrico de Lima. De la muestra total, el 37.7% pertenece al área de medicina, el 31.9% al área de psicología y el 30.4% al área de enfermería. Los instrumentos utilizados fueron Utrecht Work Engagement Scale, Escala de Bienestar Florecimiento y Afectividad y la Escala de Autoeficacia General de Schwarzer. Entre los resultados se encontraron que la escala de dedicación presentó la media más alta con  $M=5.19$  mientras que la escala de absorción presentó la media más baja  $M=4.38$ ; también, se encontró significativas diferencias según la especialidad de los profesionales de la salud, fueron los enfermeros los que obtuvieron el puntaje más alto en cuanto a la escala de vigor. El área de Psicología, sobre vinculación al trabajo, correlacionó con

autoeficacia y bienestar. No hubo correlación entre vinculación con el trabajo y variables de trabajo, a excepción de la cantidad de pacientes que se atiende por día ( $r=2.53$ ), lo que indicó que a más pacientes atendidos mayor implicación laboral.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

#### **Engagement**

##### ***Desde la psicología positiva al engagement***

A lo largo de los años, se ha concebido a la psicología como la ciencia focalizada en tratar los trastornos derivados de la psique y, ciertamente, durante mucho tiempo, estaba centrada meramente en el estudio de las patologías; por consiguiente, sus estudios ponían énfasis en la parte negativa de la persona ocasionando un sesgo desfavorable en el estudio de la mente que ha contribuido a que se adopte una visión negativista sobre la naturaleza del ser humano (Gonzales, 2004).

Contrario a lo que se cree, no siempre la psicología se centró en los aspectos negativos de las personas, fue después de la segunda guerra mundial, cuando surge la necesidad de evitar el sufrimiento a causa de los acontecimientos de la época y para ello se debían eliminar las emociones que provocaran respuestas desfavorables para el desarrollo de las personas.

En un intento por retomar los verdaderos objetivos de la psicología, surgen estudios que ponen énfasis en el bienestar y las fortalezas del ser humano, abriendo camino a lo que posteriormente se le conocería como psicología positiva (PP).

Esta perspectiva nace a finales de 1998 tras un discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA), quien rescataba la idea de que la psicología no podía limitarse a curar la enfermedad, pues no había sido creada para dedicarse solo al estudio de las debilidades y el daño, sino también para estudiar las fortalezas y las virtudes donde el tratamiento no solo tenía que ser aplicado con la finalidad de arreglar lo que está roto, sino en poder mejorar y fortalecer lo mejor de los seres humanos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Una de las áreas de la psicología, que más aprovechó este cambio de visión, y empezaron a crear investigaciones, fue el área de la salud ocupacional Vicente y

Berbullas (2008), mencionan lo importante que es que se adopte una visión global y científica de todo lo que conlleva el funcionamiento de las personas y de los grupos en el contexto laboral para lograr realizar una gestión adecuada de los recursos humanos. Como resultado de aplicar los principios de la PP a la salud ocupacional, surge la psicología de la salud ocupacional positiva (PSOP), que tiene como objetivo poder describir, explicar y poder predecir el funcionamiento adecuado u óptimo de las personas desde el contexto de las organizaciones (Salanova, Martínez y Llorens, 2005).

Desde este enfoque se remarca la importancia para la PSOP en explorar cómo se desarrollan las creencias positivas en un entorno laboral y qué papel juega la motivación intrínseca y el engagement (Vicente y Berdullas, 2008).

En resumen, la psicología no solo tenía como objetivo centrarse en lo negativo del ser humano, pero fue después de la segunda guerra mundial que se concentraron en aliviar el sufrimiento y en sanar las enfermedades causadas por los acontecimientos. En un intento por retomar los verdaderos objetivos surge la PP que posteriormente se aplica en el ámbito de los recursos humanos y como resultado de ello surge la PSOP que tiene como objetivo mejorar el funcionamiento de las personas en contextos organizacionales y un factor que contribuye a lograrlo es el engagement en el trabajo.

## ***Principales teorías***

### *Teoría de Rol*

Se identifica que fue Kahn en 1990 el primer estudioso en aproximarse a la investigación sobre el engagement tras realizar un estudio en cual observaba que algunos empleados mostraron conductas enérgicas y estaban motivados en sus centros de trabajo, pero esto no se podía explicar con constructos como la satisfacción laboral o la motivación, lo que hacían era la expresión física, cognitiva, emocional y mental de algo que iba más allá de los constructos señalados.

El autor describió su teoría como una relación entre el individuo y las características de las tareas que tiene que realizar en su trabajo, toma en cuenta contextos interpersonales, grupales, intergrupales y organizacionales como mediadores de los niveles y la significancia del trabajo (Kahn, 1990).

El engagement en el trabajo para Kahn era producto de las propias características individuales que tenía un empleado y esto guardaba relación con las tareas que desempeñaban, en donde distintos factores servían para medir el nivel de implicancia de los empleados hacia su trabajo. Un empleado que tenía engagement estaba conectado física, psicológica y emocionalmente con los roles que le tocaba ejercer en una organización y con las características individuales con las que contaba cada empleado.

Por lo anterior, se puede entender la teoría de Kahn, como una relación entre las funciones a desempeñar dentro de una organización, las tareas que tiene que cumplir y las características propias de los empleados pudiendo dar como resultado una persona engaged, que quiere decir, una persona conectada no solo con su propio trabajo sino también con el contexto en donde se mueve, involucrado a nivel físico, cognitivo y emocional con su organización

#### *Teoría de Conservación de Recursos*

Desde esta teoría propuesta por Hobfoll en 1989, explica cómo las personas afrontan el estrés mediante los recursos que ellos mismos logran obtener, los recursos son entendidos como las características individuales, condiciones laborales, o energía que el individuo valora, protege y que estos mismos recursos le servirán al empleado para adquirir unos nuevos (Hobfoll, 1989).

Menciona que existen diferentes tipos de recursos, como los recursos de tareas que son los que están relacionados a las características propias de las tareas que debe cumplir un empleado dentro de su trabajo, los recursos interpersonales que hacen referencia a la importancia de fomentar las buenas relaciones en el espacio de trabajo, los recursos personales que son propios del individuo como por ejemplo, una persona que se muestra optimista, el optimismo vendría a ser su recurso personal y el último recurso que se considera en esta teoría, son los extra-organizacionales que hacen referencia a los recursos fuera del trabajo, por ejemplo, la familia del empleado (Veléz y Meléndez, 2012).

Por lo tanto, según la teoría de Hobfoll se podría entender al engagement como el resultado de contar con los recursos, sean características individuales u organizacionales

que el individuo protege para prevenir consecuencias propias del estrés y en donde se le otorga importancia a los recursos extra-organizacionales encontrados fuera del trabajo.

Para efecto de este estudio se ha tomado de base la Teoría de las Demandas y Recursos Laborales (DRL) por ser la más pertinente por su alta confiabilidad usada en numerosas investigaciones.

### *Teoría de las Demandas y Recursos Laborales*

Desde su creación en el 2001 por Bakker y Demerouti, la Teoría de las Demandas y los Recursos Laborales ha sido la más citada y utilizada para investigaciones que intentan comprender y explicar los distintos efectos del engagement en el personal de una organización.

La teoría ha evolucionado gracias a autores como Bakker, Demerouti, Schaufeli, entre otros, que buscaban predecir la incidencia del burnout con el objetivo de prevenir situaciones que pusieran en riesgo el bienestar de los empleados y el equilibrio de la organización, a fin de evitar las consecuencias como absentismo por estar enfermo, rotación, estrés laboral a causa de estar quemado por el trabajo e incluso el constructo tiene utilidad para predecir el compromiso laboral, la conexión con el trabajo y el engagement.

- Componentes:
  - Demandas laborales: son aspectos o situaciones que necesariamente requieren esfuerzo extra por parte de los empleados, este esfuerzo que realizan puede ser físico, emocional o cognitivo que son intrínsecos a la profesión o a la propia organización en donde trabajan (Moreno, Garrosa y Rodríguez, 2009). Son aspectos que requieren esfuerzo sostenido, que llevan consigo un coste fisiológico y psicológico como, por ejemplo, el trabajar bajo presión es una demanda laboral en la cual, para que un empleado pueda superarla, deberá invertir esfuerzo físico, mental y emocional. Esto no siempre es malo, pero suponen un obstáculo cuando un empleado no se encuentra suficientemente recuperado de una jornada laboral (Bakker y Demerouti, 2013). Un ejemplo de ello es la fatiga, es producto de las demandas laborales y requiere mayor esfuerzo para sobrellevarla, o sea un

coste fisiológico y también psíquico para lograr recuperarse. (Bakker, Rodríguez y Derks, 2012).

- Recursos laborales: son los aspectos que logran reducir los requerimientos o exigencias por parte del trabajo, reducen los costes físicos, cognitivos y psicológicos (Bakker y Demerouti, 2013). Los recursos laborales permiten mitigar las demandas del trabajo, ayudando a que las metas se puedan conseguir, esto a su vez, estimula el crecimiento personal, el aprendizaje dentro de la organización y por ende un mejor desarrollo dentro del trabajo, los recursos laborales funcionan como factores preventivos del síndrome de burnout y de sus consecuencias negativas, como el agotamiento emocional (Moreno, Garrosa y Rodríguez, 2009).

- Fundamentos

Probablemente, la popularidad de esta teoría radica en los argumentos que fortalecen las ideas del autor:

- Flexibilidad: esta teoría podría ser aplicada en diversos entornos de trabajos porque en todos estarán presentes las demandas y los recursos laborales, es por ello, que puede ser aplicado a profesionales de distintas carreras, aunque cada una de ellas tenga sus propias características.

Las demandas laborales son aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales que necesitan de un esfuerzo prolongado por parte del empleado. Los recursos laborales; por el contrario, son los aspectos físicos, organizacionales, psicológicos y sociales de un entorno laboral que pueden generar desde el logro de una meta hasta el desarrollo personal. Por lo tanto, los recursos laborales no solo funcionan como mitigadores de las demandas laborales, sino también tienen su propio efecto y hay variaciones significativas de demandas y recursos laborales puesto que mientras unas requieren mayores exigencias físicas, como los que trabajan en el área de construcción o enfermería, para los científicos o ingenieros las demandas cognitivas serán más importantes (Bakker y Demerouti, 2013).

En el caso del personal asistencial, no solo están presentes las demandas físicas por las largas jornadas y la intensidad del trabajo, sino también están presentes las demandas cognitivas, puesto que tienen que tratar con diversos tipos de pacientes y en algunos casos conflictivos que demandan esfuerzo

mental y demandas psicológicas cuando se presentan situaciones como la pérdida de un paciente.

- Dos procesos: según la teoría, las demandas laborales y los recursos laborales son factores que dan como resultados dos procesos que son relativamente independientes:
  - Deterioro de la salud: las demandas laborales son vistas como los predictores del agotamiento o de enfermedades psicosomáticas, experiencia de fatiga; las demandas pueden tener un impacto negativo para la salud de los empleados que están asociados al absentismo, excesiva rotación como resultado del sentimiento de no dar más en el trabajo y cuando las demandas laborales sobrepasan los recursos y la energía de la persona, empieza a experimentar sentimientos negativos hacia la organización (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2003).
  - Proceso motivacional: contrario al primer proceso, los recursos laborales son predictores de variables que se consideran las más importantes dentro de una organización, como la satisfacción laboral, la motivación y el engagement (Bakker, 2011). El proceso motivacional puede dividirse en compromiso afectivo o “fuerza del individuo”, que hace referencia al grado de identificación hacia la organización; y, la dedicación, que hace referencia al sentimiento de orgullo, inspiración, entusiasmo, reto por el trabajo que se está realizando (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2003).

La razón de estos dos procesos es que al hablar de demandas laborales se habla de un desgaste sea emocional, físico o mental, pero son procesos que requieren esfuerzo por parte de los empleados. En el caso del personal asistencial, cuando se exponen a excesivas demandas, sean físicas, emocionales o mentales se puede desencadenar el proceso de deterioro de la salud, un ejemplo, sería los doctores que tienen jornadas laborales de 12 horas diarias y no tienen las herramientas necesarias para operar sumado a la excesiva cantidad de pacientes que atender al día y expuestos a estas demandas por un tiempo prolongado, conllevaría al proceso de deterioro de la salud. Por el contrario, si los doctores trabajarán un turno regular, con las herramientas adecuadas

para operar y con una cantidad razonable de pacientes que atender por día, funcionarían como recursos laborales que pueden predecir el proceso motivacional.

- Interacciones entre demandas y recursos laborales: aunque como se ha mencionado anteriormente, las demandas y recursos laborales pueden generar dos procesos independientes, esto no los exime de tener un efecto combinado, la primera interacción es donde los recursos laborales sirven como mitigadores del impacto que tendrían las demandas laborales en los empleados; y, la segunda interacción es aquella en donde las demandas laborales sobrepasan el efecto que tienen los recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2013). E incluso este exceso de demandas puede generar el riesgo de padecer el síndrome burnout o conocido como estar “quemado” a consecuencia de la sobrecarga de trabajo (Xanthopoulou, Bakker, Dollard, et al. 2007).
- Recursos personales: son consideradas autoevaluaciones propias del individuo que generalmente se vinculan con la resiliencia, que hace referencia a la capacidad que tienen las personas para impactar y controlar las circunstancias difíciles del entorno y salir con éxito de la situación (Hobfoll, Jhonson, Ennis y Jackson, 2003).

Estas autoevaluaciones pueden predecir el rendimiento laboral y la satisfacción que tiene una persona con su vida, por lo tanto, mientras más recursos personales tengan los empleados, más posibilidades tendrán de superar las demandas laborales.

Después de lo señalado, aplicándolo a la muestra del presente estudio, se podría entender lo importante que es para el personal asistencial contar con recursos no solo laborales sino también con recursos personales que les permitan sobreponerse a las exigencias físicas, mentales o emocionales del trabajo. Como ejemplo, se podría decir que un doctor que trabaja en el área de Emergencias atiende casos severos todos los días, por lo tanto, requiere contar con la capacidad para trabajar bajo el estrés y la intensidad de lo que conlleva el área, pero este doctor no cuenta con los recursos para trabajar bajo presión o la autonomía para tomar decisiones de manera instantánea, y a pesar de que el entorno tenga las condiciones adecuadas, estas serían demandas excesivas, por lo tanto, no se podría predecir engagement

puesto que para desarrollarlo también son importantes los recursos personales del trabajador.

Por el contrario, estas demandas excesivas que no puede cumplir, podrían provocar en el profesional sentimientos desagradables, que si son mantenidos en un tiempo prolongado le generarían consecuencias negativas y éstas se extenderían a la organización.

Para resumir, el objetivo de la teoría DRL es poder describir y predecir variables que van desde el estrés laboral hasta la satisfacción en el contexto organizacional, en donde la presencia de uno o de otro dependerá de los recursos y las demandas con los que cuentan los trabajadores. Producto de las excesivas demandas laborales y escasos recursos para sobrellevarlas, da como resultado el proceso de deterioro de la salud, pero en el caso de contar con los recursos adecuados para suplir las demandas propias del trabajo se genera el proceso motivacional que conllevaría a presentar engagement en el trabajo.

### ***Conceptualización de engagement***

Algo que no ha sido tarea fácil es el proceso de traducción del vocablo engagement puesto que no se lograba encontrar un término que diera con la idea global y pudiera abarcar lo que realmente significa. Al ser una variable multidimensional implicaría diversos factores que no se quería dejar de lado al traducirlo al español; y, como resultado de ello, el término engagement puede traducirse como compromiso o entusiasmo por el trabajo, sin embargo, cuando se desarrollaron los estudios sobre el tema llegaron al consenso que la traducción era compleja y hasta el día de hoy no han podido encontrar un término que exprese la totalidad del constructo sin el riesgo de caer en simplezas, y es por ello, que la gran mayoría de los estudiosos del tema prefieren emplear el término engagement y no las posibles equivalencias en español para evitar confusiones con otros constructos que sí tienen traducción exacta y ciertamente, aunque se reconoce que existe relación entre estos, el engagement puede tocarse de manera independiente sin ninguna dificultad para su comprensión y manejo (Cárdenas, 2014).

Se buscaba un concepto que pudiera captar la mera esencia, y fue Kahn quien planteó una de las primeras ideas generales sobre el tema, describiendo al engagement como

energía que se usa para la persecución de metas y objetivos organizacionales. El autor concebía a las personas que presentaban engagement como aquellas que están conectadas a sus roles a nivel físico, cognitivo y emocional que sentían una conexión a las características propias del rol y funciones que desempeñaban según su puesto de trabajo.

Posteriormente en 1997, Maslach y Leiter coincidieron con la definición de que el engagement estaba caracterizado por altos niveles de energía, sin embargo, agregaron al concepto la participación y la eficacia que fueron utilizados al describir el síndrome de burnout donde lo explican cómo lo opuesto al engagement, donde en el caso del síndrome de burnout, la energía de los empleado se convierte en agotamiento emocional, la participación en cinismo y la última escala en eficacia convirtiéndola en ineficacia.

Fue en el año 2001, donde el estudio científico sobre el engagement se presenta de manera simultánea con el cambio de perspectiva o enfoque hacia una PP, que pone atención a las fortalezas del ser humano, por lo cual esta variable se empieza a entender como un estado mental positivo afectivo-cognitivo que persiste en el tiempo y tiene influencia sobre el trabajo pero no está enfocado a una situación, objeto o alguna conducta en particular y está caracterizada por tres dimensiones como refiere Schaufeli y Bakker (2003):

El engagement es un estado mental positivo, satisfactorio y relacionado al trabajo, caracterizado por vigor, dedicación y absorción. Más que un estado específico y momentáneo, el engagement se refiere a un estado afectivo – cognitivo más persistente e influyente, que no está enfocado sobre un objeto, evento, individuo o conducta en particular (...) (p.6).

Hasta el día de hoy es el concepto con mayor aceptación y difusión que se ha encontrado, porque no ve al engagement como un estado transitorio como la mera concentración de energía o como consecuencia de una situación u objeto específico, sino como un estado que persiste en el tiempo porque implica la voluntad del empleado para de dedicar tiempo y esfuerzo al trabajo que está desempeñando y a persistir, aunque las tareas demanden mayor esfuerzo.

Resta mencionar, que en el ámbito laboral existen definiciones que pueden confundirse con el concepto de engagement como la satisfacción laboral, que aunque compartan la dedicación, no son variables iguales así mismo con la adicción al trabajo pero esta última

implica un fuerte impulso y necesidad por trabajar. Un empleado engaged, como se le conoce a una persona que presenta el estado mental positivo hacia su trabajo, la sensación de bienestar continua incluso después de haber completado su jornada laboral. Disfrutan el trabajar, pero también de otras actividades cuando están fuera de él y a diferencia de las personas adictas al trabajo no existe el impulso por centrar todo su tiempo en el trabajo como una necesidad de calmar la ansiedad propia de la adicción (Burke, 2006). Por lo tanto, la diferencia más relevante entre estos dos conceptos se enmarca en que la adicción al trabajo no genera un estado de bienestar como el engagement.

### ***Dimensiones de engagement***

El engagement consta tres dimensiones cada una con diferentes características, pero siempre presentes en una persona engaged.

#### ***Vigor:***

Es la energía de los empleados dentro de la organización, la propia voluntad de invertir esfuerzos para conseguir resultados. Cuando una persona presenta altos niveles de vigor se muestra resistente, se siente entusiasmado por su trabajo (Schaufeli y Bakker, 2003). Estas personas muestran mayor resiliencia mental mientras están trabajando, son persistentes ante situaciones difíciles. Por el contrario, las personas que no presentan vigor en relación a su trabajo, tienden a tener menos energía y resistencia en las actividades que realizan (Juárez, Flores, Camacho y Hernández, 2015).

#### ***Dedicación:***

Sentimiento de orgullo por su trabajo, experimentan sensación de significancia del trabajo que realiza, el empleado le encuentra sentido a las actividades que desarrolla, se siente inspirado, motivado, ve al trabajo como un reto, implica estar involucrado con su trabajo (Juárez et. al, 2015). Los empleados que presentan dedicación ven su trabajo como algo significativo y desafiante que les permite lograr las metas en la organización. Por el contrario, las personas que puntúan bajo en dedicación, no sienten que lo que realizan en el trabajo tenga significancia, no sienten orgullo por su trabajo, ni entusiasmo en relación con el trabajo (Schaufeli y Bakker, 2003).

### *Absorción:*

Sentimiento de felicidad mientras el empleado está haciendo su trabajo y concentrado en él, sentir que el tiempo pasa muy rápido cuando los empleados están haciendo las actividades propias a su puesto de trabajo, dejarse llevar por el trabajo porque la situación tiene una connotación motivadora que hace que se concentre en lo que está haciendo. Por el contrario, los empleados que no presentan absorción no están inmersos en sus trabajos, muestran mayor preocupación por lo que pasa fuera de él (Salanova y Schaufeli, 2004). Estar feliz mientras se está inmerso en el trabajo, olvidarse de todo lo que pasa alrededor de este (Schaufeli y Bakker, 2003).

### ***Empleados engaged y sus beneficios***

Los empleados que están engaged, son personas que suelen estar activas comparándolas con los que no lo están, se atreven a tomar la iniciativa en su ámbito laboral, generan retroalimentación con las personas que puedan contribuir a mejorar, sienten cansancio físico, mental y emocional, pero lo ven como algo positivo porque el cansancio es producto de logros. Disfrutan de las actividades dentro y fuera del área de trabajo. Para ellos trabajar a pesar de tener situaciones difíciles, es divertido y gratificante. Schaufeli y Bakker (2003) analizaron las posibles consecuencias de las personas que tienen engagement, entre ellos estaba la satisfacción laboral, bajo niveles de depresión, de estrés y motivación para el aprendizaje trabajo. Además, también los empleados engaged sienten motivación e interés por aprender cosas nuevas, conducta más proactiva, se sienten más leales con su organización y por ello tienen menos intención de renunciar (Salanova y Schaufeli, 2004).

En un artículo de Bakker y Oerlemans (2011), los investigadores seleccionaron estudios en donde ponen en evidencia los beneficios que trae consigo el engagement:

- Los empleados presentan de manera continua emociones positivas como alegría y entusiasmo. Estas emociones logran ampliar en pensamiento-acción que conlleva a que quieran aprender y adquirir nuevas destrezas ampliando los recursos personales con los que cuentan los empleados para poder aplicarlos en su contexto laboral.

- Presentan un mejor estado de salud, por lo tanto, cuentan con mayor energía para centrarse en su trabajo.
- Buscan la retroalimentación de cómo están desempeñando sus funciones y tienen la capacidad de pedir ayuda a sus colegas o compañeros de trabajo.
- Los empleados que presentan engagement son optimistas y se sienten auto-suficientes, tienen habilidad para controlar situaciones que puedan poner en riesgo algún aspecto importante no solo de su vida laboral sino también personal.
- Generan su propio feedback positivo para tener una mejor apreciación sobre el éxito en su trabajo.
- Extienden el sentimiento de compromiso que tienen hacia su trabajo fuera de él realizando actividades que los hagan sentir pleno.

Con lo anterior, se pone en evidencia lo beneficioso que sería fomentar el engagement en las organizaciones y en especial en un espacio que por sus condiciones laborales es generador de sobrecarga laboral como un centro de salud.

## **Calidad de vida relacionada con la salud**

### ***Teoría General de los Sistemas***

Ludwing Von Bertalanffy fue el biólogo que le dio vida a una teoría que va más allá de una explicación sencilla sobre las ciencias, en su búsqueda por darle una explicación a diferentes procesos con un enfoque que va desde lo biológico hasta lo social, encontrando en la interacción su punto central que puede ser entendido y aplicado desde todos los campos científicos. En palabras sencillas, surge del esfuerzo por dar marcha al estudio interdisciplinario que intentaba encontrar propiedades comunes o normas generales que puedan ser aplicadas en distintas disciplinas.

La teoría parte de un sistema que es definido como un conjunto de elementos que están relacionados entre sí y con el medio, formando parte de una jerarquía. Un sistema puede estar compuesto por otros más pequeños conformando parte de uno mayor; por lo tanto, un sistema es un todo pero al mismo tiempo puede ser una parte de él (Bertalanffy, 1989).

Un ejemplo de sistema sería la vida, pero al hablar de ello se tendría que hablar de los elementos que la componen, la vida se mantiene por el funcionamiento de cada una de

las partes que componen el cuerpo humano, donde cada una de estas tienen propiedades individuales, pero todas están relacionadas entre sí formando un sistema; sin las partes del cuerpo humano, no hay vida y sin ella no habría partes que logren funcionar.

Para este autor, existen dos tipos de sistemas: el primero es el sistema abierto que hace referencia al intercambio de energía o materia con el ambiente, no pueden vivir de manera aislada; y, el segundo es el sistema cerrado, que, a diferencia del primero, aquí es totalmente hermético a intercambiar recursos, energía o materia con el entorno que los rodea (Bertalanffy, 1950). Un sistema puede entenderse como un conjunto de unidades que están relacionados y tienden a un propósito.

### *Características*

Existen características que aplican para cualquier sistema:

- Interrelación entre las partes y el todo.
- Pueden ser sistemas abiertos o cerrados, esto será según la influencia del ambiente.
- Cada sistema presenta entradas, salidas y retroalimentación.
- Las fuerzas al interior de un sistema tienden a ser contrarias para mantener el equilibrio.
- Existe la entropía que se entiende como el desgaste que tiene un sistema.
- Presentan sinergia (fuerza a consecuencia de la unión de los componentes que integran un sistema).

### *Principios*

Según de Souza (2009), existen principios que pueden diferenciar al pensamiento sistémico de las teorías tradicionales:

- Complejidad: un sistema es complejo cuando lo conforman un gran número de unidades interrelacionadas y una gran cantidad de interacciones. Sus comportamientos responden a dos patrones: mantienen una estructura en el tiempo y a la vez son inestables, desordenados, de difícil previsión.

- Inestabilidad: este principio proviene de la idea de que el mundo siempre está en constante cambio, es por ello, que se considera lógico el desorden causado siendo este necesario para la auto - organización a través de la crisis que puede llevar a los seres vivos a un mayor nivel de complejidad.
- Intersubjetividad: el organismo y el ambiente son producto de sus interrelaciones, se influyen uno a otro para promover cambios; entrelazamientos que son difíciles de determinar desde fuera de un sistema.

El pensamiento sistémico también fue aplicado al campo de la salud que a través de los años había sido evaluada desde diferentes enfoques, pero siempre con un común presente en corrientes como el psicoanálisis, el conductismo, entre otras; que los seres humanos son vistos como seres meramente biológicos que tenían como fin restablecer el equilibrio y esto fue dejando de lado aspectos relevantes de las personas que no podían explicarse como consecuencia de algún tipo de enfermedad o netamente de alguna alteración en la salud física y por este motivo los modelos centrados en patologías o centrados en una única parte del ser humano empezaron a resultar insatisfactorios (Bertalanffy, 1967).

Esto conlleva a plantearse la salud desde un enfoque que lo explicara como una integración de aspectos importantes del hombre sin dejar que cada uno de ellos perdiera sus propiedades individuales. La Teoría General de los Sistemas (TGS) lo hace posible a través de una idea donde se analiza al ser humano como un sistema interrelacionado con otros sistemas y con el ambiente. Cada espacio que compone la salud tiene un funcionamiento único, pero al mismo tiempo están interconectados como un sistema donde si alguno de los componentes que lo integran es afectado el sistema estará vulnerable y por lo tanto la valoración que se tenga de la salud podría estar influenciada por esos factores.

Desde esta perspectiva, la salud se entiende desde un punto de vista integral, en comparación con el modelo patogénico, este enfoque respecto a la salud se podría resumir en que rechaza el reduccionismo del modelo biomédico porque empieza a poner énfasis en lo relevante que es lo biológico, psicológico y social para comprender la salud, por tanto, lo entiende como proceso multicausal a diferencia del modelo en comparación que le importa la causa específica de la enfermedad, concede gran importancia a la prevención de las enfermedades y a promover una buena salud, por lo que contribuye a poder abordar la salud desde diferentes disciplinas (León, Medina, Barriga et al. 2004).

El pensamiento sistémico, respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), permite comprender que la autoevaluación que realizan las personas no será en base a un único sistema, más bien la forma en cómo perciben su salud responderá a un proceso en el cual existe una interrelación en los componentes que lo integran y esto estará influenciado por la cantidad de materia o energía que se reciba del entorno en donde los empleados se desenvuelvan.

Por último, y según este pensamiento, se debe entender que para poder hablar de un ser humano integral hay que evaluarlo como un todo, pero resaltando que sin sus partes que lo componen no podría funcionar, lo mismo pasará con la percepción que este tenga, si siente que una parte fundamental a lo que salud se refiere no está funcionando bien, entonces no podrá tener una evaluación positiva y más aún cuando la CVRS hace referencia a la percepción que tiene una persona sobre el impacto de una enfermedad o sobre un evento que ponga en riesgo su estabilidad; pues esto, podría alterar algún elemento que constituye su sistema y dar una atribución poco positiva a la percepción que se tiene sobre su CVRS.

### ***Conceptualización de calidad de vida relacionada con la salud***

Fueron Kaplan y Busch en 1982 quienes acuñaron el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para poder diferenciarlo del concepto de calidad de vida, lo cual se debe tener presente a lo largo de la investigación.

La CVRS incorpora y le da énfasis a la evaluación propia del individuo sobre el impacto de una enfermedad o situación estresante que genera consecuencias negativas en el ser humano, lo que podría provocar limitaciones en el normal desarrollo de la vida de una persona (Vinaccia, Quinceno y Japcy, 2012).

Es así que la CVRS llegó al campo clínico con el objetivo de introducir la percepción que los pacientes tienen sobre el grado de bienestar en torno al impacto de acontecimientos que ponen en riesgo su salud, para una mejor comprensión, se exponen las definiciones de los siguientes autores:

Urzúa y Jarne (2008), definen la calidad de vida relacionada con la salud como la evaluación que una persona hace sobre el grado de bienestar de diferentes aspectos de su

vida, pero siempre considerando el impacto que en estos puede tener una enfermedad que podría ser físico, mental, así mismo, las consecuencias que estas dejan.

Para Ruíz y Pairdo (2005), es la capacidad de las personas para desarrollar actividades diarias de la propia vida, esta se centra en los aspectos que están influenciados de manera significativa por la salud personal y en las cosas que se hacen para mantener o fortalecer la salud.

Schwartzmann lo propone como la percepción del grado de bienestar que una persona puede tener respecto a la parte física, psíquico, social y espiritual, que es medido a través del impacto que tiene una enfermedad y el tratamiento de esta, que estará medida según su propio sistema de valores, creencias y expectativas, el contexto cultural y la historia personal. Sin embargo, con frecuencia las investigaciones de CVRS ponen a un lado estos aspectos antropológicos y culturales señalados, y lo asumen como un sistema único de valores, un ejemplo de ello, es que pacientes que sufrían de asma estudiados en diferentes etapas de su enfermedad, manifestaron que situaciones donde la pasaban bien en la vida, experiencias en donde daban y recibían amor, mantener una actitud positiva ante las circunstancias de la vida habían sido factores claves para aumentar el nivel de calidad a sus vidas (Schwartzmann, 2003).

Todos los conceptos previamente explicados tienen algo en común, y es que reconocen la importancia de incorporar la percepción del paciente respecto al impacto que está teniendo en diferentes aspectos de su vida la enfermedad. Desde el punto de vista de esta investigación es la sobrecarga laboral y cómo esta podría disminuir el bienestar en diferentes aspectos de la CVRS dificultando el normal desarrollo de las actividades cotidianas.

### ***Componentes de calidad de vida relacionada con la salud***

La CVRS es un concepto en el cual están involucrados tres importantes componentes, el cual agrupa elementos que son parte de la persona y también aquellos que son netamente externos a él, por ello se considera un constructo multidimensional con tres componentes, según Yanguas (2006) son:

- **Salud:** según la Organización Mundial de la Salud (1958) es el estado completo de bienestar, incluye bienestar a nivel físico, a nivel mental, y social.

- **Estado de salud:** se deja de lado las medidas subjetivas y solo se pone atención a medidas objetivas que son obtenidas por un profesional de la salud que analiza la parte bioquímica, fisiológica y anatómica de los individuos.
- **Calidad de vida:** es un concepto más extenso que no solo incluye el estado de salud, sino también aspectos como la economía, medio ambiente, el sistema de salud, es una percepción global que expresa el grado de satisfacción de un individuo respecto a su vida, incluye componentes objetivos como subjetivos y las personas le otorgan un peso específico a los diferentes aspectos de la vida.

Existen tres conceptos relevantes para la definición de CVRS, el primero es que el impacto en la calidad de vida se debe a que el individuo presenta una determinada enfermedad o que está pasando por un tratamiento a causa de esta, el segundo pone atención a que los efectos de esta enfermedad dan como resultado una disminución de la normal ejecución de las actividades de una persona, y el tercero es que debe quedar entendido que el juicio sobre CVRS debe ser exclusiva y únicamente realizada por la propia persona (Yanguas, 2006).

Las dimensiones que son importantes en la evaluación de la CVRS son el funcionamiento físico que hace referencia a las funciones que van deteriorándose, los síntomas que presentan, el dolor causado por la enfermedad que atraviesa o por el tratamiento para superarla. Psicológico – cognoscitiva que se trata de los estados emocionales como la depresión, ansiedad o la propia felicidad y las funciones intelectuales como la atención o memoria. Y lo social que hace hincapié en el aislamiento y autoestima que se asocian a las enfermedades crónicas (Lízán y Reig, 2002).

Si bien el concepto de CVRS se centra en lo individual, en como siente, piensa y se ve a sí misma una persona, existen marcos de referencia importantes a tomar en cuenta como lo histórico, el cual según la sociedad se tendrá parámetros diferentes y que dependerán de los distintos momentos históricos. La cultura y es que cada pueblo tendrá parámetros contruidos en base a sus diferentes tradiciones y a raíz de ello se irán construyendo valores y necesidades. E incluso la clase social a la que pertenecen también influirá sobre la percepción que se pueda tener (Minayo, Hartz y Buss, 2000).

Actualmente, la OMS, la define como la percepción que tiene un individuo y su posición en la vida, donde están implicados la cultura, los valores que lo guían e incluso las

expectativas que tiene en cuanto a su vida y preocupaciones. Un concepto complejo que está influenciado por la salud física del individuo, el estado psicológico, nivel de independencia, sus relaciones sociales y las características del ambiente en donde se desenvuelve (Grupo WHOQOL, 1998).

Asimismo, dentro del constructo conceptual existen cuatro dominios que deberán ser explorados en su medición: función física, función psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. (Grupo WHOQOL, 1998)

- **Función física:** evalúa las sensaciones físicas displacenteras que podrían estar afectando la calidad de vida de la persona al producir molestias que intervienen en su rutina diaria. También, se toma en cuenta la energía, fatiga, entusiasmo y la resistencia que se tiene para realizar las tareas del día a día. Las horas de sueño, descanso y los problemas que se pueden presentar, que incluyen despertarse a mitad de la noche, insomnio o incapacidad para volver a conciliar el sueño. Por otro lado, respecto al trabajo, evalúa la capacidad de trabajar, la energía con que la persona logra cumplir sus metas laborales, puesto que es una actividad importante en la vida todo ser humano. No obstante, si la persona no percibe un sueldo, se toma en cuenta el estudio, las tareas que se realiza dentro del hogar y el trabajo voluntario como las practicas.
- **Función Psicológica:** refiere a los pensamientos positivos como la felicidad, paz, tranquilidad, esperanza, entre otros que puedan contribuir a disfrutar la vida. También la memoria, atención, concentración, se toma en cuenta la capacidad que presenta la persona para tomar decisiones. Examina la autoestima, la percepción que tiene sobre su imagen corporal y su apariencia, los sentimientos negativos que puede presentar y que podrían interferir en la percepción sobre calidad de vida relacionada con la salud.
- **Relaciones Sociales:** examina en qué medida una persona se siente apoyada y acompañada en situaciones difíciles. Si cuenta o no con el soporte social adecuado, como amigos y familia. También hace referencia a la actividad sexual, el expresar placer y recibirlo disfrutando apropiadamente de los deseos que pueda tener siendo relevante la actividad sexual.
- **Ambiente:** se refiere al sentimiento de seguridad que tiene una persona en cuanto al lugar donde vive, come y duerme puesto que la calidad de la vivienda se valora según la base de ser o no confortable. Si cuenta con espacios para guardar las

posesiones, el tipo de material que se utilizaron para la construcción del inmueble en donde vive, si cuenta con los servicios básicos necesarios como agua potable. También toma en cuenta los recursos económicos o financieros para tener o mantener un estilo de vida confortable. Asimismo, examina la oportunidad que tiene un individuo para contar con la información y aprendizaje, el deseo o necesidad de la persona por adquirir nuevos conocimientos. A su vez, se indaga sobre el tiempo que se tiene para recrearse, para practicar pasatiempos como leer, ver televisión, entre otros.

#### **1.4. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018?

#### **1.5. Justificación del estudio**

En la actualidad, las investigaciones interesadas en personal asistencial han cobrado importancia, esto posiblemente se debe a que son de las profesiones que más desgaste a nivel físico y mental tienen debido a las altas demandas a las que son sometidos, por lo tanto, estos estudios suelen estar enfocados a la intervención explicando el por qué y las consecuencias de un determinado problema.

Sin embargo, es relevante realizar investigaciones con variables que favorezcan la salud de los trabajadores, que puedan ser utilizadas tanto a nivel preventivo, como en la intervención. En vista de lo anterior, en este estudio se utilizarán las variables Engagement y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Hasta el momento no se han encontrado antecedentes nacionales que hayan tenido como objetivo relacionar ambas variables en una muestra similar, por lo tanto, como justificación teórica en el estudio, se buscará mediante la aplicación de la teoría, aproximarse al entendimiento de cómo un estado mental positivo puede ser concomitante con la calidad de vida relacionada con la salud; y, con ello, se buscará aportar a la comunidad científica una contigüidad del tema para ser utilizado en futuras investigaciones, así mismo, esto puede contribuir a generar interés a un enfoque

preventivo y a acrecentar el conocimiento sobre la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva.

Como justificación práctica, se podrán hacer uso de los resultados para implementar estrategias que permitirán a los centros de salud salvaguardar la calidad de vida relacionada con la salud del personal asistencial y poder brindar herramientas mediante talleres y programas orientados a fortalecer el engagement para aumentar los recursos laborales y personales del equipo sanitario.

En cuanto la justificación metodológica, se recurrirá al empleo de técnicas de investigación como el Inventario de Engagement Laboral y la escala de salud Whoqol-Bref, que por su alta confiabilidad son los adecuados para las variables de estudio y su respectivo procesamiento de datos, para determinar cuál es la relación entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial de un centro de salud de Lima; así, los resultados que se presentarán, servirán para futuros investigadores que busquen contribuir con el tema.

Por último, como justificación social, es relevante porque a lo largo de los años las profesiones relacionadas con la salud han sido vistas desde la perspectiva de la sociedad como carreras que por su tipo de preparación académica y práctica, centran su atención en dar y tener salud, pero es un grupo que por sus características, funciones y responsabilidad sobre la vida humana deberían de contar con estrategias necesarias que contribuyan a manejar las dificultades laborales porque son los encargados de garantizar la salud de las personas y no podrían brindar salud sin antes tenerla, y por ese motivo, se buscará beneficiar al personal asistencial de un hospital de Lima.

## **1.6. Hipótesis**

### **General**

Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial están correlacionados de manera directa y significativa en un centro de salud de Lima, 2018.

### **Específicas**

- H1.** La correlación es directa y significativa entre engagement y las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud tales como; función física, función

psicológica, relaciones sociales y ambiente en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.

- H2.** La correlación es directa y significativa entre calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones de engagement tales como; vigor, dedicación y absorción en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.
- H3.** Existe diferencia significativa de engagement y sus dimensiones en el personal asistencial, según sexo y área de trabajo en un centro de salud de Lima, 2018.
- H4.** Existe diferencia significativa de calidad de vida relacionada con la salud y sus dimensiones en el personal asistencial, según sexo y área de trabajo en un centro de salud de Lima, 2018.

## **1.7. Objetivo**

### **General**

Determinar la relación, a modo de correlación, entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.

### **Específicas**

- O1.** Determinar la relación, a modo de correlación, entre engagement y las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud tales como; función física, función psicológica, relaciones sociales y ambiente en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.
- O2.** Determinar la relación, a modo de correlación, entre calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones de engagement tales como; vigor, dedicación y absorción en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.
- O3.** Comparar el engagement de manera general y por dimensiones expresadas en: vigor, dedicación y absorción con las variables sociodemográficas tales como sexo, y área de trabajo.
- O4.** Comparar la calidad de vida relacionada con la salud de manera general y por dimensiones expresadas en: función física, función psicológica, relaciones

sociales y ambiente con las variables sociodemográficas tales como sexo y área de trabajo.

- O5.** Describir el engagement de manera general y por dimensiones expresadas en: vigor, dedicación y absorción en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.
- O6.** Describir la calidad de vida relacionada con la salud de manera general y por dimensiones expresadas en: función física, función psicológica, relaciones sociales y ambiente en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.

## II. MÉTODO

### 2.1. Diseño de investigación

**2.1.1. Diseño:** respondió a un diseño no experimental – transversal porque no se manipulo ninguna variable y los datos fueron recolectados una sola vez. Los estudios de diseño no experimental no responden a ningún tipo de manipulación por parte del investigador para cumplir los objetivos y transversal porque se ejecutó en un único momento (Kelinger, 2004).

**2.1.2. Tipo:** el estudio respondió a un tipo de investigación básica porque buscó contribuir con el conocimiento de las variables; y, de acuerdo con Gay y Airasian (2003), la investigación de tipo básica tiene como finalidad la recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente.

**2.1.2. Nivel:** la condición metodológica de esta investigación corresponde al nivel descriptivo y correlacional porque describieron los niveles de engagement y calidad de vida y se establecieron relaciones entre las variables de estudio. Según Hernández et al. (2014) fue descriptivo y correlacional porque describió situaciones y eventos, es decir cómo responden determinados fenómenos, se busca separar las propiedades relevantes de las personas, grupos u otros fenómenos que sean sometidos a análisis, y correlacional porque se buscó relacionar dos variables para entender cómo se comportan cuando se relacionan.

**2.1.3. Enfoque:** esta investigación presentó un enfoque cuantitativo porque hizo uso de la estadística para poder cumplir los objetivos de la investigación.

### 2.2. Variables, Operacionalización

#### **Variable 1: Engagement**

##### *Definición conceptual*

Estado mental positivo y persistente en el tiempo, que se caracteriza por tener altos niveles de energía, implicación laboral y estar totalmente concentrado durante el trabajo (Schaufeli y Bakker, 2003).

### ***Definición operacional***

Es el nivel de engagement que tiene el empleado hacia su trabajo, el cual será medido a través de la Utrecht Work Engagement Scale que cuenta con tres dimensiones:

Vigor: Hace referencia a la energía que presentan los empleados en el trabajo que es medido a través de los ítems 1, 4, 8, 12, 15 y 17.

Dedicación: Se refiere al sentimiento de orgullo que presenta un empleado hacia su trabajo el cual es medido a través de los ítems 2, 5, 7, 10 y 13.

Absorción: Es la sensación de que el tiempo pasa volando mientras se está trabajando, la concentración que los empleados presentan durante la jornada laboral que serán medido a través de los ítems 3, 6, 9, 11, 14 y 16.

Escala de medición: Ordinal

Considerando esto, si las puntuaciones directas fueran menor o igual a 2.17 quiere decir que, presenta un nivel muy bajo de engagement, en caso tenga de 2.18 a 3.20 sería bajo y cuando presenta puntajes de 3.21 a 4.80 presenta un nivel promedio, asimismo, los puntajes a partir de 4.81 en adelante deberán ser interpretados como alto y muy alto.

## **Variable 2: Calidad de vida relacionada con la salud**

### ***Definición conceptual***

Percepción que tiene un individuo sobre su calidad de vida relacionada con la salud tras haber sufrido el impacto de una enfermedad y/o el tratamiento de esta, influyen sus valores, creencias y expectativas (Schwartzmann, 2003).

### ***Definición operacional***

El grado de bienestar que puede tener una persona tras haber sufrido el impacto de una enfermedad y/o del tratamiento, que será medido a través del Cuestionario Whoqol-bref que cuenta con cuatro dimensiones expresadas en:

Función física: Hace referencia a la energía, fatiga, entusiasmo y la resistencia que se tiene para realizar las tareas del día a día que son medidos a través de los ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18.

Función psicológica: Hace referencia a los pensamientos positivos como la felicidad, paz, tranquilidad que puedan contribuir a disfrutar la vida. También evaluar la memoria y se toma en cuenta la capacidad que presenta una persona para tomar decisiones. Son medidos a través de los ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26.

Relaciones sociales: Examina en qué medida una persona se siente apoyada y acompañada en situaciones difíciles. Si cuenta o no con el soporte social adecuado y puede ser medido a través de los ítems 22, 21 y 22.

Ambiente: Se refiere al sentimiento de seguridad que tiene una persona en cuanto al lugar donde vive y trabaja siendo medidos a través de los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25.

Escala de medición: Ordinal

Arrojando puntajes directos de los cuales se interpreta que una persona presenta una baja calidad de vida cuando obtiene de 26 a 61 puntos, una moderada calidad de vida cuando presenta un puntaje de 62 a 97 puntos y de 98 a 130 se considera que el participante tiene una buena calidad de vida.

### **2.3. Población y muestra**

#### **Población**

La población de esta investigación estuvo conformada por 93 trabajadores asistenciales de un centro de salud de Lima. Hombres y mujeres cuyas edades oscilan entre los 21 y 64 años.

Una población es el conjunto de todos los casos que coinciden con una serie de características de los cuales se pretende elegir una muestra para su estudio (Ñaupas, Mejía y Novoa, 2014).

#### **Muestra**

La muestra que utilizó la investigación fue de 93 trabajadores asistenciales, es decir, se tomó en cuenta a toda la población por lo que se consideró una muestra de tipo Censal, según Tamayo y Tamayo (2015), sobre un censo; refiere que es el conjunto

de operacionalizaciones consistentes en recabar, evaluar, analizar y publicar los datos estadísticos del total de la población.

## 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

### Técnicas

- Aplicación de cuestionarios y ficha sociolaboral

### Instrumentos de recolección de datos

#### *Variable 1: Engagement*

<b>Nombre original</b>	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)
<b>Autores</b>	Schaufeli, Salanova, Llorens, Grau, Bakker y Peiró.
<b>Procedencia</b>	Holanda
<b>Año de creación</b>	1999
<b>Ámbito de aplicación</b>	Ámbito laboral y académico
<b>Administración</b>	Individual y colectiva
<b>Objetivo</b>	Medir el nivel de engagement en trabajadores.
<b>Duración</b>	10 minutos aproximadamente
<b>Dimensiones</b>	Vigor, dedicación y absorción.
<b>Número de Ítems</b>	17
<b>Materiales</b>	Hoja de preguntas y lápiz

La investigación sobre el síndrome de burnout ha contribuido a que se ponga atención a la salud de los trabajadores dentro de las organizaciones, pero también ha sido utilizado como base para el estudio de variables opuestas a él, como es el caso del engagement. Con la publicación del Maslach Burnout Inventory (MBI) en el año 1996 nace la idea de construir un instrumento que evaluara dimensiones opuestas a las que el MBI presentaba. Es así que, en 1999 empiezan las investigaciones que dan vida al Utrecht Work Engagement Scale (UWES) mediante un estudio que se llevó a cabo entre los años 1999 y 2003, el cual contó con un total 9679 participantes de Holanda y

Bélgica de una sola organización y que pertenecían a diversos grupos de profesionales entre ellos médicos.

Originalmente, el UWES estaba compuesto por 24 preguntas que fueron tomadas del MBI, agregándole una tercera dimensión llamada absorción. Después de un estudio psicométrico realizado a muestras de estudiantes y empleados, 7 preguntas fueron eliminadas quedando la versión del UWES-17.

Es aplicado con la consiga de leer cuidadosamente cada una de las preguntas y posterior a ello, decidir respecto a los sentimientos que presentan los empleados en su trabajo. Deberán marcar 0 si nunca se ha sentido así y en caso contrario indicar cuantas veces se ha sentido así, teniendo en cuenta el número que aparece en cada escala de respuesta que son del 1 al seis 6. Una vez el participante ha culminado se procede a retirar la prueba para su corrección.

#### *Validez*

Mediante un análisis psicométrico de los resultados se confirmó la validez factorial del instrumento, así como también, y esa muestra se replicó en distintos países confirmando también una validez a nivel transcultural.

#### *Confiabilidad*

La consistencia interna se determinó mediante el Alfa de Cronbach por dimensiones cuyos resultados mostraron una adecuada confiabilidad con .83 para la dimensión de vigor, .92 para la dimensión de dedicación, .82 para la escala de absorción y .93 para el total de las escalas del UWES que demuestra una adecuada

En Latinoamérica, hay estudios que psicométricos del UWES – 17, como en Chile, donde se realizó un estudio con 171 trabajadores asistenciales. Se obtuvo como resultado una confiabilidad de .87 (Muller, Exequel y Ramírez, 2013). Similares resultados se lograron encontrar en estudios realizados en Puerto Rico, Argentina y Cuba. Si bien el UWES – 17 hasta el momento no ha sido utilizado en población peruana de personal asistencial, existe evidencia suficiente y positiva que respalda su aplicación.

Para los fines del estudio se presentó la UWES-17 ante un criterio de jueces para confirmar que presenta una validez de contenido adecuada, resultado que fue probado mediante la V de Aiken, asimismo, se empleó el coeficiente Omega para analizar la consistencia interna del instrumento, cuyos resultados demostraron que existe una conveniente confiabilidad de .963.

**Variable 2: Calidad de vida relacionada con la salud**

<b>Nombre original</b>	Whoqol-Bref
<b>Autores</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>Procedencia</b>	Estados Unidos
<b>Año de creación</b>	1993
<b>Ámbito de aplicación</b>	General y clínica a partir de 14 años
<b>Administración</b>	Individual
<b>Objetivo</b>	Medir la calidad de vida relacionada con la salud.
<b>Duración</b>	5 – 10 minutos aproximadamente
<b>Dimensiones</b>	Función física, función psicológica, relaciones sociales y ambiente
<b>Número de Ítems</b>	26
<b>Materiales</b>	Hoja de preguntas y lápiz

El Whoqol-Bref surge como iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para crear una prueba que tenga como objetivo evaluar la percepción de una persona sobre su calidad de vida después del impacto de una enfermedad. Fue desarrollado de modo transcultural, brindando un perfil de calidad de vida que proporciona una puntuación global.

Las preguntas del Whoqol-Bref fueron recopiladas gracias a un estudio que incluyó tres grupos de participantes (n=4802): pacientes, personal sanitario y personas de la población en general. Fue desarrollado de manera simultánea en más de 10 países y actualmente ha sido traducido en más de 20 idiomas. Se realizó un análisis de más de 1000 preguntas de las cuales fueron seleccionadas 236, y se hizo un primer

instrumento que fue probado en trabajos de campo los cuales sirvieron de base para realizar dos versiones del Whoqol-Bref que hasta el día de hoy son usadas en distintas investigaciones que buscan estudiar la percepción de calidad de vida.

El Whoqol-bref presenta 26 ítems, las cuales representan cada una de las facetas que contiene el Whoqol-100, también contiene dos preguntas globales que evalúan calidad de vida y salud general. El tipo de respuesta es de escala Likert brindando un puntaje global que contempla las cuatro áreas del instrumento que son: el área de salud física, psicológica, relaciones sociales y el área de ambiente.

Se presente ante el participante con la consigna de leer atentamente cada pregunta que están referidas a la calidad de vida y para ello deben tener presente su forma de vivir en las últimas dos semanas.

#### *Validez*

Después de la administración del Whoqol-bref a los participantes, se realizaron los análisis correspondientes. El primero fue un análisis confirmatorio que demostró que se cumplieron las condiciones para presentar una adecuada validez de constructo. Las puntuaciones de las distintas dimensiones desarrolladas por el Whoqol-bref presentaron correlaciones de .90 con las puntuales de la otra versión Whoqol-100.

#### *Confiabilidad*

Para efectos de la consistencia interna, esta se determinó con el Alfa de Cronbach por dimensiones cuyos resultados mostraron una adecuada confiabilidad con .82 para el área de función física, .75 función psicológica, .66 relaciones sociales y .80 para el área de ambiente.

Respecto a este estudio, el Whoqol-Bref ante un criterio de jueces para confirmar que presenta una validez de contenido adecuada, resultado que fue probado en este estudio mediante la V de Aiken, asimismo, se empleó el coeficiente Omega para analizar la confiabilidad, cuyos resultados demostraron que existe una conveniente consistencia interna de .969.

## **2.5. Métodos de análisis de datos**

Posterior a la recolección de los datos se procedió a realizar el análisis de las variables para lo cual se hizo uso de los estadísticos respectivos según los objetivos de la investigación, los cuales fueron:

- Coeficiente Omega: fue utilizado para la estimación de la confiabilidad.
- Prueba de normalidad: se hizo uso de la prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar si los datos se ajustan o no a la normalidad.
- Estadística descriptiva: se tomó en cuenta la frecuencia, porcentaje, gráficos, media, mediana y tablas para conocer la distribución de la muestra.
- Estadísticos de correlación: se empleó la prueba Rho de Spearman para determinar si la relación es directa o inversa entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud. También se hizo uso de la prueba U de Mann-Whitney para comparar el engagement y la calidad de vida, según el sexo de los participantes.
- Por último, se utilizó la prueba H Kruskal-Wallis para comparar las variables según el área de trabajo.

## **2.6. Aspectos éticos**

Las consideraciones éticas en esta investigación tomaron en cuenta el compromiso y la responsabilidad, evitando el plagio y/o falsedad, por lo que se puso énfasis en el respeto a la propiedad intelectual de los autores para lo cual se hicieron uso de las citas de los textos que lo requerían, así mismo, el debido permiso a los autores de los instrumentos utilizados en este estudio.

Para la recolección de datos, se garantizó proteger la identidad de cada uno de los participantes brindando confidencialidad. Así mismo, mediante el consentimiento informado se deja claro la libre voluntad de participar en la presente investigación.

La responsable del presente proyecto no presenta ningún tipo de conflicto de interés que comprometa la integridad de la investigación.

Se consideraron los principios básicos de bioética, respetando los valores y la integridad del ser humano. La autonomía que hace referencia al compromiso de respetar los valores y opciones personales de cada individuo, la no maleficencia se resume en la obligación de no causar daños de forma intencionada. Beneficencia trata sobre obrar en base al mayor beneficio posible para los pacientes y el principio de justicias que se refiere a repartir equitativamente las cargas y beneficios, impidiendo la diferencia en el acceso a los recursos (Beauchamp y Childress, 1979).

### III. RESULTADOS

Posteriori al recojo de los datos a través de los instrumentos aplicados, se hizo uso de los estadísticos necesarios para el procesamiento de los datos.

**Tabla 1**

*Análisis de normalidad para las variables engagement y calidad de vida relacionada con la salud general y por dimensiones*

	<b>K-S</b>	<b>p</b>
<b>Engagement</b>	.132	.000
Vigor	.124	.001
Dedicación	.176	.000
Absorción	.112	.006
<b>Calidad de vida relacionada con la salud</b>	.096	.035
Función Física	.087	.034
Función psicológica	.126	.001
Relaciones sociales	.133	.000
Ambiente	.111	.007

Con el objetivo de determinar el tipo de distribución que presentaron los datos, se hizo uso de la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov, los valores presentados en la tabla 1, demuestran que tanto las variables como sus dimensiones no proceden de una distribución normal, por lo que se hizo uso de pruebas no paramétricas.

**Tabla 2**

*Correlación entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud de manera general*

	<b>Correlación</b>	<b>Calidad de vida relacionada con la salud</b>
	Rho	,637**
Engagement	P	.000
	N	93

En la tabla 2, se muestra la correlación muy significativa, directa y media fuerte entre el engagement y la calidad de vida relacionada con la salud, es decir, a mayor engagement mejor será la calidad de vida relacionada con la salud.

**Tabla 3**

*Correlación entre engagement y las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud*

Correlación		Función física	Función psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
<b>Engagement</b>	Rho	,613**	,621**	,596**	,622**
	p	.000	.000	.000	.000
	n	93	93	93	93

Las correlaciones analizadas y presentadas en la tabla 3, demuestran que son muy significativas, directa y media fuerte entre el engagement y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, expresadas en; función física, función psicológica, relaciones sociales y ambiente.

**Tabla 4**

*Correlación entre calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones de engagement*

Correlación		Vigor	Dedicación	Absorción
<b>Calidad de vida relacionada con la salud</b>	<b>Rho</b>	,654**	,570**	,584**
	p	.000	.000	.000
	n	93	93	93

Después de analizar las correlaciones entre calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones del engagement expresadas en; vigor, dedicación y absorción, se evidencia en la tabla 4 que son muy significativas, directa y media fuerte.

**Tabla 5***Engagement general y sus dimensiones, según sexo*

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	p
Engagement	Hombre	31	44.02	1364.50	868.50	0.451
	Mujer	62	48.49	3006.50		
Vigor	Hombre	31	45.03	1396.00	900.00	0.618
	Mujer	62	47.98	2975.00		
Dedicación	Hombre	31	47.55	1474.00	944.00	0.889
	Mujer	62	46.73	2897.00		
Absorción	Hombre	31	41.81	1296.00	800.00	0.189
	Mujer	62	49.60	3075.00		

En la tabla 5, se presenta el análisis comparativo del engagement general y por dimensiones según el sexo del participante. Las valoraciones de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, indican que no existen diferencias significativas, es decir, el engagement se presentará independientemente del sexo del profesional de la salud.

**Tabla 6***Engagement y sus dimensiones, según área de trabajo*

	Área de trabajo	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	gl	p
Engagement	Emergencia	36	51.10	6.381572066	2	0.041
	Consultorio	30	52.02			
	Hospitalización	27	35.96			
Vigor	Emergencia	36	50.85	8.031699986	2	0.018
	Consultorio	30	53.42			
	Hospitalización	27	34.74			
Dedicación	Emergencia	36	54.72	9.940234631	2	0.007
	Consultorio	30	49.72			
	Hospitalización	27	33.69			
Absorción	Emergencia	36	48.76	2.918796949	2	0.232
	Consultorio	30	51.42			
	Hospitalización	27	39.74			

En la tabla 6, se presentan los resultados de las valoraciones de la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis, con el objetivo de realizar un análisis comparativo del engagement general y por dimensiones, según área de trabajo, cuyos resultados indican que existe diferencia entre los grupos de emergencia y consultorio del grupo de hospitalización en relación al engagement general, el vigor y la dedicación.

**Tabla 7***Calidad de vida relacionada con la salud general y sus dimensiones, según sexo*

	Sexo	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	p
Calidad de vida relacionada con la salud	Hombre	31	45.81	1420.00	924.00	0.763
	Mujer	62	47.60	2951.00		
Función Física	Hombre	31	45.35	1406.00	910.00	0.677
	Mujer	62	47.82	2965.00		
Función psicológica	Hombre	31	43.84	1359.00	863.00	0.423
	Mujer	62	48.58	3012.00		
Relaciones sociales	Hombre	31	45.68	1416.00	920.00	0.736
	Mujer	62	47.66	2955.00		
Ambiente	Hombre	31	47.60	1475.50	942.50	0.880
	Mujer	62	46.70	2895.50		

En la tabla 7, se presenta el análisis comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud general y por dimensiones según el sexo del participante. Las valoraciones de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, indican que no existen diferencias significativas, es decir, la calidad de vida relacionada con la salud se presentará de manera similar independientemente del sexo del participante.

**Tabla 8***Calidad de vida relacionada con la salud y sus dimensiones, según área de trabajo*

	Área de trabajo	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	gl	p
Calidad de vida relacionada con la salud	Emergencia	36	54.17	11.57256078	2	0.000
	Consultorio	30	51.72			
	Hospitalización	27	32.20			
Función Física	Emergencia	36	55.15	9.416655125	2	0.010
	Consultorio	30	48.65			
	Hospitalización	27	34.30			
Función psicológica	Emergencia	36	51.18	5.512164628	2	0.060
	Consultorio	30	51.20			
	Hospitalización	27	36.76			
Relaciones sociales	Emergencia	36	54.13	16.86497694	2	0.000
	Consultorio	30	54.50			
	Hospitalización	27	29.17			
Ambiente	Emergencia	36	55.10	15.43738616	2	0.000
	Consultorio	30	52.67			
	Hospitalización	27	29.91			

En la tabla 8, se presentan los resultados de las valoraciones de la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis, con el objetivo de realizar un análisis comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud de manera general y por dimensiones, según área de trabajo, cuyos resultados indican que existe diferencia entre los grupos de emergencia y consultorio del

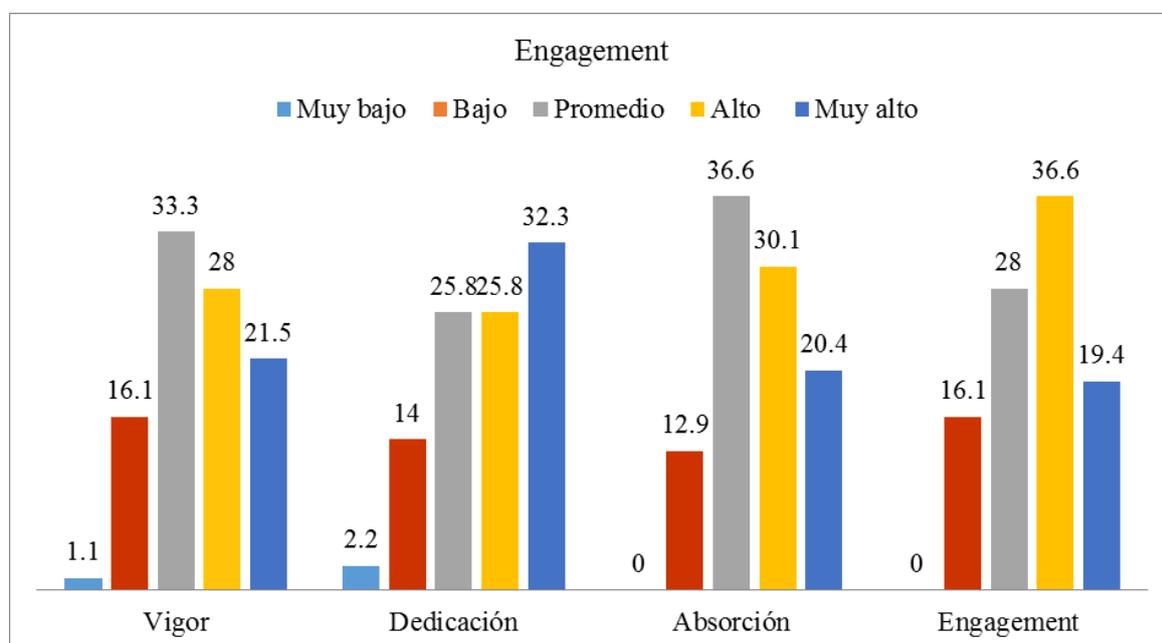
grupo de hospitalización en relación a la calidad de vida general, la función física, las relaciones sociales y el ambiente.

**Tabla 9**

*Análisis descriptivo de la variable engagement de manera general y por dimensiones*

	Nivel de Engagement		Nivel de Vigor		Nivel de dedicación		Nivel de Absorción	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Muy bajo	0	0.0	1	1.1	2	2.2	0.0	0.0
Bajo	15	16.1	15	16.1	13	14.0	12	12.9
Promedio	26	28.0	31	33.3	24	25.8	34	36.6
Alto	34	36.6	26	28.0	24	25.8	28	30.1
Muy alto	18	19.4	20	21.5	30	32.3	19	20.4
Total	93	100.0	93	100.0	93	100.0	93	100.0

En la tabla 9, se presenta los resultados porcentuales del engagement, indicando que, el nivel alto es el que predomina de manera significativa en la muestra del estudio, sumado a muy alto (19.4%), quiere decir que, más de la mitad de los empleados presentan altos niveles de engagement.



**Figura 1.**

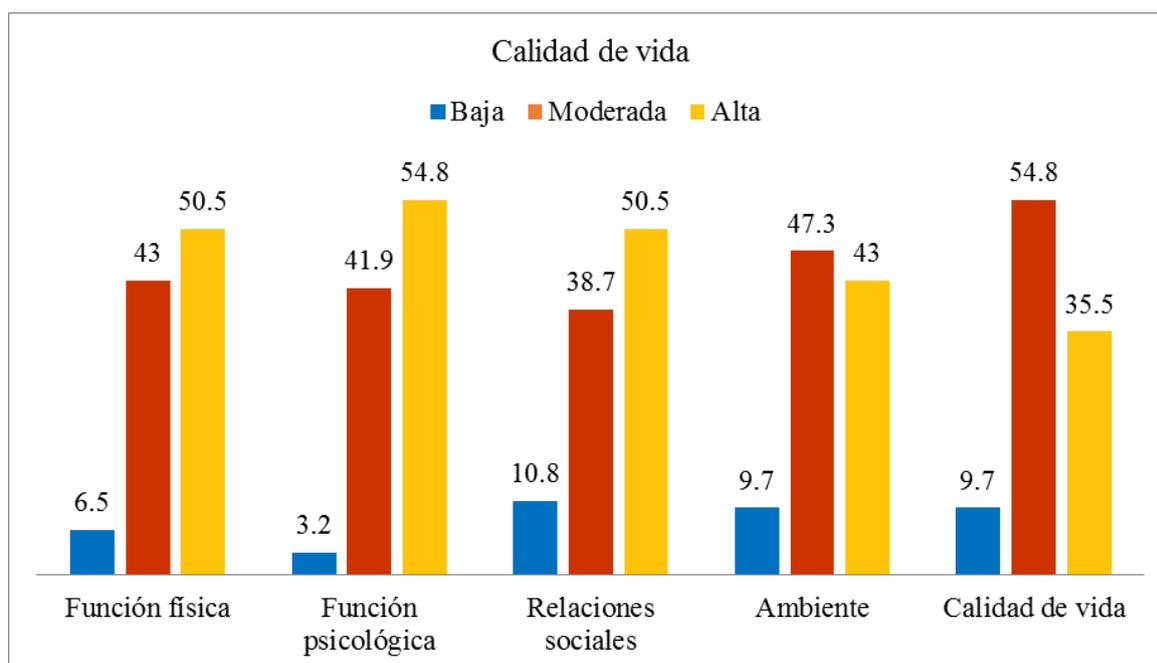
*Resultados porcentuales de engagement de manera general y por dimensiones.*

**Tabla 10**

*Análisis descriptivo de la variable calidad de vida relacionada con la salud general y por dimensiones*

	Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud		Nivel de función física		Nivel de función psicológica		Nivel de relaciones sociales		Nivel de ambiente	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Baja	9	9.7	6	6.5	3	3.2	10	10.8	9	9.7
Moderada	51	54.8	40	43.0	39	41.9	36	38.7	44	47.3
Alta	33	35.5	47	50.5	51	54.8	47	50.5	40	43.0
Total	93	100.0	93	100.0	93	100.0	93	100.0	93	100.0

En la tabla 10, se presentan los resultados porcentuales de la calidad de vida relacionada con la salud, indicando que, la mayoría de los empleados tienen una calidad de vida relacionada con la salud moderada.

**Figura 2.**

*Resultados porcentuales de calidad de vida relacionada con la salud de manera general y por dimensiones.*

#### **IV. DISCUSIÓN**

Posterior a la obtención de los resultados que han permitido dar respuesta al problema del estudio formulado al principio de la investigación, en este apartado se expondrá la discusión de los mismos con la finalidad de contrastarlos con los descubrimientos de otros autores y el marco teórico de las variables que sustentan la investigación. Mencionado esto, cabe resaltar que la investigación fue desarrollada en torno a la relación entre el engagement y la calidad de vida relacionada con la salud en personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.

Para dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados, se hizo uso de la estadística no paramétrica puesto que los datos no se ajustaron a la distribución normal.

Con la finalidad de atender al objetivo general, el cual es determinar la relación a modo de correlación, entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud, los datos fueron sometidos a la prueba Rho de Spearman, donde se confirma que la relación que existe entre las variables es positiva y muy significativa. Es decir, los empleados que se encuentran trabajando en una organización donde les permitan desarrollar el engagement estaría relacionado de manera muy significativa con la tendencia a presentar una mejor calidad de vida relacionada con la salud, esto guarda relación con los hallazgos de Bakker y Oerlemans (2011), donde refieren que los empleados engaged presentan de manera continua emociones positivas como alegría, entusiasmo, optimismo y un mejor estado de salud que contribuirían a mejorar la calidad de vida de los empleados.

Esto es considerado un beneficio tanto para la organización, como para los que trabajan en ella y más aún cuando de un centro de salud se trata ya que, por sus altas demandas existiría la predisposición para desarrollar enfermedades laborales, por ello se consideran trabajadores en riesgo, como lo afirma el grupo WHOQOL (2005), que está dedicado al estudio de la calidad de vida, señalando que no solo las personas que desarrollan enfermedades crónicas merecen la atención de la investigación científica sino también, el personal de salud que es identificado como personas con alto riesgo a desarrollar problemas que mermarían su calidad de vida.

De acuerdo al primer objetivo específico de la investigación, se planteó determinar la relación, a modo de correlación, entre el engagement y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, cuyos resultados evidenciaron que, tener empleados engaged

se relaciona con una mejor función física, de modo que, cuanto mayor es el engagement mayor será la energía que experimentan los empleados en su día a día, la resistencia para hacer frente a las tareas cotidianas y su capacidad de trabajar. Como se menciona en la teoría DRL, un empleado engaged presenta altos niveles de energía para cumplir sus funciones dentro de la organización, se muestra resistente, entusiasta y persistente ante situaciones que requieren esfuerzo sostenido.

De igual forma, se correlaciona de manera significativa con la función psicológica, es decir que, a mayor engagement mayor será su concentración, atención, capacidad para tomar decisiones y presentará una mejor autoestima.

En cuanto a las dimensiones de relaciones sociales y ambiente se evidencia que a mayor engagement, los trabajadores tendrán mejores relaciones sociales y se sentirán más seguros en cuanto al lugar donde trabajan y viven.

En general, los resultados anteriores sugieren que cuando una organización brinda los recursos laborales necesarios para poder desarrollar el engagement también se logran incrementar los recursos personales que a su vez, mejoran la calidad de vida relacionada con la salud, por lo tanto, la obtención de recursos en el trabajo permite experimentar o incrementar variables favorables.

Como segundo objetivo específico, se formuló determinar la correlación entre la calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones del engagement cuyos resultados demostraron que estos últimos guardan relación de manera directa y muy significativa con la calidad de vida y su posición en la vida. Quiere decir que, al presentar una mejor calidad de vida relacionada con la salud, los empleados presentarán mayor vigor, dedicación y absorción; en detalle, una adecuada calidad de vida relacionada incrementará la energía que presentan los empleados en el trabajo, en el sentimiento de orgullo hacia él y en el sentimiento de felicidad mientras están trabajando.

En lo concerniente al tercer objetivo específico, se planteó comparar el engagement en el personal asistencial de manera general y por dimensiones según sexo y área de trabajo.

Respecto al sexo, no se encontraron diferencias en cuanto a ser hombre o mujer de manera que, ambos sexos manifiestan la energía en las actividades que realizan dentro del trabajo (vigor), presentan sentimiento de orgullo hacia el (dedicación), y además, presentan sentimiento de felicidad mientras están trabajando (absorción). Cabe señalar que, en

anteriores estudios como los realizados por Schaufeli y Bakker (2003) y Gonzales (2004), en países de habla hispana, no encontraron diferencias en cuanto al sexo de los participantes. No obstante, un estudio realizado por Rodríguez (2016), señaló que las mujeres tienden a presentar mayor energía y absorción por lo tanto, se involucran en mayor medida durante su jornada laboral.

Con relación al área de trabajo, los resultados demostraron que existen diferencias en torno al engagement entre los participantes que se desenvuelven en el área de emergencia ( $M_e=51.10$ ) y consultorio ( $M_e=52.02$ ) de los que trabajan en el área de hospitalización ( $M_e=35.76$ ), fue el último grupo mencionado el que presenta menor engagement, por lo tanto son los que tienen menor energía en el trabajo, menos voluntad para invertir esfuerzos, menor resistencia mental, entusiasmo y sentimiento de felicidad mientras están trabajando, así como también, menor concentración durante la ejecución de sus actividades. Lo que podría estar sugiriendo que, los recursos laborales no se están brindando de igual manera en todas las áreas de trabajo.

Como cuarto objetivo específico, se buscó comparar la calidad de vida relacionada con la salud de manera general y por dimensiones según el sexo de los participantes y área de trabajo.

En cuanto al sexo, la calidad de vida relacionada con la salud se da de manera independiente al sexo de los participantes. Cabe mencionar que, ambos presentan energía, resistencia mental frente a los retos del día a día, buena concentración en las actividades cotidianas del trabajo y en el hogar y se sienten seguro del entorno en el que viven, en contraste con Fernández (2014), quien refiere que en las mujeres la salud mental y el funcionamiento social no se presenta de manera similar a los hombres.

Por otro lado, según el área de trabajo, se encontraron diferencias significativas sobre la calidad de vida relacionada con la salud, a diferencia de las áreas de emergencia ( $M_e=54.17$ ), y consultorio ( $M_e=51.72$ ), el área de hospitalización presentó la media más baja ( $M_e=32.20$ ), esto sugiere que presentan una menor calidad de vida. Algo semejante ocurre con las dimensiones; función física, relaciones sociales y ambiente, siendo este grupo quienes presentan menores puntajes en comparación a los demás, no obstante, en un esfuerzo por interpretar los resultados hallados y asociándolos al tercer objetivo de la investigación, se hipotetiza que, los trabajadores del área mencionada anteriormente no cuentan con los recursos laborales adecuados para desarrollar el engagement y por ende,

presentar una mejor calidad de vida relacionada con la salud, ligado a esto, la rutina del área podría ser clave para futuras investigaciones que a diferencia de emergencia y consultorio no presenta un desafío diario que genera emociones positivas que contribuyan a mejorar la salud de un empleado, esto, se resume en lo mencionado por Bakker y Demerouti (2013), cuando los empleados presentan los suficientes recursos laborales y trabajan en base a desafíos, es más fácil experimentar engagement y esto a su vez, contribuye con efectos positivos que mejoran el bienestar y la calidad de vida de los trabajadores.

Para efectos del quinto objetivo, se propuso describir el engagement de manera general y por dimensiones expresadas en vigor, dedicación y absorción en el personal asistencial. Como resultados se obtuvieron que la mayoría de los profesionales que brindan servicios de salud presentan engagement en un nivel alto (36.6%) y muy alto (19.4%) quiere decir que, más de la mitad de los empleados presentan un estado mental positivo y satisfactorio en relación a su trabajo y a las actividades que desempeñan en el centro de salud. Respecto a la dimensión vigor predomina el nivel promedio (33.3%) y alto (28.0%), esta misma condición se repite con la absorción donde poco más de la tercera parte de la muestra presenta un nivel promedio (36.6%) y alto (30.1%), y en cuanto a la dimensión de dedicación predomina el nivel muy alto (32.3%). Similares resultados se encontraron en la investigación realizada por Ruíz (2017), en enfermeros de un hospital de Nicaragua donde del total de participantes el 24% presentó un nivel alto de vigor, 32% presentó un nivel alto de absorción y 44% un nivel muy alto de dedicación.

Como último objetivo, se tomó en cuenta describir la calidad de vida relacionada con la salud de manera general y por dimensiones expresadas en función física, función psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Los resultados de la investigación ponen en evidencia que, la mayoría de los profesionales del centro de salud presentan un nivel entre moderado (54.8%) y alto (35.5%) respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, por tanto, se podría indicar que existe un ajuste entre las expectativas y ambiciones con su propia vida. En lo concerniente a la dimensión función física más de la mitad de la muestra (50.5%) presenta una buena percepción sobre la energía con la que cuenta para hacer frente a las demandas laborales y personales. Con respecto a la función psicológica, el nivel predominante es el alto (54.8%) de lo que se infiere que, la mayoría de los trabajadores tienen una buena percepción en relación a su

autoimagen, concentración y capacidad para tomar decisiones. Sobre la dimensión relaciones sociales, en la muestra predomina el nivel alto (50.5%) y moderado (38.7%), siendo esta una de las dimensiones de mayor importancia para desarrollar una buena calidad de vida relacionada con la salud, puesto que, investigaciones anteriores como la de Casas (1999), han evidenciado su valor en la salud, hallando que las personas que comparten menos con compañeros o no cuentan con una red de apoyo cercana presentan menos salud, física y psicológica aumentando el riesgo de sufrir enfermedades. Por último, en la dimensión ambiente predomina el nivel moderado (47.3%) y alto (43.0%) lo que indicaría que de la muestra de este estudio, la mayoría presentaría una percepción promedio con esta área de su vida, que tiene como finalidad indagar el sentimiento de seguridad de los empleados respecto al lugar donde trabajan y viven, así como también, las oportunidades con las que cuentan para su crecimiento personal, sus recursos económicos y la accesibilidad que tengan a información nueva.

Por último, algo que se debe tomar en cuenta en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud es que es un proceso cambiante que dependerá únicamente de la percepción que un individuo tenga sobre las diferentes áreas de su vida, donde interfieren factores como; su situación actual, los valores que lo guían y sus expectativas, acorde con esto, Minayo, Hartz y Buss (2000), dejan en claro que, la calidad de vida se debe remitir al plano individual porque este será el resultado de como una persona se siente, y se ve a sí misma.

## V. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** El personal asistencial que presenta mayor engagement, por lo general, tienden a presentar una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

**SEGUNDA:** Los trabajadores implicados con su trabajo (engaged), presentarán mayor resistencia y desempeño físico durante su jornada laboral, tienden a presentar mayor resistencia mental frente a las demandas laborales, asimismo, suelen tener mejores relaciones interpersonales y valoran más el ambiente en el que desarrollan sus funciones laborales.

**TERCERA:** Los trabajadores que presentan una buena calidad de vida relacionada con la salud, tienden a evidenciar mayor vitalidad mientras desempeñan sus funciones laborales, asimismo, suelen concentrar mayor atención a las funciones que desempeña y, presentan conductas vinculadas a sentirse entusiasmados con lo que realizan en un contexto de trabajo.

**CUARTA:** El engagement se presentará indistintamente del sexo del trabajador, sin embargo, existen diferencias en cuanto al área de trabajo, los del grupo de hospitalización se sienten menos implicados con su trabajo, invierten menos esfuerzo en sus actividades laborales y se sienten menos felices cuando están trabajando.

**QUINTA:** La calidad de vida relacionada con la salud no está condicionada por el sexo de los participantes, pero existen diferencias entre emergencia y consultorio del área de hospitalización, siendo este último grupo el que presenta una menor calidad de vida relacionada con la salud.

**SEXTA:** Seis de cada diez trabajadores tienden a presentar un alto nivel de engagement con las funciones que desempeñan en el centro de salud, esto se ve reflejado en el orgullo que tiene el trabajador por su trabajo; asimismo, cerca de la quinta parte suele presentar dificultades con el vigor que tiene el trabajador para realizar sus actividades; por otro lado, la mitad de los trabajadores tienden a sentir felicidad en el momento en que desempeñan sus labores.

**SÉPTIMA:** La tercera parte de los participantes presentan buena calidad de vida relacionada con la salud; en relación a los aspectos vinculados a las funciones físicas, psicológicas y sociales, la mitad de los evaluados tienden a evidenciar altos niveles de calidad en dichas facultades funcionales, no obstante, aspectos vinculados con el ambiente, solo cuatro de cada diez trabajadores tienden a valorarlo en nivel alto. Es preciso mencionar que por lo menos, uno de cada diez trabajadores presenta dificultades la calidad de vida en general, sobre todo en aspectos vinculados con las relaciones interpersonales y ambiente.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 1) Desarrollar estudios similares orientados a fomentar el engagement o variables que contribuyen a mejorar la experiencia en el trabajo para así poder generar consecuencias positivas en los empleados que se repliquen en su calidad de vida.
- 2) Desarrollar y ejecutar programas de prevención a favor de los profesionales de la salud, remarcando la importancia de los recursos personales y brindar recursos laborales que les permitan mitigar las demandas en el trabajo.
- 3) Realizar actividades que contribuyan a mantener el engagement y la calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial del centro de salud.

## VII. REFERENCIAS

- Abdalah, R. (2015). *Riesgo Psicosocial y su Relación con el Engagement Institucional, en el Personal de Enfermería del Hospital Bautista*. Mayo, 2015 (Tesis de postgrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Alves, J. (2015). *El Modelo de Burnout-Engagement en Enfermeros: El Factor Protector de la Resiliencia* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España.
- Avendaño, T. y Castañeda, J. (2013). *Síndrome de Burnout y Engagement, desde Demandas-Recursos, en auxiliares de enfermería del área de Urgencias, del Hospital Universitario Méderi-Barrios Unidos* (Tesis de pregrado). Universidad del Rosario, Bogotá.
- Bakker, A., Demerouti, E. y Schaufeli, W. (2003). Dual Processes at Work in a Call Centre: An Application of The Job Demands – Resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, V 12, (4), 339 – 417.
- Bakker, A., y Oerlemans, W. (2011). Subjective well-being in organizations. In: Cameron K, Spreitzer G. *Handbook of positive organizational scholarship*. Oxford University.
- Bakker, A., y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, V 29 (3), 107-115.
- Bakker, A., Rodríguez-Muñoz, A., y Derks, D. (2012). La Emergencia de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva. *Psicothema*, 24 (1), 66-72.
- Bakker, B. (2011). An Evidence – Based Model of Work Engagement. *Aps association for Psychological Science*. 265 – 269.
- Beauchamp, L. y Childress, F. (1979). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Bertalanffy, L. (1950). An Outline of General System Theory. *The British Journal for the Philosophy of Science*, Vol. 1, (2), 134-165.
- Bertalanffy, L. (1967). General Theory of Systems: Application to psychology. *Research Article*, V6, 125 – 136.
- Bertalanffy, L. (1989). *Teoría general de sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

- Burgos, P., Ruíz, T., Queipo, D. et al. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 58(226), 27-34. doi: 10.4321/s0465-546x2012000100004.
- Burke, R. (2006). *Research Companion to Working Time and Work Addiction*. Canadá: York University.
- Cárdenas, T. (2014). *Engagement (ilusión por el trabajo) un modelo teórico- conceptual*. México: Red Durango de Investigadores Educativos A.C.
- Córdova, L. y Sulca K. (2017). *Síndrome de Burnout y su Relación con el Compromiso Laboral y la Satisfacción Laboral en Colaboradores del Hospital Militar*. (Tesis de pregrado). Universidad San Ignacio de Loyola. Lima.
- De Souza Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 107 – 115.
- Fernández-Prada, M., González-Cabrera, J., Torres G, F., Iribar-Ibabe, C., y María Peinado, J. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias: una perspectiva de género. *Revista Médica De Chile*, 142(2), 193-198. doi: 10.4067/s0034-98872014000200007
- Gay, L. R., & Airasian (2003). *Educational Research: Competencies for Analysis and Applications (7th ed.)*. New York: Merrill/Prentice Hall.
- González, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit*. (10), 82-88.
- Grupo WHOQOL (1998). *Los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud Manual del Usuario*. Argentina: Ediciones CATA.
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2014) *Metodología de la Investigación*. 6.ta ed. México: McGraw Hill.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of Resources a New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, V 44 (3), 513 – 524.

- Hobfoll, S., Johnson, R., Ennis, N. y Jackson, A. (2003). Resource Loss, Resource Gain, and Emotional Outcomes Among Inner City Women. *Journal of Personality and Social Psychology*, V 84, (3), 632 – 643.
- Juárez, A., Flores, C, Camacho, A. y Hernández, I. (2015). *Entusiasmo laboral en profesionales de la salud: propiedades psicométricas de la Utrecht Work Engagement Scale*.
- Kahn, W. (1990). Psychology Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *Academy of Management Journal*, V 33, (4), 692 – 724.
- Kelinger, F. (2004). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw Hill Interamericana.
- León, L., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. et al (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: Editorial UOC.
- Lizán, L. y Reig, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas. *Cuestionarios en Atención Primaria* 29 (6): 378-384.
- Marrau, C. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en Humanidades*, V (10), 53-68.
- Mejía C., Cárdenas M. y Gomero-Cuadra R. (2015). Notificación de accidentes y enfermedades laborales al Ministerio de Trabajo. Perú 2010-2014. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2015,32(3) ,526-31.
- Minayo, M., Hartz, Z. y Buss (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciencia e saúde coletiva* 5 (1), 7-18.
- Moreno, B., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2009). El burnout del profesorado universitario y las interacciones de abandono: Un estudio de Multi-Muestra. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, V25, (2), 149-163.
- Müller, R., Exequiel, C. y Ramírez, L. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de la Utrecht Work Engagement Scale (UWES) 17 entre trabajadores sanitarios de Chile. *Liberabit*, 19(2), 163-171.

- Navarro-Abal, Y., López-López, M., & Climent-Rodríguez, J. (2017). Engagement (compromiso), resiliencia y empatía en auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 28(2), 103-110. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.08.009.
- Ñaupas, H., Mejía, E., & Novoa, E. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (4a. ed.). Bogotá: Ediciones de la U.
- Pando, M. (2011). Salud Ocupacional en Latinoamérica. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 2 (3), 1-2.
- Reich, M., y Cozzo, G. (2016). Estrés percibido, riesgos psicosociales y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. PSIENCIA. *Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 7(1). doi: 10.5872/psiencia/7.1.040805
- Rodríguez, H. (2016). *Vinculación Laboral y su Relación con Autoeficacia y Bienestar en Personal de Salud de un Hospital Psiquiátrico* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ruíz, K. (2017). *Engagement en Gerentes de Enfermería, Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Managua, Nicaragua, Mayo, Junio 2017* (Tesis de postgrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Ruiz, M. y Pairdo, A. (2005). Calidad de vida relacionada la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics*, 2 (1), 31-43.
- Sanclemente, I., Elboj C. & Iñiguez T. (2017). Engagement o compromiso en profesionales de enfermería: variables socio-demográficas y laborales asociadas. *Enfermería Global*, 16(3), p. 400. doi: 10.6018/eglobal.16.3.259541.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX*, (2), 9-21.
- Schaufeli, W. y Bakker, A. (2003). *UWES Work Engagement Scale Preliminary Manual*. Occupational Health Psychology Unit Utrecht University. Holanda: Utrecht University.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. (2004). *El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos*. México: Alianza Editorial.

- Salanova, M., Martínez, I. M. y Llorens, S. (2005). *Psicología organizacional positiva*. Madrid: Pearson, Prentice-Hall.
- Salanova, M., Grau, R. y Schaufeli, W. (2001). Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Revista de Psicología Social Aplicada*, V 11 (1), 69-90.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Takala, J. (2005). *Introductory Report: Decent Work – Safe Work*. Orlando. Recuperado de [http://ohsa.org.mt/Portals/0/docs/intrep\\_05.pdf](http://ohsa.org.mt/Portals/0/docs/intrep_05.pdf).
- Tamayo y Tamayo, M. (2015). *El proceso de la investigación científica*. México, D.F.: Editorial Limusa.
- Urzúa, A. y Jarne, A. (2008). Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, V 42, (1), 151-160.
- Vinaccia A. y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia*, 6 (1), 123-136.
- Vélez, M. y Meléndez, M. (2012). El engagement y la interacción familia – trabajo: Un estudio exploratorio. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 31, (2), 73-84.
- Vicente, A. y Berdullas, S. (2008). La psicología de la salud ocupacional positiva. Entrevista a Marisa Salanova. *Revista de historia de la psicología*, 32-41.
- Whoqol, B. (2005). Measuring Quality of Life. The WHO Quality of Life instruments (The whoqol-100 Whoqol–bref). Disponible en: <http://www.who.int/msa/qol>.
- Xanthopoulou, D., Dollard, M., Demerouti, E. et al. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, V 22, (8), 766 – 786.
- Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Inmers

## Anexo A. Matriz de consistencia de la tesis

TÍTULO	Problema	Objetivos	Hipótesis	Método	Variable
	General	General	General	Tipo Y Diseño	Engagement
Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018	¿Cuál es la relación entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018?	Determinar la relación, a modo de correlación, entre engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.	Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial están relacionados de forma directa y significativa en un centro de salud de Lima, 2018.	Tipo: básica Diseño: No experimental de corte transversal.	Percepción que tiene un individuo sobre su calidad de vida relacionada con la salud tras haber sufrido el impacto de una enfermedad y/o el tratamiento de esta, influyen sus valores, creencias y expectativas (Schwartzmann, 2003).
		Específicos	Específicos		
		Determinar la relación, a modo de correlación, entre engagement y las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud tales como; función social, función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal, salud general, salud mental y vitalidad en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.	La relación es directa y significativa entre engagement y las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud tales como; función social, función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal, salud general, salud mental y vitalidad en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.	Población= 93 Muestra = 93	
		Determinar la relación, a modo de correlación, entre calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones de engagement tales como; vigor, dedicación y absorción en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.	La relación es directa y significativa entre calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones de engagement tales como; vigor, dedicación y absorción en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.		
		Comparar el engagement de manera general y por dimensiones expresadas en: vigor, dedicación y absorción con las variables sociodemográficas tales como sexo, y área de trabajo.	La correlación es directa y significativa entre calidad de vida relacionada con la salud y las dimensiones de engagement tales como; vigor, dedicación y absorción en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.	Estadísticos	Calidad de vida relacionada con la salud
		Comparar la calidad de vida relacionada con la salud de manera general y por dimensiones expresadas en: función física, función psicológica, relaciones sociales y ambiente con las variables sociodemográficas tales como sexo y área de trabajo.	Existe diferencia significativa de engagement y sus dimensiones en el personal asistencial, según sexo y área de trabajo en un centro de salud de Lima, 2018.		
		Describir el engagement de manera general y por dimensiones expresadas en: vigor, dedicación y absorción en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.	Existe diferencia significativa de calidad de vida relacionada con la salud y sus dimensiones en el personal asistencial, según sexo y área de trabajo en un centro de salud de Lima, 2018.	Validez de Contenido: V de Aiken Confiabilidad por consistencia interna método Coeficiente de Omega Prueba de Kolmogorov-Smirnov Prueba U de Mann Whitney Prueba H de Kruskal Wallis	Estado mental positivo y persistente en el tiempo, que se caracteriza por tener altos niveles de energía, implicación laboral y estar totalmente concentrado durante el trabajo (Schaufeli y Bakker, 2003)
		Describir la calidad de vida relacionada con la salud de manera general y por dimensiones expresadas en: función física, función psicológica, relaciones sociales y ambiente en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018.			

## Anexo B. Instrumentos

### CUESTIONARIO DE ENGAGEMENT EN EL TRABAJO (Schaufeli y Bakker, 1999)

Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y marque si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste 0 (cero) y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta de 1 a 6.

Nunca	N	Bastantes veces	B V
Casi nunca	CN	Casi siempre	C S
Algunas veces	AV	Siempre	S
Regularmente	R		

	N	CN	AV	R	BV	CS	S
1 En mi trabajo me siento lleno de energía	0	1	2	3	4	5	6
2 Mi trabajo está lleno de significado y propósito	0	1	2	3	4	5	6
3 El tiempo vuela cuando estoy trabajando	0	1	2	3	4	5	6
4 Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
5 Estoy entusiasmado con mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
6 Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí	0	1	2	3	4	5	6
7 Mi trabajo me inspira	0	1	2	3	4	5	6
8 Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
9 Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10 Estoy orgulloso del trabajo que hago	0	1	2	3	4	5	6
11 Estoy inmerso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
12 Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo	0	1	2	3	4	5	6
13 Mi trabajo es retador	0	1	2	3	4	5	6
14 Me "dejo llevar" por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15 Soy muy persistente en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
16 Me es difícil 'desconectarme' de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
17 Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando	0	1	2	3	4	5	6

## CUESTIONARIO WHOQOL-BREF (Organización Mundial de la Salud, 1993)

**Instrucciones:** este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor conteste a todas las preguntas. Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante Satisfecho	Muy satisfecho
2 ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a <b>cuánto ha experimentado</b> ciertos hechos en las dos últimas semanas					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?					
6 ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?					
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a <b>cuán totalmente</b> usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.					
	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11 ¿Es capaz de aceptar su					

aparición física?					
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? (físico) le impide hacer lo que necesita?					
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán <b>satisfecho(a) o bien</b> se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.					
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?					
17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19. ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?					
20. ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21. ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?					
22. ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23. ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24. ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25. ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?					
La siguiente pregunta hace referencia a la <b>frecuencia</b> con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.					
	Nunca	Raramente	Mediamente	Frecuentemente	siempre
26. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?					

## Anexo C. Carta de presentación de la escuela



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Los Olivos, 17 de mayo de 2018

CARTA INV. N° 444 - 2018/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr. (a)

Dr. Michael Wharton Alberto  
Director Del Centro De Salud  
**CENTRO MATERNO INFANTIL PERÚ – COREA -SANTA LUZMILA II**  
Av . 22 De Agosto 07 - Comas

Presente.-

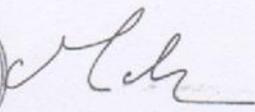
De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **ALOR LA PUENTE, ANA MARIA** estudiante de la Carrera de Psicología, quien desea realizar su trabajo de investigación sobre: **"ENGAGEMENT Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAL ASISTENCIAL DE UN CENTRO DE SALUD DE LIMA , 2018 "**, agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso, en la entidad que está bajo su Dirección.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarles los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



  
Mgtr. Melissa Sevillano Gamboa  
Coordinadora Académica de la  
Escuela Profesional de Psicología  
Filial Lima Campus Lima Norte



MSG/ALF

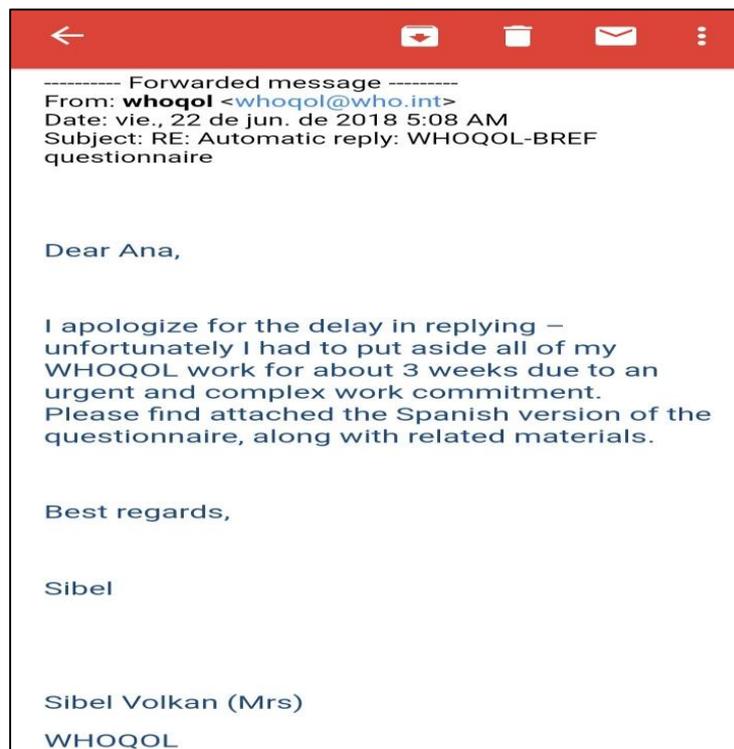
LIMA NORTE Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivos. Tel. :(+511) 202 4342 Fax: :(+511) 202 4343  
LIMA ESTE Av. del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho Tel. :(+511) 200 9030 Anx.: 2510  
ATE Carretera Central Km. 8.2 Tel. :(+511) 200 9030 Anx.: 8184  
CALLAO Av. Argentina 1796 Tel. :(+511) 202 4342 Anx.: 2650

## Anexo D. Carta de Autorización del uso del instrumento

### Instrumento que mide engagement



### Instrumento que mide calidad de vida relacionada con la salud



Anexo F. Consentimiento informado



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Con el debido respeto me presento ante usted, mi nombre es Ana María Alor la Puente, estudiante de psicología de la Universidad César Vallejo – Lima Norte. Actualmente me encuentro realizando una investigación sobre engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018; para ello **me gustaría contar con su valiosa participación**. El proceso consiste en la aplicación de dos pruebas: Escala de Engagement laboral y Whoqol – Bref. De aceptar participar del estudio, confirmo que he sido informado de los procedimientos y de que mis datos **serán usados exclusivamente para el presente trabajo en estricta confidencialidad y respeto**.

**Gracias por su valiosa colaboración.**

Atte. Ana Maria Alor la Puente

ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Yo:

.....

Con número de DNI: ..... Acepto participar en la investigación **engagement y calidad de vida relacionada con la salud en el personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018**. Dirigido por la señorita Ana María Alor la Puente.

Día: ...../...../.....

\_\_\_\_\_

Firma

## Anexo G. Resultados del piloto

**Tabla 11**

*Validez de contenido del instrumento que mide engagement según coef. V de Aiken*

Ítem	Claridad					Pertinencia					Relevancia					V. total						
	Juez	J1	J2	J3	J4	J5	V	J1	J2	J3	J4	J5	S	V	J1		J2	J3	J4	J5	S	V
1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
7	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
9	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
10	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
11	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
12	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
13	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
14	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
15	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
16	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1
17	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1

**Tabla 12**

*Validez de contenido del instrumento que mide calidad de vida relacionada con la salud según coef. V de Aiken*

Ítem	Claridad								Pertinencia								Relevancia								V. total
	Juez	J1	J2	J3	J4	J5	S	V	J1	J2	J3	J4	J5	S	V	J1	J2	J3	J4	J5	S	V			
1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
7	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
8	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
9	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
10	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
11	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
12	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
13	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
14	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
15	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
16	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
17	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
18	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
19	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
20	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
21	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
22	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
23	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
24	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
25	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			
26	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1			

**Tabla 13***Rangos de la Utrech Work Engagement Scale (UWES-17)*

	<b>General</b>	<b>Vigor</b>	<b>Dedicación</b>	<b>Absorción</b>
<b>Muy Bajo</b>	≤1.93	≤ 2.17	≤ 1.60	≤ 1.93
<b>Bajo</b>	1.94 – 3.06	2.18 – 3.20	1.61 – 2.75	1.94 – 3.06
<b>Promedio</b>	3.07 – 4.66	3.21 – 4.80	2.76 – 4.40	3.07 – 4.66
<b>Alto</b>	4.67 – 5.53	4.81 – 5.60	4.41 – 5.35	4.67 – 5.53
<b>Muy alto</b>	≥ 5.54	≥ 5.61	≥ 5.36	≥ 5.54

**Tabla 14***Rangos del Whoqol-Bref*

	<b>General</b>	<b>Función física</b>	<b>Función psicológica</b>	<b>Relaciones sociales</b>	<b>Ambiente</b>
<b>Baja</b>	26 – 61	7 – 16	6 – 14	3 – 7	8 – 18,66
<b>Moderada</b>	62 – 97	17 – 25	15 – 22	8 – 11	18,67 – 29,32
<b>Alta</b>	98 – 130	26 – 35	23 – 30	12 – 15	29,33 – 40

**Tabla 15***Confiabilidad del Utrech Work Engagement Scale (UWES-17), general y por dimensiones.*

	$\omega$	n
Engagement	.963	17
Vigor	.914	6
Dedicación	.936	5
Absorción	.893	6

**Tabla 16***Confiabilidad del Whoqol-Bref, general y por dimensiones*

	$\omega$	N
Calidad de vida relacionada con la salud	.969	26
Función física	.887	7
Función psicológica	.886	6
Relaciones sociales	.928	3
Ambiente	.891	8

## Anexo H. Formato de criterios de jueces

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  [ ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Psic. Albeiro Chávez Pacheco Saucedo

DNI: 23284670

Firma: Albeiro Chávez Pacheco Saucedo

Especialidad del validador: Psicología

**Psicología**  
Mg. Albeiro Chávez Pacheco Saucedo  
C.P. 1388  
C.F. 1388

**EsSalud**  
Mg. Albeiro Chávez Pacheco Saucedo  
C.P. 1388  
C.F. 1388

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....21.....de Junio del 2018

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  [X]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr (a). (Mg): Ruiz Valencio Fier de Maria

DNI: 07283222

Firma: Ruiz Valencio Fier de Maria

Especialidad del validador: Psicología Directora en seguridad Humana Maestría en Docencia Universitaria

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
 FIER DE MARIA RUIZ VALLEJO  
 PSICOLOGA  
 C.F. 1388

.....22.....de Junio del 2018

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Epino Sedano Victor

DNI: 07198999

Especialidad del validador: .....

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
 11 de junio del 2018

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Pauca Villanueva, Lizzie

DNI: .....

Especialidad del validador: .....

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
 Mg. Lizzie Villanueva  
 PSICÓLOGA  
 COPS 17937  
 12 de junio del 2018



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir     No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Dra. Jessica Calizaya Vera

DNI: 09954277

Firma:

Especialidad del validador: Doctora en Salud Pública, Psicología Clínica y de la Salud

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....19.....de Junio del 2018

Dra. Fc. Jessica R. Calizaya Vera  
 C. P. P. 7014  
 JEFE DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir     No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Erpino Sedano Vietor

DNI: 071989999

Especialidad del validador: .....

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

11 de junio del 2018

## Anexo 1.

	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS</b>	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 08 Fecha : 12-09-2017 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo, CANDELA AYLLÓN, Víctor Eduardo, docente de la Facultad de humanidades y Escuela Profesional de psicología de la Universidad César Vallejo Lima-Norte, revisor (a) de la tesis titulada "Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018", de la estudiante ALOR LA PUENTE, Ana María; constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 04 de enero del 2019

  
Víctor E. Candela Ayllón  
Psicólogo CPP: 2938

.....  
Firma

Víctor Eduardo CANDELA AYLLÓN

DNI: 15382082

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

## Anexo 2.

Ana Alor la Puente UCY\_DPSM03\_ALOR

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**"Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en personal asistencial de un centro de salud de Lima, 2018"**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**AUTORA:**  
ALOR LA PUENTE, Ana Maria

**ASESORES:**  
Dr. CANDELA VILLÓN Viquez Estambé  
Dr. BARROZA ZELADA, Luis Alberto

**Match Overview**

**13%**

1	repositorio.ucv.edu.pe	Internet Source	2%
2	imersionmayores.csic.es	Internet Source	2%
3	docplayer.es	Internet Source	1%
4	scielo.sic.edu	Internet Source	1%
5	ddd.uab.cat	Internet Source	<1%
6	www.scribd.com	Internet Source	<1%
7	Yolanda Navarro-Abal, ...		<1%

**Anexo 3.**

	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</b>	Código : F08-PP-PR-02.02
		Versión : 09
		Fecha : 23-03-2018
		Página : 1 de 1

Yo... Ana María Aloe La Puente .....  
 identificado con DNI N° 45158632, egresado de la Escuela Profesional de  
 Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo  , No autorizo ( ) la  
 divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado  
 " Engagement y calidad de vida relacionada  
con la salud en personal asistencial de un  
Centro de salud de Lima, 2018  
 .....";  
 en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo  
 estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art.  
 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

  
 FIRMA  
 DNI: 45158632

FECHA: 19 de febrero del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	--------------------------------

Anexo 4.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)  
"César Acuña Peralta"

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

### 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: Alor La Puente Ana María  
D.N.I. : 45158632  
Domicilio : MZ #1 LT 8 Urb San Diego S.M.P.  
Teléfono : Fijo : 5401829 Móvil: 963571407  
E-mail : anamariaalorlapuente1988@gmail.com

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : Humanidades  
Escuela : Psicología  
Carrera : Psicología  
Título : Licenciada en psicología

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado : .....  
Mención : .....

### 3. DATOS DE LA TESIS

Autor Apellidos y Nombres:

Alor La Puente Ana María

Título de la tesis:

Engagement y calidad de vida relacionada con la  
salud en personal a potencial de un centro de  
salud de Lima, 2018

Año de publicación : 2018

### 4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : 

Fecha : 19-02-2019

Anexo 5.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL  
DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

CONSTE POR LA PRESENTE, EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL  
ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA\*

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Alor la Puente, Ana María

INFORME TITULADO:

Engagement y calidad de vida relacionada con la salud en personal asistencial de un centro  
de salud de Lima, 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Licenciada en Psicología

SUSTENTADO EN FECHA: 19 Febrero 2019

NOTA O MENCIÓN: 14



*[Handwritten Signature]*  
Rosario Quiroz, Fernando Joel  
DNI 32990613  
CPs P/29721

\*El presente documento tiene como único fin verificar que el informe del trabajo de investigación cumple con los estándares  
establecidos por el equipo de investigación de la E.P de Psicología. Carece de validez para otro tipo de usos

Versión: 08/02/2019