



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA,
2019”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:

Gustavo Eduardo Carranza Martínez

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciado en
Psicología

Docente asesor:

Mg. Giorgio Alexander Aquije Cárdenas

Código Orcid N° 0000-0002-9450-671X

Chincha, Ica, 2020

Asesor

MG. GIORGIO ALEXANDER AQUIJE CÁRDENAS

Miembros del jurado

-Dr. Edmundo Gonzales Zavala

-Dr. William Chu Estrada

-Dr. Martín Campos Martínez

Dedicatoria

A mi abuela, que guía mis pasos.

A mi madre, por su amor incondicional.

A mi novia, por su apoyo y comprensión.

A todas las personas que creen en mí.

RESUMEN

El propósito de la investigación fue determinar la relación entre el síndrome de Burnout en personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica - 2019. El enfoque de la investigación fue cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional y transversal con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 56 profesionales de salud y 56 usuarios externos. La técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos utilizados fueron la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) y la escala SERVPERF (Service Performance) modificada.

Los resultados mostraron que no existe relación significativa entre el síndrome de Burnout y la calidad de atención ($p=0.618$), de la misma forma, entre la dimensiones: agotamiento emocional ($p=0.075$) y despersonalización ($p=0.197$) con la calidad de atención. Por otro lado, se encontró relación significativa entre la variable sociodemográfica, estado civil ($p=0.001$), y profesión ($p=0.000$) con el síndrome de Burnout.

En conclusión no existe relación significativa entre el síndrome de Burnout en el personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019. Sin embargo, existe relación significativa entre el síndrome de Burnout del personal de salud con las variables estado civil y profesión.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, calidad de atención, personal de salud

ABSTRACT

The purpose of the research was to determine the relationship between burnout syndrome in health workers and quality of care in the outpatient service of the Regional Hospital of Ica - 2019. The research focus was quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional with a non-experimental design. The sample was made up of 56 health professionals and 56 external users. The technique used was the survey and the instruments were the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the modified SERVPERF (Service Performance) scale.

The results showed that there is no significant relationship between burnout syndrome and quality of care ($p = 0.618$), in the same way, between the dimensions: emotional exhaustion ($p = 0.075$) and depersonalization ($p = 0.197$) with quality of care. On the other hand, it was found a significant relationship between the sociodemographic variables, marital status ($p = 0.001$), and profession ($p = 0.000$) with the burnout syndrome.

In conclusion, there is no significant relationship between burnout syndrome in health workers and quality of care in the outpatient service of the Regional Hospital of Ica in 2019. However, there is a significant relationship between the burnout syndrome in health workers with the variables marital status and profession.

Key words: Burnout syndrome, quality of care, health workers

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
2.1 Descripción del problema	14
2.2 Pregunta de investigación general.....	18
2.3 Preguntas de investigación específicas	18
2.4 Objetivo general	18
2.5 Objetivos específicos.....	19
2.6 Justificación e importancia	19
2.7 Alcances y limitaciones.....	20
2.7.1 Alcances	20
2.7.2 Limitaciones.....	20
III. MARCO TEÓRICO	21
3.1 Antecedentes.....	21
3.1.1 Antecedentes internacionales.....	21
3.1.2 Antecedentes nacionales.....	24
3.2 Bases teóricas	26
3.2.1 Delimitación conceptual del síndrome de Burnout.....	26
3.2.2 Modelos teóricos del síndrome de Burnout.....	27
3.2.3 Factores desencadenantes del síndrome de Burnout.....	30
3.2.3.1 Factores personales.....	30

3.2.3.2	Factores organizacionales.....	32
3.2.3.3	Factores sociodemográficos y laborales	33
3.2.4	Síntomas del síndrome de Burnout	35
3.2.5	Concepto de calidad y satisfacción del servicio	36
3.2.6	Calidad de atención en salud.....	37
3.2.7	Modelos conceptuales de calidad de servicio	38
3.2.7.1	Escuela nórdica.....	39
3.2.7.2	Escuela norteamericana.....	39
3.3	Identificación de las variables	41
IV.	METODOLOGÍA.....	43
4.1	Tipo y nivel de investigación	43
4.2	Diseño de la investigación	43
4.3	Operacionalización de las variables.....	45
4.4	Hipótesis.....	47
4.4.1	Hipótesis general.....	47
4.4.2	Hipótesis específicas	47
4.5	Población y muestra	47
4.6	Técnicas e instrumentos: Validación y confiabilidad	49
4.6.1	Inventario de Burnout de Maslach (MBI).....	49
4.6.2	Escala SERVPERF (Service Performance)	51
4.7	Recolección de datos	52
4.8	Técnicas de análisis e interpretación de datos	53
4.8.1	Técnicas del procesamiento de la información	53
4.8.2	Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	53
V.	RESULTADOS	54

5.1	Presentación e interpretación de resultados	54
VI.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	78
6.1	Discusión de los resultados	78
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
	Conclusiones.....	85
	Recomendaciones.....	87
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
	ANEXOS	111
	Anexo 1: Matriz de consistencia.....	112
	Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables.....	114
	Anexo 3: Instrumentos de medición	116
	Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición	122
	Anexo 5: Consentimiento informado.....	127
	Anexo 6: Base de datos	129
	Anexo 7: Informe de Turnitin al 28% de similitud.....	133
	Anexo 8: Documento de autorización para la ejecución de la tesis.....	134

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelos del síndrome de Burnout.....	28
Tabla 2. Síntomas asociados al síndrome de Burnout	35
Tabla 3. Niveles del síndrome de Burnout.....	50
Tabla 4. Puntos de corte para el puntaje de las dimensiones del síndrome de Burnout.....	51
Tabla 5. Nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica: escala general	55
Tabla 6. Nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica: Agotamiento emocional	55
Tabla 7. Nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica: Despersonalización	56
Tabla 8. Nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica: Realización personal	57
Tabla 9. Síndrome de Burnout: edad.....	59
Tabla 10. Síndrome de Burnout: sexo	60
Tabla 11. Síndrome de Burnout: estado civil.....	61
Tabla 12. Síndrome de Burnout: profesión.....	63
Tabla 13. Síndrome de Burnout: condición laboral.....	65
Tabla 14. Síndrome de Burnout: antigüedad laboral	66
Tabla 15. Calidad de atención: escala general.....	68
Tabla 16. Calidad de atención: dimensiones.....	69
Tabla 17. Determinación de normalidad de la variable síndrome de Burnout	70
Tabla 18. Determinación de normalidad de la variable Calidad de atención	70

Tabla 19. Correlación Spearman entre el síndrome de Burnout en su escala general y calidad de atención en su escala general.....	71
Tabla 20. Correlación Spearman entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en su escala general.....	72
Tabla 21. Correlación Spearman entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en su escala general .	73
Tabla 22. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica edad.....	74
Tabla 23. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica sexo.....	75
Tabla 24. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica estado civil.....	75
Tabla 25. Prueba V de Cramer entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica estado civil.....	76
Tabla 26. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica profesión.....	76
Tabla 27. Prueba V de Cramer entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica profesión.....	77
Tabla 28. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable laboral condición laboral.....	77
Tabla 29. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable laboral antigüedad laboral	78
Tabla 30. Dimensión agotamiento emocional (consistencia interna)	123
Tabla 31. Dimensión despersonalización (consistencia interna)	123

Tabla 32. Dimensión realización personal (consistencia interna)	123
Tabla 33. Escala SERVPERF (consistencia interna).....	125
Tabla 34. Dimensión fiabilidad (consistencia interna).....	125
Tabla 35. Dimensión capacidad de respuesta (consistencia interna)	125
Tabla 36. Dimensión seguridad (consistencia interna)	125
Tabla 37. Dimensión empatía (consistencia interna).....	126
Tabla 38. Dimensión aspectos tangibles (consistencia interna)	126

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Síndrome de Burnout: escala general	55
Figura 2. Síndrome de Burnout: Agotamiento emocional	56
Figura 3. Síndrome de Burnout: Despersonalización	57

Figura 4. Síndrome de Burnout: Realización personal	57
Figura 5. Síndrome de Burnout: edad	59
Figura 6. Síndrome de Burnout: sexo.....	60
Figura 7. Síndrome de Burnout: estado civil.....	61
Figura 8. Síndrome de Burnout: profesión.....	63
Figura 9. Síndrome de Burnout: condición laboral.....	65
Figura 10. Síndrome de Burnout: antigüedad laboral	67
Figura 11. Calidad de atención: escala general.....	68
Figura 12. Calidad de atención: dimensiones.....	69

I. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud peruano a lo largo de las dos últimas décadas ha presentado notorias deficiencias para abordar el derecho a la salud de todos los ciudadanos; entre ellos el escaso presupuesto público destinado a la salud, ineficiente uso de recursos, pésima gestión hospitalaria, falta de infraestructura, entre otros (Pino, 2018). Por lo que el estado no ha podido asumir el reto de mejorar la calidad de atención, las políticas públicas no son efectivas o han logrado implementarse en todos los niveles de atención. Esta situación afecta principalmente a los pacientes, pero también perjudica a los profesionales de salud, quienes son los encargados de preservar su vida y salud. El tema principal de la investigación se ha enfocado en la relación profesional de salud-paciente, para entender una arista de un problema mucho mayor. De esta manera analizamos el bienestar del personal de salud y su relación con la calidad de atención.

En concordancia con lo mencionado también nos enfocamos en un fenómeno psicosocial que ha sido muy estudiado a nivel mundial, el síndrome de Burnout, aunque por la ambigüedad del término, no ha podido diferenciarse si es un trastorno, enfermedad o solo un síndrome. El cual se caracteriza por repercutir negativamente en el área laboral, físico, mental y social de los trabajadores. Muchos autores coinciden en señalar que el síndrome es una respuesta al estrés laboral crónico que no ha podido afrontarse exitosamente.

El propósito de la investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el síndrome de Burnout del personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en 2019. El estudio es de naturaleza cuantitativa, descriptivo-correlacional, de corte transversal.

La presente investigación se organizó de forma sistemática para un mejor entendimiento. En el segundo capítulo, se expone el planteamiento del

problema, propone las preguntas, objetivos, justificación e importancia del estudio. Para resumir se determinan los alcances y limitaciones de la investigación.

En el tercer capítulo, se detallan los antecedentes internacionales y nacionales sobre las variables de investigación, así como el marco teórico que sustenta científicamente las variables y en síntesis se definen conceptualmente.

En el cuarto capítulo, se describe la propuesta metodológica, detallando el tipo, nivel y diseño de la investigación, además se propone la hipótesis general y específica, incluye la operacionalización de las variables. Se especifica la población, muestra y los instrumentos aplicados. Por último se enumeran las técnicas de análisis estadístico y el procedimiento para interpretar los datos.

En el quinto capítulo se detallan los resultados del procesamiento de datos, los cuales son analizados de forma descriptiva e inferencial.

En el sexto capítulo se presenta la discusión y análisis de los resultados, haciendo la contrastación de los antecedentes de investigación y los datos obtenidos. Seguidamente se expone las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente, se encuentran las referencias bibliográficas y anexos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema

La Asociación Médica Mundial (1948) en la Declaración de Ginebra, actualizó el juramente hipocrático a un contexto contemporáneo, el cual menciona ejercer la profesión dignamente, consagrada a favor de la preservación y el cuidado de la salud del paciente. Se remarca estos extractos que deberían ser respetados y aceptados por los profesionales de salud encargados de la noble misión de salvaguardar la vida. Partiendo de este juramento humanista y universal, se plantea estudiar el bienestar de los profesionales de salud y la importancia de su desempeño en la calidad de atención brindada a los pacientes.

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), realizó la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud (ENSUSALUD), cuyo objetivo era evidenciar los niveles de satisfacción de los usuarios en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y hacer una valoración general sobre el sistema de salud peruano (SUSALUD, 2016). Los resultados refieren que el 73.9% de los usuarios se encuentran satisfechos con la atención brindada. La cifra se muestra alentadora ante la problemática propuesta pero es necesario mencionar que es la última encuesta nacional realizada por dicha entidad pública. En contraste el informe técnico realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), menciona que a nivel nacional, el 53.7% de la población con algún problema de salud no buscaron atención; del porcentaje que buscaron atención, el 14.6% se atendió en establecimientos del MINSA y el 5.5% en ESSALUD; el tiempo promedio de espera en la atención es de 49 minutos y el tiempo promedio de programación de citas es de tres días aproximadamente (INEI, 2019). Del mismo modo, Suárez (2018), menciona que SUSALUD recibió 72 mil reclamos hasta noviembre del mismo año, de las cuales el 73% son derivadas del servicio público de salud, los principales motivos de quejas fueron falta de medicamentos, largas esperas para atenderse, pérdida de la historia clínica y el condicionamiento de la atención en emergencia. A pesar de los numerosos reclamos muchas personas tienen temor de

reclamar o preguntar al personal de salud, ya que consideran que les están haciendo un favor y si uno los incomoda, podrían tratarlos mal.

Los datos mencionados anteriormente nos revelan la deficiente atención hospitalaria brindada en muchos establecimientos de salud del sector público; en los cuales se pierde mucho tiempo en interminables colas sacando una cita o esperando por ser atendidos, la programación de las citas en algunas especialidades médicas se demoran varias semanas, no cuentan con suficientes especialistas para cubrir la demanda, se cometen negligencias médicas y la burocracia entorpece las atenciones. Por otro lado el maltrato que reciben de algunos profesionales de salud, que muy por el contrario de brindarles un trato humanitario, se muestran irritables o indiferentes ante su padecimiento. Esto demuestra que en muchas ocasiones la atención hospitalaria en el Perú es meramente paliativa, ambulatoria y no existe el seguimiento de casos. Los pacientes ante la imposibilidad y desconfianza de atenderse en un servicio de salud confiable, seguro y eficiente; prefieren atenderse en clínicas particulares o automedicarse, poniendo en peligro su propia salud, debido al inadecuado uso de medicamentos y la falta de un diagnóstico preciso para su problema de salud. Como sostienen Villar et al. (2009), los pacientes satisfechos con el tratamiento tienen mayores probabilidades de adherirse. Es decir que si el paciente no está conforme con la administración de un tratamiento o su beneficio, es menos probable que cumpla con el mismo, lo que termina siendo contraproducente para su propia integridad.

Asimismo el sistema público de salud peruano presenta numerosas dificultades en sus distintos establecimientos, como son la deficiente infraestructura, pésima gestión hospitalaria, corrupción en la contratación del personal, falta de recursos, equipos y personal calificado. Sobre este último punto el MINSA (2017) elaboró el “Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2017-2019”, el cual menciona que existe una brecha entre el personal calificado disponible y su distribución conforme a la densidad poblacional, a pesar de los esfuerzos por redistribuir al personal

de salud con incentivos a zonas más pobres a través del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUM) y la aplicación de un régimen especial para cubrir la falta de especialistas en provincias. Por eso en muchos establecimientos de salud no pueden abastecerse para atender a todos los pacientes, principalmente en los servicios de emergencia y hospitalización que se encuentran saturados.

En relación con el personal de salud; en el Perú las condiciones ambientales, laborales y sociales se encuentran en una situación muy precaria debido a la alta demanda de pacientes, lo que conlleva a la excesiva carga laboral del personal de salud, quienes son mal remunerados, atienden en horarios inflexibles y fuera del horario normal, tienen pocos descansos remunerados, no cuentan con implementos de seguridad y muchas veces trabajan en condiciones insalubres. En este contexto se presentan distintos riesgos ocupacionales para los profesionales de salud y para esta investigación nos enfocaremos en el síndrome de Burnout (“quemado”), al respecto, una publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el estrés laboral es la epidemia más extendida en el mundo laboral moderno, precursora de severas dificultades en la salud mental de los trabajadores (OMS, 2008). En el Perú, Maticorena et al. (2016) refieren que la prevalencia del síndrome de Burnout entre médicos y enfermeras a nivel nacional es de 12.5% (IC95%: 11.29-13.77). Se caracteriza por generar disminución del rendimiento laboral, desmotivación, irritabilidad, ausentismo, frialdad en el trato a los pacientes y accidentes laborales; el trabajo continuo y bajo presión causa alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Bertolote y Fleischmann (2002) mencionan que entre los profesionales de salud con mayor riesgo de padecer este síndrome se encuentran: enfermeras, médicos generales, especialistas que atienden a pacientes con enfermedades crónicas o en fase terminal, miembros del servicio de urgencias y de salud mental entre otros. Generalmente se presenta en profesiones de servicio en el cual es inevitable el trato con personas.

Si el estado peruano no asume el fortalecimiento y mejoramiento del sistema de salud público, es muy difícil que puedan disminuir la prevalencia de enfermedades que ponen en riesgo la salud de la población y les impiden participar activamente en el desarrollo socioeconómico del país, de igual manera que los profesionales de salud puedan ofrecer un servicio de calidad a los pacientes. Debido a lo mencionado se hace necesario estudiar la referida problemática para obtener conclusiones sobre la situación actual del sistema de salud regional. Por lo tanto se plantea el problema de la siguiente manera.

2.2 Pregunta de investigación general

¿Qué relación existe entre el síndrome de Burnout en personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019?

2.3 Preguntas de investigación específicas

- ¿Cuál es la relación entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019?
- ¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, estado civil, profesión, condición laboral y antigüedad laboral) con el síndrome de Burnout en personal de salud del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019?

2.4 Objetivo general

Determinar la relación entre el síndrome de Burnout en personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

2.5 Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.
- Identificar la relación entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.
- Determinar la relación entre las variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, estado civil, profesión, condición laboral y antigüedad laboral) con el síndrome de Burnout en personal de salud del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

2.6 Justificación e importancia

El Hospital Regional de Ica es el establecimiento de salud más importante de la región, tiene un nivel de atención III-1, siendo el centro de referencia de prevención, recuperación y rehabilitación de distintas enfermedades transmisibles y no transmisibles. Este trabajo de investigación busca principalmente exponernos la realidad del sistema de salud de la región Ica, abordando específicamente el bienestar del personal de salud y la calidad de atención que se brinda en el hospital.

Se busca concientizar sobre los factores que propician la aparición del síndrome de Burnout en el personal de salud, el cual forma parte de los

riesgos laborales de carácter psicosocial. Muchos trabajadores desconocen este síndrome y no reciben un tratamiento adecuado; generando a largo plazo diversos problemas que incluyen ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, abuso de alcohol, entre otros. Su aparición tiene un impacto a nivel económico, ya que los trabajadores afectados empezarán a ausentarse o incluso abandonar el trabajo; por lo que se reducirán los ingresos por las atenciones no realizadas y se aumentará la carga laboral a otros trabajadores. A nivel social debido a que perjudica la relación entre el personal de salud y los pacientes; sustentado en el aumento de los errores médicos, negligencias, trato indiferente u hostil al paciente, disminución del rendimiento laboral. Lo cual influirá en la atención que se brinda a los pacientes y la calidad que ofrece el servicio.

El desarrollo de la investigación busca contribuir a nivel teórico, ya que son escasos los estudios realizados en la región Ica sobre la problemática presentada. Además el estudio servirá para actualizar información e incentivar otras investigaciones que complementen los resultados obtenidos en el estudio, los cuales nos permitirán explicar, describir, identificar deficiencias y ofrecer soluciones para disminuir los casos del personal sanitario que sufre del síndrome de Burnout, mejorar las condiciones laborales y la calidad de atención brindada en el Hospital Regional de Ica.

2.7 Alcances y limitaciones

2.7.1 Alcances

La presente investigación estuvo enfocada hacia el personal de salud del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica y los pacientes atendidos en dicho servicio. Se aplicó durante el año 2019 y 2020, buscando corroborar o desestimar la dependencia entre el síndrome de Burnout y la calidad de atención.

2.7.2 Limitaciones

En nuestra investigación se presentaron algunas limitaciones de accesibilidad y económica; en primer lugar debido al excesivo trámite documentario para obtener los permisos y posteriormente la aprobación para aplicar la tesis en el establecimiento de salud; en segundo lugar porque el estudio no contó con el auspicio de ninguna institución o benefactor, todos los gastos fueron asumidos por el investigador, quien se encargó de realizar el trabajo de campo. Por este motivo se utilizó solo la muestra representativa de un servicio, en este caso consulta externa, del Hospital Regional de Ica, cuando lo ideal sería realizar la investigación en todos los servicios. De esta manera se amplían las conclusiones y resultados del estudio permitiéndonos profundizar sobre las causas y consecuencias del problema de estudio.

Muchos profesionales de salud debido a la falta de tiempo y/o cansancio laboral no quisieron participar en el estudio. En muchas ocasiones postergaban las entrevistas o tenían dudas respecto a los objetivos de la investigación, creyendo que era una evaluación encargada por la Institución para sancionarlos o despedirlos.

Además debido a la cuarentena obligatoria por el COVID-19, no se pudo concluir con las encuestas a muchos profesionales de salud; esto se ve reflejado en el número reducido de encuestas válidas del presente estudio.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

3.1.1 Antecedentes internacionales

Tawfik et al. (2019), Estados Unidos, en su artículo científico titulado: "Evidence relating healthcare provider burnout and quality of care: A systematic review and meta-analysis", cuyo objetivo fue proporcionar estimaciones de la relación entre el síndrome de Burnout y la calidad de

atención, analizar la heterogeneidad de los estudios y explorar el posible sesgo de reporte. Los autores seleccionaron 123 publicaciones con 142 poblaciones de estudio que incluyeron 241553 profesionales de salud. Los resultados revelaron que la relaciones entre el síndrome de Burnout y la calidad de atención presentan una elevada heterogeneidad ($I^2= 93.4\%$ a 98.8%); de las 114 combinaciones distintas de síndrome de Burnout y calidad de atención, 58 indicaron que el síndrome de Burnout está relacionado con baja calidad de atención, 6 con alta calidad de atención y 50 no mostraron ningún efecto significativo. Las autores concluyen que en muchos estudios publicados frecuentemente se asocia el síndrome de Burnout de los profesionales de salud con una mala calidad de atención. Sin embargo existen pocos estudios rigurosos y la magnitud del efecto podría ser menor a lo informado.

Panagioti et al. (2018), Estados Unidos, en su artículo científico titulado: "Association between physician Burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis", siendo el objetivo examinar el síndrome de Burnout en médicos y su asociación con la seguridad del paciente, profesionalismo e insatisfacción de los pacientes. El estudio fue observacional-cuantitativo. Los autores incluyeron en el meta-análisis 47 estudios con 42473 médicos (25059 [59.0%] hombres; mediana edad, 38 años [rango, 27-53 años]). Los resultados refieren que el síndrome de Burnout se asoció con un mayor riesgo de incidentes de seguridad del paciente (RM, 1.96, IC 95%, 1.59-2.40), baja calidad de atención debido a menor profesionalismo (RM, 2.31, IC 95%, 1.87-2.85) y a la insatisfacción del paciente (RM, 2.28, IC 95%, 1.42-3.68). Las conclusiones del estudio evidencian que el síndrome de Burnout en médicos puede poner en riesgo la atención del paciente.

Salyers et al. (2017), Estados Unidos, en su artículo científico titulado: "The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis", cuyo objetivo fue examinar las relaciones entre el síndrome de Burnout de los profesionales de salud (agotamiento

emocional, despersonalización, y baja realización personal), la calidad (calidad percibida, satisfacción del paciente) y la seguridad de la atención. Los autores utilizaron los datos de 82 estudios publicados en 32 países, que incluyeron a 210669 profesionales de salud. Encontraron relaciones significativamente negativas entre el Burnout y la calidad ($r = -0.26$, 95% CI [-0.29, -0.23]), y la seguridad ($r = -0.23$, 95% CI [-0.28, -0.17]) de la atención. En ambos casos concluyen que un mayor nivel de Burnout en los profesionales de salud está asociado con una deficiente calidad de atención y menor seguridad para los pacientes. Asimismo refieren que el agotamiento emocional tiene una estrecha relación con la calidad percibida ($r = -0.27$), mientras que los efectos de la despersonalización ($r = -0.21$) y baja realización personal ($r = -0.20$) tienen una relación más débil pero significativa.

Soto, Barrios y Molina (2017), Chile, en su artículo científico titulado: "Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral como predictores de calidad de la atención de enfermería hospitalaria", cuya investigación fue descriptiva, correlacional de tipo ecológico-mixto. La muestra estuvo compuesta por 35 enfermeras y 402 pacientes hospitalizados, los cuales fueron evaluados con el cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT), encuesta de satisfacción laboral hospitalaria de Font Roja y la escala SERVQUAL. Los resultados refieren que las enfermeras mostraron niveles medios de satisfacción laboral, el resultado global de Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) presentó niveles bajos y en la calidad de atención percibida las dimensiones de "confiabilidad" y "empatía" presentaron niveles bajos. El estudio concluye que la relación entre SQT global y calidad de atención percibida presentó una relación muy baja y negativa. Los hallazgos entre la relación de SQT y satisfacción laboral con la calidad de atención no son concluyentes.

Peña (2015), Ecuador, en su investigación titulada: "Síndrome de Burnout en el personal de salud y su relación con la calidad de atención que se

brinda a pacientes del Instituto de Lucha contra el Cáncer SOLCA-Loja, durante Julio – Diciembre 2011”, realizó un estudio cuantitativo-descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 41 trabajadores del personal de salud y 57 pacientes hospitalizados. Los resultados muestran un 17% de la prevalencia del síndrome de Burnout; existe mayor tendencia en las variables sociodemográficas como: edad comprendida entre 30-39 años (27%), sexo femenino (19%), auxiliar de enfermería (38%) y entre 10-15 años de servicio (60%). Los pacientes calificaron como muy buena la atención brindada por el personal de salud. El estudio concluye que el nivel de síndrome de Burnout no es significativo para afectar la calidad de atención.

3.1.2 Antecedentes nacionales

Anyosa (2018), Ayacucho, en su tesis titulada: “Síndrome de Burnout y calidad de atención. Vista Alegre, Ayacucho 2017”, elaboró un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal; con el propósito de analizar la relación que existe entre el síndrome de Burnout y la calidad de atención en el Centro de Salud “Vista Alegre”, Ayacucho 2017. La población encuestada estuvo conformada por 114 usuarios externos del Centro de Salud de Vista Alegre. Los resultados demuestran que 35.1% de usuarios consideran que la calidad de atención es regular y ese mismo porcentaje consideran que los profesionales que laboran en el establecimiento de salud presentan síntomas moderados del síndrome de Burnout. Las conclusiones del estudio afirman que existe relación indirecta entre el síndrome de Burnout y la calidad de atención ($Tau_b = -0.790$).

Becerra (2018), Ica, en su artículo científico titulado: “Satisfacción de usuarios en consulta externa de hospitales públicos de la región Ica, 2018”, elaboró un estudio observacional, prospectivo, transversal y de nivel descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 1254 usuarios externos de 6 hospitales de la región. Los resultados muestran que el grado de satisfacción de los usuarios externos en el Hospital Regional de Ica es del

55.8%, 80.2% en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 71.9% en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 69.7% Hospital San José de Chíncha, 72.3% Hospital Apoyo de Palpa y 81.6% en el Hospital Apoyo de Nazca. Se concluye que existen diferencias significativas entre los niveles de satisfacción de los usuarios externos de los distintos hospitales de la región Ica ($p=0.0234$).

Parra (2017), Cusco, en su tesis titulada: “Síndrome de Burnout del profesional de salud y su relación con la satisfacción de usuarios externos del servicio de emergencia del Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2017”, elaboró un estudio de tipo analítico, correlacional y transversal con diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 49 profesionales de salud y 49 usuarios externos. Los resultados mostraron en los profesionales de salud que 30.6% presenta un nivel alto y 38.8% un nivel medio. Los usuarios externos del servicio de emergencia en un 59.2% presentan insatisfacción con el servicio recibido y el 40.8% presenta satisfacción. Las conclusiones confirman que existe relación entre el síndrome de Burnout del profesional de salud y la insatisfacción de usuarios externos, con una asociación alta y directa entre dichas variables.

Aslla, Lizarbe y Quispe (2016), Ica, en su tesis titulada: “Factores relacionados al síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica, 2016”, elaboraron un estudio descriptivo, transversal, de tipo observacional. La muestra estuvo compuesta por 221 trabajadores asistenciales, seleccionados por aleatorización simple. Los resultados muestran que 13.1% de los encuestados presentan el síndrome de Burnout, principalmente en mujeres. El 19.8% de los trabajadores tuvieron niveles altos en agotamiento emocional, 26.6% en despersonalización y 40.5% niveles bajos en realización personal. Los factores grupo ocupacional y estado civil presentan un $p<0.05$ y de ellos los médicos residentes y enfermeras conforman el mayor porcentaje. El estudio menciona que los factores relacionados al síndrome de Burnout fueron el grupo ocupacional y estado civil.

Miche y Yupanqui (2015), Lima, en su investigación titulada: “Síndrome de Burnout y la percepción del usuario sobre la calidad de atención que brinda el personal de enfermería en la Microred Collique 2014”. El estudio fue descriptivo-correlacional. Se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory a los 29 enfermeros que trabajan en los 11 establecimientos de salud de la Microred Collique y a 180 usuarios que se atendieron. Los resultados mostraron que las enfermeras obtuvieron un nivel bajo de síndrome de Burnout, con un total de 80.46% teniendo solamente un 19.54% en el grado medio y ninguna en grado alto. Asimismo el 79.4% de los usuarios manifiestan satisfacción con el servicio, así como el 20.6% está insatisfecho con la atención. La investigación no logró determinar incidencia del síndrome de Burnout en las enfermeras sobre la calidad de atención percibida por el usuario externo.

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Delimitación conceptual del síndrome de Burnout

El *Burnout* es un término de origen anglosajón que traducido al castellano significa “estar quemado” o “estar fundido”. Existe ambigüedad en el uso del término *Burnout* porque se suele confundir el concepto con otros de similar sintomatología como depresión, distrés, fatiga crónica entre otros. En la presente investigación utilizaremos el término “síndrome de Burnout” (SB).

La primera definición del síndrome de Burnout fue establecida por el psicoanalista Herbert Freudenberger, mientras laboraba como voluntario en una clínica para toxicómanos, observó que la mayoría de los médicos voluntarios padecían al cabo de un tiempo, generalmente no superior a un año, una pérdida progresiva de motivación laboral. El autor define al síndrome “*como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías,*

recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (Freudenberger, 1974).

Posteriormente la psicóloga social Christina Maslach (1976) se refirió al concepto de “Burnout” como el estrés crónico producido por el trato con clientes, sean pacientes o usuarios, en el trabajo que deriva en agotamiento y alejamiento emocional. La definición más divulgada y aceptada por la comunidad científica es la de Maslach y Jackson (1986), quienes refieren que es *“un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con personas.”*

Actualmente el síndrome de Burnout aparece catalogado en la undécima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11), bajo el código QD85 con el título “Síndrome de desgaste ocupacional”, donde menciona que es producto del estrés laboral crónico que no ha podido tratarse adecuadamente; se caracteriza por agotamiento, negatividad relacionada al trabajo y baja eficacia profesional (OMS, 2018).

3.2.2 Modelos teóricos del síndrome de Burnout

Las primeras investigaciones sobre el SB se han centrado en el síndrome como un “proceso”, es decir cómo se establece a nivel sintomático y como se desarrolla. Por otro lado existe otro grupo de teorías que hacen referencia a las variables antecedentes y consecuentes del síndrome.

Entre la divergencia de investigaciones, no hay un modelo teórico absoluto que explique el fenómeno del Burnout. Por esta razón se hizo necesario organizarlos en corrientes teóricas (Gil-Monte y Neveu, 2013), para entender a profundidad la etiología del síndrome. En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales modelos que explican el SB.

Tabla 1. Modelos del síndrome de Burnout

Modelos	Representantes	Descripción
Modelos desarrollados desde la teoría sociocognitiva del yo	-Harrison (1983) - Cherniss (1993) -Pines (1993) - Thompson, Page y Cooper (1993)	Refieren que las cogniciones de las personas tienen influencia en sus acciones y como perciben la realidad, a su vez, se modifican a partir del efecto de sus acciones y las consecuencias observadas en los demás. Toman relevancia las variables del “self”, la autoconfianza, autoeficacia y autoconcepto.
Modelos desarrollados desde las teorías del intercambio social	-Buunk y Schaufeli (1993) -Hobfoll y Fredey (1993)	Se basan en el principio de la teoría de la equidad. El síndrome surge por la comparación social de las personas, ante la percepción de diferencias entre la falta de equidad o ganancias.
Modelos desarrollados desde la teoría organizacional	-Golewbiewski, Munzenrider y Carter (1983) - Cox, Kuk y Leiter (1993) - Winnubst (1993)	Se enfocan en los estresores laborales y las estrategias de afrontamiento empleadas ante la aparición del síndrome. Los modelos coinciden en que el Burnout es una respuesta al estrés laboral.
Modelos desarrollados desde la teoría estructural	-Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) -Friedman (1996) -Moreno et al. (1997)	Destacan la importancia de las variables personales, interpersonales y organizacionales para explicar el síndrome de Burnout. El estrés se produce por el desequilibrio entre las demandas de la

persona y su capacidad de respuesta

Modelos desarrollados desde la teoría de demandas y recursos laborales	-Demerouti et al. (2001) -Schaufeli y Bakker (2004) -Bakker y Demerouti (2007)	Se enfatiza el impacto de las demandas y recompensas laborales sobre el estrés laboral y la motivación. Pudiendo repercutir en la salud y la falta de compromiso.
Modelo tridimensional del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS)	-Maslach y Jackson (1981) Maslach (1982) - Golewbiewski, Munzenrider y Carter (1983) -Leiter y Maslach (1988) -Lee y Ashforth (1993)	Resaltan aspectos cognitivos (falta de realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).

Fuente: Elaboración propia

Para la presente investigación tomaremos en cuenta el modelo de Maslach y Jackson (1981a), el cual es tomado como principal referencia entre los distintos estudios sobre el síndrome de Burnout.

Modelo tridimensional de Maslach y Jackson

Christina Maslach y Susan Jackson (1981a) definen al síndrome como “agotamiento emocional, cinismo y baja realización personal que viven los profesionistas involucrados en ayudar a las personas” (p.31). Las autoras centraron su estudio en las condiciones laborales de los individuos y su relación con el SB. Asimismo proponen su medición mediante la creación del cuestionario Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI-HSS); en este instrumento se definieron por primera vez las tres

dimensiones del SB que son agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Este modelo conceptual ha sido utilizado como base de muchas investigaciones, prueba de ello son las definiciones de otros autores, centrada en alguna o todas las dimensiones sintomáticas propuesto por las autoras (Schaufeli, 1999). Por esta razón el cuestionario MBI-HSS suele ser un referente teórico para las investigaciones que se desarrollan sobre el SB.

3.2.3 Factores desencadenantes del síndrome de Burnout

Las primeras investigaciones asociaron que la propagación del SB estaba influida por factores organizacionales propios del contexto laboral (Cherniss, 1980; Maslach, 1978; Maslach y Jackson, 1982, 1984; Moreno-Jiménez y Oliver, 1993). Otros autores (Anderson e Iwanicki, 1984; Elliot y Smith, 1984; Piedmont, 1993) resaltan a las características individuales (rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento) del trabajador como otro factor determinante. En esta investigación se expone algunos factores importantes relacionados con el síndrome.

3.2.3.1 Factores personales.

Al analizar las variables personales de los trabajadores, encontramos que muchos presentan marcadas diferencias, que les permitan afrontar de manera distinta los estresores que se producen en la interacción laboral. Varios estudios (Cherniss, 1980; Edelwich y Brodsky, 1980; Freudenberg y Richelson, 1980; Pines, Aronson y Kafry, 1981) concuerdan que las personas que se caracterizan por identificarse con las personas a las que ayudan, por ejemplo con rasgos idealistas, ansiosos y entusiastas, son más propensas a presentar el SB.

El modelo de personalidad resistente, fue propuesto por Kobasa (1979, 1982) como un rasgo modulador, que reduce la probabilidad de

experimentar estrés o disminuir sus consecuencias negativas. Propone tres dimensiones de personalidad: compromiso (tendencia a implicarse en las situaciones de vida), control (convencimiento en uno mismo de influir en el curso de las cosas) y reto (búsqueda de cambios y experiencias, proporciona flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad).

Tras la revisión de las relaciones entre la personalidad resistente y el SB (Hills y Norvel, 1991; Rich y Rich, 1987), llegaron a la conclusión que la personalidad resistente previene y reduce la incidencia de SB y los síntomas físicos asociados. Otros estudios realizados muestran la influencia de la personalidad resistente en el estrés y la salud (Funk, 1992; Kobasa, 1982; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001). Las personas con este tipo de personalidad responden positivamente al estrés, no se desesperan, por lo que disfrutan de mejor salud.

El patrón de conducta tipo "A" propuesto por Friedman y Rosenman (1959), se refiere a personas que son tenaces, impacientes y se esfuerzan en exceso; por lo tanto están propensos al estrés negativo. Dubrin (2008) menciona dos componentes principales: el primero, es la tendencia a lograr las cosas en un tiempo muy corto, lo que lleva a la persona a ser impaciente y exigente; el segundo, es la hostilidad e impulsividad, las cosas triviales irritan a estas personas. A largo plazo este perfil conductual puede contribuir en el deterioro de la salud de las personas y el déficit en su rendimiento (Parkes, 1998). En este sentido, Nagy y Davis (1985) encontraron que el patrón de conducta tipo "A" se relacionaba con las dimensiones del SB: agotamiento emocional y despersonalización; concluyendo que este patrón de personalidad predispone al síndrome de Burnout.

Rotter (1966) propuso el concepto de locus de control interno, refiriéndose a la creencia de las personas de que los acontecimientos son contingentes con la conducta del individuo; y locus de control externo, a las creencias de que los acontecimientos no dependen del individuo, sino de la casualidad,

destino y/o suerte. En distintas investigaciones se encontraron correlaciones significativas entre el locus de control externo y el aumento de SB (Fuqua y Couture, 1986; Glogow, 1986; Hernández y Olmedo, 2004; Keane, Ducette y Adler, 1985; Revicki y May, 1983; Wilson y Chiwakata, 1989). Cuanto menos control tienen las personas sobre la situación, sean novedosas o ambiguas, son mayores las posibilidades de aparición del síndrome. Las personas con locus de control externo son más propensas a la insatisfacción laboral y la vulnerabilidad (Rubio, 2003).

3.2.3.2 Factores organizacionales.

En el ámbito laboral se presentan muchos estresores, desde la prestación del servicio, condiciones de trabajo, clima laboral entre otros; que permitan identificar el SB en los trabajadores. Gala, Guillén, Lupiani y Benítez (2002) sostienen en un estudio realizado con profesionales de salud, que los principales factores del alto índice de SB son: los turnos rotativos, las horas de trabajo, el tipo de paciente que se atiende y el trato con sus familiares.

En las profesiones asistenciales (médicos, enfermeras, profesores, etc.) se ha encontrado que la principal fuente causante del SB, es la relación entre el cliente y el profesional. Maslach (1978) menciona que el cliente es un factor de aparición del SB, por el tipo y gravedad de sus problemas, la implicación emocional en sus problemas, su conducta (pasiva o activa) y las normas reguladoras de la relación cliente-profesional.

Al momento de ingresar a una organización, los empleados deben tener delimitado el rol que van desempeñar para tener claras las expectativas del puesto. No obstante en la interacción social con el ambiente laboral aparecen ciertos estresores que pueden llevar a la ambigüedad de rol (falta de información), conflicto de rol (demandas contrarias entre sí) y sobrecarga de rol (muchas tareas y demandas en poco tiempo) que desembocan en el estrés de rol. El conflicto de rol y la ambigüedad de rol se asocian con la aparición del síndrome de SB (Burke y Richardsen, 1991; Gil-Monte y Peiró, 1996; Greenglass, 1991; Maslach y Jackson, 1984).

Otras investigaciones encontraron relación significativa entre la sobrecarga laboral y el SB (Gil-Monte, 2002; Greenglass, Burke y Moore, 2003; Janssen, Schaufeli y Houkes, 1999), especialmente con el incremento de los niveles de agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1999; Lee y Ashforth, 1996; Richardsen, Burke y Leiter, 1992).

El concepto de clima laboral era un concepto amplio, tanto en la teoría como en la práctica (Moos, Insel y Humphrey, 1974), que incluía aspectos organizativos, estructurales e interpersonales. En la actualidad el concepto de clima laboral parece estar referido a este último punto. El clima laboral negativo puede generarse debido a confrontaciones entre compañeros o supervisores, inadecuado establecimiento de roles, directivas descendentes imprecisas. Ensiedel y Tully (1981) plantean que este tipo dinámicas negativas predisponen al SB. Por otro lado (Burke y Richardsen, 1991; Lee y Ashforth, 1993) mencionan que las interacciones negativas (fricciones, disputas) entre los clientes y trabajadores es un factor de riesgo del SB.

Las relaciones interpersonales en el trabajo no siempre son un elemento de salud personal y organizacional, pueden convertirse en uno de los estresores más severos. El apoyo social puede provenir de los compañeros de trabajo, supervisores, cultura organizacional y familia. Su presencia es beneficiosa para proporcionar ayuda emocional, informativa, instrumental y de retroalimentación (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001). En varias investigaciones (Burke y Richardsen, 1991; Frese, 1999; Jackson y Schuler, 1983; Leiter, 1988; Maslach y Jackson, 1984; Pierce y Molloy, 1990) se pudo constatar que el apoyo organizacional correlaciona negativamente con el síndrome de Burnout.

3.2.3.3 Factores sociodemográficos y laborales.

Son aquellas características sociales y laborales que pueden influenciar o modular el desarrollo del SB; aunque no han tenido suficiente aceptación científica porque varias investigaciones presentan resultados contradictorios que no han sido sistematizados. Para los objetivos de la

investigación tomamos relevancia de las siguientes variables: edad, estado civil, sexo, profesión, antigüedad laboral y condición laboral.

La variable de género no es un predictor sólido, pero se muestran mayores indicios entre la relación del agotamiento emocional con las mujeres y la despersonalización en los hombres (Atance, 1997; Maslach, 2009; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; C. Oliver, 1993; Vassos y Nankervis, 2012). Se pueden explicar por los estereotipos del rol de género, dificultades en la relación familia-trabajo (Maslach et al., 2001; Schaufeli y Greenglass, 2001).

Con respecto a la variable de la edad, muchas investigaciones no son concluyentes. Sin embargo varios estudios (Atance, 1997; Hamama, 2012; Maslach et al, 2001; Ramírez y Zurita, 2010) sostienen la relación inversa de la edad con el SB, por lo que las personas con mayor edad presentan menores niveles de SB. Schaufeli y Enzmann (1998) plantean que los síntomas de SB en los trabajadores jóvenes, se debe a circunstancias como el choque con la realidad, poca experiencia laboral, que cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de SB se puede presentar.

Sobre el estado civil, se observó en varias investigaciones que las personas solteras son más propensas a desarrollar el síndrome de Burnout, en comparación con los que viven en pareja (Gil-Monte y Peiró, 1999; Maslach, 2009; Maslach et al., 2001; Schaufeli y Enzmann, 1998; Vredenburg, Carlozzi y Stein, 1999). Sin embargo estos estudios no permiten tener una delimitación clara en relación a que el estado civil sea un factor preventivo del SB.

La aparición del síndrome del SB se encuentra estrechamente relacionada con los profesionales que mantienen contacto directo y continuo con personas. Uno de los grupos más vulnerables es el personal de salud, tales como auxiliares de enfermería, psicólogos, médicos de atención hospitalaria, enfermeros, psiquiatras, etc., posiblemente debido a su alta

implicancia emocional con el sufrimiento de los pacientes (El Sahili, 2015; Ruiz y Ríos, 2004).

La condición o situación laboral presenta resultados contradictorios. En un estudio se indican mayores niveles del SB en el personal fijo frente al contratado (García, 1991), otros autores no encontraron diferencias significativas (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996).

Por último sobre la antigüedad laboral tampoco existe un acuerdo; algunos estudios encuentran una relación inversa debido a que los profesionales que experimentan SB abandonan su profesión, mientras que quienes tienen mayor tiempo trabajando presentan menores niveles de SB, y por ello continúan trabajando (Gálvez, Moreno y Mingote, 2009; Naisberg y Fenning, 1991).

3.2.4 Síntomas del síndrome de Burnout

El SB se caracteriza por traer consigo varias repercusiones negativas en la salud y desempeño laboral de los trabajadores, como puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2. Síntomas asociados al síndrome de Burnout

COGNITIVOS	PSICOSOMÁTICOS	CONDUCTUALES	EMOCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja autoestima. ▪ Baja tolerancia a la frustración. ▪ Sentimientos de logro personal reducido. ▪ Tendencia a la autocolpa. ▪ Excesiva preocupación y temor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolores de cabeza. ▪ Pérdida de peso. ▪ Hipertensión. ▪ Dolores musculares (en cuello y espalda). ▪ Agotamiento y fatiga. ▪ Problemas de sueño (insomnio y pesadillas). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad para relajarse. ▪ Conductas auto-destructivas. ▪ Descenso del rendimiento laboral. ▪ Absentismo laboral. ▪ Reducción del contacto con los usuarios y compañeros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deseo de soledad. ▪ Desconfianza. ▪ Cinismo. ▪ Apatía. ▪ Negativismo. ▪ Sentimientos de disgusto hacia la gente. ▪ Problemas de concentración. ▪ Irritabilidad. ▪ Indiferencia.

▪ Sentimientos de vulnerabilidad e impotencia.	▪ Úlceras o desórdenes gastrointestinales.	▪ Conflictos con la pareja y familia. ▪ Dependencia de sustancias tóxicas.
--	--	---

Fuente: Maslach, C. (1982)

3.2.5 Concepto de calidad y satisfacción del servicio

En los antecedentes académicos se ha encontrado una gran confusión entre el concepto de calidad de servicio y satisfacción; para algunos autores son términos parecidos, coinciden en resaltar la importancia de la perspectiva del cliente, y son altamente correlacionados (Bansal y Taylor, 1999; Cronin y Taylor, 1992; Taylor y Baker, 1994). Otras investigaciones sugieren que los conceptos son diferentes, aunque relacionados (Carman, 1990; R. Oliver, 1980; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988).

La calidad percibida del servicio es la evaluación de los clientes, sobre distintos elementos que intervienen en el servicio, como el proceso de recepción (simpatía, buen trato, etc.) y el resultado obtenido (Betancourt y Mayo, 2010). Es el resultado de la evaluación global del proceso, requiere tiempo y se manifiesta como una respuesta de tipo cognitivo y afectivo. Parasuraman et al. (1985) lo definen como la discrepancia entre las expectativas sobre el servicio por recibir y la percepción del mismo. En este sentido la calidad del servicio es subjetiva, influenciada por las percepciones de los clientes, comparando sus expectativas con la excelencia del servicio recibido.

Por otro lado el concepto de satisfacción posee una naturaleza subjetiva y otra contextual (Lora y García, 2007). Delbanco y Daley (1996) refieren que es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento. La satisfacción del usuario puede entenderse como la percepción subjetiva y evaluativa sobre la experiencia de un servicio; está condicionada por

diversos factores en el individuo de carácter conceptual, afectivo y cognitivo.

El concepto de calidad de los servicios se ha tratado de diferenciar del concepto de satisfacción de clientes. Colmenares y Saavedra (2007) refieren que la satisfacción de los clientes puede medirse a corto plazo, en cambio la calidad de servicio es una actitud a largo plazo resultado de la evaluación global de un desempeño; los autores mencionan que la satisfacción es comparar percepciones de los clientes con lo que esperan del servicio (expectativas futuras), mientras que la calidad percibida del servicio, compara las percepciones de lo que deberían esperar sobre una organización que ofrece servicios de alta calidad (expectativa ideal). Asimismo existe un debate académico que no logra diferenciar la relación causal de ambos conceptos, es decir, si la calidad de servicio es un antecedente o consecuente de la satisfacción (González y Brea, 2006). Una postura intermedia considera que existe una relación recíproca en ambos sentidos, por lo que la calidad de servicio es tanto un antecedente como consecuente de la satisfacción (Berné, Múgica y Yagüe, 1996; R. Oliver, 1994; Taylor y Baker, 1994; Teas, 1993). Sobre el último punto Dabholkar (1995) explica que la calidad de servicio es netamente cognitiva y la satisfacción es afectiva, la relación causal depende del momento, situación y las personas que evalúan el servicio.

Es importante resaltar que desde la perspectiva del usuario se define la calidad de servicio, ya que es el único que puede determinar si un servicio es de calidad o no (Varo, 1994). El objetivo de los servicios de salud es satisfacer las necesidades de los usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida sobre la calidad de atención en salud (Cabello y Chirinos, 2012).

3.2.6 Calidad de atención en salud

En la actualidad parece no existir un consenso general sobre la definición de calidad de atención en salud. El concepto de calidad desde un contexto

sanitario varía de acuerdo a la perspectiva de los pacientes, profesionales de salud y los administradores de salud. Al final todas las posturas coinciden en que la calidad es la búsqueda de la excelencia en el servicio o producto que se brinda a las personas.

Para entender el concepto de calidad asistencial encontramos la propuesta teórica de Avedis Donabedian (1980) quien lo define como la atención más completa que podemos proporcionar al paciente en la búsqueda de su bienestar, evaluando las ganancias y riesgos que son parte del proceso de atención. En el mismo sentido, Ruelas y Querol (1994) definen que es el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente.

Según Donabedian (1990) la calidad asistencial tiene tres componentes: El componente técnico, es la aplicación de la tecnología y las ciencias médicas en el manejo del problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos. El segundo componente es el interpersonal, enfocado en la relación médico-paciente, basado en la premisa de que la relación entre las personas debe seguir las normas, valores sociales y expectativas de cada persona. Por último, el componente del entorno, referido a las facilidades que brinda la institución para la mejor prestación del servicio al paciente.

Estas definiciones nos indican que la calidad asistencial busca primordialmente el bienestar del paciente. La calidad de atención en salud es la búsqueda de la excelencia en el servicio o tratamiento que se brinda a los pacientes cumpliendo con sus expectativas y necesidades. Bajo esta premisa en esta investigación mediremos la calidad desde la percepción del paciente sobre la atención recibida. E

3.2.7 Modelos conceptuales de calidad de servicio

Para poder comprender los conceptos teóricos y prácticos sobre la calidad de servicio, se hizo necesario agruparlos en dos grandes corrientes del

pensamiento académico: la nórdica y la norteamericana (Brady y Cronin, 2001; Duque, 2005).

3.2.7.1 Escuela nórdica.

En Suecia a finales de los años 70 se empezaron a desarrollar las bases del estudio sobre calidad en los servicios. Esta corriente se basa en modelos cualitativos; principalmente en los aportes realizados por Christian Grönroos (1984), quien identifica tres dimensiones que intervienen en la calidad total percibida: la calidad técnica, la dimensión funcional de los procesos y la imagen corporativa. La medición de la calidad de servicios se realiza a partir de la opinión del cliente.

Grönroos (1984) menciona que los niveles de calidad aceptables se alcanzan cuando la calidad percibida iguale o supere la calidad esperada; o cuando lo experimentado corresponde con las expectativas del cliente.

3.2.7.2 Escuela norteamericana.

La escuela norteamericana se funda en los trabajos pioneros de Parasuraman et al. (1985,1988), los cuales se concretan en tres aspectos básicos: la definición del constructo de calidad de servicio e identificación de las dimensiones que lo integran, la creación de una escala de medición SERVQUAL (Service Quality) y el desarrollo de un modelo de calidad de servicio basado en la existencia de deficiencias (gaps) que explican la diferencia entre el servicio esperado y recibido.

- **Modelo SERVQUAL**

El estudio de la calidad de servicio fue fundamentado inicialmente por Parasuraman et al. (1985), bajo el modelo conceptual de la teoría de las Brechas o Gaps, donde se explican las diferencias entre las expectativas de los usuarios y su percepción sobre el servicio recibido.

El modelo multidimensional SERVQUAL fue desarrollado por Parasuraman et al. (1988), propone que las expectativas están condicionadas por: 1) la comunicación boca-oído, 2) necesidades personales de los usuarios, 3) sus experiencias previas y 4) la comunicación externa de los proveedores del servicio. Mediante una investigación cuantitativa encontraron elevadas correlaciones entre las dimensiones de fiabilidad, seguridad, elementos tangibles, capacidad de respuesta y empatía que posteriormente conformarían la escala SERVQUAL.

A partir de estas cinco dimensiones Parasuraman et al. (1988), desarrollaron un instrumento de medida para la evaluación de la calidad de servicio. Los ítems del instrumento pueden adaptarse a las características especiales de algunos servicios. Es una escala concisa de aceptable fiabilidad y validez.

A diferencia de la evaluación en la calidad de los productos, que pueden ser medidos objetivamente por su duración o defectos, la calidad en los servicios es difícil de medir porque es algo pasajero (Parasuraman et al. 1988). Para los autores la calidad del servicio es la diferencia entre las expectativas y percepciones de los clientes. De este modo, si el puntaje de las percepciones superará a las expectativas, esto implicaría una elevada calidad percibida del servicio y alta satisfacción en el usuario.

- **Modelo SERVPERF**

Las críticas teóricas y operativas hacia la escala SERVQUAL generaron un amplio debate sobre la fiabilidad y validez del instrumento. Carman (1990) menciona que existe muy poca evidencia empírica que sustente que la diferencia entre expectativas y percepciones sean la base para evaluar la calidad de servicio percibida.

En este sentido Cronin y Taylor (1992) propusieron un modelo alternativo SERVPERF (SERVice PERFormance) para evaluar la calidad de servicio,

midiendo solo las percepciones de los usuarios sobre el desempeño del servicio. El razonamiento que sustenta el SERVPERF está relacionado con los problemas de interpretación del concepto de expectativa, su variabilidad en el transcurso de la prestación del servicio y en su redundancia respecto a las percepciones del servicio recibido.

Cronin y Taylor (1992) concluyeron que la satisfacción del cliente es producto de la calidad de servicio y que esta influye en la intención de compra del cliente. Este modelo utiliza los mismos ítems y dimensiones del SERVQUAL, a excepción de lo referido a las expectativas del cliente.

3.3 Identificación de las variables

Síndrome de Burnout: Es una respuesta al estrés laboral crónico que se manifiesta en un conjunto de síntomas físicos y psicológicos que aparecen progresivamente en los trabajadores. Se expresan principalmente con desmotivación, insatisfacción laboral y agotamiento emocional, que van deteriorando y condicionando su rendimiento laboral (Maslach y Jackson, 1981b).

Dimensiones del síndrome de Burnout: De acuerdo a la perspectiva psicosocial, se produce por la presencia de las siguientes variables descritas por Maslach y Jackson (1981b):

Agotamiento emocional: Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, que se caracteriza por la presencia de síntomas físicos y emocionales. Las personas se encuentran emocionalmente agotadas de la cotidianidad como parte de su trabajo al servicio de personas sean estos pacientes, colegas, entre otros.

Despersonalización: Se refiere a la expresión de actitudes y sentimientos negativos como insensibilidad y cinismo hacia otras personas. Se manifiesta con aumento de la irritabilidad, falta de motivación en el trabajo y distanciamiento afectivo no solo hacia las personas que atiende sino también a sus compañeros de trabajo.

Baja realización personal: Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente a sí mismos y a su trabajo. Esa evaluación negativa afecta su habilidad en la realización de su trabajo y la relación con las personas a las que atienden.

Calidad de atención: Es el proceso por el que los usuarios evalúan el nivel de desempeño del servicio recibido. La calidad de servicio es medida a través de las percepciones de los pacientes de acuerdo a sus preferencias y subjetividad (Cronin y Taylor, 1994).

Dimensiones de la calidad de atención: Basados en las cinco dimensiones que se utilizan en la escala SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988, p.23):

- **Fiabilidad:** Es la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- **Seguridad:** Es el conocimiento, atención y habilidades de los trabajadores que inspiran credibilidad y confianza al usuario.
- **Elementos Tangibles:** Se refiere a la apariencia de las instalaciones físicas, como la infraestructura, equipos de apariencia moderna y el aspecto del personal.

- **Capacidad de respuesta:** Es la buena disposición del personal para ofrecer ayuda al paciente y proporcionarle un servicio oportuno. También se refiere a la prontitud para resolver dudas, quejas y solucionar problemas de los usuarios.
- **Empatía:** Es el cuidado y atención personalizada que las empresas proporcionan a los usuarios. Se preocupan por dar un servicio adaptado a las necesidades de los usuarios.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y nivel de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo porque se basa en la medición numérica y análisis estadístico de los datos recolectados. Es de tipo descriptivo-correlacional; es descriptivo porque buscan especificar, describir las características y niveles de las variables estudiadas. Es correlacional porque se busca establecer relaciones entre las variables sin establecer sentido de causalidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El propósito del presente estudio se encuentra enmarcado en la investigación básica, el cual busca obtener y producir nuevos conocimientos sin fines prácticos inmediatos, dirigido a incrementar el conocimiento científico (Arias, 2006; Landeau, 2007).

4.2 Diseño de la investigación

La investigación posee un diseño no experimental, pues se limitó a observar la ocurrencia de las situaciones sin condicionar los efectos de las variables, de corte transversal, ya que se realizó en un tiempo determinado y son preferibles para variables dependientes que se mantienen en el tiempo. Su interés es principalmente asociativo, donde la relación causa-

efecto de las variables cumple un rol secundario (Ato, López y Benavente, 2013).

4.3 Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 1								
TÍTULO: SÍNDROME DE BURNOUT								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
SÍNDROME DE BURNOUT	Cuantitativo	Es una respuesta al estrés laboral crónico, manifestada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y atiende; también hacia el propio rol profesional (Maslach y Jackson, 1981b).	Son las respuestas brindadas por los profesionales de salud. Comprenden las manifestaciones de conflicto en el trabajo, que se traducen en mecanismos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Medidas a través del Inventario de Burnout de Maslach (MBI).	Agotamiento emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio emocional por el trabajo. - Agotamiento físico. - Bajo rendimiento laboral. - Sentimientos de desesperanza y desinterés. 	1,2,3,6,8,13,14,16,20	Alto Medio Bajo	<ul style="list-style-type: none"> >=21 Alto 12-20 Medio <=11 Bajo
				Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de frustración y aburrimiento en el trabajo. - Trato impersonal hacia los pacientes. - Actitudes negativas hacia las personas. 	5,10,11,15,22		<ul style="list-style-type: none"> >=7 Alto 3-6 Medio <=2 Bajo
				Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia positiva con su trabajo en la vida de otras personas. - Resolución eficaz de los problemas de los pacientes. - Vitalidad personal, se siente estimulado después de trabajar con sus pacientes. 	4,7,9,12,17,18,19,21		<ul style="list-style-type: none"> <=39 Alto 40-43 Medio >=44 Bajo

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 2								
TÍTULO: CALIDAD DE ATENCIÓN								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
CALIDAD DE ATENCIÓN	Cuantitativo	Cronin y Taylor (1994) refieren que la calidad de atención es una actitud del consumidor, que se genera por las percepciones de los usuarios sobre el servicio recibido.	Son las respuestas dadas por los pacientes que asisten al servicio de consulta externa. Comprenden las percepciones sobre el nivel de desempeño del servicio recibido en el hospital. Medidas a través de la escala SERVPERF que consta de 22 ítems.	Fiabilidad	-Sincero interés por resolver problemas. -Cumplen con el servicio prometido. -Puntualidad en la atención. -Desempeñar correctamente el servicio.	1,2,3,4,5	Alta Media Baja	>101 Alta 69-100 Media <68 Baja
				Capacidad de respuesta	-Eficiencia en la atención. -Intervención oportuna. -Personal de salud dispuesto ayudar a los pacientes.	6,7,8,9		
				Seguridad	-Personal de salud que inspire confianza al paciente. -Pacientes se sienten seguros con la atención recibida. -Habilidades y destrezas del personal de salud.	10,11,12,13		
				Empatía	-Cortesía del personal. -Comprensión de las necesidades de los pacientes -Preocupación por los intereses de los pacientes. -Atención individualizada al paciente.	14,15,16,17,18		
				Aspectos tangibles	-Equipos modernos de salud. -Apariencia del personal de salud. -Orden y limpieza de los ambientes. -Infraestructura moderna.	19,20,21,22		

4.4 Hipótesis

4.4.1 Hipótesis general

H_a: Existe relación significativa entre el síndrome de Burnout en personal de salud y calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

H₀: No existe relación significativa entre el síndrome de Burnout en personal de salud y calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

4.4.2 Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.
- Existe relación significativa entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.
- Existe relación significativa entre las variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, profesión y condición laboral) con el síndrome de Burnout en personal de salud del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

4.5 Población y muestra

En el presente estudio la población se dividirá en dos grupos. El primero corresponde a 90 profesionales de salud que laboran en el servicio de consulta externa; durante los meses de Enero y Febrero del año 2020, que aceptaron participar en la investigación. El segundo corresponde a los

pacientes atendidos en el servicio de consulta externa; durante los meses de Enero y Febrero del año 2020, que aceptaron participar en la investigación.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por los profesionales de salud que laboran en el servicio de consulta externa, que aceptaron participar y cumplieron con los criterios de inclusión, fueron 56. Además por los pacientes que se atendieron en el servicio de consulta externa en el año 2020, que aceptaron participar en la investigación, fueron 56.

La muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia. Los participantes fueron elegidos por el investigador teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:**

- Profesionales de salud que laboren en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica por un período mínimo de un año.
- Profesionales de salud que acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado.
- Pacientes ambulatorios o asegurados (SIS) que son atendidos en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica.
- Pacientes mayores de 18 años de edad que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que tengan como mínimo dos citas cumplidas al momento de la encuesta.

- **Criterios de exclusión:**

-Profesionales de salud que laboran en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica por un período menor a un año.

-Profesionales de salud que se encuentren en período de licencia o vacaciones.

-Profesionales de salud que no deseen colaborar con el estudio.

-Acompañantes de los pacientes, los cuales no se hayan atendido en el hospital.

-Pacientes con alguna discapacidad mental, física que les impida responder la encuesta.

-Pacientes menores de 18 años o que no acepten participar en el estudio.

4.6 Técnicas e instrumentos: Validación y confiabilidad

En la presente investigación la técnica que se utilizó fue la encuesta y los instrumentos que se emplearon para recolectar los datos fueron:

4.6.1 Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Para evaluar el SB se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach (2ª versión), creado y validado por Maslach y Jackson (1986). Según las autoras los índices de confiabilidad son de 0.90 para agotamiento emocional, 0.71 para realización personal y 0.79 en despersonalización.

El cuestionario consta de 22 ítems que evalúan los sentimientos, actitudes y pensamientos en relación al trabajo con siete opciones de respuesta en

escala tipo Likert (0=Nunca; 1=Pocas veces al año o menos; 2=Una vez al mes o menos; 3=Algunas veces al mes; 4=Una vez a la semana; 5=Pocas veces a la semana; y 6=Todos los días), que se distribuyen en tres subescalas:

Agotamiento Emocional (AE): Conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. La puntuación máxima es de 54, y el puntaje alto es directamente proporcional a la aparición del SB.

Despersonalización (D): Conformado por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. La puntuación máxima es de 30, y el puntaje alto es directamente proporcional a la aparición del SB.

Realización Personal (RP): Conformado por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La puntuación máxima es de 48, y el puntaje alto de esta escala es indirectamente proporcional a la aparición del SB. Es decir, a menor puntaje de realización personal mayor es la posibilidad de presentar el síndrome.

Este instrumento fue adaptado en el Perú por Llaja, Sarriá y García (2007), aplicado en profesionales de la salud, donde obtuvieron un adecuado índice de consistencia interna de 0.80 para el agotamiento emocional, 0.56 para despersonalización y 0.72 para realización personal. Los autores propusieron crear niveles adicionales para interpretar la presencia del síndrome de Burnout, entendiéndola como una variable continua ascendente, de este modo categorizaron los puntajes de los síntomas clínicos en “alto”, “medio” y “bajo”, los cuales fueron agrupados como “riesgo” (presencia de un síntoma), “tendencia” (presencia de dos síntomas) y “burnout” (presencia de tres síntomas). En la tabla 3 y 4 se especifican los criterios para determinar los niveles del síndrome de Burnout y los puntos de corte para cada una de sus dimensiones.

Tabla 3. Niveles del síndrome de Burnout

Niveles de síndrome de Burnout	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Riesgo	Alto Medio o Bajo Medio o Bajo	Medio o Bajo Alto Medio o Bajo	Alto o Medio Alto o Medio Bajo
Tendencia	Alto Medio o Bajo	Medio o Bajo Alto	Bajo Bajo
Burnout	Alto	Alto	Alto o Medio Bajo

Fuente: Llaja et al. (2007)

Tabla 4. Puntos de corte para el puntaje de las dimensiones del síndrome de Burnout

Nivel	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	≤ 11	≤ 2	≥ 44
Medio	12 - 20	3 - 6	40 - 43
Alto	≥ 21	≥ 7	≤ 39

Fuente: Llaja et al. (2007)

La presencia del síndrome de Burnout debe cumplir con los requisitos de puntuaciones altas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, así como, puntajes bajos en realización personal (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

4.6.2 Escala SERVPERF (Service Performance)

Para evaluar la calidad de servicio percibida se utilizará la escala SERVPERF, que fue desarrollada y validada por Cronin y Taylor (1992,1994) con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.9098 y alfa estandarizado de 0.9238. Para la presente investigación tomaremos como referencia la encuesta de “percepciones” de la escala SERVQUAL modificada por Cabello y Chirinos (2012) para medir la calidad de atención, que tiene un valor de 0.98 en el alfa de Cronbach para consulta externa.

El cuestionario está compuesto por 22 preguntas de percepciones sobre el servicio, con una escala de evaluación, que va desde 1 (menor calificación) a 7 (mayor calificación). Está dividida en las siguientes dimensiones:

Fiabilidad: Preguntas del 01 al 05.

Capacidad de Respuesta: Preguntas del 06 al 09.

Seguridad: Preguntas del 10 al 13.

Empatía: Preguntas del 14 al 18.

Aspectos Tangibles: Preguntas del 19 al 22.

La puntuación SERVPERF se calcula como la sumatoria de las puntuaciones de percepción:

$$\text{SERVPEF} = \sum P_j$$

4.7 Recolección de datos

En el estudio se utilizaron las siguientes técnicas para recolectar datos:

- **La encuesta:** se recogió las respuestas de los pacientes y personal de salud a través de los instrumentos psicológicos previamente establecidos, de acuerdo a las variables de estudio.
- **La entrevista no estructurada:** se realizaron preguntas abiertas a los participantes del estudio con el objetivo de obtener información sobre la realidad problemática y profundizar sobre sus experiencias en el lugar de investigación.

4.8 Técnicas de análisis e interpretación de datos

4.8.1 Técnicas del procesamiento de la información

Para la presente investigación se enviaron las respectivas solicitudes para obtener la aprobación y permiso del Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica, donde se realizó el trabajo de campo. Después se procedió con la aplicación de los cuestionarios a los participantes del estudio, el cual se dividió en dos grupos. El primer grupo estuvo conformado por los pacientes del servicio de consulta externa, los cuales fueron encuestados en forma aleatoria luego de haberse atendido. El segundo grupo estuvo conformado por los profesionales de salud que laboraban en el servicio de consulta externa, los cuales fueron encuestados al final de su horario de trabajo y habiendo firmado el consentimiento correspondiente.

Habiendo culminado con la recolección de las encuestas se realizó la revisión de los cuestionarios aplicados, descartando los que tuvieran errores en el llenado o hayan olvidado responder alguna pregunta. Luego se procedió a recopilar los datos de los cuestionarios en una base de datos utilizando la hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2010. Por último se envió la base de datos construida al paquete estadístico SPSS versión 22, para realizar el procesamiento estadístico de los datos.

4.8.2 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Para el análisis descriptivo de los datos recopilados se utilizó tablas de distribución de frecuencias, porcentajes, además de gráficos. Para la estadística inferencial se aplicó el estadístico Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables cuantitativas.

Posteriormente para comprobar las hipótesis de investigación se utilizaron las pruebas estadísticas no paramétricas Chi-Cuadrado para evaluar la dependencia entre las variables categóricas, V de Cramer para determinar la magnitud de asociación; y el coeficiente de correlación de Spearman para encontrar relación entre las variables ordinales. El nivel de confianza establecido en nuestra investigación es del 95% con un nivel de significación de 0.05.

Los resultados de la investigación se presentaron en cuadros y gráficos generados en el programa Microsoft Excel 2010. Se utilizó el programa Microsoft Word 2010 para la redacción del informe final de la investigación.

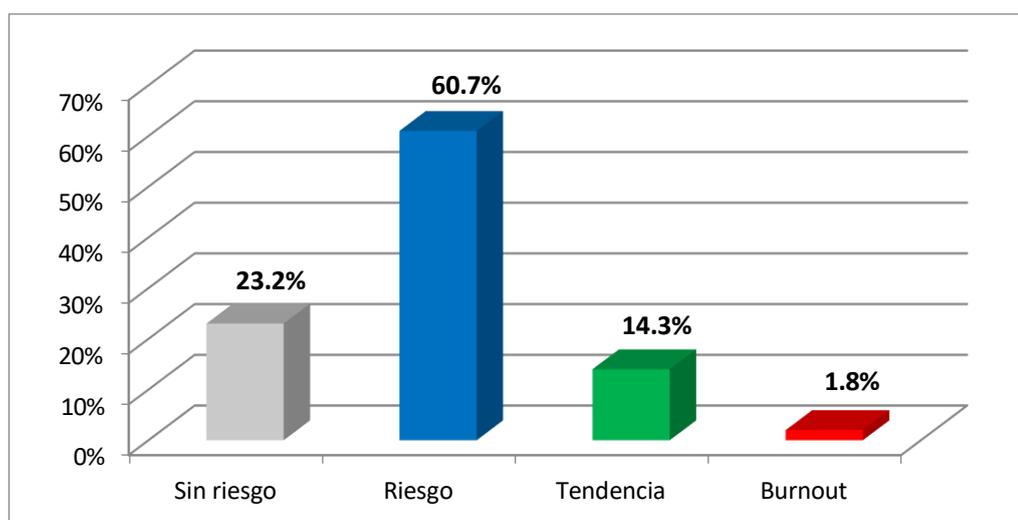
V. RESULTADOS

5.1 Presentación e interpretación de resultados

Tabla 5. Nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica: escala general

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin riesgo	13	23.2	23.2
Riesgo	34	60.7	83.9
Tendencia	8	14.3	98.2
Burnout	1	1.8	100.0
Total	56	100.0	

Figura 1. Síndrome de Burnout: escala general



Fuente: Elaboración propia

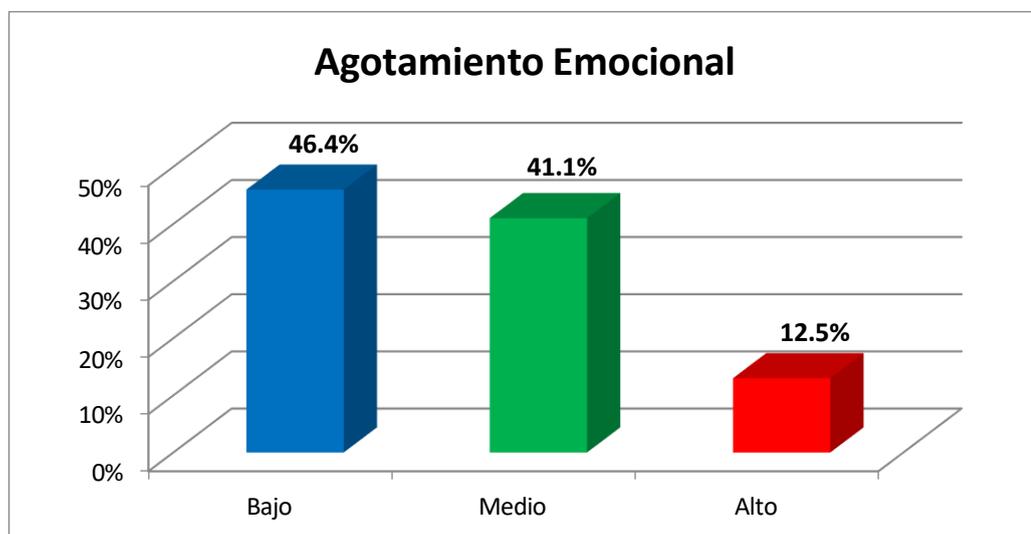
Interpretación: Se observa en la tabla 3 que del 100% que corresponde a la muestra (56), un 23.2% (13) no presentan riesgo de estar afectados por el SB, mientras que un 60.7% (34) muestra riesgo, un 14.3% (8) tendencia a padecer de SB y un 1.8% (1) muestra presencia clara de Burnout. Es decir, que más de la mitad del personal presenta riesgo de padecer el SB.

Tabla 6. Nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica: Agotamiento emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	26	46.4	46.4
Medio	23	41.1	87.5
Alto	7	12.5	100.0

Total	56	100.0
-------	----	-------

Figura 2. Síndrome de Burnout: Agotamiento emocional



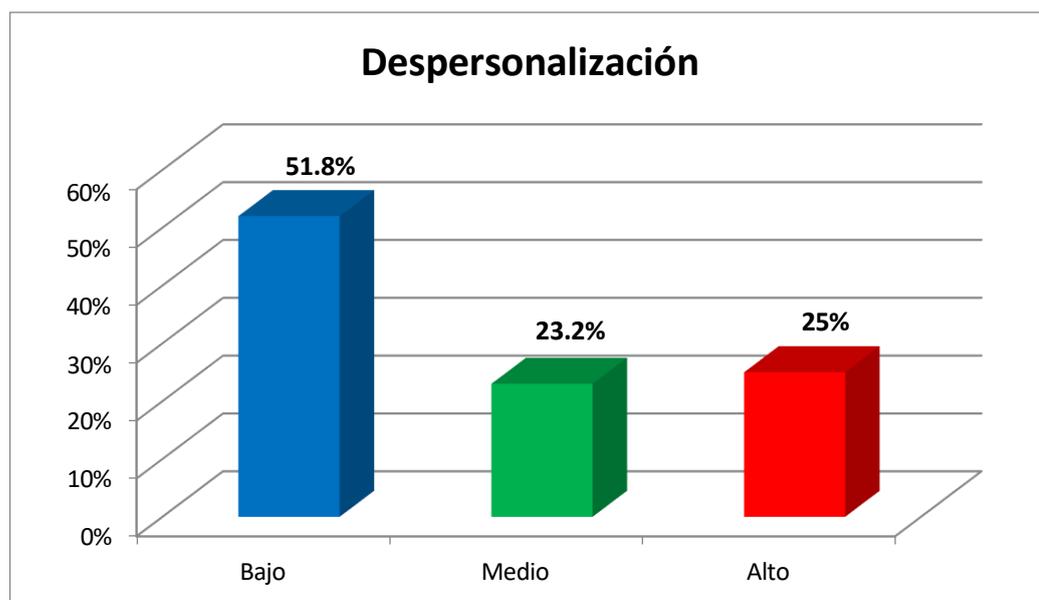
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Según la tabla 4, en relación con la dimensión Agotamiento emocional, se puede apreciar que del 100 % que corresponde a la muestra (56), un 12.5% (7) presentan niveles altos, mientras que un 41.1% (23) muestra un nivel medio, y el 46.4% (26) presenta niveles bajos. Es decir, que un mayor porcentaje del personal de salud presenta niveles bajos de cansancio emocional, abatimiento y dejadez.

Tabla 7. Nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica: Despersonalización

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	29	51.8	51.8
Medio	13	23.2	75.0
Alto	14	25.0	100.0
Total	56	100.0	

Figura 3. Síndrome de Burnout: Despersonalización



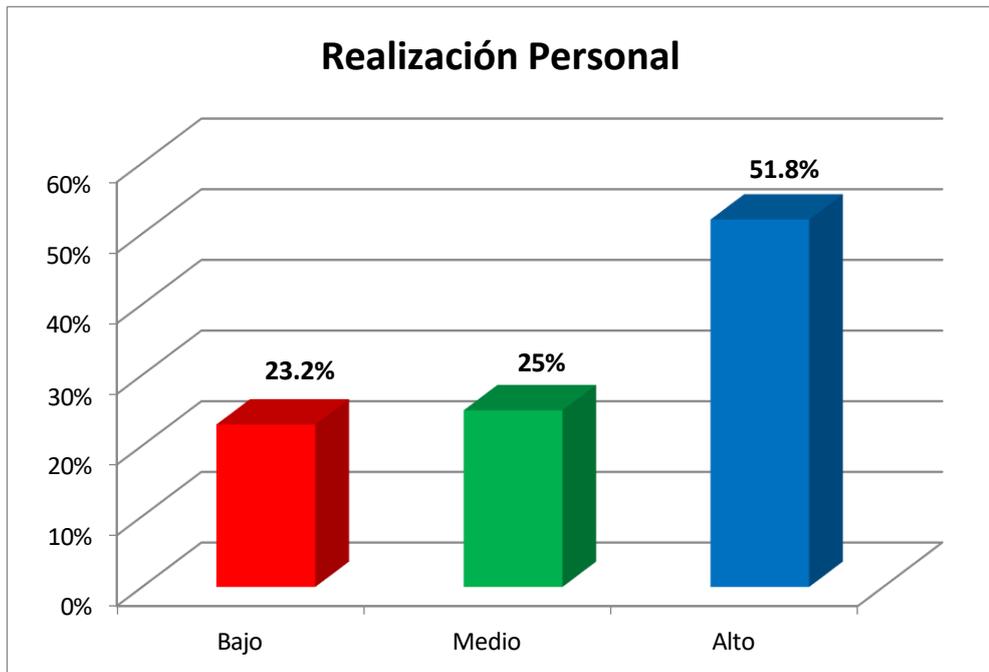
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Según la tabla 5, en relación con la dimensión Despersonalización, se puede apreciar que del 100% que corresponde a la muestra (56), un 25% (14) presenta niveles altos, mientras que un 23.2% (13) muestra un nivel medio y, solamente, el 51.8% (29) presenta niveles bajos. Es decir, que un gran porcentaje del personal de salud refiere niveles bajos en esta dimensión, en contraste un porcentaje menor presenta distanciamiento emocional y trato impersonal con sus pacientes.

Tabla 8. Nivel de síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica: Realización personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	13	23.2	23.2
Medio	14	25.0	48.2
Alto	29	51.8	100.0
Total	56	100.0	

Figura 4. Síndrome de Burnout: Realización personal



Fuente: Elaboración propia

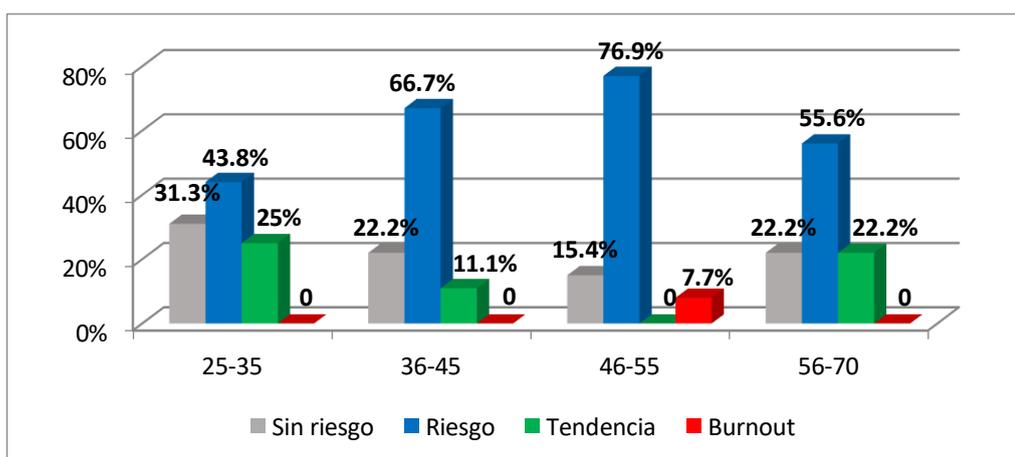
Interpretación: Según la tabla 6, en relación con la dimensión Realización Personal, se puede apreciar que del 100% que corresponde a la muestra (56), un 51.8% (29) presenta niveles altos, mientras que un 25% (14) muestra un nivel medio y, solamente, el 23.2% (13) presenta niveles bajos. Es decir, que un gran porcentaje de los profesionales de salud refiere

niveles altos de realización personal, manifestados en motivación, autoeficacia y actitud positiva hacia su trabajo.

Tabla 9. Síndrome de Burnout: edad

Edad	Sin riesgo		Riesgo		Tendencia		Burnout		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
25-35	5	31.3	7	43.8	4	25	0	0	16	28.6
36-45	4	22.2	12	66.7	2	11.1	0	0	18	32.1
46-55	2	15.4	10	76.9	0	0	1	7.7	13	23.2
56-70	2	22.2	5	55.6	2	22.2	0	0	9	16.1
Total	13		34		8		1		56	

Figura 5. Síndrome de Burnout: edad



Fuente: Elaboración propia

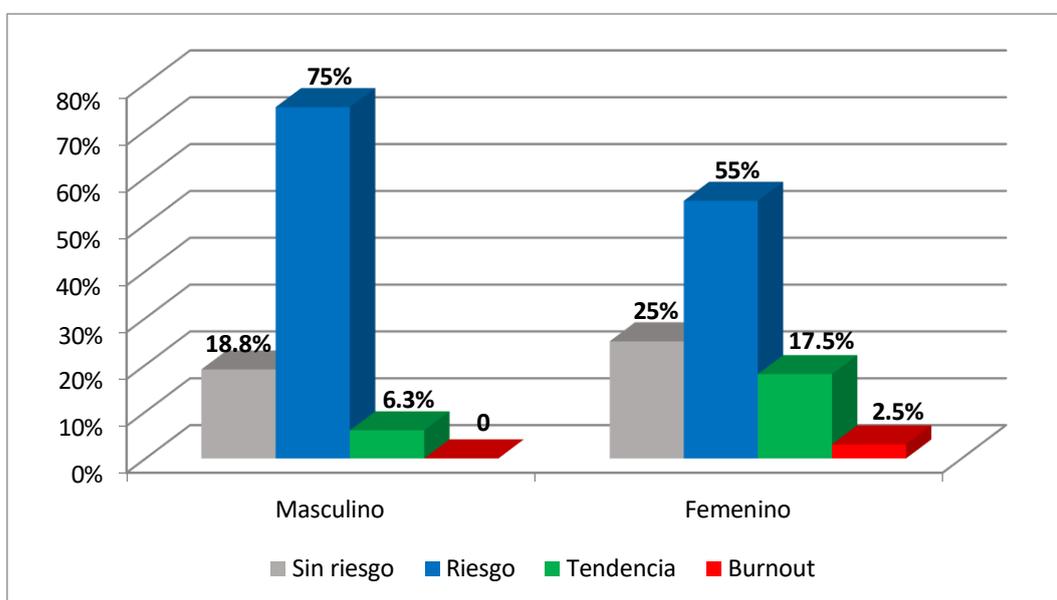
Interpretación: se observa en la tabla 7 que, con respecto a la edad de los sujetos evaluados, los datos más relevantes nos indican que, el grupo de edad más evaluado fue el de 36-45 años con una representatividad del 32.1% (18). El grupo de edad con presencia de un caso (7.7% de ese grupo) del SB son los de 46-55 años, asimismo presenta el mayor porcentaje de riesgo con un 76.9% a diferencia del resto de grupos por edades. El grupo de edad con mayor porcentaje de posibles casos de SB son los 25-35 años con un 25%, seguido del grupo de edad de los 56-70

años con 22.2%. Como se observa en la tabla 7, con el pasar de los años, se mantiene la tendencia de padecer SB aparentemente.

Tabla 10. Síndrome de Burnout: sexo

Sexo	Sin riesgo		Riesgo		Tendencia		Burnout		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	3	18.8	12	75	1	6.3	0	0	16	28.6
Femenino	10	25	22	55	7	17.5	1	2.5	40	71.4
Total	13		34		8		1		56	

Figura 6. Síndrome de Burnout: sexo



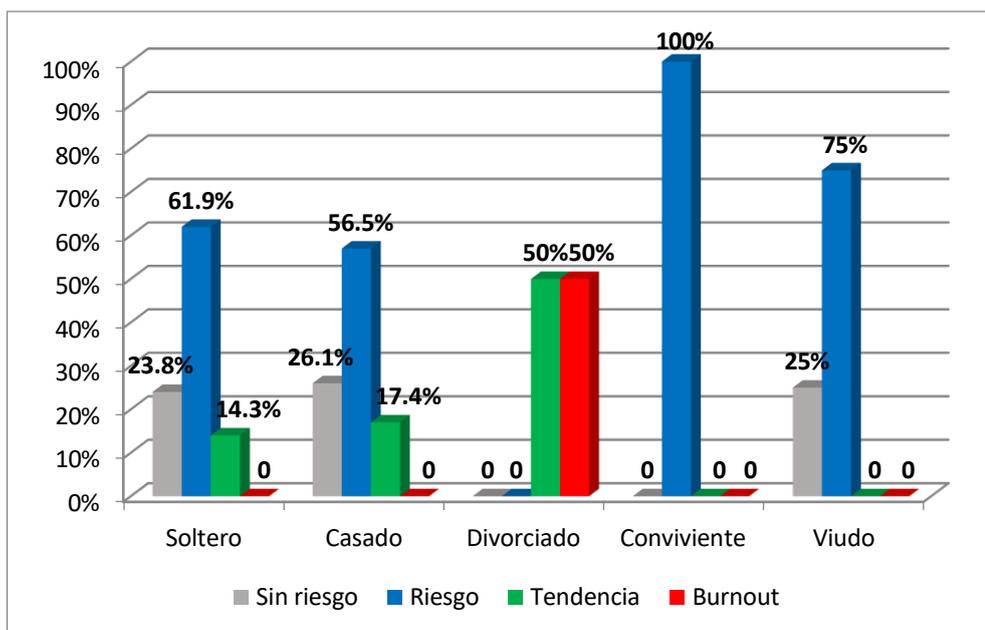
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: se observa en la tabla 8 que, con respecto al sexo de los sujetos evaluados, los datos más relevantes nos indican que, el grupo de sexo más evaluado fue el femenino con una representatividad del 71.4% (40), de los cuales solo 1 (2.5% de ese grupo) presenta SB a diferencia del grupo de masculino que no ha mostrado ninguno. El grupo femenino es el que ha alcanzado mayor porcentaje de posibles casos del síndrome, dado que un 17.5% muestra una tendencia, mientras que el grupo masculino muestra mayor porcentaje (75%) de riesgo. Como se observa en la tabla 8, las mujeres serían más propensas a sufrir SB aparentemente.

Tabla 11. Síndrome de Burnout: estado civil

Estado Civil	Sin riesgo		Riesgo		Tendencia		Burnout		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Soltero	5	23.8	13	61.9	3	14.3	0	0	21	37.5
Casado	6	26.1	13	56.5	4	17.4	0	0	23	41.1
Divorciado	0	0	0	0	1	50	1	50	2	3.6
Conviviente	0	0	2	100	0	0	0	0	2	3.6
Viudo	2	25	6	75	0	0	0	0	8	14.3
Total	13		34		8		1		56	

Figura 7. Síndrome de Burnout: estado civil



Fuente: Elaboración propia

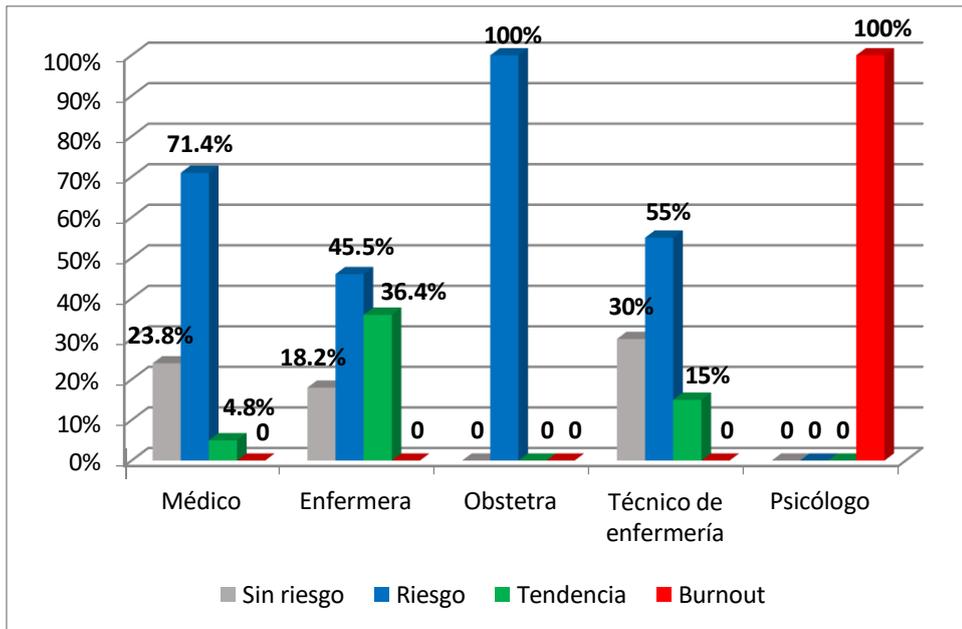
Interpretación: se observa en la tabla 9 que, con respecto al estado civil de los sujetos evaluados, los datos más relevantes nos indican que, el grupo de estado civil más evaluado fue el casado con una representatividad del 41.1% (23). Solo un sujeto muestra SB y pertenece al estado civil divorciado con un 50% de ese grupo, a su vez, presentan mayor tendencia al SB con un 50%, seguido del estado civil casado con un 17.4%. El estado civil conviviente muestra a todos sus evaluados con riesgo (100%), seguido

por el estado civil viudo con un 75%. El estado civil casado presenta mayor porcentaje sin riesgo (26.1%), seguido del estado civil soltero con un 23.8%. Como se observa en la tabla 9, el estado civil casado es el que ha sido más evaluado, pero con respecto al nivel de SB la gran mayoría se muestra con riesgo de padecerlo aparentemente.

Tabla 12. Síndrome de Burnout: profesión

Profesión	Sin riesgo		Riesgo		Tendencia		Burnout		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Médico	5	23.8	15	71.4	1	4.8	0	0	21	37.5
Enfermera	2	18.2	5	45.5	4	36.4	0	0	11	19.6
Obstetra	0	0	3	100	0	0	0	0	3	5.4
Técnico de enfermería	6	30	11	55	3	15	0	0	20	35.7
Psicólogo	0	0	0	0	0	0	1	100	1	1.8
Total	13		34		8		1		56	

Figura 8. Síndrome de Burnout: profesión



Fuente: Elaboración propia

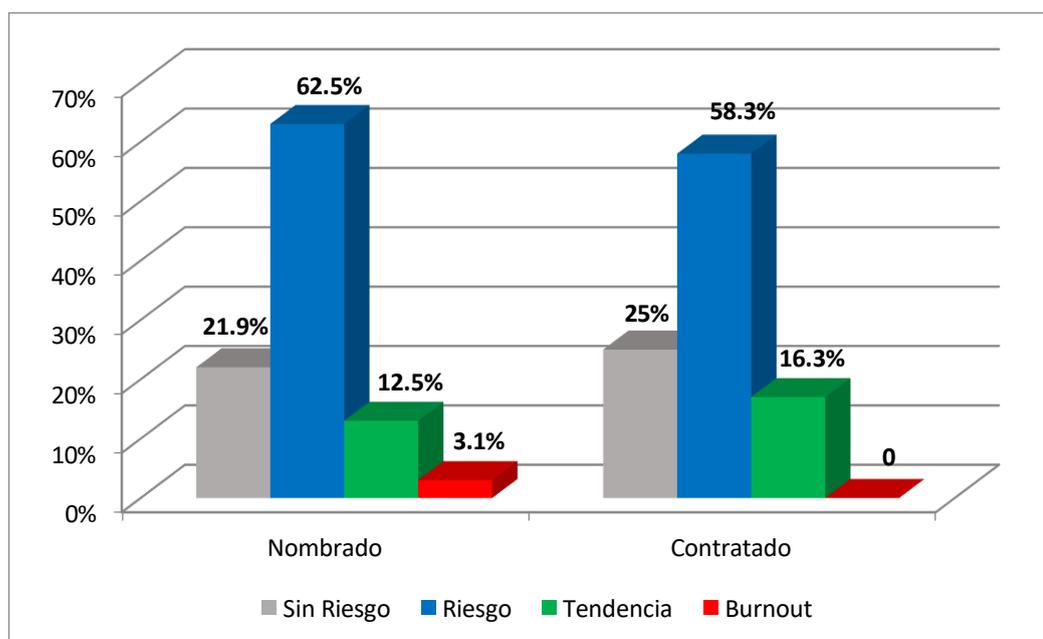
Interpretación: se observa en la tabla 10 que, con respecto la profesión que desempeñan los sujetos evaluados, los datos más relevantes nos indican que, los profesionales más evaluados fueron los médicos con un 37.5% (21), seguidos por los técnicos en enfermería con un 35.7% (20). Solo un sujeto muestra SB siendo su profesión psicólogo con un 100% de ese grupo. La profesión que ha alcanzado mayor porcentaje de posibles casos de SB sería enfermería, ya que el 36.4% de los evaluados muestran una tendencia para desarrollar el síndrome. La profesión de obstetra muestra a todos sus evaluados con riesgo (100%), seguido por los médicos

con un 71.4%. En contraste la profesión de técnico en enfermería presenta mayor porcentaje sin riesgo (30%). Como se observa en la tabla 10, la profesión más evaluada son los médicos, pero con respecto al nivel de SB la gran mayoría se muestra sin riesgo de padecerlo aparentemente.

Tabla 13. Síndrome de Burnout: condición laboral

Condición Laboral	Sin riesgo		Riesgo		Tendencia		Burnout		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nombrado	7	21.9	20	62.5	4	12.5	1	3.1	32	57.1
Contratado	6	25	14	58.3	4	16.7	0	0	24	42.9
Total	13		34		8		1		56	

Figura 9. Síndrome de Burnout: condición laboral



Fuente: Elaboración propia

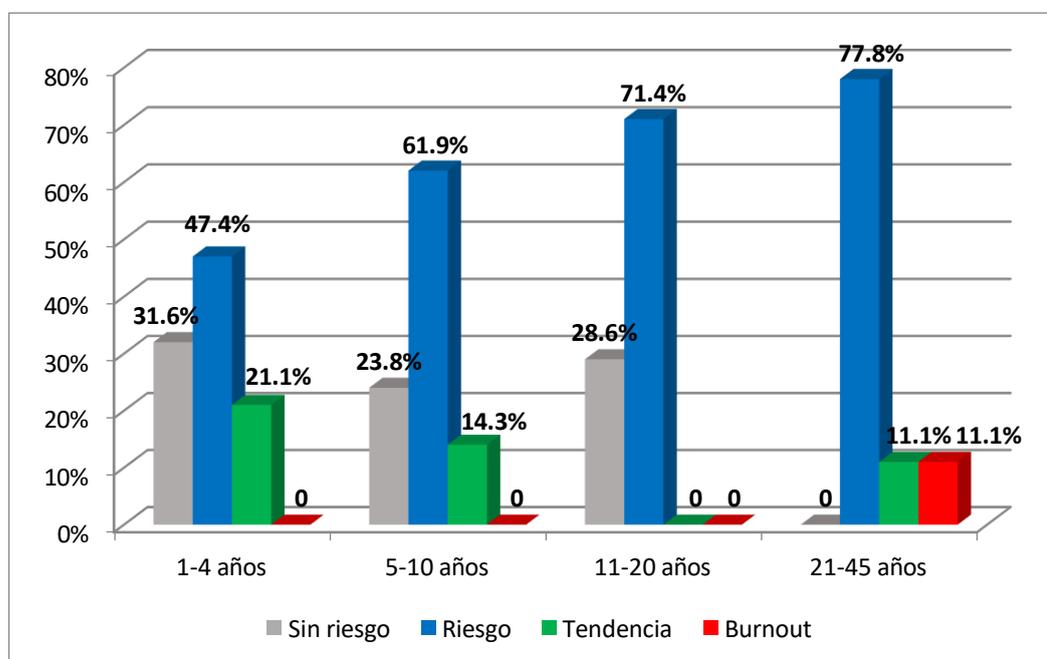
Interpretación: se observa en la tabla 11 que, con respecto a la condición laboral de los sujetos evaluados, los datos más relevantes nos indican que, la condición laboral con más evaluados fueron los nombrados con una representatividad del 57.1% (32), de los cuales solo 1 (3.1% de ese grupo) presenta SB a diferencia de los contratados que no han mostrado ninguno. Los contratados han alcanzado mayor porcentaje de posibles casos de SB, dado que un 16.3% muestra una tendencia, mientras que los nombrados muestran mayor porcentaje (62.5%) con riesgo. Como se observa en la tabla 11, los nombrados serían un poco más propensos a sufrir SB aparentemente.

Tabla 14. Síndrome de Burnout: antigüedad laboral

Sin riesgo	Riesgo	Tendencia	Burnout	Total
------------	--------	-----------	---------	-------

Antigüedad											
Laboral	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
1-4	6	31.6	9	47.4	4	21.1	0	0	19	33.9	
5-10	5	23.8	13	61.9	3	14.3	0	0	21	37.5	
11-20	2	28.6	5	71.4	0	0	0	0	7	12.5	
21-45	0	0	7	77.8	1	11.1	1	11.1	9	16.1	
Total	13		34		8		1		56		

Figura 10. Síndrome de Burnout: antigüedad laboral



Fuente: Elaboración propia

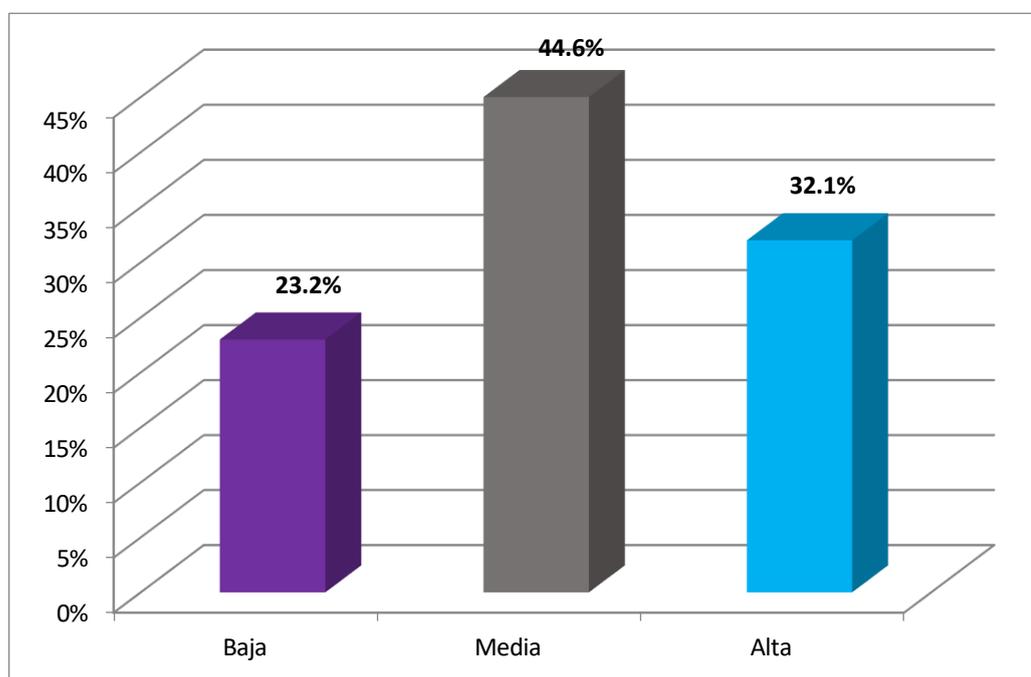
Interpretación: se observa en la tabla 12 que, con respecto a la antigüedad laboral de los sujetos evaluados, los datos más relevantes nos indican que el tiempo de antigüedad con más evaluados fue entre los 5-10 años con una representatividad del 37.5% (21). El grupo de antigüedad laboral entre los 21-45 años presenta el único caso de SB (11.1% de ese grupo), además el mayor porcentaje de riesgo con un 77.8% a comparación de los otros grupos. Los evaluados con un tiempo de antigüedad de 0-4 años han

alcanzado mayor porcentaje de posibles casos de SB, dado que un 21.1% muestra una tendencia hacia el SB, seguido del grupo entre 5-10 años con un 14.3%. Como se observa en la tabla 12, los que tienen mayor antigüedad, junto con los de menor antigüedad (1-4 años) serían más propensos a sufrir SB aparentemente.

Tabla 15. Calidad de atención: escala general

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	13	23.2	23.2
Media	25	44.6	67.9
Alta	18	32.1	100.0
Total	56	100.0	

Figura 11. Calidad de atención: escala general



Fuente: Elaboración propia

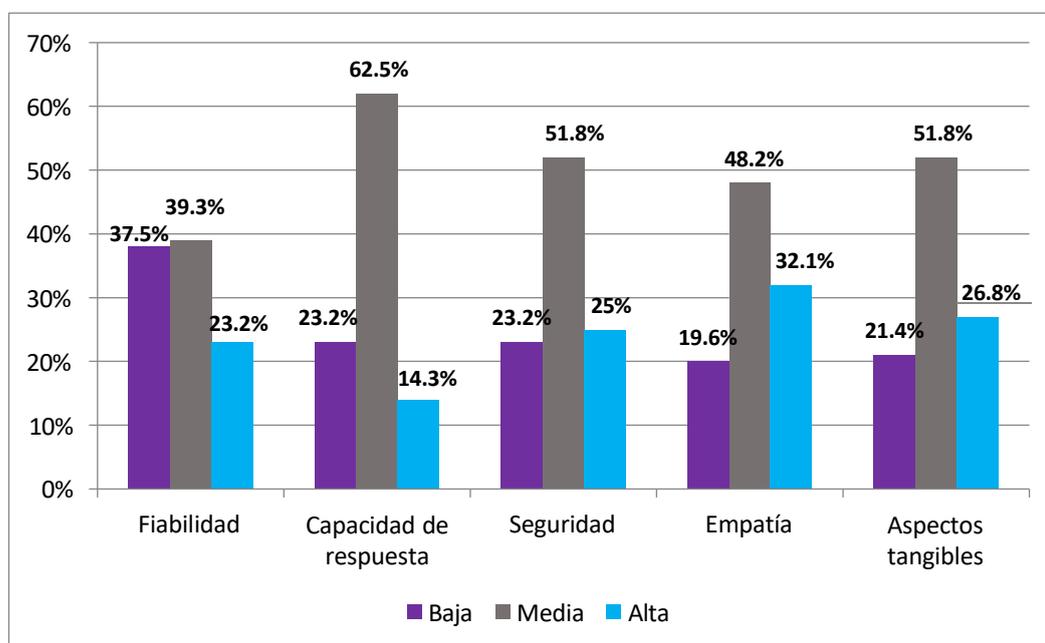
Interpretación: se observa en la tabla 13 que, del 100 % que corresponde a la muestra (56), un 23.2 % (13) refiere que el nivel de calidad de atención

es bajo, mientras un 44.6 % (25) que la calidad de atención es media y un 32.1 % (18) que la calidad de atención es alta. Es decir, que un gran porcentaje de los usuarios del servicio de consulta externa refieren que la calidad de atención en el nosocomio es media, con una tendencia a ser percibida de nivel alto.

Tabla 16. Calidad de atención: dimensiones

Dimensiones	Baja	%	Media	%	Alta	%	Total	%
Fiabilidad	21	37.5	22	39.3	13	23.2	56	100
Capacidad de respuesta	13	23.2	35	62.5	8	14.3	56	100
Seguridad	13	23.2	29	51.8	14	25	56	100
Empatía	11	19.6	27	48.2	18	32.1	56	100
Aspectos tangibles	12	21.4	29	51.8	15	26.8	56	100

Figura 12. Calidad de atención: dimensiones



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: se observa en la tabla 14 que, con respecto a las dimensiones de la calidad de atención, los datos más relevantes nos

indican que, las dimensiones con mayor porcentaje considerada de nivel alto, son Empatía con un 32.1%, seguido de Aspectos tangibles con 26.8%; mientras que las dimensiones con mayor porcentaje consideradas de nivel medio son Capacidad de respuesta con un 62.5%, Seguridad y Aspectos tangibles con 51.8% respectivamente; por último la dimensión con mayor porcentaje de baja calidad de atención, es Fiabilidad con 37.9%. Es decir, aparentemente se presentan mayores dificultades y deficiencias dentro del nosocomio en las dimensiones: Capacidad de respuesta y Fiabilidad.

Análisis inferencial

Mediante este análisis se definieron las hipótesis correspondientes, asimismo, se ha definido para el nivel de significancia un valor de 0.05 (5%) por ser el más usado para este tipo de investigación. Dada la muestra superior de 50 observados, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la elección del estadístico idóneo y determinar la normalidad de la muestra.

Tabla 17. Determinación de normalidad de la variable síndrome de Burnout

Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
.308	56	.000	.797	56	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

La prueba nos indica que la variable síndrome de Burnout posee un valor p en el orden del 0.000. Este valor es menor al nivel de significancia de 0.05 lo que demuestra que no existe una distribución normal en la misma.

Tabla 18. Determinación de normalidad de la variable Calidad de atención

Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
.226	56	.000	.807	56	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

La prueba nos indica que la variable Calidad de atención posee un valor p en el orden del 0.000. Este valor es menor al nivel de significancia de 0.05 lo que demuestra que no existe una distribución normal en la misma.

El hallazgo del nivel de significancia en ambas variables, lleva a decidir cómo estadístico idóneo el coeficiente de Spearman, el cual es propio para muestras que carecen de distribución normal.

Contrastación de la hipótesis principal:

H_a: Existe relación significativa entre el síndrome de Burnout y la calidad de atención de los profesionales de salud en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

H₀: No existe relación significativa entre el síndrome de Burnout y la calidad de atención de los profesionales de salud en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

Tabla 19. Correlación Spearman entre el síndrome de Burnout en su escala general y calidad de atención en su escala general

			Síndrome de Burnout: escala general	Calidad de atención: escala general
Rho de Spearman	Síndrome de Burnout: escala general	Coefficiente de correlación	1.000	-.068

	Sig. (bilateral)	.	.618
	N	56	56
Calidad de Atención: escala general	Coeficiente de correlación	-.068	1.000
	Sig. (bilateral)	.618	.
	N	56	56

Interpretación: se observa en la tabla 17 que, mediante la aplicación de la correlación de Spearman, existe un coeficiente de -0.068 y un valor p de 0.618 (mayor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo cual se tiene evidencia suficiente para no validar la hipótesis principal de correlación entre variables y se acepta la hipótesis nula. Es decir, no existe relación significativa, siendo la relación negativa, mínima y no significativa entre variables.

Contrastación de la primera hipótesis específica:

H₁: Existe relación significativa entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

H₀: No existe relación significativa entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

Tabla 20. Correlación Spearman entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en su escala general

		Agotamiento emocional	Calidad de atención
Rho de Spearman	Agotamiento emocional	1.000	-.240
	Coeficiente de correlación		
	Sig. (bilateral)	.	.075
	N	56	56

Calidad de atención	Coefficiente de correlación	-.240	1.000
	Sig. (bilateral)	.075	.
	N	56	56

Interpretación: se observa en la tabla 18 que, mediante la aplicación de la correlación de Spearman, existe un coeficiente de -0.240 y un valor p de 0.075 (mayor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo cual se tiene evidencia suficiente para no validar la correlación entre la dimensión de agotamiento emocional del Síndrome de Burnout y la calidad de atención. Es decir, no existe relación significativa, siendo la relación negativa, baja y no significativa entre variables.

Contrastación de la segunda hipótesis específica:

H₂: Existe relación significativa entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

H₀: No existe relación significativa entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

Tabla 21. Correlación Spearman entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en su escala general

			Calidad de atención
Rho de Spearman	Despersonalización	Coefficiente de correlación	-0.175
			1.000

	Sig. (bilateral)	.	.197
	N	56	56
Calidad de atención	Coeficiente de correlación	-.175	1.000
	Sig. (bilateral)	.197	.
	N	56	56

Interpretación: se observa en la tabla 19 que, mediante la aplicación de la correlación de Spearman, existe un coeficiente de -0.175 y un valor p de 0.197 (mayor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo cual se tiene evidencia suficiente para no validar la correlación entre la dimensión de despersonalización del Síndrome de Burnout y la calidad de atención. Es decir, no existe relación significativa, siendo la relación negativa, mínima y no significativa entre variables.

Contrastación de la tercera hipótesis específica:

H₃: Existe relación significativa entre las variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral, profesión y condición laboral) con el síndrome de Burnout en los profesionales de salud del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.

Tabla 22. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica edad

Variable	Chi-Cuadrado de Pearson	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Edad		9.240 ^a	9	0.415

Interpretación: se observa en la tabla 20 que, mediante la aplicación de la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, se obtuvo un $X^2=9.240$ y un valor p de

0.415 (mayor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo cual se tiene evidencia suficiente para no validar la relación entre la edad y el SB que tienen los evaluados. Es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 23. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica sexo

Variable	Chi-Cuadrado de Pearson	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Sexo		2.358 ^a	3	0.502

Interpretación: se observa en la tabla 21 que, mediante la aplicación de la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, se obtuvo un $X^2=2.358$ y un valor p de 0.502 (mayor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo cual se tiene evidencia suficiente para no validar la relación entre el sexo y el SB que tienen los evaluados. Es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 24. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica estado civil

Variable	Chi-Cuadrado de Pearson	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Estado civil		33.457 ^a	12	0.001

Interpretación: se observa en la tabla 22 que, mediante la aplicación de la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, se obtuvo un $X^2=33.457$ y un valor p de 0.001 (menor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo

cual se tiene evidencia suficiente para validar la relación entre el estado civil y el SB que tienen los evaluados. Es decir, existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

Cálculo de la magnitud de relación entre el síndrome de Burnout y la variable sociodemográfica estado civil

Tabla 25. Prueba V de Cramer entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica estado civil

Medida simétrica	Valor	Aprox. Sig.
V de Cramer	0.446	0.001

Interpretación: se observa en la tabla 23 que, mediante la aplicación de la prueba V de Cramer, se obtuvo un valor de 0.446; es decir, existe una relación moderada entre las variables.

Tabla 26. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica profesión

Variable	Chi-Cuadrado de Pearson	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Profesión		64.410 ^a	12	0.000

Interpretación: se observa en la tabla 24 que, mediante la aplicación de la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, se obtuvo un $X^2=64.410$ y un valor p de 0.000 (menor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo cual se tiene evidencia suficiente para validar la relación entre la profesión

y el SB que tienen los evaluados. Es decir, existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

Cálculo de la magnitud de relación entre el síndrome de Burnout y la variable sociodemográfica profesión

Tabla 27. Prueba V de Cramer entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable sociodemográfica profesión

Medida simétrica	Valor	Aprox. Sig.
V de Cramer	0.619	0.000

Interpretación: se observa en la tabla 25 que, mediante la aplicación de la prueba V de Cramer, se obtuvo un valor de 0.619; es decir, existe una relación fuerte entre las variables.

Tabla 28. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable laboral condición laboral

Variable	Chi-Cuadrado de Pearson	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Condición laboral		1.014 ^a	3	0.798

Interpretación: se observa en la tabla 26 que, mediante la aplicación de la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, se obtuvo un $X^2=1.014$ y un valor p de 0.798 (mayor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo

cual se tiene evidencia suficiente para no validar la relación entre la condición laboral y el SB que tienen los evaluados. Es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 29. Prueba Chi-Cuadrado de Pearson entre síndrome de Burnout en su escala general y la variable laboral antigüedad laboral

Variable	Chi- Cuadrado de Pearson	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Antigüedad laboral	—	10.773 ^a	9	0.292

Interpretación: se observa en la tabla 26 que, mediante la aplicación de la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, se obtuvo un $X^2=10.773$ y un valor p de 0.292 (mayor al nivel de significancia previamente definido en 0.05), por lo cual se tiene evidencia suficiente para no validar la relación entre la antigüedad laboral y el SB que tienen los evaluados. Es decir, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Discusión de los resultados

Con los resultados presentados podemos precisar cuáles son las deficiencias en los servicios de salud pública, las principales dificultades que presentan los profesionales de salud y entender los factores desencadenantes de la aparición del síndrome.

El propósito de la investigación era encontrar relación entre el síndrome de Burnout del personal de salud y la calidad de atención. La investigación

revela que existe un coeficiente de -0.68 y un valor p de 0.618, indicando que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables, siendo la relación negativa y mínima. Estos resultados confirman lo reportado por Miche y Yupanqui (2015), quienes no encontraron relación entre la incidencia del SB en enfermeras sobre la calidad de atención percibida por los pacientes, de igual manera Peña (2015) refiere que el nivel de SB en el personal médico no es significativo para afectar la calidad de atención. Al respecto Tawfik et al. (2019), mencionan que numerosos estudios asocian frecuentemente el SB con baja calidad de atención, sin embargo pocos cumplen con una metodología estricta, por lo que la magnitud del efecto podría ser mucho menor, por lo tanto no se puede precisar si la reducción del SB en el personal de salud mejora la calidad de atención o si mejorar la calidad de atención reduce el SB. En resumen, ante los hallazgos de nuestra investigación, no se puede sustentar estadísticamente la hipótesis principal. No obstante, se procederá a analizar los datos descriptivos de las variables y la contrastación de las hipótesis específicas.

Respecto a la variable del síndrome de Burnout, se evidencia que el 14.3% del personal de salud que laboran en el Hospital Regional de Ica, mostraron tendencia, el 60.3% riesgo a padecer del síndrome, y solo se ha detectado un caso. Los resultados son ligeramente parecidos a lo encontrado por Miche y Yupanqui (2015), quienes hallaron un 80.46% en nivel bajo, 19.54% en nivel medio y ninguno en el nivel alto entre las enfermeras de una microred de salud. Sin embargo, son inferiores a lo hallado por Parra (2017) con un 38.8% en nivel medio y 30.6% en nivel alto, en los profesionales de salud del servicio de emergencia de un Hospital de categoría III-1. Con los datos mencionados podemos deducir que las diferencias encontradas en ambos estudios, se deben al nivel de complejidad del lugar y área de investigación, a mayor categoría son mayores la demanda de pacientes y el tratamiento de enfermedades que requieren atención médica especializada. Por otro lado hay discrepancias con Aslla, et al. (2016), quienes encontraron 13.1% de casos del SB,

aunque es importante señalar las diferencias entre su muestra y la del presente estudio, lo cual podría explicar el aumento de casos detectados del síndrome en la misma institución. En definitiva se evidencia que un porcentaje menor entre los profesionales de salud mostraron tendencia al SB, por otro lado es mayor el porcentaje que presenta riesgo, probablemente serían más propensos a manifestarlo en el corto plazo.

Respecto a la variable calidad de atención, se encontró que el 23.2% de los pacientes encuestados refieren una baja calidad de atención y un 44.6% de nivel medio. Estos resultados confirman los datos obtenidos por Becerra (2018) en el Hospital Regional de Ica, donde el 27.4% de los pacientes mostró insatisfacción y el 16.8% no se mostraba ni satisfecho/ni insatisfecho con la atención del servicio de consulta externa. Por otro lado, la dimensión que obtuvo un mayor porcentaje de ser considerada de baja calidad de atención, fue “fiabilidad” con 37.9% y las que fueron consideradas de un nivel medio, corresponden a “capacidad de respuesta” (62.5%) y “seguridad” (51.8%), corroborado por las cifras encontradas por Soto et al. (2017), donde se evidenció que las dimensiones que presentaron mayor insatisfacción fueron las de “fiabilidad” y “empatía”, los cuales se reflejan por las deficiencias para ofrecer un servicio oportuno y cuidadoso, y la falta de una atención personalizada a los pacientes. De los resultados se deduce que el nivel de atención fue calificado mayormente como medio o regular; entre las principales causas debido a la falta de citas disponibles, escaso personal de salud calificado, incapacidad para atender y agilizar el trámite documentario, falta de personal que informe sobre los procedimientos para atenderse en el nosocomio, condiciones desfavorables de algunos equipos médicos, sobrecarga laboral de los profesionales de salud que conlleva a que no se hagan exámenes minuciosos a los pacientes, escasa información brindada al paciente sobre su diagnóstico y tratamiento, y a la indiferencia o desdén en el trato al paciente por algunos profesionales de salud.

Con respecto a la primera hipótesis específica, no se hallaron relaciones significativas entre la dimensión de agotamiento emocional y la variable calidad de atención ($p=0.618$), siendo la relación negativa y baja, rechazando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula. Los resultados coinciden con los hallazgos de Panagioti et al. (2018), en donde el agotamiento emocional no se asocia significativamente con la satisfacción del paciente. Por el contrario, Salyers et al. (2017) mencionan que el agotamiento emocional tiene una estrecha relación con la calidad percibida ($r= -0.27$), por lo que sugieren su importancia en la aparición del síndrome de Burnout. Del mismo modo, Tawfik et al. (2019) refieren que el tamaño de efecto reportado con mayor frecuencia es el relacionado con el agotamiento emocional y la baja calidad de atención.

Entre el personal de salud, un 41.1% presentaba un nivel medio en la dimensión de agotamiento emocional y el 12.5% nivel alto; estos datos resultan inferiores a lo encontrado por Aslla et al. (2016), quienes refieren que el 62.6% presentaba nivel alto y 17.6% nivel medio; es necesario precisar, que la diferencia entre los resultados podrían ser por el tamaño de la muestra y el área de aplicación del estudio, nuestra investigación se enfocó solo en el servicio de consulta externa. En el trabajo de campo de nuestro estudio se pudo observar que el agotamiento emocional podría estar condicionado a la constante interacción con pacientes que sufren, sobrecarga laboral, debido al amplio número de pacientes que atienden diariamente, entre ambulatorios y hospitalizados; por último, la rutina laboral a la que se exponen durante muchos años, inmersos en una espiral de monotonía, sin expectativas en el futuro. En concordancia con lo mencionado, Gil-Monte y Peiró (1997) señala que la sobrecarga laboral y la monotonía son los desencadenantes principales del síndrome.

Con respecto a la segunda hipótesis específica, no se hallaron relaciones significativas entre la dimensión de despersonalización y la variable calidad de atención ($p=0.075$), siendo la relación negativa y baja, rechazando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula. En contraste Panagioti et al.

(2018) refieren que la despersonalización se asocia significativamente con la insatisfacción del paciente, sugieren que niveles altos de despersonalización en los médicos se encuentran asociados con el aumento de incidentes de seguridad del paciente y menor profesionalismo; corroborado por Salyers et al. (2017), quienes encontraron una relación significativa ($r=-0.21$); de la misma manera, Tawfik et al. (2019) mencionan que los principales predictores de la aparición del síndrome de Burnout son el agotamiento emocional y la despersonalización. En nuestro estudio, un 51.8% del personal de salud presentaron nivel bajo, 23.2% nivel medio y 25% nivel alto. Los datos contrastan a lo reportado por Miche y Yupanqui (2015), donde un 96.55% mostraron un nivel bajo y 2.69% nivel medio. En resumen, un porcentaje regular del personal de salud manifiesta distanciamiento emocional y en algunos casos trato insensible con los pacientes, el cual se encuentra manifiesto entre las principales quejas sobre la baja calidad de servicio. Estas respuestas negativas hacia el trabajo, con el tiempo reducen la calidad del desempeño (Schaufeli y Salanova, 2014).

Con respecto a la tercera hipótesis específica, se encontró relación significativa entre el síndrome de Burnout y el estado civil ($p=0.001$), y la magnitud de la relación es moderada. Los resultados coinciden con la investigación de Aslla, Lizarbe y Quispe (2016), quienes encontraron asociación estadística ($p=0.005$), donde el síndrome se presentó mayoritariamente en solteros; a diferencia de nuestro estudio que el único caso es divorciada, aunque es necesario resaltar que los grupos sin pareja (soltero, viudo y divorciado) presentaron mayor porcentaje en el nivel de riesgo (33.9%) a comparación de los que tenían pareja (casado y conviviente) con un 26.9%. Varios estudios indican que los solteros son más propensos al SB, en comparación con los que tienen pareja (Schaufeli y Enzmann, 1998; Gil-Monte y Peiró, 1999; Vredenburg, Carlozzi y Stein, 1999; Maslach et al., 2001; Maslach, 2009), esto puede explicarse por el apoyo emocional de la pareja ante situaciones demandantes del trabajo y la vida.

En concordancia también se encontró relación significativa entre el síndrome de Burnout y la profesión ($p=0.000$), y la magnitud de la relación es fuerte. Estos hallazgos concuerdan con Aslla, Lizarbe y Quispe (2016), quienes encontraron asociación estadística ($p=0,02$), donde el síndrome se presentó mayoritariamente en médicos residentes, por su parte Ruiz y Ríos (2004) y El Sahili (2015) mencionan que el personal de salud es uno de los grupos más vulnerables a la aparición del síndrome. Los resultados evidencian que las enfermeras (36.4%) y técnicas de enfermería (15%) presentan una tendencia a desarrollar el síndrome; en el primer grupo por su alta implicancia en el cuidado y trato de los pacientes, el cual genera un impacto emocional importante, pudiendo llegar a identificarse con su dolor y sufrimiento (Salyers et al., 2017); en el segundo grupo debido al exceso de turnos y ambigüedad de rol, donde tienen que asumir y realizar labores que en muchas ocasiones nos les corresponde, además de lidiar con la frustración y quejas de los pacientes. El único caso detectado con síndrome de Burnout pertenecía a un psicólogo, quienes debido a su labor tienen un contacto personal más prolongado con sus pacientes, establecen relaciones profesionales cercanas y se enfrentan a problemas emocionales profundos que podrían repercutir en su propia vida personal (Kumar et al., 2005; Bressi et al., 2009).

Respecto a las variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, condición laboral y antigüedad laboral), no se hallaron relaciones significativas con el síndrome de Burnout. Este resultado concuerda con la investigación de Aslla, Lizarbe y Quispe (2016), quienes no encontraron asociación estadística entre el síndrome de Burnout y las variables de edad, sexo, condición laboral y antigüedad laboral.

En relación a la variable edad, es necesario resaltar que el grupo de edad 25-35 años, en un 25% presenta tendencia a padecer el SB. En este sentido, estudios previos (Atance, 1997; Hamama, 2012; Maslach et al, 2001; Ramírez y Zurita, 2010), hacen referencia a la relación inversa de la

edad y el síndrome, es decir una menor incidencia del síndrome a mayor edad. Es decir, que el síndrome se presenta en mayor proporción en jóvenes, posiblemente por la inexperiencia laboral y a la dificultad para manejar el estrés laboral (Esteras, Chorot y Sandín, 2018).

Respecto a la variable sexo, se evidencia que el personal de salud femenino en un 55% presenta riesgo y 17.5% tendencia a desarrollar el SB, además el único caso detectado es mujer. Esto coincide con los hallazgos de Peña (2015), donde se evidenció mayor prevalencia del síndrome en las mujeres; del mismo modo Aslla et al. (2016) reportan que del total de casos detectados con SB, un 89.7% fueron mujeres. Como refieren varios estudios (C. Oliver, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Maslach, 2009; Vassos y Nankervis, 2012) la variable género podría ser un predictor de la aparición del síndrome. Las mujeres se muestran más vulnerables a presentar el SB, debido a un mayor conflicto de rol, entre las exigencias del ámbito familiar y laboral (Pines y Kafry, 1981; Etzion y Pines, 1986; Greenglass y Burke, 1988; Atance 1997).

Sobre la variable antigüedad laboral, cabe resaltar que en nuestro estudio, los profesionales de salud con menor antigüedad laboral (1 a 4 años), presentaron mayor tendencia (21.1%), no obstante, en el grupo (21-45 años) se presentó el único caso de SB y el mayor porcentaje de riesgo (77.8%). Estos datos son contradictorios a lo referido por la literatura, algunos autores (Gómez-Urquiza et al., 2017) hacen referencia que a mayor tiempo de trabajo aumenta la posibilidad de padecer el SB, principalmente evidenciado con el aumento de agotamiento emocional. En contraste, otros estudios (Gálvez, Moreno y Mingote, 2009; Naisberg y Fenning, 1991), mencionan que los profesionales de salud con mayor tiempo trabajando presentan menores niveles de SB, siendo los jóvenes afectados por su falta de experiencia.

Respecto a la condición laboral, se evidencia en el personal de salud que el nivel tendencia entre el grupo de nombrados (12.5%) y contratados

(16.3%) son ligeramente diferentes, y el único caso detectado con SB es nombrado. Por lo tanto, podemos deducir que la tendencia a sufrir el síndrome de Burnout es un poco mayor entre los nombrados. En suma, la literatura sobre esta variable es contradictoria, en muchos estudios no se han encontrado diferencias significativas (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996), como hemos podido comprobar en nuestra investigación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En la investigación realizada, se cumplieron con los objetivos planteados y se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. En relación a la hipótesis general, se determinó que, según el estadístico Rho de Spearman, no existe relación significativa ($p=0,618$; $r=-0.068$) entre el síndrome de Burnout en personal de salud y la

calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica- 2019.

2. Con respecto a la primera hipótesis específica, se determinó que, según el estadístico Rho de Spearman, no existe relación significativa ($p=0,075$; $r=-0.240$) entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica, en el período 2019.
3. Con respecto a la segunda hipótesis específica, se determinó que, según el estadístico Rho de Spearman, no existe relación significativa ($p=0,197$; $r=-0.175$) entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica, en el período 2019.
4. Se determinó que, según los estadísticos Chi-Cuadrado de Pearson y V de Cramer, existe relación significativa ($p=0.000$) y fuerte (V de Cramer=0.619) entre la profesión con el síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital Regional de Ica, en el período 2019, siendo mayor la tendencia a padecer el síndrome de Burnout en el grupo de enfermeras, seguido por los técnicos de enfermería y psicóloga.
5. Se determinó que, según los estadísticos Chi-Cuadrado de Pearson y V de Cramer, existe relación significativa ($p=0.001$) y moderada (V de Cramer=0.446) entre el estado civil con el síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital Regional de Ica, en el período 2019, presentándose mayor tendencia a padecer el síndrome de Burnout entre el grupo (soltero, divorciado, viudo) que no tenían pareja.

6. Con respecto a la relación entre las variables sociodemográficas y laborales (edad, estado civil, condición laboral y antigüedad laboral) con el síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital Regional de Ica, en el período 2019, no se encontraron relaciones significativas.

Recomendaciones

1. Desde el punto de vista metodológico, se sugiere tener en cuenta que las respuestas de algunos trabajadores a los cuestionarios aplicados, podrían estar condicionadas, debido a que intentan mostrar una “imagen saludable o positiva” sobre su labor profesional, incluso sabiendo que los cuestionarios eran anónimos. Para futuras investigaciones enfatizar a los encuestados sobre la importancia de la confidencialidad, y explicar que sus respuestas serán utilizadas con fines exclusivamente científicos.

2. Desde el punto de vista académico, se recomienda realizar una investigación mucho más amplia, sin restricciones, a todo el personal de salud de los distintos servicios del Hospital Regional de Ica, para obtener correlaciones significativas mucho más altas. De esta forma, nos permitirán profundizar sobre la problemática planteada en nuestra investigación.
3. Es primordial que la institución donde se realizó el estudio pueda adoptar medidas para establecer y fomentar un clima laboral saludable entre sus empleados. Promover la labor del psicólogo de salud ocupacional, quienes son los encargados de prevenir y definir los protocolos de diagnóstico y tratamiento, de los casos detectados o en riesgo de padecer el síndrome de Burnout.
4. Se observó que algunos trabajadores presentaban síntomas del síndrome de Burnout, aunque se negaron a evaluarse, alegando diversas excusas como: falta de tiempo, desinterés en la investigación, temor a la divulgación de sus datos personales o despidos laborales, incluso indiferencia para escuchar el propósito de la investigación. Por lo expuesto, es necesario sensibilizar al personal de salud, sobre este problema de salud mental vinculado al trabajo, permitiendo que sean evaluados y diagnosticados, con el único fin de brindarles ayuda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, M. & Iwanicki, E. (1984). Teacher motivation and its relationship to Burnout. *Education Administration Quarterly*, 20(2), 94-132.

Anyosa, J. (2018). *Síndrome de Burnout y calidad de atención. Vista Alegre, Ayacucho 2017*. [Tesis para optar el grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de Salud, Universidad César Vallejo,

Perú]. Repositorio Institucional UCV.
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/20445>

Aslla, R., Lizarbe, F. & Quispe, P. (2016). *Factores relacionados al síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Ica, 2016*. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica].
Repositorio Institucional UNICA.
<http://repositorio.unica.edu.pe/handle/UNICA/2996>

Asociación Médica Mundial (1948). *Declaración de Ginebra*. [Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948]. <http://www.unav.es/cdb/ammginebra1.html>

Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.

Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales en Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

Bansal, H. S. & Taylor, S. F. (1999). The service provider switching model (SPSM): A model of consumer switching behavior in the services industry. *Journal of Service Research*, 21, 200-218.

- Brady, M. K. & Cronin, J.J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65 (3), 34-49.
- Becerra, B. (2018). Satisfacción de usuarios en consulta externa de hospitales públicos de la región Ica, 2018. *Rev méd panacea*, 7(3), 89-92. <https://doi.org/10.35563/rmp.v7i3.18>
- Berné, C., Múgica, J.M. & Yagüe, M.J. (1996). La gestión estratégica y los conceptos de calidad percibida, satisfacción del cliente y lealtad. *Economía Industrial*, 307, 63-74.
- Bertolote, J. & Fleischmann, A. (2002). Red Mundial de Salud Ocupacional: Desgaste del Personal. *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, 2(5).
http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf
- Betancourt, Y. & Mayo, J. (2010). La evaluación de la calidad de servicio. *Revista Contribuciones a la Economía*. Enero 2010.
<http://www.eumed.net/ce/2010a/bama.htm>
- Bressi, C., Porcellana, M., Gambini, O., Madia, L., Muffatti, R. Peirone, A., Zanini, S., Erlicher, A., Scarone, S. & Altamura, A. (2009). Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatric*

Services (Washington D.C.), 60(7), 985-988.
<https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.985>

Burke, R. & Richardsen, A. (1991). *Psychological Burnout in organizations*.
Manuscrito presentado para su publicación. En: Garcés, E. (1994).
Burnout: Un acercamiento teórico-empírico al constructo en
contextos deportivos. Tesis de Licenciatura. Universidad de Murcia.

Cabello, E. & Chirinos, J. (2012) Validación y aplicabilidad de encuestas
SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios
externos en servicios de salud. *Rev Med Hered, 23(2), 88-95.*

Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An
Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing,*
66(1), 33-55.

Cherniss, C. (1980) *Professional Burnout in the Human Service
Organizations*. New York: Praeger.

Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y deontología*. Perú:
Consejo Directivo Nacional.
http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- Colmenares, O. & Saavedra, J. (2007). Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. *Técnica Administrativa*, Buenos Aires, 6(4).
<http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>
- Cronin, J. & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
<https://doi.org/10.2307/1252296>
- Cronin, J. & Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131. <https://doi.org/10.2307/1252256>
- Dabholkar, P.A. (1995). A Contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality. *Advances in Consumer Research*. 22, 101-108.
- Delbanco, T. L. & Daley, J. (1996). Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception. *Obstetrics and gynecology*, 88(3 Suppl), 41S–47S. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00243-8](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00243-8)
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.

- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*, 32, 113-117.
- Dubrin, A. J. (2008). *Relaciones humanas: Comportamiento humano en el trabajo*. 9ª ed. México: Pearson Educación de México.
- Duque, E. (2005). Revisión de los modelos de evaluación de la calidad del servicio. *Revista Innovar*, 15(25), 64-80.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980): *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Elliot, J. & Smith, N. (1984). Burnout: A look at coping with stress. *School Library Media Quarterly*, 141-145.
- El Sahili, L. (2015). *Burnout: consecuencias y soluciones*. Distrito Federal, México: El Manual Moderno.
- Ensiedel, L. & Tully, J. (1981). Methodological considerations in studying the Burnout phenomenon. In: Jones, J. (Ed.), *The Burnout syndrome: Current research, theory and interventions* (pp.78-85). Londres: Park Ridge III, London House.

Esteras, J., Chorot, P. & Sandín, B. (2018). *El síndrome de burnout en los docentes*. Madrid: Pirámide.

Etzion, D. & Pines, A. (1986). Sex and culture in Burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209. <https://doi.org/10.1177/0022002186017002004>

Fresse, M. (1999). Social support as a Moderator of the Relationship Between Work Stressor and Psychological Dysfunctioning: A Longitudinal Study With Objective Measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 179.

Freudenberger, HJ. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Freudenberger, HJ., & Richelson, G. (1980). *Burn-out: The high cost of high achievement*. Garden City, NY: Anchor Press.

Friedman, M. & Rosenman, R. (1959). Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.

Funk, S.C. (1992). Hardiness: a review of theory and research. *Health Psychology*, 5, 335-345.

Fuqua, R. & Couture, K. (1986). Burnout and locus of control in child day care staff. *Child Care Quarterly*, 15(2) 98-109.

Gala, F., Guillén, C., Lupiani, M. & Benítez, C. (2002). Burnout en el ámbito laboral sanitario. II Congreso Iberoamericano de Psicología. Área de Psicología del trabajo y las organizaciones. Grupo Investigador en Psicología de la Salud de la U.C.A.
<http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/trabajo/orqr52.html>

Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote, J. (2009). *El Burnout del médico: revisión y guía de buenas prácticas: el vuelo de Ícaro*. Madrid, España: Díaz de Santos.

García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 3-12.

Gil-Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory - General Survey. *Salud Pública de México*, 44, 33-40.

Gil-Monte, P. & Neveu, J. (2013). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). En Moreno-Jiménez, B. y Garrosa Hernández, E. (Eds), *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 155-176). Madrid: Ediciones Pirámide.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "síndrome de quemarse por el trabajo" ("Burnout") en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12(1), 67-80.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15(2), 261-268.

Gil-Monte P., Peiró J., & Valcárcel P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6: 43-63.

Glogow, E. (1986). Research note: Burnout and locus of control. *Public Personnel Management*, 15(1), 79-83.

Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R. & Cañadas-de la Fuente, G. A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención primaria, 49*(2), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>

Greenglass, E. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology, 32*(4), 562- 568.

Greenglass, E. & Burke, R. (1988). Work and family precursors of Burnout in teachers: Sex differences. *Sex Roles: A Journal of Research, 18*(3-4), 215-229. <https://doi.org/10.1007/BF00287791>

Greenglass, E., Burke, R., & Moore, K. (2003). Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology: An International Review, 52*, 580-597.

Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing, 18*(4), 36-44. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784>

Grönroos, C. (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality. *Review of Business, 3*, New York: St. John's University Press.

- Hamama, L. (2012). Differences between Children's Social Workers and Adults' Social Workers on Sense of Burnout, Work Conditions and Organisational Social Support. *The British Journal of Social Work*, 42(7), 1333-1353. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr135>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill.
- Hernández, G. & Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del «estar quemado» (*Burnout*) y su relación con la personalidad, *Apuntes de Psicología*, 22(1), 121-136.
- Hills, H. & Norvell, N. (1991). An examination of hardiness and neuroticism as potential moderators of stress outcomes. *Behavioral Medicine*, 17, 31-38.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2019). *Condiciones de vida en el Perú*. Informe Técnico N° 01 marzo 2019. Lima-Perú. Consultado el 14 de mayo del 2019. http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_condiciones_de_vida.pdf
- Janssen, P., Schaufeli, W. & Houkes, I. (1999). Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work & Stress*, 13, 74-86.

Jackson, S. & Schuler, R. (1983). Preventing employee Burnout. *Personnel*, 60(2), 58-68.

Keane, A., Ducette, J. & Adler, D. (1985). Stress in ICU and Non-ICU nurses. *Nursing Research*, 34(4), 231-236.

Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1-11

Kobasa, S. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. In: G.S. Sanders y J. Suls (Eds.) *Social psychology of health and illness*. Hillsdale,N.J. Lawrence Erlbaum Associates,Inc.

Kumar, S., Fischer, J., Robinson, E., Hatcher, S. & Bhagat, R. N. (2007). Burnout and Job Satisfaction in New Zealand Psychiatrists: a National Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 306–316. <https://doi.org/10.1177/0020764006074534>

Lee, R. & Ashforth, B. (1993). A longitudinal study of Burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models.

Organizational Behavior and Human Decision Processes, 54, 369-398.

Lee, R. & Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.

Leiter, M. (1988). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 117-134.

Llaja, V., Sarriá, J. & García, P. (2007). *Inventario "Burnout" de Maslach & Jackson – muestra peruana*. Lima: Centro Interdisciplinaria en Neuropsicología.

Lora, J. & García, M. (2007). La satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 132-146.

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 9(5), 16-22.

Maslach, C. (1978). Job Burnout: How people cope. *Public Welfare*, 36(2), 56-58.

Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. New York: Prentice Hall Press.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37-43.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981a). The measurement of experienced Burnout. *Journal Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981b). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. & Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In: Sanders, G. & Suls, J. (Eds.). *Social Psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc, 227-251.

Maslach, C. & Jackson, S. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-154.

Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *MBI: Maslach Burnout inventory. Manual Research Edition*. 2^a ed. Palo Alto: California, Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C.; Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A. & Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 241-247.
<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2170>

Miche, C. & Yupanqui, D. (2015). *Síndrome de Burnout y la percepción del usuario sobre la calidad de atención que brinda el personal de enfermería en la Microred Collique 2014*. [Tesis para optar el grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, Universidad César Vallejo, Perú]. Repositorio Institucional UCV.
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/6720>

Ministerio de Salud del Perú. (2017). Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2017-2019. Recuperado de http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/transparencia/planeamiento-org/PEI-RM_147-2017-%202019.pdf

Moos, R., Insel, P. & Humphrey, B. (1974) *Preliminary Manual for Family Environment Scale, Work environment Scale and Group Environment Scale*. Palo Alto, CA: National Press Book.

- Moreno-Jiménez, B., González, J. & Garrosa, E. (2001). Burnout (Burnout), personalidad y salud percibida, En J. Buendía y F. Ramos (Eds.). *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Psicología Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B. & Oliver, C. (1993). El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: adaptación y nuevas revisiones. En: M. T. Anguera y M. Forns (Eds.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 161-174). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Nagy, S. & Davis, L. (1985). Burnout: A comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 57 (3), 1319-1326.
- Naisberg, J. & Fenning, S. (1991). Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrists. *Stress Medicine*, 7(4), 201-205.
- Oliver, C. (1993). *Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanzas medias: el Burnout como síndrome específico* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, España.

- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460-469.
- Oliver, R. L. (1994). Conceptual issues in the structural analysis of consumption emotion, satisfaction, and quality: Evidence in a service setting. *Advances in Consumer Research*, 21, 16-22.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. *Serie protección de la salud de los trabajadores* N° 6. Francia. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *CIE-11*. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (11ª revisión). <https://icd.who.int/es>
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R. & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317–1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50. <http://dx.doi.org/10.2307/1251430>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parkes, K. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En: Buendía, J. (Ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 79-117). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Parra, C. (2017). *Síndrome de Burnout del profesional de salud y su relación con la satisfacción de usuarios externos del servicio de emergencia del Hospital Antonio Lorena, Cusco – 2017*. [Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública con mención en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Perú]. Repositorio Institucional UNSAAC. <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/2825>
- Peña, S. (2015). *Síndrome de Burnout en el personal de salud y su relación con la calidad de atención que se brinda a pacientes del Instituto de Lucha contra el Cáncer SOLCA-Loja, durante Julio – Diciembre 2011*. [Tesis para optar el título profesional de Médico, Universidad

Técnica Particular de Loja, Ecuador]. Repositorio Institucional UTPL. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/13462>

Piedmont, R. (1993). A longitudinal analysis of Burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), 457-473.

Pierce, C. & Molloy, G. (1990). Psychological and biographical differences between secondary-school teachers experiencing high and low-levels of Burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 60(1), 37-51.

Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. In: Cherniss, C. (Ed.). *Staff Burnout: Job stress in the human services*. New York: The Free Press.

Pino-Chávez, W. (2018). Situación de la calidad de la salud en el Perú. En O. Lazo-González y A. Santivañez-Pimentel (Eds.), *Atención de Salud con Calidad* (pp.123-142). Lima: Colegio Médico del Perú.

Ramírez, M. & Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Polis (Santiago)*, 9(25), 515-534. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682010000100029>

- Revicki, D. & May, H. (1983). Development and validation of the Physician Stress Inventory. *Family Practice Research Journal*, 2 (4), 211-225.
- Rich, V. & Rich, A. (1987). Personality hardiness and Burnout in female staff nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 19 (2), 63-66.
- Richardsen, A, Burke, R. & Leiter, M. (1992). Occupational demands, psychological Burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping*, 5, 55-68.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1 (80), 609.
- Rubio, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en orientadores de Institutos de Enseñanza Secundaria*. [Tesis doctoral]. Universidad de Extremadura, España.
- Ruelas, E. & Querol, J. (1994). *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Ruiz, C. & Ríos, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Salyers, M., Bonfils, K., Luther, L., Firmin, R., White, D., Adams, E., & Rollins, A. (2017). The relationship between professional burnout

and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 475-482.
<https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>

Schaufeli, W. (1999). Burnout. In: J. Firth-Cozens & R. L. Payne (Eds.). *Stress in health professionals*. Psychological and organizational causes and interventions (pp. 12-32). Chichester: John Wiley.

Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London, UK: Taylor y Francis.

Schaufeli, W. B. & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on Burnout and health. *Psychology and Health*, 16(5), 501-510.

Schaufeli, W. B. & Salanova, M. (2014). Burnout, boredom and engagement at the workplace. In: Peeters, M., de Jonge, J. & Taris, T. (Eds.). *An introduction to contemporary work psychology* (pp. 293-320). New York, NY: Wiley.

Soto, P., Barrios, S. & Molina, Y. (2017). Síndrome de Quemarse por el Trabajo y satisfacción laboral como predictores de calidad de la atención de enfermería hospitalaria. *Ciencia y Enfermería*, 23(3), 99-111. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300099>

Suárez, D. (29 de diciembre de 2018). ¿Conoce cuáles son sus derechos en salud? *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/tecnologia/conocemos-derechos-salud-noticia-591936-noticia/?ref=ecr>

Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD]. (2016). *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016*. Consultado el 24 de noviembre del 2018. http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/INFORME_FINAL_ENSUSALUD_2016.pdf

Tawfik, D. S., Scheid, A., Profit, J., Shanafelt, T., Trockel, M., Adair, K. C., Sexton, J. B., & Ioannidis, J. (2019). Evidence relating healthcare provider burnout and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 171(8), 555–567. <https://doi.org/10.7326/M19-1152>

Taylor, S. A., & Baker, T. L. (1994). An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions. *Journal of Retailing*, 70(2), 163–178. [https://doi.org/10.1016/0022-4359\(94\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0022-4359(94)90013-2)

Teas, R. K. (1993). Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality. *Journal of Marketing*, 57(4), 18–34. <https://doi.org/10.2307/1252216>

- Vassos, M. V. & Nankervis, K. L. (2012). Investigating the importance of various individual, interpersonal, organizational and demographic variables when predicting job Burnout in disability support workers. *Research in Developmental Disabilities, 33*(6), 1780-1791.
- Villar, J., Lizán, L., Soto, J. & Peiró, S. (2009). La satisfacción con el tratamiento. *Atención Primaria, 41*(11), 637-645.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.021>
- Vredenburgh, L., Carlozzi, F. & Stein, L. (1999). Burnout in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinent demographics. *Counseling Psychology Quarterly, 12*(3), 293-302.
- Wilson, D. & Chiwakata, L. (1989). Locus of control and Burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological Reports, 65*(2), 426-430.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
¿Qué relación existe entre el síndrome de Burnout en personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019?	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el síndrome de Burnout en personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019. 	Ha: Existe relación significativa entre el síndrome de Burnout en personal de salud y calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.	Síndrome de Burnout	<ul style="list-style-type: none"> Agotamiento emocional Despersonalización Realización Personal 	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Método: Descriptivo</p> <p>Tipo: Descriptivo – correlacional</p>
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS			<p>Nivel de estudio: Básico</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Población: 150 profesionales de salud</p> <p>Muestra: 56 profesionales de salud y pacientes</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de información: Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p>
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019? ¿Cuál es la relación entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019? 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la relación entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019. Identificar la relación entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019. 	<p>H₁: Existe relación significativa entre la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.</p> <p>H₂: Existe relación significativa entre la dimensión de despersonalización del síndrome de Burnout y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.</p>	Calidad de atención	<ul style="list-style-type: none"> Fiabilidad Capacidad de Respuesta Seguridad 	

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, estado civil, profesión, condición laboral y antigüedad laboral) con el síndrome de Burnout en personal de salud del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre las variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, estado civil, profesión, condición laboral y antigüedad laboral) con el síndrome de Burnout en personal de salud del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019. 	<p>H₃: Existe relación significativa entre las variables sociodemográficas y laborales (edad, sexo, estado civil, profesión, condición laboral y antigüedad laboral) con el síndrome de Burnout en personal de salud del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica en el año 2019.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Aspectos Tangibles 	<p>-Inventario de Burnout de Maslach (MBI). -Escala SERVPERF (SERVice PERFormance).</p> <p>Técnica de análisis de datos: -Prueba de normalidad. -Prueba de correlacion de Rho de Spearman. -Prueba de Chi-Cuadrado de Pearson. -Prueba de V de Cramer. -Tablas de frecuencias y gráficos de barra.</p>
--	--	---	--	---	---

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 1								
TÍTULO: SINDROME DE BURNOUT								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
SÍNDROME DE BURNOUT	Cuantitativo	Es una respuesta al estrés laboral crónico, manifestada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y atiende; también hacia el propio rol profesional (Maslach y Jackson, 1981b).	Son las respuestas brindadas por los profesionales de salud. Comprenden las manifestaciones de conflicto en el trabajo, que se traducen en mecanismos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Medidas a través del Inventario de Burnout de Maslach (MBI).	Agotamiento emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio emocional por el trabajo. - Agotamiento físico. - Bajo rendimiento laboral. - Sentimientos de desesperanza y desinterés. 	1,2,3,6,8,13,14,16,20	Alto Medio Bajo	<ul style="list-style-type: none"> >=21 Alto 12-20 Medio <=11 Bajo
				Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de frustración y aburrimiento en el trabajo. - Trato impersonal hacia los pacientes. - Actitudes negativas hacia las personas. 	5,10,11,15,22		<ul style="list-style-type: none"> >=7 Alto 3-6 Medio <=2 Bajo
				Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia positiva con su trabajo en la vida de otras personas. - Resolución eficaz de los problemas de los pacientes. - Vitalidad personal, se siente estimulado después de trabajar con sus pacientes. 	4,7,9,12,17,18,19,21		<ul style="list-style-type: none"> <=39 Alto 40-43 Medio >=44 Bajo

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 2								
TÍTULO: CALIDAD DE ATENCIÓN								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
CALIDAD DE ATENCION	Cuantitativo	Cronin y Taylor (1994) refieren que la calidad de atención es una actitud del consumidor, que se genera por las percepciones de los usuarios sobre el servicio recibido.	Son las respuestas dadas por los pacientes que asisten al servicio de consulta externa. Comprenden las percepciones sobre el nivel de desempeño del servicio recibido en el hospital. Medidas a través de la escala SERVPERF que consta de 22 ítems.	Fiabilidad	-Sincero interés por resolver problemas. -Cumplen con el servicio prometido. -Puntualidad en la atención. -Desempeñar correctamente el servicio.	1,2,3,4,5	Alta Media Baja	>101 Alta 69-100 Media <68 Baja
				Capacidad de respuesta	-Eficiencia en la atención. -Intervención oportuna. -Personal de salud dispuesto ayudar a los pacientes.	6,7,8,9		
				Seguridad	-Personal de salud que inspire confianza al paciente. -Pacientes se sienten seguros con la atención recibida. -Habilidades y destrezas del personal de salud.	10,11,12,13		
				Empatía	-Cortesía del personal. -Comprensión de las necesidades de los pacientes -Preocupación por los intereses de los pacientes. -Atención individualizada al paciente.	14,15,16,17,18		
				Aspectos tangibles	-Equipos modernos de salud. -Apariencia del personal de salud. -Orden y limpieza de los ambientes. -Infraestructura moderna.	19,20,21,22		

Anexo 3: Instrumentos de medición

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL

Código	
Edad	
Sexo	Masculino () Femenino ()
Estado civil	Soltero(a) [] Casado(a) [] Divorciado(a) [] Viudo(a) [] Conviviente []
Profesión	
Condición laboral	
Tiempo que labora en el hospital	

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

❖ Instrucciones

A continuación encontrará una serie de enunciados que están relacionados con el modo cómo se percibe usted en relación a su trabajo. Por favor lea cuidadosamente y decida con qué frecuencia se siente de esa manera. Debe responder marcando con un aspa (X) en la casilla y número que le corresponda, según la siguiente escala:

Nunca	0
Pocas veces al año o menos	1
Una vez al mes o menos	2
Algunas veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Pocas veces a la semana	5
Todos los días	6

Nº	ÍTEMS	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
		0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado (exhausto) por mi trabajo.							
2	Me siento agobiado al terminar el día de trabajo.							
3	Me siento fatigado cuando me levanto en la mañana y tengo que enfrentar otro día de trabajo.							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes que tengo que atender.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan los pacientes que tengo que atender.							
8	Me siento consumido por mi trabajo.							
9	Creo que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes.							
10	Me he vuelto más insensible con las personas desde que hago este trabajo.							

11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.								
12	Me siento con mucha energía para realizar mi trabajo.								
13	Me siento frustrado por mi trabajo.								
14	Siento que tengo exceso de trabajo en mi centro laboral.								
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes.								
16	Siento que trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.								
17	Con facilidad puedo crear un clima agradable para mis pacientes.								
18	Me siento animado después de trabajar con mis pacientes.								
19	Creo que consigo muchas cosas útiles en este trabajo.								
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.								
21	En mi trabajo manejo los problemas emocionales con mucha calma.								
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.								

**ENCUESTA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

Nº de Encuesta		
Establecimiento de Salud	Hospital Regional de Ica	
Fecha		
<p>Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Por favor, sírvase contestar todas las preguntas. Agradeceremos su participación.</p>		
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO		
Edad <input type="text"/>	Nivel de Instrucción <ul style="list-style-type: none"> • Primaria <input type="checkbox"/> • Secundaria <input type="checkbox"/> • Superior Técnico <input type="checkbox"/> • Superior Universitario <input type="checkbox"/> 	
Sexo <ul style="list-style-type: none"> • Masculino <input type="checkbox"/> • Femenino <input type="checkbox"/> 	Condición del encuestado <ul style="list-style-type: none"> • Usuario <input type="checkbox"/> • Acompañante <input type="checkbox"/> 	
Personal de salud que realizó la atención	Médico	<input type="checkbox"/>
	Enfermera (o)	<input type="checkbox"/>
	Psicólogo (a)	<input type="checkbox"/>
	Odontólogo (a)	<input type="checkbox"/>
	Obstetra	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="text"/>

PERCEPCIONES								
Estimado usuario, califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO , la atención en el servicio de consulta externa. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como “totalmente en desacuerdo” y 7 como “totalmente de acuerdo”.								
Nº	ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7
1	El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa							
2	La consulta con el profesional de salud se realizó en el horario establecido							
3	Su atención se realizó respetando el orden de llegada							
4	Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención							
5	Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad							
6	La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida							
7	La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida							
8	La atención para tomarse exámenes radiológicos, tomografías, ecografías fue rápida							
9	La atención en farmacia fue rápida							
10	Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad							
11	El profesional de salud le realizó una evaluación completa por el problema de salud por el cual fue atendido							
12	El profesional de salud le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
13	El profesional de salud que le atendió le inspiró confianza							

14	El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia								
15	El profesional de salud que le atendió mostró interés para solucionar su problema de salud								
16	El profesional de salud le explicó a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención								
17	El profesional de salud le explicó a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos								
18	El profesional de salud le explicó a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron o van a realizar								
19	La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes								
20	El servicio de consulta externa contó con personal para informar y orientar a pacientes y acompañantes								
21	Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención								
22	El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores								

Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición

FICHA TÉCNICA

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

Autores	: Christina Maslach & Susan Jackson.
Año	: 1986.
Adaptación peruana	: Llaja, Sarria y García (2007).
Tiempo de aplicación	: 10 a 15 minutos aproximadamente.
Objetivo	: Evaluar los componentes del síndrome de Burnout.
Dimensiones	: Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
Número de ítems	: 22 reactivos valorados con una escala tipo Likert.
Validez	: El análisis factorial de los componentes internos del instrumento mostró que el agotamiento emocional obtuvo mayor varianza 39.97%, despersonalización un 37.59% y realización personal un 34.90% (Llaja et al., 2007).
Confiabilidad	: En la adaptación peruana de Llaja et al. (2007), el análisis de confiabilidad de las dimensiones por medio del alpha de Cronbach obtuvo 0.80 para agotamiento emocional, 0.56 para despersonalización y 0.72 para realización personal.

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

Tabla 30. Dimensión agotamiento emocional (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach según elementos estandarizados	Nº de elementos
.729	.753	9

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 31. Dimensión despersonalización (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach según elementos estandarizados	Nº de elementos
.635	.620	5

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 32. Dimensión realización personal (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach según elementos estandarizados	Nº de elementos
.733	.736	8

Fuente: Elaboración propia.

FICHA TÉCNICA

ESCALA SERVPERF (Service Performance)

Autores	: Joseph Cronin y Steven Taylor. Adaptado de la escala original SERVQUAL de Parasuraman et al. (1988).
Año	: 1994.
Adaptación peruana	: Cabello y Chirinos (2012).
Administración	: Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación	: 10 a 15 minutos aproximadamente.
Objetivo	: Determinar el nivel de calidad de atención.
Dimensiones	: Fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, aspectos tangibles.
Número de ítems	: 22 ítems valorados con una escala tipo Likert.
Validez	: El análisis factorial de los componentes internos del instrumento mostro una medida de adecuación de KMO de 0.975 (Cabello y Chirinos, 2012).
Confiabilidad	: En la adaptación peruana de Cabello y Chirinos (2012), el análisis de confiabilidad del instrumento por medio del alpha de Cronbach obtuvo 0.984.

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

Tabla 33. Escala SERVPERF (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.904	22

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 34. Dimensión fiabilidad (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.693	5

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 35. Dimensión capacidad de respuesta (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.586	4

Fuente: Elaboración propia

Tabla 36. Dimensión seguridad (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.846	4

Fuente: Elaboración propia

Tabla 37. Dimensión empatía (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.897	5

Fuente: Elaboración propia

Tabla 38. Dimensión aspectos tangibles (consistencia interna)

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.725	4

Fuente: Elaboración propia

Anexo 5: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2019”

Investigador principal:

Bachiller Gustavo Eduardo Carranza Martínez

Propósito del estudio:

El propósito es determinar la presencia del síndrome de Burnout en el personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa.

Procedimiento:

Si usted acepta participar en el estudio, el investigador coordinará con usted una cita dentro de las instalaciones del hospital, la cual será en la fecha y hora de su preferencia. Posteriormente se le entregará un cuestionario de 22 preguntas de opción única, donde podrá seleccionar una respuesta marcando con una equis en la alternativa de su preferencia. Al finalizar el cuestionario, se agradecerá por su participación y se manifestará el compromiso de informar los resultados cuando sean debidamente procesados.

Beneficios:

Con su participación permitirá conocer si usted padece del síndrome de Burnout o se encuentra en riesgo de padecerla en la actualidad. En base a estos datos se podrá determinar si existe una relación con la calidad de atención que reciben los pacientes en el servicio de consulta externa.

Confidencialidad:

Se le garantiza que los datos obtenidos en los cuestionarios serán debidamente procesados, cuidando el anonimato de los participantes; los resultados son confidenciales a excepción del investigador Carranza

Martínez Gustavo Eduardo quien manejará la información obtenida para cumplir con los objetivos del estudio.

Uso de la información obtenida:

La información se registrará en una base de datos para ser analizada por el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows.

Autorizo al registro de mis resultados obtenidos:

SI NO

La información de los resultados será guardada y usada posteriormente para estudios complementarios o afines, beneficiando a las futuras investigaciones sobre el tema tratado.

Consentimiento:

Yo,.....
identificado con DNI N°..... a través del presente documento acepto voluntariamente participar en la investigación titulada: "RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2019". Habiendo sido informado (a) del propósito y objetivos de la misma, y teniendo la confianza plena que la información obtenida servirá exclusivamente para fines científicos. Además confío en que mis datos serán utilizados por el investigador bajo la máxima confidencialidad. Recibiré una copia firmada de este consentimiento para mi propia seguridad.

Ica,..... de..... del 2019

Firma

Anexo 6: Base de datos

VARIABLE 1: SÍNDROME DE BURNOUT																									
Nº	AGOTAMIENTO EMOCIONAL									DESPERSONALIZACIÓN					REALIZACIÓN PERSONAL								PUNTAJES CONSOLIDADOS DE LAS DIMENSIONES		
	P1	P2	P3	P6	P8	P13	P14	P16	P20	P5	P10	P11	P15	P22	P4	P7	P9	P12	P17	P18	P19	P21	V1D1	V1D2	V1D3
1	0	6	3	1	0	0	0	3	0	0	0	1	1	3	6	3	6	6	6	6	6	6	13	5	45
2	3	2	5	3	3	0	1	3	0	0	3	0	0	5	3	6	6	6	6	3	6	3	20	8	39
3	3	2	2	3	2	1	3	1	3	3	3	3	6	0	1	1	1	1	3	3	3	1	20	15	14
4	3	1	2	1	1	0	1	3	3	0	1	1	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	15	2	24
5	3	0	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	8	0	48
6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	1	0	48
7	4	2	0	0	0	0	4	4	5	0	0	0	0	0	6	6	3	6	6	4	5	5	19	0	41
8	3	3	2	1	1	2	3	2	2	1	3	2	1	3	6	5	6	6	6	5	6	5	19	10	45
9	3	3	3	0	3	0	3	1	3	0	0	0	0	0	1	2	2	6	1	6	3	3	19	0	24
10	3	2	1	1	5	0	6	2	0	0	1	3	0	2	4	2	2	3	6	6	6	6	20	6	35
11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	3	6	6	6	6	6	6	6	6	1	8	48
12	1	0	3	0	3	0	3	0	1	0	0	0	0	3	6	1	6	6	6	6	6	3	11	3	40
13	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	5	6	1	6	5	6	2	2	32
14	3	5	1	1	1	0	5	2	1	0	0	1	0	0	6	5	5	5	5	5	5	5	19	1	41
15	5	3	3	6	2	1	3	2	3	4	4	3	0	0	5	6	6	3	2	5	6	3	28	11	36
16	2	3	1	1	3	0	6	1	2	0	0	6	0	1	6	6	6	6	6	6	6	2	19	7	44
17	1	3	0	0	1	0	3	1	2	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	11	0	48
18	3	2	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	6	6	6	6	6	5	6	6	10	3	47
19	3	5	5	1	5	0	3	0	1	0	0	0	0	0	6	6	6	5	6	6	1	3	23	0	39
20	2	3	1	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	6	6	6	5	6	6	6	6	13	5	47
21	1	5	1	0	0	0	6	2	6	0	0	3	1	0	3	1	6	6	6	5	6	6	21	4	39
22	1	6	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	12	0	48
23	1	3	1	0	1	0	1	1	1	0	1	6	0	5	5	6	5	1	5	5	6	3	9	12	36
24	3	3	3	6	3	3	5	1	1	1	1	2	0	3	6	6	6	1	6	6	6	6	28	7	43

VARIABLE 2: CALIDAD DE ATENCIÓN																												
Nº	FIABILIDAD					CAPACIDAD DE RESPUESTA				SEGURIDAD				EMPATÍA					ASPECTOS TANGIBLES				PUNTAJES CONSOLIDADOS DE LAS DIMENSIONES					PUNTAJE TOTAL
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	V2D1	V2D2	V2D3	V2D4	V2D5	V2
1	6	5	7	2	1	1	5	1	1	5	5	5	5	5	6	6	4	5	1	4	5	5	21	8	20	26	15	90
2	4	3	4	2	5	5	6	4	4	5	4	5	4	6	6	6	5	5	5	3	5	6	18	19	18	28	19	102
3	1	1	2	1	1	4	1	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	2	1	2	2	6	13	19	23	7	68
4	7	4	3	1	1	4	5	2	1	3	7	6	5	5	7	6	6	5	6	2	7	6	16	12	21	29	21	99
5	1	5	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	2	14	4	4	5	10	37
6	4	4	5	7	7	2	5	4	7	5	5	5	4	5	6	5	6	5	4	6	7	5	27	18	19	27	22	113
7	3	4	4	4	6	4	4	4	5	2	6	6	6	5	5	6	4	5	5	5	6	4	21	17	20	25	20	103
8	3	1	4	1	5	5	4	1	3	4	5	4	5	5	6	5	3	4	5	4	5	4	14	13	18	23	18	86
9	3	3	4	4	5	4	3	4	5	3	5	4	4	3	4	4	4	4	6	3	2	4	19	16	16	19	15	85
10	3	1	1	1	1	2	7	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	5	2	6	3	7	11	4	6	16	44
11	5	1	1	1	6	4	5	5	3	6	6	3	1	5	4	5	1	3	5	1	1	1	14	17	16	18	8	73
12	5	5	4	5	5	5	4	4	3	4	5	5	5	4	5	6	6	7	3	2	3	2	24	16	19	28	10	97
13	4	2	1	1	1	5	6	3	4	6	6	6	4	4	3	6	6	5	5	1	3	4	9	18	22	24	13	86
14	2	3	6	7	2	1	5	4	3	7	2	1	1	5	2	5	3	2	4	4	5	6	20	13	11	17	19	80
15	6	4	5	3	4	6	5	4	5	6	4	3	4	6	5	4	4	5	4	3	5	5	22	20	17	24	17	100
16	3	2	6	1	1	2	4	2	3	4	5	5	6	6	3	5	6	3	2	2	2	5	13	11	20	23	11	78
17	6	7	6	6	3	2	2	2	4	6	7	6	7	4	7	7	6	7	6	1	2	3	28	10	26	31	12	107
18	5	7	6	1	4	3	5	1	2	4	6	6	5	5	4	5	5	5	6	5	6	5	23	11	21	24	22	101
19	5	7	7	7	4	4	5	3	6	7	7	7	5	6	7	7	7	7	5	4	7	6	30	18	26	34	22	130
20	7	6	3	1	2	5	1	7	4	6	1	1	3	3	1	1	3	5	6	1	6	7	19	17	11	13	20	80
21	3	2	2	3	2	3	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	12	11	13	16	13	65
22	1	6	3	6	1	7	1	1	4	6	7	6	3	3	7	3	4	1	2	2	3	5	17	13	22	18	12	82
23	5	5	7	3	6	5	5	4	3	7	6	5	5	5	7	6	7	6	4	6	6	7	26	17	23	31	23	120
24	5	1	5	7	5	6	5	1	1	1	4	1	3	5	5	4	4	4	6	6	5	2	23	13	9	22	19	86
25	2	4	4	1	1	3	5	1	5	4	6	6	6	3	1	5	1	5	2	1	1	1	12	14	22	15	5	68

26	5	1	1	1	6	6	4	4	6	5	3	2	3	5	3	4	4	3	6	1	1	1	14	20	13	19	9	75
27	5	6	6	6	5	6	6	5	5	5	5	5	6	6	5	6	5	5	6	5	5	5	28	22	21	27	21	119
28	2	6	5	3	2	6	6	4	5	5	4	4	6	5	5	5	6	6	4	4	5	5	18	21	19	27	18	103
29	5	3	3	4	2	3	3	3	3	5	4	4	6	6	5	6	6	6	7	2	3	5	17	12	19	29	17	94
30	5	6	4	5	4	3	4	1	2	4	5	4	5	6	4	3	5	3	5	1	5	4	24	10	18	21	15	88
31	4	5	4	5	5	7	5	4	5	4	6	5	5	4	5	5	4	5	6	5	3	4	23	21	20	23	18	105
32	5	2	5	7	7	5	5	3	2	6	7	6	5	4	5	7	7	7	5	6	6	5	26	15	24	30	22	117
33	2	6	6	7	5	6	7	7	5	2	1	1	1	1	1	1	4	4	3	5	5	6	26	25	5	11	19	86
34	7	3	2	2	1	7	6	4	1	5	6	4	5	6	6	5	4	5	3	3	3	5	15	18	20	26	14	93
35	1	1	2	7	1	1	1	2	3	2	7	7	1	1	7	7	6	6	1	1	1	1	12	7	17	27	4	67
36	4	6	6	6	6	5	5	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	3	5	28	16	18	25	15	102
37	1	3	6	1	1	1	4	4	4	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	2	1	12	13	5	7	7	44
38	7	7	7	6	7	5	5	4	2	6	7	7	5	5	7	6	6	6	7	6	7	7	34	16	25	30	27	132
39	1	1	5	4	1	1	2	5	1	6	4	1	2	1	3	2	1	1	1	5	6	5	12	9	13	8	17	59
40	2	3	2	2	2	2	2	3	5	2	2	3	2	5	2	3	3	3	3	1	3	1	11	12	9	16	8	56
41	3	3	4	3	1	1	2	2	3	6	5	5	7	4	3	3	3	2	5	3	3	4	14	8	23	15	15	75
42	1	1	3	1	2	7	1	1	3	2	1	1	1	2	7	7	7	2	2	1	4	2	8	12	5	25	9	59
43	3	6	6	1	1	1	1	1	1	5	2	2	2	1	2	2	2	2	5	1	2	5	17	4	11	9	13	54
44	5	3	2	1	7	6	5	5	7	7	7	7	5	7	7	6	7	6	7	3	7	4	18	23	26	33	21	121
45	3	6	5	6	7	5	5	5	3	5	7	7	7	7	7	7	7	7	5	3	7	4	27	18	26	35	19	125
46	2	3	3	6	6	4	4	2	4	5	3	4	4	3	3	4	3	5	4	2	3	4	20	14	16	18	13	81
47	3	1	4	1	5	5	4	1	3	4	5	4	5	5	6	5	3	4	5	4	5	4	14	13	18	23	18	86
48	3	5	7	1	5	5	5	5	3	7	2	2	1	4	2	1	4	1	4	3	7	5	21	18	12	12	19	82
49	5	7	7	7	7	4	5	5	4	7	7	7	7	7	7	6	6	5	4	5	6	6	33	18	28	31	21	131
50	2	1	4	2	1	1	4	4	2	2	2	3	3	4	2	6	5	5	5	3	2	3	10	11	10	22	13	66
51	3	2	2	4	4	5	2	6	4	4	3	5	3	4	2	4	2	4	5	6	4	2	15	17	15	16	17	80
52	2	3	5	1	1	4	2	4	3	5	5	4	1	2	1	4	4	5	4	1	1	5	12	13	15	16	11	67
53	5	3	6	6	2	3	6	6	3	4	4	2	2	2	2	2	2	2	6	6	6	2	22	18	12	10	20	82
54	3	6	6	6	6	4	6	2	3	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6	5	6	7	27	15	27	35	24	128
55	5	7	7	4	5	5	5	4	6	6	5	6	6	6	6	6	5	6	5	4	6	6	28	20	23	29	21	121
56	1	6	3	6	1	7	1	1	4	6	5	6	3	3	7	3	4	1	2	2	3	5	17	13	20	18	12	80

Anexo 7: Informe de Turnitin al 28% de similitud

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	9%	3%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	worldwidescience.org Fuente de Internet	1%
3	www.scribd.com Fuente de Internet	1%
4	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	eprints.ucm.es Fuente de Internet	1%

Anexo 8: Documento de autorización para la ejecución de la tesis

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 1067-2019-HRI/CIEI



RESOLUCION DIRECTORAL

Ica 20 de Diciembre del 2019

VISTO:

EL INFORME N° 048-2019-GORE-ICA-DRSI-HRI, por lo cual el Comité de Ética e Investigación presenta el Proyecto de tesis "RELACION ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2019". Para su aprobación correspondiente.

CONSIDERANDO:



Que el artículo 2° de la ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y el desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;



Que, mediante INFORME N° 048 - 2019 - GORE-ICA-DRSI-HRI, el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica, manifiesta que ha sido revisado y aprobado el Proyecto de tesis "RELACION ENTRE EL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2019" para su aprobación mediante acto resolutivo;



Que dicho trabajo de tesis se realizara en el Hospital Regional de Ica, bajo la supervisión de la Lic. Enf. Norma Aurora Alvarado Núñez.

Que, de acuerdo al artículo 76 de la ley N° 26842 Ley General de Salud, es responsabilidad de la autoridad de salud dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria para lo cual debe dictar las disposiciones correspondientes;



Que el objetivo principal de este proyecto de tesis es determinar la relación que existe entre el síndrome de Burnout en personal de salud y la calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Ica, 2019;

Que, con esta investigación se beneficiaran los trabajadores del Hospital Regional de Ica, ya que su realización permitirá explicar, describir, identificar deficiencias y ofrecer soluciones para disminuir los casos del personal sanitario que sufre del síndrome de Burnout y así mejorar las condiciones laborales y la calidad de atención de servicio brindada en el Hospital Regional de Ica;

Y estando a lo autorizado por el Director Ejecutivo, visto bueno de la Dirección administrativa, Oficina de capacitación y la Oficina de asesoría legal del Hospital Regional de Ica, en uso de las facultades conferidas por el reglamento de organización y funciones del Hospital Regional de Ica, aprobado con ordenanza regional N° 0001-2012-GORE-ICA/PR.

SE RESUELVE.:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el Proyecto de tesis "RELACION ENTRE EL SINDROME DE

BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2019", que consta de cincuenta y siete (57) folios, el mismo que en adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO.- AUTORIZAR, al investigador Tesista: Carranza Martínez, Gustavo Eduardo . La ejecución del Proyecto aprobado en el artículo primero de la presente Resolución, ateniéndose a los reglamentos vigentes del Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica.

ARTICULO TERCERO.- NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral a las instancias competentes e interesadas para su conocimiento y demás fines consiguientes, y disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución en el Portal del Hospital Regional de Ica.

ARTICULO CUARTO.- COMUNICAR, al investigador Tesista: Carranza Martínez, Gustavo Eduardo para que realice entrega de los avances de su proyecto de investigación (25, 50 y 100%) lo cual constituirá la supervisión del Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica.

Regístrese y Comuníquese.



GORE ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
[Signature]
Dr. Renán Ríos Villegotiez
DIRECTOR EJECUTIVO DEL H.R.I.
C.M.F. 037575

RRV/DE-HRI
MCR-ADM
RGF/D-FARM