



ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de
rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue,
El Agustino-2018.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Salazar Lozano, Jackeline Elena (orcid.org/0000-0002-7185-8683)

ASESORA:

Mgtr. Rivera Arellano, Edith Gissela (orcid.org/0000-0002-3712-5363)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ
2018

Dedicatoria

La presente tesis va dedicada a todas aquellas personas que me apoyaron, en especial a mis abuelitos Elena y Benjamín, a mi esposo, a mis padres que de una u otra manera estuvieron conmigo y a mis queridos suegros que con su apoyo incondicional siempre eh podido levantarme. Por último, pero no menos importante a mi querido Hospital Hipólito Unanue y todas las hermosas personas que trabajan en él, brindando amor y esperanza en cada una de las vidas que tocan.

Agradecimiento

Primero que nada, agradecer a Dios por la vida y salud que da, porque a pesar de las dificultades o pruebas que la vida nos pone, solo Dios y nuestros seres amados nos hacen salir adelante.

Un agradecimiento especial a todos los profesionales del hospital por prestar su tiempo en mi investigación.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	21
3.1 Tipo y diseño de investigación	21
3.2 Variables y operacionalización	22
3.3 Población, muestra, muestreo y unidad de análisis	23
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.5 Procedimientos	29
3.6 Método de análisis de datos	29
3.7 Aspectos éticos	29
IV. RESULTADOS	31
V. DISCUSIÓN	50
VI. CONCLUSIONES	54
VII. RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS	57
ANEXOS	62

Índice de tablas

Tabla 1.	Población a encuestar	24
Tabla 2.	Cuestionario del síndrome de Burnout	28
Tabla 3.	Cuestionario de seguridad del paciente.	28
Tabla 4.	Niveles del Síndrome en estudio	31
Tabla 5.	Niveles de la segunda variable en estudio según la población	32
Tabla 6.	Resultados del proceso de homogeneidad de varianza de las variables independiente y variable dependiente.	36
Tabla 7.	Resultados del proceso de correlación entre las variables en estudio y las dimensiones asumidas	37
Tabla 8.	Prueba de autocorrelación y coeficiente de determinación de prueba	39
Tabla 9.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la normalidad de los datos a analizar	40
Tabla 10.	Nivel de determinación y significación de la incidencia entre variables	41
Tabla 11.	Nivel de significación y coeficientes de la primera variable y la segunda variable.	43
Tabla 12.	Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión agotamiento físico y emocional y la variable dependiente	44
Tabla 13.	Nivel de significación y coeficientes del agotamiento físico y emocional y la variable dependiente.	45
Tabla 14.	Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión despersonalización y en la variable dependiente.	46
Tabla 15.	Nivel de significación y coeficientes de despersonalización y la segunda variable	47
Tabla 16.	Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión baja realización personal en el trabajo y la segunda variable.	48
Tabla 17.	Nivel de significación y coeficientes de baja realización personal en el trabajo y la segunda variable.	49

Índice de gráficos y figuras

Figura 1.	Nivel porcentual de la primera variable de los profesionales de la salud que laboran en el servicio de rehabilitación del Hospital a encuestar.	31
Figura 2.	Nivel porcentual de la segunda variable según la población.	32
Figura 3.	Distribución de los datos con tendencia de normalidad y distribución de media de la Variable independiente.	34
Figura 4.	Distribución de los datos con tendencia de normalidad y distribución de media de la Variable independiente.	35
Figura 5.	Dispersión de los puntos de correlación entre las variables en estudio.	38
Figura 6.	Decisión de la prueba de Durbin-Watson	39
Figura 7.	Nivel de determinación y significación de la incidencia entre variables	42
Figura 8.	Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión la dimensión agotamiento físico y emocional y la variable dependiente.	44
Figura 9.	Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión despersonalización y la variable dependiente.	46
Figura 10.	Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión la dimensión baja realización personal en el trabajo y la segunda variable.	48

Resumen

La presente tesis lleva como título Síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, en El Agustino, 2018, la investigación tiene como objetivo fundamental determinar los factores socioemocionales que permiten la influencia entre el síndrome sobre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación en el Hospital en mención, presenta un diseño no experimental con un enfoque cuantitativo de tipo transversal y de diseño correlacional causal, el cual, siendo los principales hallazgos, comparados con los trabajos previos tanto nacionales como internacionales y contrastando esta información con el marco teórico revisado la cual sustenta el tema en investigación.

Presentando como hipótesis general, el grado de influencia del síndrome de Burnout sobre la cultura de seguridad del paciente; siendo esta significativa ya que $p < 0.05$, llegando a la conclusión de que el síndrome influye significativamente en la cultura de seguridad del paciente, de la misma manera se encuentra que la dependencia Síndrome y la Cultura de seguridad del paciente, de ellos se tiene que el nivel de correlación entre las variables es alta, ya que se tiene el coeficiente de determinación de 0.858, lo que implica que el grado de Cultura de seguridad del paciente es a causa del 85.8% por Síndrome, en los profesionales de la salud de dicho Hospital. Esto concluye que hay suficiente evidencia estadística para afirmar que existe influencia significativa entre estas dos variables en relación.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, cultura de seguridad del paciente, servicio de Rehabilitación.

Abstract

This thesis is entitled Burnout Syndrome in the culture of patient safety in the rehabilitation service of the Hipólito Unanue Hospital, in El Agustino, 2018. The main objective of the research is to determine the socio-emotional factors that allow the influence between the syndrome on The culture of patient safety in the rehabilitation service at the Hospital in question, presents a non-experimental design with a quantitative approach of a cross-sectional type and a causal correlational design, which, being the main findings, compared with previous works, both national and international. as international and contrasting this information with the revised theoretical framework which supports the topic under investigation.

Presenting as a general hypothesis, the degree of influence of the Burnout syndrome on the culture of patient safety; this being significant since $p < 0.05$, reaching the conclusion that the syndrome significantly influences the culture of patient safety, in the same way it is found that the dependency Syndrome and the Culture of patient safety, from them it has to be The level of correlation between the variables is high, since there is a coefficient of determination of 0.858, which implies that the degree of Patient Safety Culture is due to 85.8% due to Syndrome, in the health professionals of said Hospital. This concludes that there is sufficient statistical evidence to affirm that there is a significant influence between these two variables in relation.

Keywords: Syndrome of Burnout, Culture of patient safety, Service Rehabilitates.

I. INTRODUCCIÓN

Debido a la gran cantidad de estrés que sufren las personas desde muy pequeñas, sobre todo en el ámbito laboral, vemos por las calles o colectivos adultos agobiados por el trabajo, constantes casos de depresión por televisión, casos de despersonalización y esto trae como consecuencia errores laborales, negligencias médicas, frustración, ansiedad o depresión, esto resulta más alarmante cuando se da en casos donde la supervivencia de una ser está en manos de o un personal de salud agotado, estresado o desmotivado. Debido a esto muchos autores han realizado estudios y escrito sobre el síndrome en el ámbito de la salud, sobre todo se encuentran estudios a nivel de enfermería, médicos en neonatología, emergencia, etc. Demostrando que dicho síndrome, también llamado primera variable o variable independiente, provoca que el paciente se vea perjudicado, mencionan también que el profesional de salud comete errores u omite en muchos casos notificar el problema suscitado con el paciente, ya sea por temor a ser reprendido, a quedar mal con sus compañeros o simplemente porque no le importa, esto nos llama a reflexionar la poca cultura de seguridad en los usuarios que brinda un profesional estresado. (Fluker, 2015)

La cultura de seguridad del paciente, también llamada segunda variable o variable dependiente, se define el grupo de funciones y conducta de una empresa y un personal que aseguran que debe primar la seguridad y está reciba la atención que se merecen, teniendo como prioridad una atención de calidad tanto a los usuarios como a las empresas, mediante conductas, funciones y patrones de compromiso, estilo y criterios adecuados en la seguridad de la empresa. (Arias-Botero, 2017)

Dentro del servicio de Rehabilitación este tipo de cultura es manejada o vista de una manera más funcional, si bien es cierto comparado con otras áreas de la medicina, la posibilidad de dañar de manera mortal al paciente es mínima o nula, hay caso en los que estos sucesos han ocurrido y en muchas ocasiones no han sido

reportados o notificados, según pacientes nos cuentan que han dado gran cantidad de quejas en los distintas áreas de rehabilitación, se da casos de quemaduras de diferentes grados por electricidad o material térmico, fracturas donde en un inicio solo tenían fisuras, paciente con mayor dolor en la zona tratada, irritación en la zona con ortéticos, hematomas en zona donde se realizó el tratamiento, traumatismos leves por caída durante el tratamiento, lesiones medulares, lesiones dérmicas desde rasguños hasta contagio de hongos y cuentan que muchos de estos casos han sucedido en hospitales u policlínicos.

En el servicio de rehabilitación, notamos que no se encuentran estudios sobre el Síndrome en tecnólogos médicos o en Rehabilitación de manera integral, la cual sería de gran importancia, ya que este tipo de investigaciones nos ayudaría a mejorar como profesionales e integrar una serie de recursos para afrontar este tema de la mejor manera, teniendo en cuenta que el estrés laboral, el agotamiento emocional y sobre carga en el trabajador de salud pueden producir problemas en el tratamiento o lesiones en el paciente que es atendido bajo estas circunstancias. Se notó también que en la literatura sobre Rehabilitación son pocas las contraindicaciones y lesiones, siendo un personal de salud con gran carga laboral, será posible que no haya indicios de dicho síndrome en esta área de la salud, o es acaso que esta área maneja mejor este tipo de procesos.

La presente indagación formula como problema de investigación: ¿cómo influye el síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación dentro del hospital Hipólito Unanue ubicado en el distrito el Agustino, región Lima, Perú, 2018?

Por todo lo expuesto se presenta el siguiente problema general ¿Cómo influye el síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, 2018? Y los problemas específicos: ¿Cómo influye el agotamiento físico y emocional en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El

Agustino. 2018?, ¿Cómo influye la despersonalización en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018?, ¿Cómo influye la baja realización personal en el trabajo en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018?

La siguiente investigación se justifica desde la posición teórica está presente investigación pretende hacer reflexionar sobre el Síndrome de Burnout y las consecuencias que este produce sobre la cultura de seguridad del usuario dentro del personal asistencial que trabajan en el servicio de rehabilitación, teniendo en cuenta que este rubro de la medicina no suele presentar indicadores de mala atención, negligencia médica, ni lesiones.

Por otro lado, es importante empoderar al personal sobre la cultura de seguridad de los usuarios, mejorando la comunicación, disminuyendo efectos adversos, evitando así su recurrencia.

Los datos que se obtengan serán registro y base en investigaciones futuras ya que no se cuenta con este tipo de estudio en el área, también se brindara los datos necesarios al servicio de rehabilitación para su mejora constante, a través de nuevos enfoques o estrategias de gestión, ofreciendo así una atención de calidad tanto para el paciente como calidad laboral para el profesional de salud.

La siguiente investigación se justifica desde la posición práctica, en el nivel práctico, la investigación pretende brindar aportes de prevención del síndrome de Burnout, dando con esto propuestas que mejoren el estado de los profesionales en su centro de labores y reforzar la adecuada cultura de seguridad.

Se justifica desde la posición metodológica, resaltando los instrumentos utilizados como en el caso del síndrome, ya que este test está estandarizado y en la cultura de seguridad del paciente el test se encuentra validado por Vergara (2017).

Estos test se encuentran a su disposición en el presente estudio para facilidad del lector.

La siguiente investigación se justifica desde la posición social, se busca brindar una adecuada atención tomando en cuenta al profesional de salud, el cual debe brindar una atención óptima, dentro de los principios que abarca la segunda variable; la sociedad percibe que vive abrumada por el mundo, el cual crea mayor cantidad de condiciones negativas que positivas, creando un ambiente lleno de estrés y frustraciones, conocido entre los del plantel sanitario como Burnout. Ante esta problemática se pretende dar a conocer como disminuir el índice del síndrome de Burnout con proyección a desempeñar una cultura de seguridad del usuario donde demos una atención sobresaliente, eludiendo de esta manera incidentes, errores de procedimiento y sobre todo haciendo una población consciente del trabajo tan hermoso y lleno de respeto hacia la vida que se debe de tener.

La investigación tiene el siguiente objetivo principal el determinar la influencia del síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación en el Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, 2018. Y los objetivos específicos son: analizar la influencia del agotamiento físico y emocional en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018. Estimar la influencia de la despersonalización en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018. Descubrir la influencia de la baja realización personal en el en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018.

Dentro de la investigación se crean la siguiente hipótesis general: el síndrome de Burnout influye significativamente en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación en el Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018. Y las siguientes hipótesis específicas como: El agotamiento físico y emocional influye significativamente en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de

rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018. La despersonalización influye significativamente en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018. La baja realización personal en el trabajo influye en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018.

II. MARCO TEÓRICO

Inicio la investigación recibiendo como referencia los siguientes datos bibliográficos que preceden esta investigación a nivel nacionales eh internacionales, ya que se evidencia estudios similares y nos son de gran utilidad ya que brindan información valiosa.

Dentro de los antecedentes se encuentran a las dos variables de esta investigación que se presentan de manera independiente, cada una de estas está asociada a otras variables, por lo cual en presente trabajo se pretende buscar la influencia entre la primera variable y la segunda, también cabe mencionar que dentro estos antecedentes tenemos varios ámbitos laborales, pero que en su mayoría se aboca al rubro de la salud.

Huamán y Rodríguez (2016) nos da su respaldo, ya que en su estudio determinó las diferencias significativas del síndrome en estudio, de los trabajadores en 2 municipalidades. En dicho trabajo se consideraron variables características demográficas de la población, obteniendo los siguientes datos a través del análisis estadístico, obteniendo que el nivel de síndrome es mayor en los trabajadores de una de las municipalidades puestas a evaluación. Esto denota que los trabajadores de la entidad municipal tienen mayor predisposición a padecer síndrome de en estudio debido a que los trabajadores no se sienten entendidos, se siente menos importantes para sus jefes y al estar expuestos al contacto directo con los residentes estas se agotan tanto física como emocionalmente, provocando un trato inadecuado al cliente.

El respaldado que nos da la tesis realizada por Quispe (2017), busca mostrar la influencia que tiene el ambiente de trabajo y el síndrome en estudio en el plantel administrativo teniendo como muestra no probabilística (n=298), siendo evaluados solo 30 trabajadores de ambos sexos. Dentro de los resultados casi el 35% presentaban un buen clima laboral y el casi 53% que no tienen un adecuado clima organizacional, sin embargo, presenta un bajo índice de burnout en donde se hace

notar que hay nulidad, esto significativa, que no hay una relación entre clima laboral y síndrome.

También la tesis realizada por Rodríguez (2017), determino el nivel de estrés en el plantel sanitario, obteniendo como resultado, el 47% tienen grado medio, 28% un grado alto y bajo de Burnout. El trabajo de Rodríguez dio como conclusión que en el plantel de enfermería encuestados padecen de un alto grado de estrés, teniendo una prevalencia mayor en el nivel medio a alto de este Síndrome. Entre los profesionales que participaron en su estudio presentando el síndrome podemos concluir, que aquellas personas presentan cansancio físico y emocional por la cantidad de horas de trabajo, han descuidado la sensibilidad y empatía hacia los pacientes dando indicios de una despersonalización, teniendo en cuenta que esto afectara su salud mental y afectando negativamente la realización personal la cual presenta como dimensión.

Así mismo la tesis realizada por Martínez (2015), menciona que en su estudio participaron 45 enfermeras, donde se notó un nivel desfavorable grado de comunicación con un 89%. Dentro de las conclusiones que arrojó dicho estudio nos dio puntualmente que habría que mejorar como prioridad la mejora de estas dos dimensiones: mejor comunicación e información sobre los errores ocurridos, creando así una mejor cultura de seguridad y por consiguiente un servicio sobresaliente.

Destacamos a Vergara (2017), quien refirió que su trabajo de investigación busca afianzar nuestra segunda variable para brindar una atención sobresaliente, determinando la relación que existían entre estas dos variables de investigación. Dando como resultado una correlación moderada $r=0.612$, lo cual significa que prevén de mejor manera la cultura de seguridad en sus usuarios, teniendo una relación favorable y de gran significado al tomar decisiones.

Entre los antecedentes internacionales está la tesis realizada por Gallardo (2017), en su investigación para hallar la prevalencia de la primera variable entre los residentes, se pudo obtener resultados como falta de control oportuno y estos

resultados fueron utilizados para tomar medidas de acción encaminadas a disminuir el número de casos y prevenir la aparición de casos futuros. Para ello se encuestaron 47 residentes del área de neonatología, donde se encontró una prevalencia de 74% del síndrome los cuales eran 35 casos, quienes presentan grado medio y extremo del mismo, lo que denota un gran inconveniente debido a que no hay supervisión del riesgo psicosocial. Donde el 81% del grupo de trabajo está constituido por mujeres, siendo este género femenino es el más afectado, la menor prevalencia se encontró en los jóvenes de 28 años. Dentro del grupo etario de 29 y 30 años presentan un 100% de casos del síndrome de Burnout.

López (2017) da su respaldo ya que tenía como objetivos de investigación, la recopilación de diferentes documentos con reconocimiento internacional. Esto se dio a través de un cuestionario estructurado, donde los resultados que se compararon arrojaron una relación directa e inversa entre sus variables, las cuales eran agotamiento emocional y compromiso afectivo.

Orkaizagirre (2015), manifiesta que las relaciones laborales, la valoración sobre los gerentes hospitalarios, una adecuada comunicación es clave para la mejora de la ratio usuario/enfermera y está a su vez será obligatorio si se desea sobresalir en la atención de cuidados y disminuir la inseguridad tanto del personal de salud y el usuario.

Por otro lado, López, Puentes y Ramírez (2016), clasificaron sus dimensiones como posibilidades de progreso. Concluyendo, que este protocolo de mejora era algo bueno para el recurso humano, al reportarlo también se sentían juzgados. Y al aplicarlo a nivel mundial se obtuvo tres dimensiones como alternativa de mejora entre ellas, el personal, las transferencias y transiciones y por ultimo respuesta asertiva ante errores.

Así mismo Vasco (2017), utilizó dentro de los indicadores a la cantidad de sucesos desfavorables, los cuales al analizarlos bien podemos encontrar dos perspectivas diferentes una de ellas es vista de los profesionales y la otra desde el sistema, teniendo en cuenta que estos factores guardan relación lógica o de causa

efecto entre el factor humano y los factores sistémicos para el desarrollo de estos efectos adversos. Para dicho estudio se encuestó a 192 profesionales de enfermería con 8 años en el área donde el 85% menciona no haber informado ningún suceso desfavorable en ese año. Por lo cual Vasco concluye que el hospital tienen una visión favorable con relación a nuestra segunda variable, la cual se centrada en la individualidad /área, detectando solidez en la dimensión de trabajo en equipo.

Por consiguiente, se procede a describir cada una de las variables que sustentan la siguiente investigación.

Síndrome de Burnout

Bosqued (2008), menciona en su libro “Quemados”, que el termino Burnout fue utilizado en un principio en el ámbito deportivo, y este era utilizado para referirse a jugadores que experimentaban un nivel alto de esfuerzo físico y no lograban los resultados esperados, sin embargo, el grado de frustración obtenidos era cada vez mayor. Mencionan que desde entonces el término fue traducido al castellano de varias maneras.

Hay diversos autores que nos dialogan sobre este síndrome desde hace muchos años atrás, por los 70, que para ser más exacta en ese entonces el término inglés “Burn out” que significa “estar quemado”, como nos lo describió el psiquiatra Herbert Freudenberger quien fue el precursor de la definición que hoy en día conocemos. Quien nos menciona que este síndrome es como una autopercepción de fracaso. (Herbert, 1974)

El síndrome durante décadas fue llamado de muchas maneras distintas como síndrome del desgaste ocupacional o de aniquilamiento o del trabajador desgastado, también de desmoralización o agotamiento emocional, síndrome con nombres raros como del trabajador quemado o de la cabeza quemada o simplemente estrés por trabajar. Esto se debe a que por años los psicólogos y psiquiatras han dedicado sus

vidas a estudiar las causas exactas y las consecuencias de dicho síndrome. (Bosqued, 2008)

Maslach (1977), psicóloga de nacionalidad estadounidense, dio a conocer el término Burnout, donde estudio muy afondo la respuesta emocional de los profesionales que desempeñaban trabajos ayudando a otras personas, tomando como pieza fundamental que este síndrome se suele dar más en profesiones de apoyo que en las demás, como es el área de educación y de salud. Esto se debe que las personas que ayudan a otras personas son susceptibles al apego, eh involucrarse demasiado con el entorno laboral, esto en un inicio es idóneo y positivo, pero al paso de los meses y años, esta situación puede causar frustración en las personas, debido a que el trabajador se siente incapaz de satisfacer a todos sus usuarios y a esto se le suma la poca retribución o agradecimiento por parte del empleador o los usuarios, creando desgano en la persona y poca voluntad en el trabajo.

Posteriormente tras varias investigaciones se dio a conocer que el síndrome de Burnout no solo abarcaba a las profesiones de apoyo a los demás, pero también todo tipo de ocupación o trabajador en el que hay un esmero continuo número de actividades durante su jornada laboral, podía presentar este síndrome. Por ello podemos decir que su definición a través del tiempo también tuvo un gran cambio, como los que se mencionaran a continuación.

Bruzzetti (2005) nos menciona que los profesionales que sufren de este síndrome son aquellos que dan un servicio directo a las personas, pero que sobre todo tiene en común el gran desempeño laboral que presentan, lo comprometidos que son y sobre todo que siempre tienen grandes expectativas en lo que se proponen, ese tipo de persona suelen ser quienes dedican su vida y sus sueños al trabajo, tanto así que dejan sus proyectos personales con tal de seguir aportando aún más por la empresa. Por lo cual cuando los resultado de todo su esfuerzo no logra los resultados esperados o planificado , tanto para si mismo como a las personas que brinda el servicio y encima de todo ello el entorno laboral y los jefes no lo apoyan esa persona se ve vulnerable a

un grado tan grave de estrés y frustración que la persona puede terminar con un curso crónico de estrés o deterioro de sus capacidades para lograr el mismo desempeño de antes, dando de esta manera condiciones idóneas para que se instale el síndrome.

Burnout es apreciado como degeneración gradual del profesional de salud, a consecuencia de malas condiciones de trabajo. Los autores manifiestan que la ayuda al prójimo es vista desde la parte laboral, más cabe resaltar que esta sensación de poco amor propio y hacia los demás no se da de un día a otro, sino que al paso de los meses una parte del trabajador comienza a frustrarse, decaen sus ganas de trabajar, pierde el optimismo de los primeros días y esto aumenta porque siente que no es bien reconocido o quizá porque saturaron su horario de trabajo, otros mencionan que las condiciones como el ambiente el clima laboran también pueden influir en estos aspectos. (Edelwish y Brodsky, 1980)

Si bien podemos decir que este síndrome es causado solo por el entorno laboral, pues estaríamos equivocados, depende mucho de cómo el trabajador o profesional tome el trabajo que va realizando, es el pequeño quiebre entre la expectativa en que empiezo mi labor y como con el paso del tiempo puede esta situación comenzar a mermar, siendo así que “siento el trabajo pesado”, ya no sonrío como antes, o simplemente las cosas que hago son porque me pagan, y ya no es porque me gusten hacerlas, para este tipo de pensamientos encontré que para este autor lo define como el estado mental consecutivo, negativo, inapropiado, que guarda relación con el trabajo, en personas normales, esto se debe esencialmente por el agotamiento, acompañado por diestres, poco interés por sobresalir o ser competitivo en el trabajo. (Schaufeli&Enzmann, 1998)

Sin embargo mantienen que el simple hecho de ser un trabajo por prestación de servicios o contacto directo con el usuario y que sumado a esto sumarle fuertes rutinas de trabajo o rutinas prolongadas en su jornada laboral pueden desencadenar este síndrome, siendo el clima laboral, la exigencia de los jefes o la sobrecarga laboral los factores más importantes. Claro (2014) manifiesta que se da como respuesta en

su mayoría a la atención continua de clientes, en la cual se somete al trabajador a niveles elevados de estrés.

Según Apiquian, (2007) dentro de los factores que influyen o propician eventos para que se desarrolle el síndrome tenemos el perfil del puesto y el entorno de trabajo, teniendo factores personales y variables sociodemográficas, las cuales serán descritas a continuación.

El perfil del puesto y el entorno de trabajo, en donde cada Institución y profesional que labore en dicho establecimiento u empresa deben tener muy en claro el organigrama para que no se creen discusiones, ni un mal clima laboral, para ello la institución debe tener bien estructurados los horarios de jornada laboral, días de vacaciones para todo el personal y funciones para cada profesional según el requerimiento. Un ambiente que propicia el aumento de este síndrome es un jefe dictador u ambiente hostil, donde tus compañeros no te apoyan, ni saben trabajar en equipo. Dentro de otras características también tenemos; horarios, estabilidad laboral, experiencia profesional, el éxito o fracaso, innovaciones tecnológicas, la Jerarquización y clima laboral, retroalimentación, oportunidad para el control, los honorarios y el manejo de la organización.

Dentro de los factores personales, tenemos el ser muy sensible, idealista, narcisista, controlador con su entorno laboral, poco ambicioso, perfeccionistas extremos, ser auto exigentes, ser poco tolerante a la derrota, sentirse indispensable y la poca empatía. Esto se suele acentuar si el personal presenta pobre preparación o ineficiente, si tiene temor a equivocarse y pedir ayuda, si tiene problemas para trabajar en equipo, el presentar metas, principios, pensamientos radicales o diferentes al entorno laboral, si siente sensación de culpabilidad y temores ya sea por baja autoestima o depresión y por ultimo si tiene problemas en el entorno familiar, económico, etc.

En las variables sociodemográficas que pueden influir es la edad ya que el Síndrome de Burnout suele presentarse en ciertas etapas del crecimiento profesional, ya sea por lo que el profesional espera económica o de la carrera elegida, también el género debido a que suele ser mayor en la mujer, ya que presenta mayor carga familiar y a la parte afectiva en el ámbito laboral y familiar, y por último el estado civil: las personas solteras despersonalización el no tener hijos.

Fluker (2015) para describir sus dimensiones nos dice que Burnout se da debido a que en el ambiente laboral el personal desarrolla estrés recurrente, por ello se considera como un síndrome tridimensional, caracterizado por la fatiga emocional, despersonalización y la baja realización académica y/o personal.

Teniendo como la primera dimensión de la variable independiente el Agotamiento Emocional, que según la RAE el agotamiento es la falta de fuerza o desgano resultado de haberse fatigado de manera física, psíquica o ambas. Mientras que la parte emocional es definida como el acto humanitario, sensible y sensitivo de la persona donde resalta la parte afectiva y estado anímico de la persona.

El estar fatigado emocionalmente es la dimensión que simboliza el estrés desde el punto de vista elemental y personal, es la base central y se caracteriza por el agotamiento en el trabajo, donde la persona no es capaz de dar más de sí mismo en el ámbito profesional y de haber consumido todos los recursos emocionales. (Buzzetti, 2005)

El cansancio emocional se da mediante sensaciones de fatiga y de no poder más en su entorno personal y profesional, creando de esta manera una sensación de frustración por la limitación creada. Aun así, esto es insuficiente al precisar por completo el síndrome, por ello esta dimensión muestra la conexión favorable entre el exceso de trabajo y patologías o síntomas debido al estrés, esta dimensión” es lo provoca que el trabajador o profesional de la salud se distancie de su trabajo

emocionalmente y cognitivamente, creando desgano, ansiedad y frustración. (Fluker, 2015)

Teniendo como indicadores según Norabuena (2016), el sentirse emocionalmente agotado por su labor, terminar la jornada laboral sintiéndose vacío, sentirse fatigado al levantarse para otro día de jornada laboral, cansarse por trabajar todo el día con personas, sentirse desgastado por el trabajo, sentirse frustrado por el trabajo, cansarse al entrar en contacto directo con las personas y sentir que mis energías están al límite.

Teniendo como la segunda dimensión de la variable independiente la Despersonalización, la RAE la define como cuando una persona pierda su carácter o atributos personales, perdiendo su identidad como persona.

Norabuena (2016) menciona que la despersonalización va como referencia a las malas actitudes de las personas, haciendo que estas pierdan sensibilidad emocional hacia sus semejantes, ya sean estos compañeros de trabajo o clientes y en conclusión esto lleva a pensar que las personas del entorno son los culpables de los problemas.

La despersonalización se percibe mediante el incremento de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, toscas, distantes o frías hacia los demás, en este caso de manera precisa sobre los pacientes, clientes o usuarios, etc. Todo ello va acompañado de un aumento negativo en el carácter de la persona volviéndose más irritable, perdiendo la motivación que tenía y alejándose de las personas con las que labora. (Apiquian, 2007)

Fluker (2015) menciona esta dimensión está relacionada a trabajadores que brindan sus servicios a los demás, lo cual, creando desinterés entre el usuario y la misma persona, este desapego o desinterés no solo se da en las cualidades, sino

también en las necesidades que lo hace humanos y únicos, volviéndolos “insensibles” ante el dolor ajeno y con una “autopercepción de endurecimiento emocional”.

Quispe (2017), nos menciona que el cinismo o despersonalización son acciones o respuestas falsas, que se dan frente a los demás, sobre todo a quien se brinda el servicio o entorno laboral, demostrando así acciones negativas, respuestas secas hacia las otras personas, creando así un ambiente negativo de trabajo, de esta manera podemos entender que el trabajador deja de sentir empatía por el usuario y comienza a tomar actitudes fingidas y en muchos casos de rechazo, brindando de esta manera una mala atención en su centro de labores y propiciando la desunión.

Teniendo como indicadores según Norabuena (2016) el sentirse como si trataras a los demás como objetos, sentir que tienes reacciones muy duras o frías con los demás, sentir que el trabajo te vuelve insensible o duro emocionalmente, sentir desinterés por lo que le pueda pasar a los pacientes y sentirse culpable por los problemas.

Teniendo como la tercera dimensión en la variable independiente a la baja realización personal dentro de su trabajo, si queremos definir que es, leeremos a Norabuena (2016) el cual mencionaba, que esta baja realización personal se debe al estado en la que una persona pierde la perspectiva de llegar a la meta deseada dentro de su ambiente laboral o a nivel personal, a esta le aumenta las experiencias negativas que dicha persona presenta y una baja autoestima como sensaciones latentes. Y podríamos entender que a una persona que se siente frustrada emocional, personal y laboralmente perdería toda noción o interés por alcanzar una meta.

Quispe (2017) menciona que el pobre interés de crecer como persona en su centro de labores está muy ligado con la escasa realización individual, en muchos casos sin darnos cuenta la persona comienza a perder motivación por crecer por mejorar, por realizar de manera adecuada sus tareas, de manera que al realizar las

cosas porque “en fin, para eso me pagan”, la persona está más propensa a realizar errores y frustrarse aún más por ello.

Teniendo como indicadores según Norabuena (2016), el sentir que puedo entender a los demás, sentirse eficiente al resolver los problemas de los usuarios, sentir que eres capaz de mejorar la vida de otras personas, sentirse desbordando de energía en mi centro de labores, sentir un clima agradable al laborar, sentirse entusiasmado después del trabajo con mi paciente, sentir que logro conseguir cosas que me satisfacen en mi trabajo.

El instrumento creado por las autoras Maslach y Jackson nos menciona que estas tres dimensiones no surgieron de la nada, sino que estas dimensiones salen de un modelo conceptual precedente, el cual tuvo un análisis psicométrico, los cuales se encuentran dentro de dicho instrumento en las que se basó esta investigación. Estos tienen como finalidad encontrar el grado o nivel de dicho síndrome presente en cada trabajador del servicio y relacionar esta información con la segunda variable, viendo si existe una relación de influencia entre una y otra variable.

Cultura de seguridad del paciente

Debemos conocer que es la seguridad del usuario y para ello saber el significado de seguridad que viene del latín “securitas” la cual se usa para indicar “la ausencia de riesgos, también refiere a la confianza en algo o en alguien”, saber también que paciente según la OMS es aquel individuo que es examinado a al cual se le está aplicando algún tratamiento, paciente proviene del latín “pati” que significa el que sufre, como consecuencia la OMS define esta segunda variable o variable dependiente como la ausencia o la acción que minimiza el riesgo de accidentes o daños al momento de la atención.

Para muchos países les ha resultado difícil entender conceptos y términos universales para definir a la seguridad del paciente o usuario, por ello la OMS llevo a

cabo un proyecto internacional en el cual se buscaba unificar criterios, en el 2005 dentro de clasificación internacional para la seguridad del paciente (CISP), se propone dicho termino como un nuevo conocimiento y el uso de la terminología que permite analizar de mejor manera los errores con relación a la asistencia en salud.

Silva, de Souza y Saturno (2013) define esta variable como un acto más personal ya se presenta por medio de accionar de la persona y de forma colectiva que determinan el compromiso, la peculiaridad y competencias de una organización de salud o su sistema.

Castillo (2014) la define como un proceso o estructura cuya aplicación minimiza daños ocasionados durante la atención a la salud dentro del rango de enfermedades y protocolos de tratamiento. Esto nos quiere decir que toda organización requiere primero investigar qué tipo de problemas, errores y aciertos se tienen en el día a día, para luego sacar de ello métodos de prevención, protocolos y estrategias eficientes en su atención dentro del establecimiento, recordemos también que cada área y cada especialidad tiene problemas propios.

Según Vasco (2017) sustenta en los siguientes elementos claves, como : Just culture que es donde los trabajadores facilitan información de accidentes, la cultura de notificación que consiste en que los trabajadores relatan posibles amenazas de seguridad y errores propios, la cultura de información en la cual se hace una recolección de datos y se mezclan con datos o medidas proactivas, como las encuestas, educar en la que modificar una organización es basado en indicadores de seguridad y amenazas, cultura flexible que es la que da facilidad de reestructurar una organización en función a experiencias de seguridad.

Al unir estos cinco elementos nos damos cuenta que creamos una conciencia de seguridad, tomando datos de todos los accidentes e incidentes que suceden a diario, esto se utiliza como base para realizar medida preventivas y proactivas a través de encuestas o auditorias, de esta manera se busca crear mayor cultura de seguridad.

Dentro de los Componentes según Vergara (2016) las entidades con costumbres de seguridad eficiente tienen como obligación atenuante con la priorización de la seguridad que se pueda tener en una organización. Los elementos más valorados son: La verificación de los proyectos de la entidad son de alta precaución y muy posible a los desaciertos, un lugar donde no se busque culpables si no en el que los asociados puedan exclamar e informar de algún riesgo o percance sin temer a ser penalizados, ganas de aportación entre estrato profesional para indagar acuerdos a las flaquezas y ganas de parte de la sociedad de ofrecer requerimientos a la solución de dificultades de protección.

Las Características de una cultura de la seguridad según Vergara (2016), es el recato de que no pueden salir las cosas como uno quiere, que este apto de aceptar equivocaciones, instruirse de tales, intervenir para ver soluciones, ser objetivo para distribuir asesoría explícitamente y relacionarse adecuadamente al profesional en reuniones desfavorables (va relacionado con el tratante o el encargado del tratamiento), estar enfocado al programa (no solo las cosas relacionadas con los usuarios, sino también en el programa que se laboral), el aproximarse en que fue mal en el proceso contribuye a educarse y prever sus demandas, estar presente cuando realizan varias actividades a la vez sumado esto con la carga laboral y el componente emocional de cada persona, daña a la empresa y la confianza del atendido por pertenecer a la estrategia.

Los Beneficios que da esta variable según Vergara (2016) son la: impresión eficaz en la manera de operar en la entidad, cambio previo a la evaluación de errores y progreso constante (dado que no se puede lograr una excelencia), la plantilla esta advertida de que puede ir no tan bien y que nos fue mal y aminorar repetitividad e intolerancia dado a lo formado, daño/ impacto al usuario (previsión más comunicación), trabajadores relajados con menos opresión, poca confianza al presentarse casos fortuitos, eventos adversos, mejorar la atención para que sea rápida porque eso va ligado a ineficiencia, disminución a costos de tratamiento, costos de gestión de quejas y reclamaciones y costos sociales y económicos.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado por los diversos autores, podemos denotar cinco dimensiones correspondientes a nuestra variable dependiente, las cuales se mencionarán y definirán a continuación.

La primera dimensión de la segunda variable es la seguridad en el área de trabajo, este se encuentra encaminado a calcular si presenta o no la percepción de estar laborando comprometiendo con el cuidado que debe de tener al tratar a un paciente, refiriéndose principalmente en causas concretas, como la manera de trabajar y la efectividad para evitar fallas al momento de la atención. Esto es medido según el ambiente de trabajo idóneo y medición de seguridad, este indicador se encuentra estrechamente relacionado con los ítems numero: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14, 15,16,17, 18. (Vergara, 2016)

Teniendo como la segunda dimensión de la variable dependiente es la seguridad brindada por la dirección, esta refleja la relevancia que le dan los jefes, directores y supervisores del área a la seguridad que le brindan al paciente, ya sea en sus protocolos de atención, en las actividades que se realizan a cargo de los pacientes como a la infraestructura que utilizan para evitar de esta manera eventos adversos que atenten con la integridad del paciente, para ello los jefes recolectan datos de sus trabajadores, todos los comentarios son tomados en cuenta tanto los positivos, como los negativos. Es medido por los siguientes indicadores: favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente, este indicador se encuentra estrechamente relacionado con los ítems numero: 19, 20, 21. (Vergara, 2016)

Teniendo como la tercera dimensión de la variable dependiente es la seguridad desde la comunicación, la cual busca medir de manera preventiva y reactiva las notificaciones que lleguen a los supervisores o jefes, esto permitirá una adecuada prevención, solución de problemas y proyectos para una mejor ejecución de medidas a tomar, como es el paso de información, confidencialidad de la información, correcciones oportunas, notificaciones de eventos ocurridos, eventos evitados y

eventos confidencialidad, etc. De esta manera se pretende evitar información falsa como el cambio de protocolos o variaciones y formas de prevenir errores. Se mide a través de los siguientes indicadores: información de los errores y comunicación asertiva, este indicador se encuentra estrechamente relacionado con los ítems numero: 23, 24, 25, 26, 27, 28. (Vergara, 2016)

Teniendo como la cuarta dimensión de la variable dependiente es la frecuencia de sucesos notificados, la cual menciona la recurrencia de notificar, mencionando que estas se presentan diferentes situaciones o equivocaciones, como son: no causan daño, producen daño y los que producen daños, Esto se mide por los siguientes indicadores de información oportuna de daños, este indicador se encuentra estrechamente relacionado con los ítems numero: 29, 30, 31. (Vergara, 2016)

Teniendo como la quinta dimensión de la variable dependiente es la seguridad desde la atención primaria, cuya mediación se da bajo los siguientes indicadores: apoyo mutuo se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo, este indicador se encuentra estrechamente relacionado con los ítems numero: 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42. (AHRQ, 2004)

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica, ya que las variables en estudio se analizarán y resolverán mediante el uso de fundamentos teóricos (Concytec, 2018). Siguiendo con las bases científicas, siendo guiados por los constructos de estudio, se busca hallar la relación entre las 2 variables presentadas.

3.1.2 Diseño de investigación

Según Hernández (2010), la investigación presenta un diseño no experimental ya que se genera sin operar las variables, es decir, evitando modificar las variables independientes, lo que se hace es investigar más no experimentar, observamos sucesos y como se desenvuelven en su contexto habitual para luego analizarlos.

Barragan (2003), menciona que con un enfoque cuantitativo podemos proporcionar datos estandarizados, fácilmente agregables a través de preguntas estandarizadas.

Según Tam, Vera y Oliveros (2008), narra que el tipo de investigación no – experimental puede ser de dos tipos longitudinal donde se investiga la serie tiempo de la variable y la transaccional que es la utilizada en este estudio donde se realiza un corte transversal o barrido espacial, dentro del tipo transaccional utilizaremos la de tipo correlacional causal donde se mide la relación fundamental causa-efecto entre una variable independiente y una dependiente.

Fernandez y Baptista (2010) menciona que hablamos de un diseño correlacional cuando al cambiar una de las variables la segunda varia

automáticamente, en donde la correlación puede ser positiva o negativa, es positivo al tener altos valores en una variable y es negativo cuando los sujetos con valores altos son propensos a registrar valores bajos en las otras variables.

Fernández (2014) refiere que en el diseño correlacional causal se observa la coherencia que existen entre las dos variables o demás, en un momento determinado, utilizando un instrumento. Buscando relación entre las variables y no su individualidad, esto hace que las variables se encuentren vinculadas.

3.2 Variables y operacionalización

Variable independiente: Síndrome de Burnout. (Maslach y Jackson, 1981)

Definición conceptual: Es un síndrome psicológico en el cual se ve como las personas van dejando de lado la parte afectiva o emocional hacia el análisis sobre su jornada laboral, presentan una visión negativa de sus logros personales y profesionales, esto genera un estado de insatisfacción consigo mismo y con sus logros en el trabajo, suelen recalcar que este síndrome se da con mayor porcentaje en trabajos de interacción personal.

Definición operacional: Mencionan que el síndrome de Burnout es tridimensional por lo cual dentro de sus dimensiones tenemos al agotamiento físico y emocional resumido en tres indicadores principales, a la despersonalización resumido en un solo indicador y para finalizar a la baja realización personal en el trabajo también resumido en tres indicadores principales.

Variable dependiente: Cultura de seguridad del paciente. (Vergara, 2016)

Definición conceptual: Es un acto más personal ya que nos presenta que es debido a los valores, actitudes, competencias y formas de actuar propia de una persona y grupo inmediato, los cuales precisan el actuar de un grupo humano, siendo este el caso del personal sanitario.

Definición operacional: Son las buenas prácticas dentro del sistema de salud, con ello buscaban mejorar la seguridad de los usuarios a través de informarse de los eventos adversos que puedan ocurrir y estar preparados para saber cómo prevenirlos, para determinar esta variable, se utilizó el cuestionario obtenido de Vergara, el cual se divide en 5 dimensiones principales y 42 reactivos o preguntas.

3.3 Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

3.3.1 Población

La población encuestada fue conformada por los médicos, enfermeras, tecnólogos médicos de las diferentes especialidades, internos y técnicos en las áreas del servicio de rehabilitación en el Hospital los cuales sumaron 60 profesionales de la salud, todos ellos pertenecientes al servicio ya antes mencionado, el cual se encuentra en el distrito del Agustino, en la región Lima.

Dentro de los criterios de inclusión, se consideran a todos los usuarios pertenecientes al servicio y hospital de estudio.

Para los criterios de exclusión, se toman en cuenta a todos los usuarios internos no pertenecientes al servicio, al igual que los usuarios internos que se encontraron de vacaciones y/o de licencia.

Tabla 1

Población a encuestar

Grupo	Cantidad
Médicos	2
Enfermeras	3
Tecnólogos Médicos	25
Internos De Tecnología Medica	20
Técnicos	10
Total	60

3.3.2 Muestra

La totalidad de mi población fue mi muestra, teniendo como población a 60 profesionales de la salud, entre ellos se consideró criterios de inclusión y exclusión, obteniendo como muestra la misma cantidad. Dentro de la muestra presento diferentes especialistas, estudiantes de internado y técnicos de la especialidad, entre ellos mantengo de forma global el género femenino y masculino, ya que no hago diferencian de genero ni edad.

Siendo este tipo de muestra determinada como muestra censal, según Lopez (1998, citado por Pinto, 2016) debido a que la muestra en estudio son todas aquellas personas que están presentes en la población.

3.3.3 Muestreo

Según Hernández, Fernández y Baptista (2016) nos dice que el muestreo no probabilístico es donde la muestra utilizada en el presente estudio es no probabilística, que según estos autores ya que se parte de una base probable de ser elegidos por el investigador.

El tipo de muestra no probabilística definida por Walpole & Myers (1996, citado por Morphol, 2017) menciona que este consiste en la elección de personas las cuales

dependerán de ciertos criterios que el investigador considere dentro de la indagación, este tipo de muestra no suele tener mucha validez.

El Dr. Espinoza (2016) nos menciona que el muestreo no probabilístico se encuentra un sub tipo llamado muestreo por cuotas, que son todos los elementos ya antes mencionados dentro de la población, los cuales son los que permanecen en la muestra en la misma proporción.

3.3.4 Unidad de análisis:

Tecnólogos médicos del servicio de rehabilitación dentro del hospital en indagación.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de información, en una encuesta estructurada de preguntas cerradas, la cual está dirigida para el personal sanitario del servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, Lima.

Rodríguez (2010) define la encuesta es un método por el cual se da solución a los problemas de la investigación, en los “términos descriptivos” así como en la relación entre sus variables, esto se da mediante la recolección de datos mediante una manera sistemática, esto se va a dar a través de un diseño ya fijado previamente que afirme la veracidad de la información recolectada.

Según Rodríguez (2010) las encuestas conllevan a determinar puntos como el usarse como instrumento de investigación de carácter exploratorio, con el fin de facilitar la identificación de las variables y las relaciones que pudiesen encontrarse entre estas, dar diferentes probabilidades de hipótesis y encaminar otras partes de la investigación, o el como la encuesta es el paso de recopilación de información más importante para una adecuada investigación, de esta manera las preguntas planteadas en los instrumentos son diseñadas para medir cada una de las variables en la tesis o

investigación y por último punto si la encuesta permite un adecuado seguimiento de los resultados impredecibles, validando así diferentes métodos de investigación y adundar más en las respuestas de cada ser humano.

El instrumento de recolección de datos

Se ha utilizado para recopilar los datos sobre el síndrome de Burnout el cuestionario estandarizado creado por Maslach y Jackson (1986), en este cuestionario presenta 22 ítems, en escala Likert. Los ítems han sido divididos en tres dimensiones: cansancio emocional con 9 ítems; despersonalización con 5 ítems; y falta de autorrealización con 8 ítems. Esta se puede aplicar de manera individual o grupal, sin un tiempo límite. (Revisar anexos)

Para la recopilación de datos sobre la segunda variable se ha utilizado el cuestionario adaptado por Flor María Vergara en el año 2016, Vergara adaptó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) ya estandarizado, presentado por la AHRQ en el 2004 en donde muestra 12 dimensiones para poder medir la segunda variable expuestos en 42 ítems, los cuales dan énfasis en la seguridad y atención sobresaliente, este modelo permite una mejor evaluación, monitorización y comparación interna y externa. En el cuestionario Vergara (2016) utilizó la versión reducida al español, dentro de las cuales muchos autores mencionan que para evaluar la segunda variable solo se requieren 5 dimensiones, las cuales son utilizadas principalmente en el ámbito de salud y estandarizadas dentro del cuestionario presentado por la AHRQ, pero que a su vez mantiene el número de preguntas.

Los instrumentos aplicados en la presente investigación, es un cuestionario tipo likert, dirigido al personal sanitario del servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, Lima.

Según Sánchez y Reyes (2015) las recolecciones de datos en las escalas se emplean para medir opiniones y actitudes sociales. Likert comprende opiniones que pueden ser cuantificadas.

Según Sánchez y Reyes (2015) La técnica de recopilación de datos de una localidad o hecho en función de los objetivos de dicho estudio y esta técnica puede ser directo o indirecto.

El instrumento que utilice en esta indagación es facilitado por Norabuena (2016) el cual fue recopilado de un inventario del que existen hoy en día tres versiones del MBI según Maslach, Jackson y Leiter (1996) este instrumento está estandarizado y lo utilizaremos porque está dirigido para el personal sanitario en su versión clásica, comprendida por 22 ítems, las cuales están separadas en tres escalas y da la frecuencia en que el personal sanitario podrían presentar cualquiera de las tres dimensiones que son agotamiento emocional , despersonalización y baja realización personal. (Revisar anexos)

El instrumento que utilice en esta investigación es un cuestionario facilitado por Flor María Vergara, sobre la Cultura de seguridad del paciente, que es una versión traducida y adaptada del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) ya estandarizado (Anexo 3), presentado por la AHRQ en el 2004 en donde original mente de muestran 12 dimensiones, la presente indagación utilizó el instrumento validado por el Dr. Hugo Prado, el cual determino como resultado que este era aplicable. El cuestionario presenta 5 dimensiones, las culés son evaluadas por 42 ítems, los cuales dan énfasis en la seguridad y calidad de atención, este modelo permite una mejor evaluación, monitorización y comparación interna y externa. (Revisar anexos)

Análisis de validez y confiabilidad instrumentos

Instrumento MBI

Tabla 2

*Cuestionario del Síndrome de Burnout
Resultados del análisis de confiabilidad del instrumento*

Variable	Numero de Ítems	Coefficiente de confiabilidad
<i>Síndrome de Burnout</i>	22	0,896

La prueba de confiabilidad de consistencia interna Alfa de Cronbach para el instrumento, se obtuvo un coeficiente de 0.590, lo cual posee fuerte confiabilidad

Cuestionario de cultura de seguridad del paciente

Tabla 3

*Cuestionario de Cultura de seguridad del paciente
Resultados del análisis de confiabilidad del instrumento*

Variable	Numero de Ítems	Coefficiente de confiabilidad
<i>Cultura de seguridad del paciente</i>	42	0,790

La prueba de confiabilidad de consistencia interna Alfa de Cronbach para el instrumento, se obtuvo un coeficiente de 0.790, lo cual posee fuerte confiabilidad.

3.5 Procedimientos

Posterior a la aprobación del proyecto de tesis de indagación científica, se programa una reunión con las autoridades del servicio de rehabilitación del hospital en mención, con la finalidad de coordinar el envío de una carta autorizando el llenado de encuestas por el personal de salud. Posteriormente se ejecutó la encuesta con un tiempo de 30 minutos por persona, donde todos los datos recopilados fueron virtualizados mediante el programa de Excel para ser evaluados y analizados, los resultados dieron respuesta a los objetivos presentados en esta investigación.

3.6 Método de análisis de datos

Esta investigación analiza los datos mediante el enfoque cuantitativo, en donde los datos de ambas variables son recogidas a través de la encuesta con el uso de los instrumentos de medición, para posteriormente realizar el análisis descriptivo e inferencial utilizando los programas SPSS y Excel 2010.

Esta investigación tiene el propósito de establecer la influencia de la primera variable en la segunda variable de los profesionales en el servicio en estudio.

El análisis de datos se realizó la prueba de normalidad para las variables y sus dimensiones el cual se determinó a través de la prueba de Kolmogorov Smirnov para hallar la distribución muestral, el cual mostro que la distribución de la muestra es normal y dado que el estudio es de tipo correlacional-causal se utilizó el estadístico paramétrico de la regresión lineal de Pearson.

3.7 Aspectos éticos

En el transcurso de la presente indagación se han respetado los principios éticos garantizando el anonimato de los profesionales y el análisis generalizado de los

datos, no individualizado, anulando la posibilidad de poder relacionar los datos con alguno de los participantes.

Para el desarrollo de la indagación, se realizó la entrega de la carta de presentación por mesa de partes, por lo cual anexo el cargo y se obtuvo una constancia de aplicación de instrumentos por parte del personal del servicio de Rehabilitación, específicamente el servicio de rehabilitación, donde se ejecutaron los instrumentos para el síndrome de Burnout y el instrumento para la segunda variable. A si mismo se declara que la presente investigación no contiene material escrito por otros autores, salvo el que esta como referencia de manera parafraseada o citados en el texto.

IV. RESULTADOS

Análisis descriptivo

Descripción de variable Síndrome de Burnout

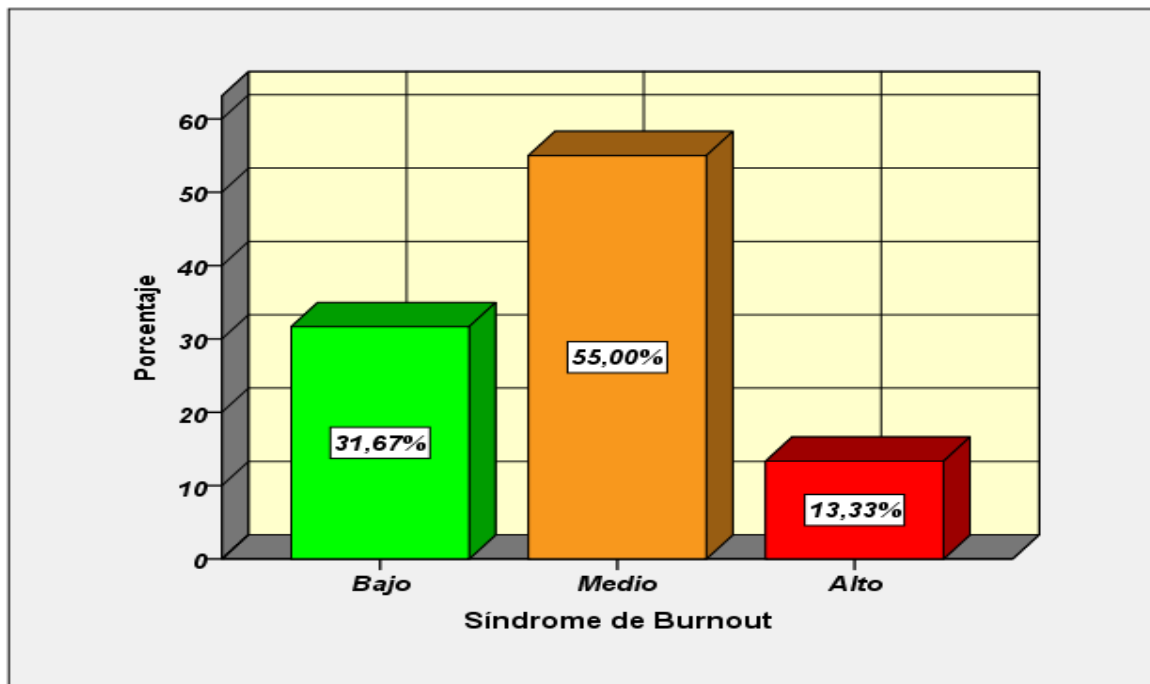
Tabla 4

Niveles del síndrome en estudio

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	31,7
Medio	33	55,0
Alto	8	13,3
Total	60	100,0

Figura 1

Nivel porcentual de la primera variable de los profesionales de la salud que laboran en el servicio de rehabilitación del Hospital a encuestar.



La Tabla 4 y figura 1, el 31.67% presenta un bajo nivel del síndrome, el 55% un nivel medio, y el 13.33% un nivel alto.

Descripción de variable Cultura de seguridad del paciente

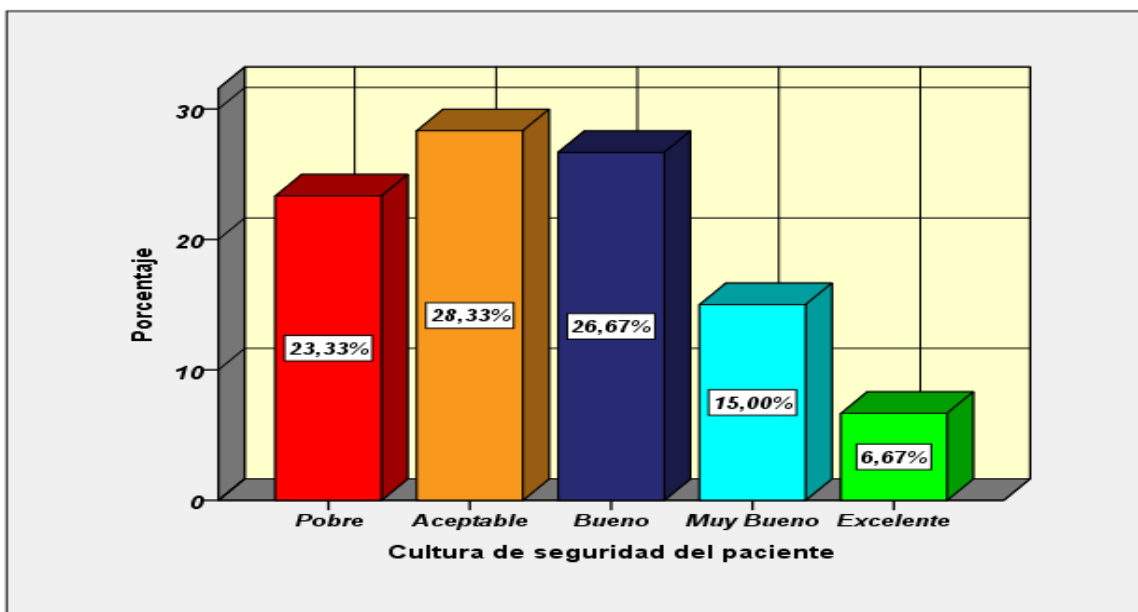
Tabla 5

Niveles de la segunda variable en estudio según la población.

	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Pobre	14	23,3
	Aceptable	17	28,3
	Bueno	16	26,7
	Muy Bueno	9	15,0
	Excelente	4	6,7
	Total	60	100,0

Figura 2.

Nivel porcentual de la segunda variable según la población.



La Tabla 5 y figura 2 Presenta el nivel de la segunda variable el 28,33% aceptable, el 26.67% bueno, el 15% Muy bueno y de igual manera el 6.67% que es excelente.

Análisis previo del modelo

Estandarización de datos.

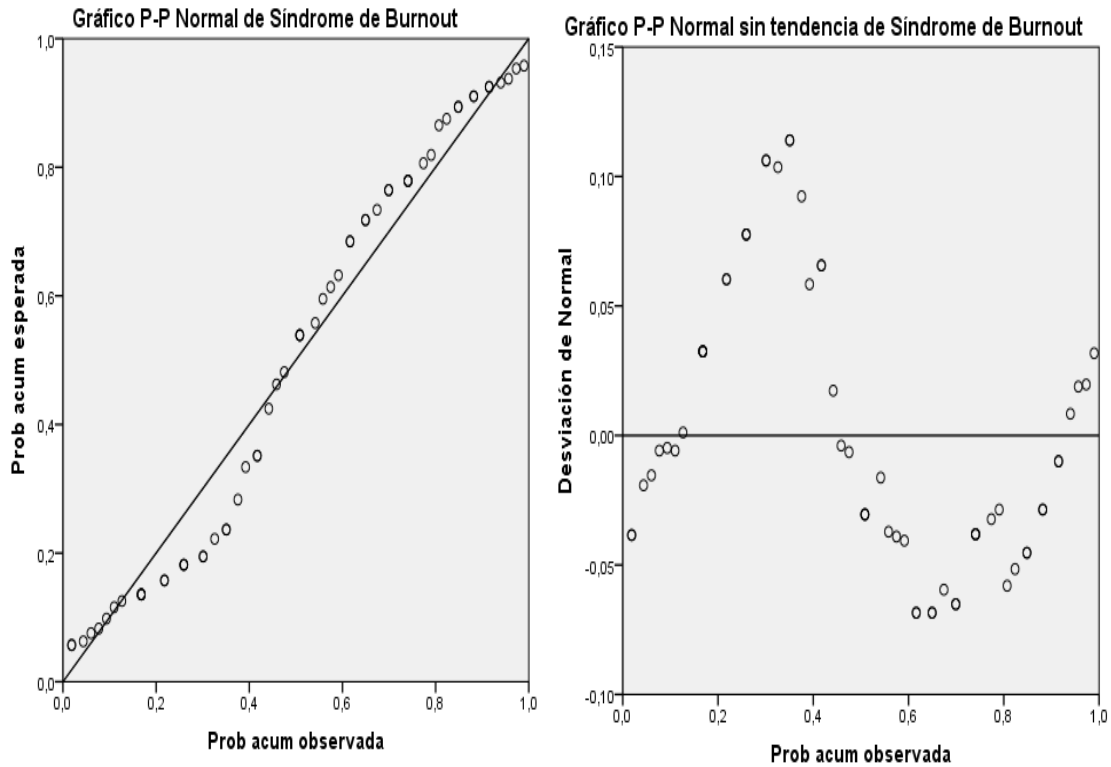
Posteriormente al análisis general para cada variable y dimensiones respectivas, se continuo con la comparación de estas puntuaciones según la media y varianza de cada información, obteniendo nuevos datos; donde se procesaron y a partir de estos, se genera estimaciones para representarlas como regresiones lineales.

Prueba para supuestos de normalidad

Conforme al nivel de datos; se examinan la normalidad; donde (1) es la distribución normal de errores P-P, (2) promedio de errores $E(u)=0$, (3) prueba de homogeneidad de varianza. Cada examen responde al análisis de los resultados de cada variable a partir de los datos estandarizado; Como resultado del proceso, se obtendrán resultados determinado, que se supone como resultado general.

Figura 3

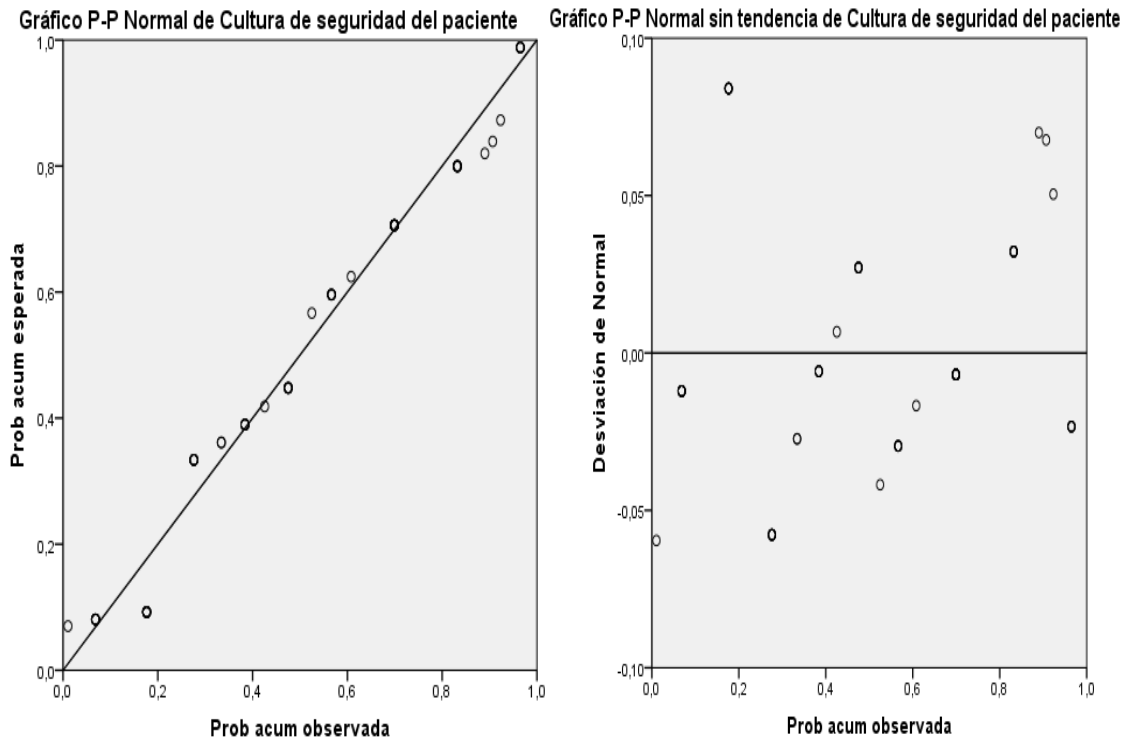
Distribución de los datos con tendencia de normalidad y distribución de media de la Variable independiente.



La figura 3, en el gráfico P-P Normal, de forma gráfica se denota orientarse diagonal, con tendencia a distribución normal es por lo que el valor $E(u)=0$. Por ello se asume la distribución normal, cumpliendo los requisitos para aplicar regresión lineal.

Figura 4

Distribución de los datos con tendencia de normalidad y distribución de media de la Variable independiente.



La figura 4 muestra el gráfico P-P Normal, orientación diagonal, predisposición a una distribución normal, el valor $E(u)=0$. Por ello se asume la distribución normal, cumpliendo los requisitos para aplicar regresión lineal.

Tabla 6

Resultados del proceso de homogeneidad de varianza de las variables independiente y variable dependiente.

Prueba de homogeneidad de varianzas

		Estadístico	gl1	gl2	Sig.
		de Levene			
Unstandardized	Residual	,717	2	57	,493
Síndrome de Burnout					
Standardized	Residual Cultura	,370	2	57	,692
de seguridad del paciente					

Ho: Las varianzas de los errores son homogéneas

H1: Las varianzas de los errores no son homogéneas

En la Tabla 6, de acuerdo a la prueba de Levene, $p > .05$; se acepta la presunción alterna; las varianzas presentan homogeneidad, siendo está una condicional más para la investigación.

Tabla 7

Resultados del proceso de correlación entre las variables en estudio y las dimensiones asumidas

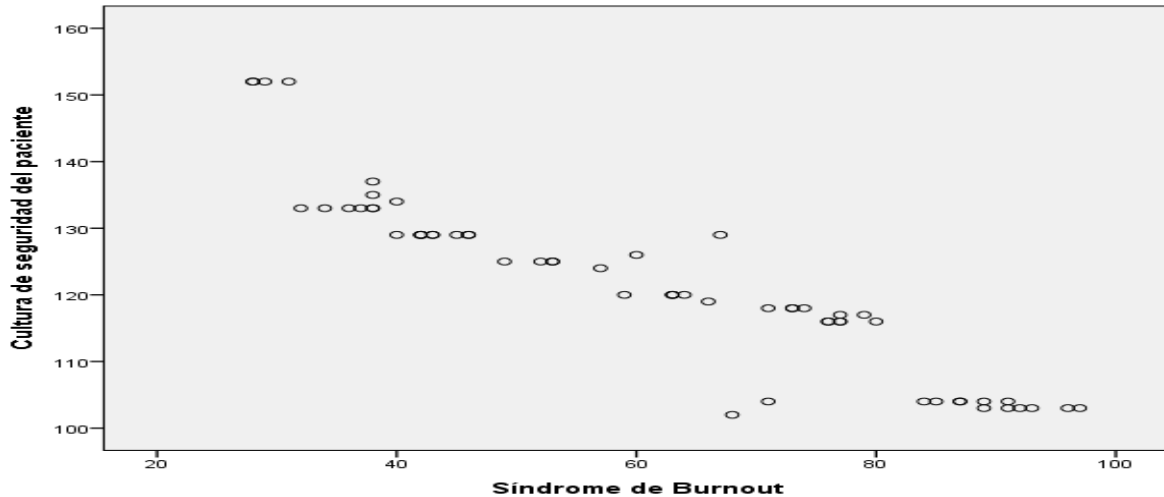
		Correlaciones				
		Agotamiento físico y emocional	Despersonal ización	Baja realización personal en el trabajo	SÍNDROME DE BURNOUT	CULTURA DE SEGURIDA D
Agotamiento físico y emocional	Correlación de Pearson	1	,921**	,746**	,942**	-,908**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000
	N	60	60	60	60	60
Despersonalización	Correlación de Pearson	,921**	1	,794**	,952**	-,864**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000
	N	60	60	60	60	60
Baja realización personal en el trabajo	Correlación de Pearson	,746**	,794**	1	,918**	-,829**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000
	N	60	60	60	60	60
SÍNDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	,942**	,952**	,918**	1	-,926**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000
	N	60	60	60	60	60
CULTURA DE SEGURIDAD	Correlación de Pearson	-,908**	-,864**	-,829**	-,926**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	
	N	60	60	60	60	60

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Grado de dispersión:

Figura 5

Dispersión de los puntos de correlación entre las variables en estudio



En la Tabla N° 7, y figura N°05, implica que la primera variable y la segunda presentan tendencia de proporcionalidad Inversa; alineándose dentro de la diagonal negativa; esto indica una alta relación entre las variables. Siendo esta relacion altas y significativas $P = \text{Sig.} = < .05$.

Análisis de la autocorrelación de las variables

El analizar y determinar calculando mediante la Prueba de Durbin-Watson un valor para detectar una autocorrelación. Se muestran dos hipótesis para probar si existe o no correlación:

$$H_o = \rho_{e_i, e_{i-1}} = 0 \quad (\text{No existe autocorrelación de errores})$$

$$H_A = \rho_{e_i, e_{i-1}} \neq 0 \quad (\text{Existe autocorrelación de errores})$$

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

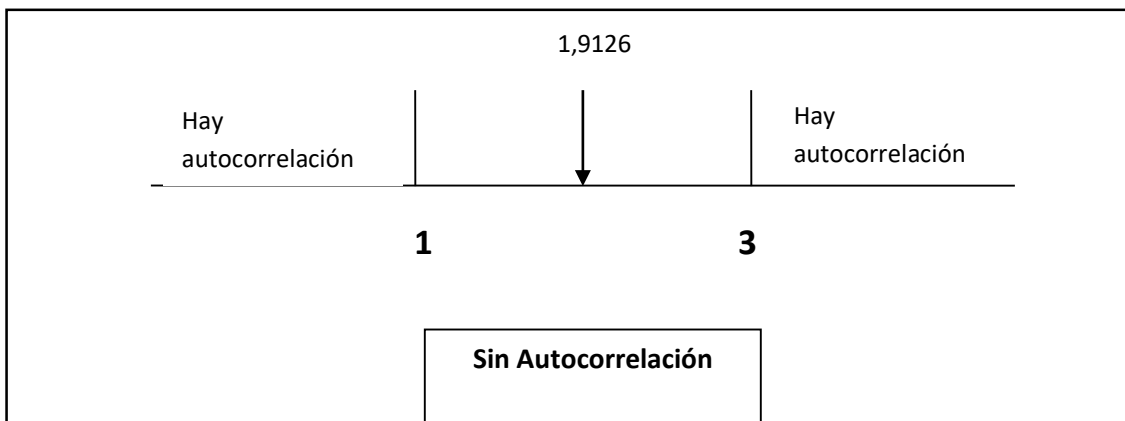
Tabla 8

Prueba de autocorrelación y coeficiente de determinación de prueba

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,926 ^a	,858	,856	5,081	1,9126

Figura 6

Decisión de la prueba de Durbin-Watson



En la tabla 8 y la figura 6 se observa que no se contradice la hipótesis nula. Se concluye que no existe correlación de desacierto.

Coefficiente de determinación

Se obtuvo un coeficiente de determinación R² de 0.858, afirmando lo planteado; el 85,80% de la variación de la variable Cultura de seguridad de los pacientes está explicada por el Síndrome de Burnout.

Prueba de normalidad para las variables y sus dimensiones

Tabla 9

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la normalidad de los datos a analizar

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Cultura de seguridad del paciente	1,092	60	0,184
Síndrome de Burnout	1,007	60	0,263
Agotamiento físico y emocional	1,826	60	0,254
Despersonalización	1,206	60	0,109
Baja realización personal en el trabajo	1,666	60	0,078

Ho: Se distribuyen de forma normal

Ha: No se distribuyen de forma normal

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: si Sig. = $p \geq \alpha$, No se rechaza la hipótesis nula

Si Sig. = $p < \alpha$, se rechaza la hipótesis nula

La tabla 09, el nivel de significación es del 0.05, al efecto todas comparaciones son superiores al nivel de significación, afirmando una distribución normal, cumpliendo los requisitos para la modelación por regresión lineal.

Hipótesis General

H₀: El síndrome en estudio no influye significativamente en la segunda variable.

H₁: El síndrome en estudio influye significativamente en la segunda variable.

$$H_0 : \beta_0 = \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \exists i, \beta_i \neq 0$$

Tabla 10

Nivel de determinación y significación de la incidencia entre variables

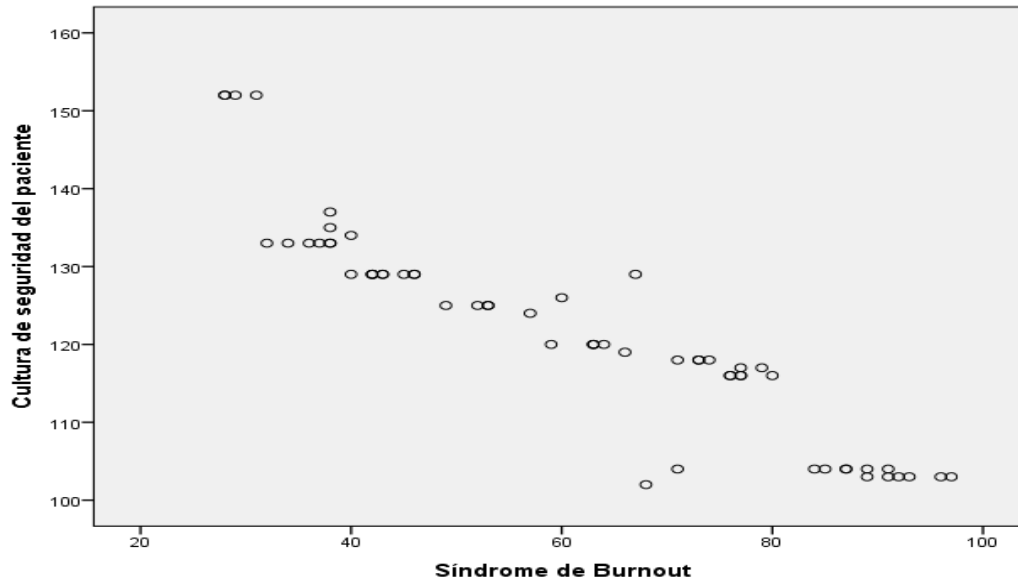
Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,926 ^a	,858	,856	5,081

a. Variables predictoras: (Constante), Síndrome de Burnout

Figura 7

Nivel de determinación y significación de la incidencia entre variables



En la tabla 10 y figura 7, afirma un nivel alto de relación entre las variables, se tiene el 0.858 de coeficiente de determinación, indicando que la variable dependiente es causa del 85.8% por la variable independiente.

Tabla 11

Nivel de significación y coeficientes de la primera variable y la segunda variable.

Modelo		Coeficientes				t	Sig.
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados			
		B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	157,958	2,040		77,419	,000	
	Síndrome de Burnout	-,594	,032	-,926	-18,741	,000	

a. Variable dependiente: Cultura de seguridad del paciente

La tabla 11, siendo; sig=p < 0.05, rechaza la presunción nula, concluyendo de que la primera variable influye significativamente en la segunda variable, con coeficientes; 157.958 del intercepto y -0.594 de la tangente; siendo: $Y = 157.958 - 0.594 \cdot X$.

Hipótesis Específica 1

H₀: El agotamiento físico y emocional No influye significativamente en la segunda variable.

H₁: El agotamiento físico y emocional influye significativamente en la segunda variable.

$$H_0 : \beta_0 = \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \exists i, \beta_i \neq 0$$

Tabla 12

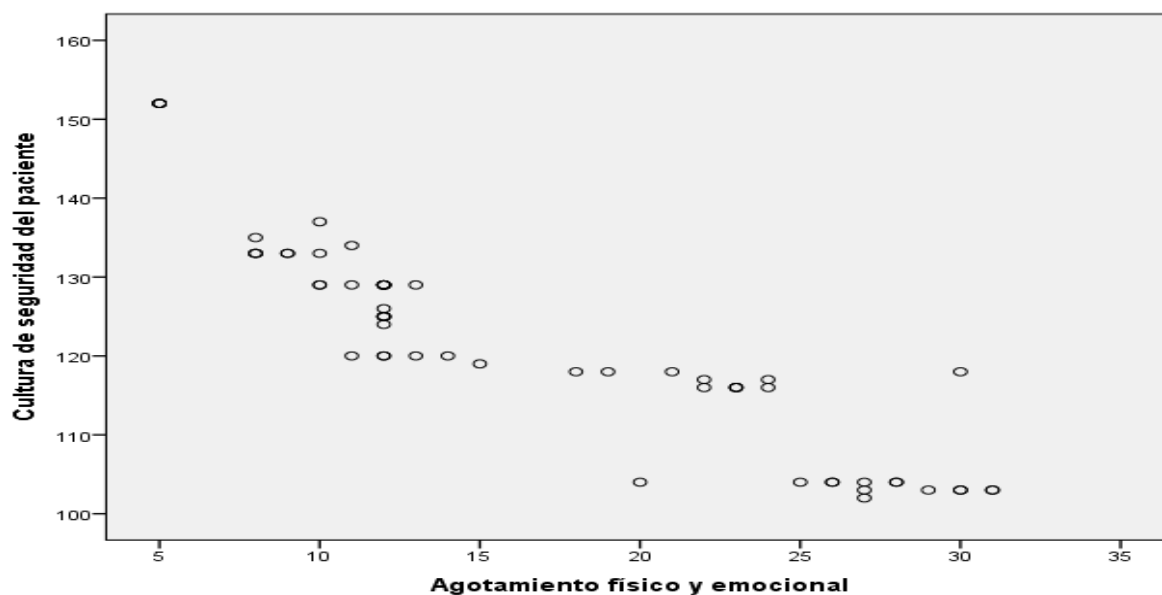
Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión agotamiento físico y emocional y la variable dependiente.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,908 ^a	,825	,822	5,649

a. Variables predictoras: (Constante), Agotamiento físico y emocional

Figura 8

Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión la dimensión agotamiento físico y emocional y la variable dependiente.



La tabla 12 y figura 8, afirma un nivel alto de relación entre las variables, con 0.825 de coeficiente de determinación, que implica que la variable dependiente es causa del 82.5% por agotamiento físico y emocional en el servicio en estudio.

Tabla 13

Nivel de significación y coeficientes del agotamiento físico y emocional y la variable dependiente.

Modelo	Coeficientes				
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	146,929	1,689		86,974	,000
1 Agotamiento físico y emocional	-1,511	,091	-,908	-16,524	,000

a. Variable dependiente: Cultura de seguridad del paciente

En la tabla 13, muestra sig.=p < 0.05, presunción nula, concluyendo que el agotamiento físico y emocional influye significativamente en la variable dependiente en el servicio de rehabilitación, con coeficientes; 146.929 de intercepto y -1.511 de la tangente, siendo: $Y = 146.929 - 1.511 * X$.

Hipótesis específica 2

Ho: La despersonalización No influye significativamente en la variable dependiente en el servicio de rehabilitación del Hospital.

H1: La despersonalización influye significativamente en la variable dependiente en el servicio de rehabilitación del Hospital.

$$H_0 : \beta_0 = \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \exists i, \beta_i \neq 0$$

Tabla 14

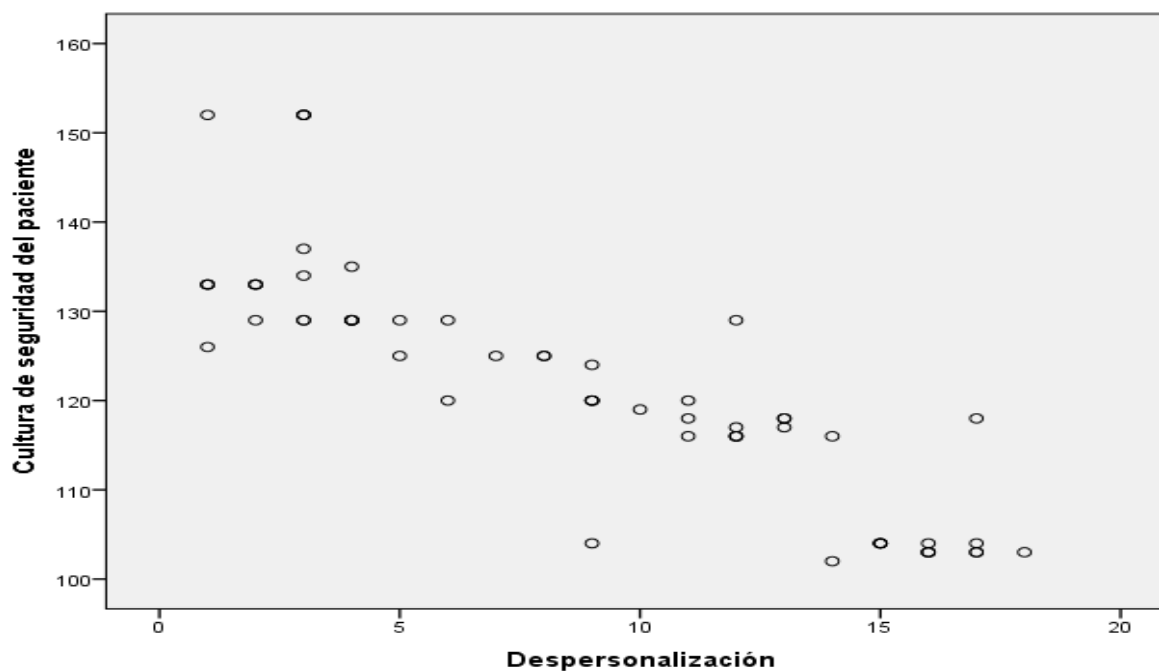
Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión despersonalización y en la variable dependiente.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,864 ^a	,746	,742	6,801

a. Variables predictoras: (Constante), Despersonalización

Figura 9

Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión despersonalización y la variable dependiente.



De la tabla 14 y figura 9, se afirma un nivel alto de correlación entre las variables, con 0.746 de coeficiente de determinación, lo que implica que la segunda variable es causa del 74.6% despersonalización en la población encuestada.

Tabla 15

Nivel de significación y coeficientes de despersonalización y la segunda variable.

Modelo		Coeficientes				
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	140,138	1,660		84,429	,000
	Despersonalización	-2,105	,161	-,864	-13,054	,000

a. Variable dependiente: Cultura de seguridad del paciente

La tabla 15, sig.=p < 0.05, esto rechaza la presunción nula, concluyendo que la dimensión despersonalización influye significativamente en la segunda variable en el servicio de rehabilitación del Hospital, con coeficientes de; 140.138 del intercepto y - 2.105 la tangente, siendo: $Y = 140.138 - 2.105 * X$.

Hipótesis específica 3

Ho: La baja realización personal en el trabajo No influye en la segunda variable en el servicio de rehabilitación del Hospital.

H1: La baja realización personal en el trabajo influye en la segunda variable en el servicio de rehabilitación del Hospital.

$$H_0 : \beta_0 = \beta_1 = 0$$

$$H_1 : \exists i, \beta_i \neq 0$$

Tabla 16

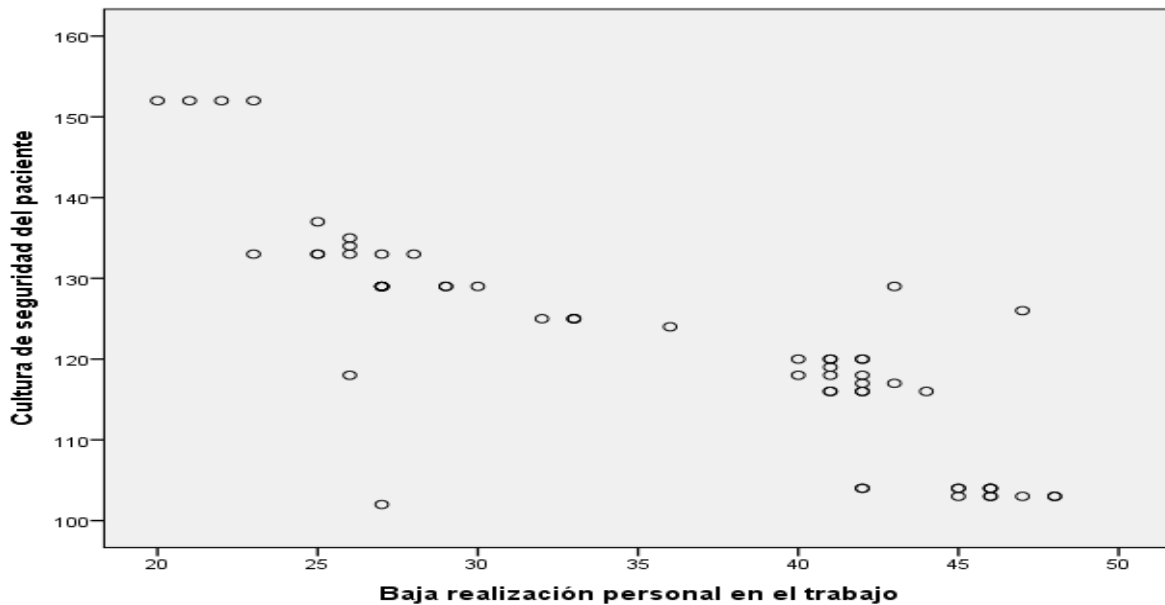
Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión baja realización personal en el trabajo y la segunda variable.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,829 ^a	,688	,682	7,543

a. Variables predictoras: (Constante), Baja realización personal en el trabajo

Figura 10

Nivel de determinación y significación de la incidencia entre la dimensión la dimensión baja realización personal en el trabajo y la segunda variable.



De la tabla 16 y figura 10, afirma una alta relación entre las variables, se tiene 0.688 de coeficiente de determinación, esto indica que la segunda variable es causa del 68.8% de la segunda dimensión de la primera variable en el servicio en estudio.

Tabla 17

Nivel de significación y coeficientes de baja realización personal en el trabajo y la segunda variable.

Modelo		Coeficientes				
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
	(Constante)	166,634	4,090		40,740	,000
1	Baja realización personal en el trabajo	-1,262	,112	-,829	-11,299	,000

a. Variable dependiente: Cultura de seguridad del paciente

Finalmente, la tabla 17 sig.=p < 0.05, permitiendo negar la presunción nula, concluyendo así la baja realización personal en el trabajo influye significativamente en la segunda variable en el servicio de rehabilitación del Hospital, con coeficientes; 166.634 de intercepto con y -1.262 de la tangente, siendo: $Y = 166.634 - 1.262 * X$.

V. DISCUSIÓN

El objetivo fundamental de la indagación fue determinar los factores socioemocionales que permiten la influencia entre el síndrome de Burnout sobre la segunda variable, se presentan en discusión los principales hallazgos, siendo estos comparados con los trabajos previos tanto nacionales como internacionales y contrastando esta información en el segundo capítulo, sustenta la indagación. Tendremos en cuenta que no se encontró ninguna tesis que relacione estas dos variables, por lo que a continuación se tocara las variables interrelacionándolas con la teoría que los autores plantearon.

Dentro de la principal presunción investigada, se observó recurrencia de la primera variable sobre la segunda; siendo $p < 0.05$, desechando la hipótesis nula, concluyendo que el síndrome en estudio influye significativamente en la segunda variable, de la misma manera se encuentra que la dependencia entre el síndrome en estudio y la segunda variable, ante una relación alta entre las variables, se afirma esta relación y se tiene 0.858 de coeficiente de determinación, lo que implica que la variable dependiente o segunda variable es causa del 85.8% por síndrome en estudio en los profesionales de la salud encuestados. Concluyendo que hay prueba suficiente dentro de la estadística para confirmar que existe influencia significativa entre estas dos variables en relación.

Estos hallazgos se encuentran relacionados con la tesis de Huamán y Rodríguez (2016), menciona que obtuvo como resultado un alto índice de trabajadores propensos a sufrir el síndrome de Burnout, los cuales en su mayoría no se sentían entendidos por sus jefes, y al estar en constante contacto con la población estas se llegan agotar tanto física como emocionalmente, provocando un trato inadecuado al cliente. Esto nos da entender que, si aumenta el síndrome de Burnout o el riesgo a tenerlo, habrá mayor prevalencia a sufrir errores en el trabajo, los cuales se podrían evitar y notificar de manera eficaz, pero que al presentarlo esto no se da debido al agotamiento físico y emocional de la persona y al poco interés o empatía por el usuario,

siendo la despersonalización otra de las dimensiones del síndrome y factor socioemocional influyente.

Se determinó que entre la dimensión agotamiento físico y emocional y la segunda variable, siendo $p < 0.05$, determinando su influencia significativa, por lo cual se afirma que el nivel de correlación entre las variables es alta, lo que implica que la segunda variable es causa del 82.5% por agotamiento físico y emocional en el servicio en investigación. Esto concluye que el agotamiento físico y emocional presenta gran influencia sobre la segunda variable en estudio, presentando así evidencia estadística para afirmar su influencia.

Estos hallazgos se encuentran relacionados con la tesis realizada por Rodríguez (2017), ella detectó el grado de estrés en el personal asistencial, obteniendo como resultado que el 47% de los encuestados tienen grado medio de este síndrome, mientras que el 28 % tienen un grado alto y bajo de este síndrome, dando como resultado que en su mayoría se encuentra un nivel medio a alto de este Síndrome y que entre los profesionales que participaron en su estudio muchos de ellos presentan el síndrome, aquellas personas presentaron cansancio físico y emocional por la cantidad de horas de trabajo, han perdido la sensibilidad y empatía hacia los pacientes dando indicios de una despersonalización, teniendo en cuenta que esto afectará su salud mental y afectando negativamente la realización personal la cual presenta como dimensión.

Se encontró en la hipótesis específica 2, que el modelo propuesto en un inicio para explicar la segunda variable y como esta se encuentra influida por la despersonalización y como estas se van afectando, encontramos que siendo $p < 0.05$, tenemos que la dimensión despersonalización influye significativamente en la segunda variable, también se observa el coeficiente de determinación en 0.746 lo que implica que la segunda variable es causa del 74.6% por la despersonalización en el servicio de rehabilitación del Hospital.

Así mismo Vasco (2017), utilizó dentro de los indicadores a la cantidad de sucesos desfavorables, los cuales al analizarlos bien podemos encontrar dos perspectivas diferentes una de ellas es vista de los profesionales y la otra desde el sistema, teniendo en cuenta que estos factores guardan relación lógica o de causa efecto entre el factor humano y los factores sistémicos para el desarrollo de estos efectos adversos. Para dicho estudio se encuestó a 192 profesionales de enfermería con 8 años en el área donde el 85% menciona no haber informado ningún suceso desfavorable en ese año. Por lo cual Vasco concluye que el hospital tienen una visión favorable con relación a nuestra segunda variable, la cual se centrada en la individualidad /área, detectando solidez en la dimensión de trabajo en equipo. Esto nos hace pensar que si a esta población se les hubiese tomado una prueba de Burnout este hubiese salido con un nivel alto del síndrome, explicando de esta manera el porqué de un nivel bajo de cultura de seguridad debido a las dimensiones que este trabajo presenta, encontrándose estas dos variables en una relación inversamente proporcional como se propone en la presente investigación.

En la hipótesis específica 3, se encontró que existe incidencia de la tercera dimensión de la primera variable sobre la segunda variable; siendo $\text{sig.} = p < 0.05$, esto determina que la baja realización personal en el trabajo influye significativamente en la segunda variable y que existe alta relación entre las variables, así mismo se tiene el coeficiente de determinación siendo este de 0.688 lo que implica que la cultura de seguridad del paciente es a causa del 68.8% de la tercera dimensión de la primera variable en el servicio de muestra.

Destacamos a Vergara (2017), quien refirió que su trabajo de investigación busca afianzar nuestra segunda variable para brindar una atención sobresaliente, determinando la conexión que existía entre las variables de la presente indagación. Dando como repuesta una correlación moderada $r=0.612$, lo cual significa que prevén de mejor manera la cultura de seguridad en sus usuarios, teniendo una relación favorable y de gran significado al tomar decisiones. Esto nos confirma que si se ve alterada la toma de decisiones por estrés o síndrome de Burnout para lo cual se

debería realizar más estudios, esto alteraría de manera significativa el grado de la segunda variable, teniendo de esta manera una relación inversamente proporcional.

Al revisar todos estos estudios y autores podemos concluir que en su mayoría guardan relación con las variables propuestas en la presente investigación, afirmando en cada estudio que, si nuestra población se ve afectada por el síndrome en cualquiera de sus dimensiones, esta tendrá una baja cultura de seguridad del usuario, esto se encuentra demostrado de modo estadístico.

VI. CONCLUSIONES

Primera.

En la indagación, se obtuvo como resultado que existe incidencia del síndrome en estudio sobre la segunda variable; siendo $\text{sig}=p < 0.05$, permitiendo rechazar la presunción nula, llegando a la conclusión de que el síndrome influye significativamente en la segunda variable en el servicio en estudio.

Segunda.

En la indagación 1, se encontró que existe incidencia del agotamiento físico y emocional sobre la segunda variable; siendo $\text{sig.}=p < 0.05$, permitiendo rechazar la presunción nula, concluyendo que el agotamiento físico y emocional influye significativamente en la segunda variable en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito.

Tercera.

En la indagación, se encontró que existe incidencia de la segunda dimensión de la primera variable sobre la segunda variable; siendo $\text{sig.}=p < 0.05$, permitiendo rechazar la presunción nula, concluyendo de que la dimensión despersonalización influye significativamente en la segunda variable en el servicio de rehabilitación del Hospital.

Cuarta.

Finalmente, en la indagación, se encontró que existe incidencia de la dimensión baja realización personal en el trabajo sobre la segunda variable; siendo $\text{sig.}=p < 0.05$, permitiendo rechazar la hipótesis nula, llegando a la conclusión de que la baja realización personal en el trabajo influye significativamente en la segunda variable en el servicio de rehabilitación del Hospital.

VII. RECOMENDACIONES

Según lo analizado mediante los datos obtenidos en la presente indagación científica y contrastando la información con otros autores, se brindará a continuación algunas sugerencias:

Primera.

Los profesionales de la salud determinar protocolos de prevención para el síndrome de Burnout, brindando de esta manera mejor calidad de vida a nuestros trabajadores y salud emocional, con la finalidad de brindar un servicio óptimo velando siempre por la seguridad de nuestros pacientes.

Segunda.

Se recomienda a las entidades de la salud crear un adecuado organigrama institucional con el fin de disminuir el agotamiento emocional y físico, sin descuidar la productividad de cada profesional, esto se puede dar mediante horarios establecidos con un tiempo determinado para rutinas de auto relajación, vacaciones programadas de manera estratégica, actividades de recreación, y capacitaciones para mejorar la segunda variable, etc. Esto se da con el fin de mejorar la calidad de vida a nuestros trabajadores, con la finalidad de brindar un servicio óptimo velando siempre por la seguridad de nuestros pacientes.

Tercera.

El evitar la segunda y tercera dimensión de la variable independiente o primera variable, promoviendo la comunicación asertiva, capacitaciones tanto internas como externas, competencia sana por proyectos institucionales, eventos de confraternidad, trabajo en equipo, actividades ligadas con la vida, empatía y respeto por el prójimo, en caso se presenten indicios de esta se recomienda charlas de apoyo emocional.

Cuarta.

Por último se recomienda al personal asistencial promover la comunicación, creando una base de datos con las notificaciones o incidencias ocurridas durante la jornada laboral y que tipo de actividades se utilizaron para prevenir o solucionar dichos problemas, de esta manera se podrán crear protocolos para mejorar nuestra segunda variable y nuestros especialistas de la salud ya tendrán un protocolo listo para utilizar en caso de un evento adverso, siendo esto un método efectivo para disminuir el estrés laboral y evitar un futuro síndrome en esta población.

REFERENCIAS

Apiquian A. (26 y 27 de abril de 2007). *El síndrome del Burnout en las empresas.*

<https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>

Arias J. , Gómez R. (2017). *La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición.* CES Med 2017; 31(2): 180-191.

<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>

Bosqued (2008) *Quemados.* Ed Paidós Ibérica.

Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory.* (Tesis Profesional, universidad de Chile)

http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf

Claro, V. (2008). *Comprobación de la estructura trifactorial del inventario general Maslach para burnout y de la escala holandesa para compromiso labora.* (Tesis Maestría, universidad de Sonora).

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21156/Capitulo2.pdf>

Fluker, M. (2015). *Influencia del síndrome de Burnout sobre el clima institucional en docentes de la facultad de medicina humana de la universidad nacional san Antonio abad del cusco- 2014.* (tesis de maestría, universidad andina Nestor Caceres Velasquez)

<http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/798>

Gallardo, T. (2017). *Prevalencia del síndrome de Burnout y factores asociados en los médicos residentes del área de neonatología de un Hospital en Quito.* (Tesis Maestría, Universidad Internacional SEK).

Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos.
<https://books.google.com.pe/books?id=defVRqO6xIQC&pg=PA1960&dq=sindrome+de+burnout+chiavenato&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjW L-c56nbAhXJs1kKHVVKCbEQ6AEILTAB#v=onepage&q=sindrome%20de%20burnout%20chiavenato&f=true>

Huamán, J. y Rodríguez, E. (2016). *Síndrome de Burnout entre los trabajadores de la Municipalidad Alonzo de Alvarado Roque y la Municipalidad de Nueva Cajamarca, 2016*. Perú (tesis Profesional, Universidad Peruana Unión)
<http://hdl.handle.net/net/20-500.12840/717>

Lopez A. (2017) *El síndrome de Burnout: antecedentes y consecuentes Organizacionales en el ámbito de la sanidad pública Gallega*. España (Tesis Magister, de la universidad de Vigo).

Lopez V., Puentes A. y Ramires L. (2016) *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio De Villeta*. Colombia (Tesis Magister, Universidad Rosario).
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3%B3n%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20un%20Hospital%20p%C3%ABlico%20de%20Primer%20Nivel%20del%20municipio%20de%20Villeta.pdf?sequence=1>

Martínez V. (2016). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo*. Lima 2015. Perú (Tesis segunda especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marco)
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/5301>

Ministerio de salud pública en su página sobre el hospital nacional Hipólito Unanue.
(2018) *Reseña Histórica*

<http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2014). *Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.*

<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS%20DE%20LA%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20%20DEL%20PACIENTE%20EN%20ATENCIÓN%20PRIMARIA.PDF>

Morphol J., (2017) *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio.* Vol. 35

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037

Norabuena M. (2016) Nivel de Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería de la segunda especialidad de enfermería en centro Quirúrgico de la universidad nacional mayor de San marco. (Tesis Segunda especialidad, UNMSM).

<https://hdl.handle.net/20.500.12672/6279>

Organización mundial de la salud (2016, setiembre). *Se trata de un síndrome clínico-laboral que podría llegar a ser una de las enfermedades más frecuentes en los próximos años.*

<http://healthandtech.iprofesional.com/2016/07/15/sindrome-de-burnout-el-desgaste-profesional-ya-es-una-epidemia-mundial/>

Orkaizagirre A. (2015) La cultura de seguridad del paciente de las enfermedades hospitalarias. España (Tesis Doctor, Universidad de Zaragoza).

<https://zagan.unizar.es/record/48392/files/TESIS-2016-139.pdf>

- Pérez M. (2016) *La Fisioterapia: sus orígenes y su actualidad*. Fisiomar
<http://fisiomarcentrodefisioterapia.com/los-efectos-adversos-en-fisioterapia/>
- Pinto J. (2016). *Gestión y riesgo de la información en la escuela de suboficiales de la policía nacional del Perú puente piedra*. Perú (Tesis Maestro, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle)
<http://repositorio.une.edu.pe/handle/20.500.14039/1263>
- Quispe D. (2017) *Clima laboral y Síndrome de Burnout en el personal administrativo de una entidad pública del Estado*, 2017. Perú. (Tesis título profesional, universidad César Vallejo)
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/3357>
- Rodríguez S. (2017). *Síndrome de burnout en el profesional de enfermería del servicio de emergencia Del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz* 2017. Perú. (tesis título profesional, Universidad César Vallejo)
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/3767>
- Silva Z., de Souza A. y Saturno P. (2013) *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles*. (Tesis enfermería, Universidad de Murcia)
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>
- Tam J., Vera G. y Oliveros R. (2008). *Tipos, Métodos y estrategias de investigación científica*. Pensamiento y acción 5:145-154
http://www.imarpe.pe/imarpe/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj_model_a_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf
- Universidad de España (2017, marzo) *Síndrome de Burnout: las 12 fases que llevan al agotamiento laboral*. España.

[http://noticias.universia.es/practicas-
empleo/noticia/2017/08/24/1155218/sindrome-burnout-12-fases-llevan-
agotamiento-laboral.html](http://noticias.universia.es/practicas-
empleo/noticia/2017/08/24/1155218/sindrome-burnout-12-fases-llevan-
agotamiento-laboral.html)

Vergara, F. (2017) *Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía de Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017*. Perú (Tesis Maestría, Universidad Cesar Vallejo).

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7050/Vergara_GFM.pdf?sequence=1

Vasco I. (2017) *Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del hospital de Merida*. España. (Tesis Doctor, Universidad de Extremadura).

[file:///C:/Users/SONY/Downloads/TDUEX_2017_Vasco_Gonzalez%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SONY/Downloads/TDUEX_2017_Vasco_Gonzalez%20(1).pdf)

Walpole & Myers, 1996; Ávila Baray; Arias-Gómez, *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio*. Chile (Tesis Profesional, Universidad de Tarapacá)

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Anexo. Tabla de operacionalización de la variable

Variable independiente

Variable	Dimensiones	Indicadores	Nivel	Rango	Escala Ordinal
Síndrome de Burnout	Agotamiento físico y emocional	Agotamiento en la jornada	Alto	[89-132]	Nunca
		Agotamiento a nueva Jornada			Pocas veces al año o menos
		Estrés diario			Una vez al mes al menos
	Despersonalización	Desanimo laboral	Medio	[45-88]	Unas pocas veces al mes
		Baja realización personal en el trabajo	Eficacia laboral	Bajo	[0-44]
	Resolución de problemas laborales		Pocas veces a la semana		
	Contribución eficaz en la organización		Todos los días		

Adaptado de Maslach y Jackson (1981, 1986) "Maslach Burnout Inventory"
(MBI)

Variable dependiente

Variable	Dimensiones	Indicadores	Nivel	Rango	Escala Ordinal
Cultura de seguridad del paciente	Seguridad en el área de trabajo	Medio ambiente de trabajo adecuado y condiciones de seguridad	Pobre	[102-111]	Totalmente en desacuerdo (1)
	Seguridad brindada por la dirección	Favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente	Aceptable	[112-121]	En Desacuerdo (2)
	Seguridad desde la comunicación	Información de los errores y comunicación asertiva	Bueno	[122-131]	Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo (3)
	Frecuencia de sucesos notificados	Información oportuna de los incidentes adversos	Muy Bueno	[132-141]	De Acuerdo (4)
	Seguridad desde la atención primaria	Apoyo mutuo se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo	Excelente	[142-152]	Totalmente de Acuerdo (5)

Adaptado de Vergara (2016) "Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía de Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017"

Anexo. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita):

Dr. HUGO PRADO LOPEZ

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de MAESTRIA EN GESTION DE LA SALUD de la UCV, en la sede San Juan de Lurigancho aula 704 B, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Maestría en Gestión de la Salud.

El título nombre de nuestra tesis de investigación es: Toma de decisiones y Cultura de seguridad del paciente en los servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo 2017, y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de investigación científica.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.


Firma

Apellidos y nombre: Badi Flor de María Vergara Guevara

D.N.I.:42355611

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE Y DIMENSIONES

Variable: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La agencia para la investigación y calidad en salud de los Estados Unidos, Agency For Healthcare Research And Quality (AHRQ), ha definido la cultura de la seguridad como: "el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente."

DIMENSIONES DE LA VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dimensión 1: Seguridad en el Área de Trabajo

Dirigido a medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia. (AHRQ, 2004)

Dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección

Representan la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisores. (AHRQ, 2004)

Dimensión 3: Seguridad desde la comunicación

Es el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones que permiten resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, evitando información de errores en los cambios que se han implementado y modos de prevenir errores. (AHRQ, 2004)

Dimensión 4: Frecuencia de sucesos notificados

Hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes, que podrían haber causado daño pero no lo hicieron, y que previsiblemente no producirían daño). (AHRQ, 2004)

Dimensión 5: Seguridad desde la Atención Primaria

Percepción de la atención sanitaria que minimiza riesgos y daños a los usuarios desde el primer momento de la atención. (AHRQ, 2004)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: ASIGNACION PRESUPUESTARIA

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Seguridad en el área de trabajo	Medio ambiente de trabajo adecuado	El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo En esta unidad, el personal se trata con respeto El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	Ordinal
	condiciones de salud y seguridad	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente El personal siente que sus errores son utilizados en su contra Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando	
Seguridad brindada por la Dirección	clima de trabajo	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	
		Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	
Seguridad desde la comunicación	Información de los errores y cambios	El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	
Frecuencia de sucesos notificados	Información oportuna de los eventos adversos	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, es notificado Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, es notificado Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, es notificado	
Seguridad desde la atención primaria	Apoyo mutuo, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro	

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN SEGURIDAD EN EL ÁREA DE TRABAJO								
1	El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad	/		/		/		
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	/		/		/		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	/		/		/		
4	En esta unidad, el personal se trata con respeto	/		/		/		
5	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	/		/		/		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	/		/		/		
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	/		/		/		
8	El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	/		/		/		
9	Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	/		/		/		
10	Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	/		/		/		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	/		/		/		
12	Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	/		/		/		
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	/		/		/		
14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente	/		/		/		
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	/		/		/		
16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	/		/		/		
17	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	/		/		/		
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	/		/		/		
DIMENSIÓN SEGURIDAD BRINDADA POR LA DIRECCION								
19	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	/		/		/		
20	Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	/		/		/		
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	/		/		/		
22	Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	/		/		/		
DIMENSIÓN SEGURIDAD DESDE LA COMUNICACIÓN								
23	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	/		/		/		
24	El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	/		/		/		
25	Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	/		/		/		
26	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	/		/		/		
27	En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	/		/		/		
28	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	/		/		/		
DIMENSIÓN FRECUENCIA DE SUCESOS NOTIFICADOS								
29	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, es notificado	/		/		/		
30	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, es notificado	/		/		/		
31	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, es notificado	/		/		/		
DIMENSIÓN SEGURIDAD DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA								
32	La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	/		/		/		
33	Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.	/		/		/		
34	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.	/		/		/		
35	Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.	/		/		/		
36	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	/		/		/		
37	En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.	/		/		/		
38	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.	/		/		/		
39	Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	/		/		/		
40	La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	/		/		/		
41	Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	/		/		/		
42	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg. Dr. Paulo Lopez HVG DNI: 43313069

Especialidad del validador: Neofitólogo

06 de Mayo del 2017



Firma del Experto Informante.
Especialidad

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

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

Anexo. Instrumento de recolección de datos

Ficha técnica inventario del síndrome Burnout (MBI-HSS)

Nombre Original del instrumento	Inventario de Burnout de Maslach (MBI)
Autor	C. Maslach, E. Jackson
Año	1986
Procedencia	California 18
Adaptación Peruana	
Tipo de Instrumento	Cuestionario
Objetivo	Evaluar el grado del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud
Número de ítems	22 ítems
Tiempo de administración	15 minutos
Escala	Likert de 7 opciones
Escala de Medición	Nunca, Pocas veces al año o menos, Una vez al mes o menos, Pocas veces al mes, Una vez a la semana, Pocas veces a la semana, Todos los días.

Nota: Elaboración propia

Cuestionario Sobre El Síndrome De Burnout (MBI-HSS)

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

SÍNDROME DE BURNOUT		0	1	2	3	4	5	6
01	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
02	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
03	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
04	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
05	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
06	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
07	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
08	Siento que mi trabajo me está desgastando							
09	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							

17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes								
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes								
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo								
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades								
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada								
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas								

Ficha técnica del cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente

Nombre Original del instrumento	Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente.
Autor	Flor de María Vergara Guevara
Año	2016
Procedencia	Peruana
Tipo de Instrumento	Cuestionario
Objetivo	Evaluar el grado de cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud
Número de ítems	42 ítems
Tiempo de administración	15 minutos
Escala	Likert de 5 opciones
Escala de Medición	Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo

Nota: Elaboración propia

Cuestionario De Cultura De Seguridad Del Paciente

Edad: Sexo:

Profesión:

Médico Enfermera Tecnólogo medico: Interno

Técnico en terapia Interno Técnico en terapia Auxiliar de TM.

Condiciones Laborales: Nombrado Contratado

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca del tema del SINDROME DE BURNOUT Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, y le llevará unos 10 minutos completarla. Sus respuestas son anónimas, por lo que le solicitamos que conteste todas las preguntas.

Para ello debe responder con una (X) de acuerdo a la siguiente Escala:

- Totalmente en desacuerdo 1
- En Desacuerdo 2
- Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo 3
- De Acuerdo 4
- Totalmente de Acuerdo 5

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	TD	D	ND	DA	TA
PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad					
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo					
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto					
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente					
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente					
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra					
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					

12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente					
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.					
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.					
19. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
20. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
21. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.					
22. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.					
23. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
24. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
25. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.					
26. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
27. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.					

28. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.					
29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, es notificado					
30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, es notificado					
31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, es notificado					
32. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
33. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.					
34. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.					
35. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.					
36. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.					
37. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
38. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.					
39. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
40. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
41. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
42. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro					

Anexos. Análisis de la población y muestra en estudio

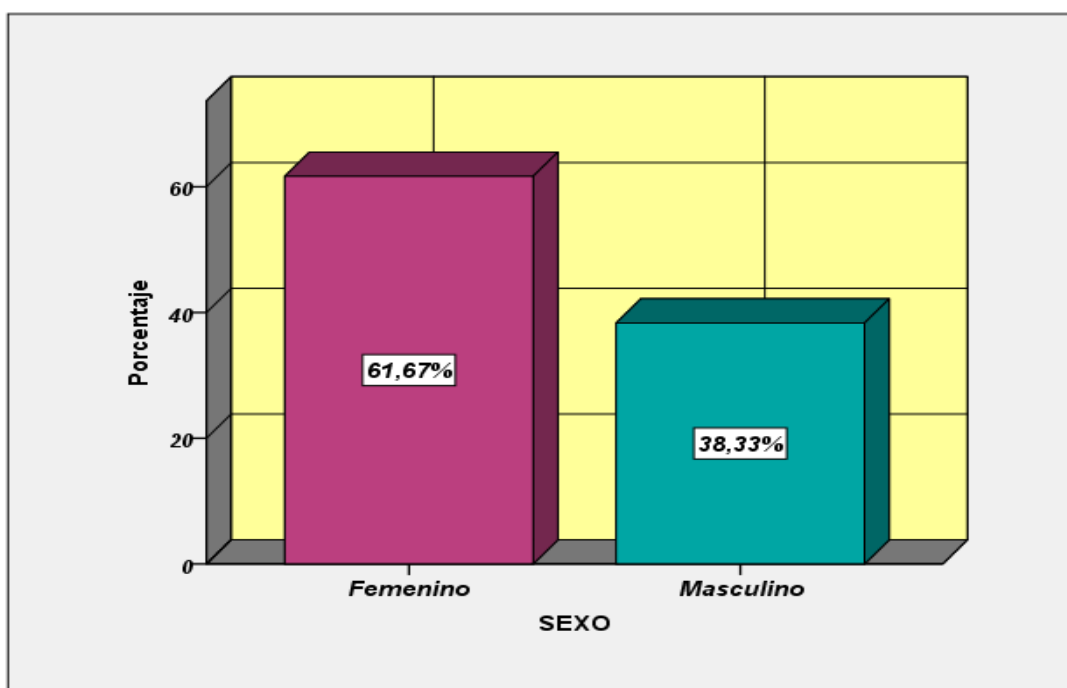
Tabla

Distribución de los profesionales de la salud que laboran en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino-2018 según sexo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	37	61,7
	Masculino	23	38,3
	Total	60	100,0

Figura

Distribución porcentual de los Profesionales de la salud que laboran en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino-2018 según sexo.



En la tabla 20 y figura 11, el 61,67% de los profesionales de la salud que laboran en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino-2018, son de género femenino, mientras que el 38,33% es de género masculino.

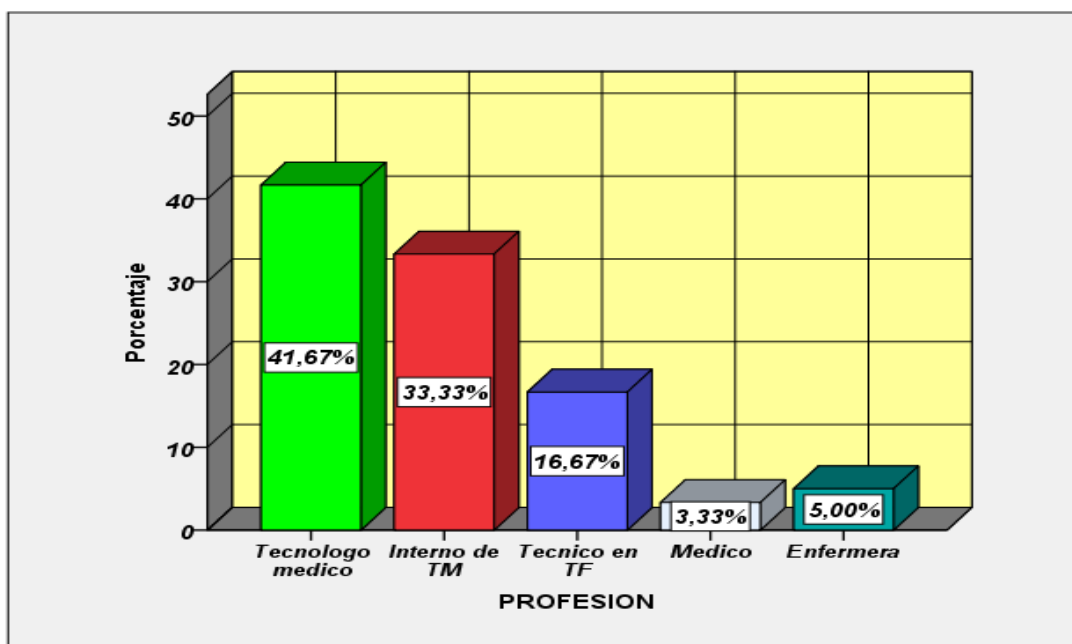
Tabla

Distribución de los Profesionales de la salud que laboran en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino-2018, según profesión.

	Frecuencia	Porcentaje
Tecnólogo medico	25	41,7
Interno de TM	20	33,3
Técnico en TF	10	16,7
Medico	2	3,3
Enfermera	3	5,0
Total	60	100,0

Figura

Distribución porcentual de los Profesionales de la salud que laboran en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino-2018, según profesión.



En la tabla 21 y figura 12, muestran que el 41.67% de los profesionales de la salud que laboran en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino-2018, son tecnólogos médicos, el 33,33% son internos de tecnología médica, el 16,67% son técnicos en fisioterapia, 3,33% son médicos y el 5.00% son personal de enfermería.

Anexos. Base de datos

NRO	SINDROME DE BURNOUT																		D11	D12	D13	V1				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18								
1	6	2	3	6	2	3	3	1	3	3	5	3	1	5	3	2	1	3	4	4	4	1	27	14	27	68
2	6	0	3	6	0	0	6	6	6	6	6	6	0	5	3	6	6	6	6	4	4	1	30	16	46	92
3	0	0	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3	1	5	0	0	6	4	3	4	0	1	10	1	25	36
4	2	0	0	6	0	3	6	0	6	1	0	6	0	3	0	3	6	6	6	1	5	0	12	1	47	60
5	3	4	5	6	4	4	6	0	6	1	2	6	0	3	3	3	6	6	3	2	3	3	24	13	42	79
6	1	4	3	6	4	4	6	1	6	5	2	3	6	3	3	3	6	6	6	2	6	3	27	17	45	89
7	1	0	3	6	1	1	6	4	6	2	0	6	0	0	0	1	6	6	6	1	0	3	11	6	42	59
8	1	0	3	5	1	5	6	2	4	3	0	3	0	0	0	1	4	4	1	0	0	0	12	4	27	43
9	0	0	0	6	1	6	6	5	6	1	0	3	0	0	0	1	2	4	1	0	1	0	12	2	29	43
10	1	0	1	6	1	6	6	5	6	3	2	5	1	0	3	5	5	4	3	4	6	3	23	12	41	76
11	1	1	2	5	0	0	5	1	5	1	1	3	1	0	0	1	2	4	1	4	1	1	11	3	26	40
12	1	1	2	3	0	1	2	0	5	1	1	3	0	0	0	0	2	4	3	0	1	1	5	3	23	31
13	1	1	3	6	2	3	6	6	5	6	1	6	1	3	3	3	6	6	4	4	6	3	25	15	45	85
14	2	1	3	6	0	3	6	6	6	6	6	6	1	3	3	6	6	6	4	4	6	1	29	16	46	91
15	1	1	2	3	0	1	6	1	0	1	1	1	1	0	0	2	6	6	4	0	0	0	9	2	26	37
16	2	0	0	6	2	3	6	0	0	1	1	1	0	3	0	3	4	6	4	1	5	1	12	5	32	49
17	1	4	3	6	4	4	6	0	6	1	2	3	0	2	2	3	4	6	6	1	5	2	19	13	42	74
18	1	4	3	6	4	4	6	5	6	5	2	6	6	3	3	3	6	6	6	2	6	3	31	17	48	96
19	1	4	3	6	1	1	6	1	6	2	0	6	0	3	3	1	4	6	6	0	0	3	14	9	40	63
20	1	0	3	5	1	1	6	1	4	2	0	3	0	3	0	3	4	4	1	0	0	0	12	3	27	42
21	0	0	0	5	1	6	6	5	4	2	0	3	0	0	1	6	4	1	0	1	1	1	12	4	30	46
22	1	0	1	5	2	6	6	5	5	2	2	3	1	3	2	5	5	6	1	6	3	23	12	42	77	
23	1	1	2	5	0	0	5	1	4	1	1	3	1	0	1	0	2	5	1	2	1	1	8	4	26	38
24	1	0	1	3	0	0	2	1	5	1	0	3	0	1	0	0	2	5	1	1	1	0	5	1	22	28
25	1	0	1	5	1	5	6	2	4	3	1	3	0	1	0	0	4	4	1	0	0	0	10	5	27	42
26	0	0	0	6	1	6	6	5	6	5	0	6	0	0	5	1	6	6	6	0	1	1	12	12	43	67
27	2	1	1	3	4	6	6	5	5	3	1	6	1	0	5	5	6	6	6	1	6	1	22	14	44	80
28	2	0	0	6	4	3	5	0	6	1	0	1	0	3	3	3	4	4	3	1	4	0	12	8	33	53
29	2	0	5	6	4	3	6	1	6	1	2	3	0	3	3	3	4	6	3	1	6	3	18	13	40	71
30	2	4	5	6	4	3	6	1	6	3	2	6	1	3	3	3	4	6	6	4	6	3	26	15	46	87
31	1	0	3	6	1	1	4	4	6	2	0	3	0	3	3	1	4	6	6	0	6	3	13	9	41	63
32	1	0	3	5	1	1	6	2	4	3	0	3	0	3	0	1	4	4	1	0	0	0	11	4	27	42
33	0	1	0	6	1	6	6	5	4	1	1	3	0	0	0	1	4	4	1	0	1	1	13	4	29	46
34	1	1	1	6	4	3	6	5	5	3	1	6	1	2	3	5	5	5	2	4	6	1	24	12	41	77
35	1	1	2	3	0	0	2	1	5	1	1	5	1	0	0	0	4	4	1	4	1	1	10	3	25	38
36	0	1	1	3	0	1	2	1	4	1	1	3	0	0	0	0	4	3	1	1	1	1	5	3	21	29
37	1	2	2	5	4	6	5	5	5	3	3	5	1	3	3	2	5	5	6	4	6	3	26	16	42	84
38	1	0	2	5	2	5	6	1	4	1	3	3	0	1	0	2	4	4	1	0	0	0	12	6	27	45
39	1	1	0	5	1	6	5	1	4	1	0	3	0	0	0	1	4	4	1	0	1	1	10	3	27	40
40	1	1	1	6	4	6	6	1	5	1	3	6	6	0	3	5	6	4	6	1	4	1	22	12	43	77
41	2	4	5	6	4	4	4	0	0	5	2	3	6	3	3	3	4	3	3	2	3	3	20	17	26	73
42	3	4	3	6	4	3	6	1	6	5	2	6	6	3	3	3	4	6	6	2	6	3	28	17	46	91
43	2	0	3	6	0	3	6	6	6	6	6	6	6	3	3	6	6	6	6	2	6	3	21	18	48	97
44	1	0	3	6	0	1	2	1	0	1	1	6	1	2	0	0	4	6	3	0	0	0	9	2	27	38
45	2	0	0	6	4	3	6	0	0	1	1	6	0	3	1	3	4	3	3	1	5	0	12	7	33	52
46	2	0	5	6	4	3	6	0	6	3	2	6	0	3	1	0	6	3	3	2	5	0	15	10	41	66
47	1	4	3	6	4	3	6	4	6	3	2	6	6	3	3	3	4	6	6	1	6	3	28	15	46	89
48	1	0	3	5	1	1	6	4	6	2	2	6	0	0	3	1	6	5	6	2	1	3	12	11	41	64
49	6	2	2	6	2	3	6	1	6	3	0	5	1	2	3	2	6	3	6	1	4	1	20	9	42	71
50	2	2	2	6	0	3	6	6	6	6	6	5	6	2	3	6	6	6	6	1	6	1	30	16	47	93
51	0	0	0	6	0	0	6	0	0	0	0	5	0	0	0	6	2	3	3	2	0	1	8	1	25	34
52	2	0	0	6	2	3	6	0	6	1	2	6	0	3	3	3	6	3	3	1	0	1	12	9	36	57
53	0	0	0	5	0	0	4	1	0	1	0	6	0	3	0	3	2	3	3	1	0	0	8	1	23	32
54	2	0	0	6	4	3	4	0	6	1	0	6	0	3	3	3	2	6	3	1	0	0	12	8	33	53
55	2	4	5	6	4	3	4	0	6	2	2	6	0	3	0	3	4	6	6	1	3	3	21	11	41	73
56	1	4	3	6	4	4	6	1	6	5	0	6	6	3	3	3	6	6	6	2	3	3	27	15	45	87
57	1	0	3	6	1	1	6	4	6	2	0	6	0	0	3	1	6	6	6	2	0	3	12	9	42	63
58	1	0	1	3	2	1	6	4	5	1	2	6	6	3	3	5	6	6	6	2	4	3	23	11	42	76
59	1	1	2	3	0	1	2	1	5	1	0	6	1	0	0	0	5	4	2	1	1	1	8	2	28	38
60	1	1	1	3	1	0	6	1	0	1	0	3	0	0	0	0	2	3	2	1	1	1	5	3	20	28

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE																																								V2								
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42	V2						
5	2	2	5	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	3	1	1	3	4	1	4	1	5	2	2	5	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	3	2	1	3	2	1	3	4	4	102			
1	2	4	4	2	2	1	4	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	103		
4	5	5	5	3	4	3	2	4	3	5	2	4	3	3	4	2	4	4	4	4	2	2	4	2	2	3	4	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	133		
4	2	4	5	2	2	2	2	2	4	3	3	4	3	4	2	2	4	4	4	3	2	4	4	3	4	5	5	2	3	1	1	4	2	2	3	1	2	2	3	4	4	4	4	4	126			
3	3	3	3	2	3	4	3	4	3	1	3	3	3	3	3	3	1	4	3	3	3	4	5	5	1	1	3	2	3	3	1	1	5	1	1	4	3	3	3	2	2	2	2	117				
2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	4	1	5	2	3	3	2	1	5	2	2	1	1	1	5	5	5	4	4	5	2	2	2	2	2	4	5	2	2	2	103				
3	1	1	4	1	1	4	4	1	4	3	4	1	4	4	4	3	4	3	4	3	3	2	2	4	3	2	3	4	3	3	3	1	4	4	3	3	1	4	4	3	3	4	2	2	120			
4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	4	2	4	4	2	2	4	3	3	4	4	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	2	3	2	129		
4	2	3	4	4	3	2	3	4	3	3	4	2	4	4	4	2	3	4	3	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	4	2	2	2	3	3	2	4	3	2	4	3	3	3	3	2	129		
4	2	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	1	3	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	116		
4	4	4	4	2	3	2	4	3	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	134	
3	3	2	4	4	3	3	4	4	2	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	152		
5	2	2	5	2	3	3	1	3	3	1	3	2	1	3	2	1	3	4	1	4	1	5	2	2	5	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	3	2	1	3	2	1	3	4	4	104			
1	2	4	4	2	2	1	4	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	103		
4	5	5	5	3	4	3	2	4	3	5	2	4	3	3	4	2	4	4	4	4	2	2	4	2	2	3	4	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	133		
4	2	4	5	2	2	2	2	4	3	3	4	3	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	3	1	1	4	2	2	3	1	2	2	3	4	4	4	4	125		
3	3	3	4	2	3	4	3	4	3	1	3	3	3	3	3	3	1	4	3	3	3	4	5	5	1	1	3	2	3	3	1	1	5	1	1	3	2	3	3	1	1	3	3	3	2	118		
2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	4	1	5	2	3	3	2	1	5	2	2	1	1	1	5	5	5	4	4	5	2	2	2	2	2	4	5	2	2	2	2	103			
3	1	1	4	1	1	4	4	1	4	3	4	1	4	4	4	3	3	4	3	3	2	2	4	3	2	3	4	3	3	3	1	4	4	3	3	2	3	3	3	4	2	2	2	2	120			
4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	4	2	2	4	3	3	4	4	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	2	4	3	2	3	2	2	129		
4	2	3	4	4	3	2	3	4	3	3	4	2	4	4	4	2	3	4	3	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	4	4	3	3	2	4	4	3	3	2	4	3	2	3	3	3	2	129	
4	2	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	116		
4	4	4	4	2	4	2	4	3	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	135	
3	3	2	4	4	3	3	4	4	4	2	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	152		
4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	4	2	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	129	
4	2	3	4	4	3	2	3	4	3	3	4	2	4	4	4	2	3	4	3	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	4	4	3	3	2	4	3	3	3	3	4	2	4	3	2	3	3	2	129
4	2	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	116	
4	2	4	5	2	2	2	2	4	3	3	4	3	4	2	2	4	4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	4	5	2	3	1	1	4	2	2	3	1	2	2	3	4	4	4	4	4	125		
3	3	3	4	2	3	4	3	4	3	1	3	3	3	3	3	3	1	4	3	3	3	4	5	5	1	1	3	2	3	3	1	1	5	1	1	4	3	3	3	2	2	2	2	2	118			
2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	4	1	5	2	3	3	2	1	5	2	2	1	1	1	5	5	5	4	4	5	2	2	2	2	4	5	2	2	2	2	2	2	104		
3	1	1	4	1	1	4	4	1	4	3	4	1	4	4	4	3	3	4	3	3	2	2	4	3	2	3	4	3	3	3	1	4	4	3	3	3	4	2	3	3	4	2	2	2	2	120		
4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	4	2	2	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	129	
4	2	3	4	4	3	2	3	4	3	3	4	2	4	4	4	2	3	4	3	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	4	4	3	3	2	4	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	2	129	
4	2	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	1	3	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	116	
4	4	4	4	2	4	2	2	4	3	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	137	
3	3	2	4	4	3	3	4	4	2	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	152	
5	2	2	5	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	3	2	1	3	4	1	4	1	5	2	2	5	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	3	2	1	3	2	1	3	4	4	4	104		
4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	4	2	2	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	129	
4	2	3	4	4	3	2	3	4	3	3	4	2	4	4	4	2	3	4	3	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	4	4	3	3	3	2	4	3	3	3	2	4	3	3	3	3	2	129	
4	3	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	1	3	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	117	
3	3	3	4	2	3	4	3	4	3	1	3	3	3	3	3	1	4	3	3	3	4	5	5	1	1	3	2	3	3	1	1	5	1	1	4	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	118		
2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	4	1	5	2	3	3	2	1	5</																											

SEXO	EDAD	PROFESION
1	45	1
1	35	1
1	55	1
1	45	1
1	60	1
2	46	1
1	62	1
2	32	1
2	48	1
1	37	1
2	49	1
1	35	1
1	24	2
2	28	2
2	24	2
1	23	2
1	25	2
2	25	2
1	29	3
1	32	3
1	42	3
1	35	3
2	22	2
1	25	2
1	23	2
1	23	2
1	24	2
2	27	2
1	26	2
1	21	2
2	35	3
1	22	2
2	28	2
1	26	2
1	27	2
1	21	2
1	22	2
2	41	3
2	38	3
1	38	3
2	49	1
2	33	1
1	63	1
1	36	1
2	34	1
1	32	1
1	37	1
1	38	1
1	47	1
2	43	1
1	57	1
2	41	1
2	40	1
2	32	3
2	37	3
2	48	4
2	43	4
1	35	5
1	30	5
1	38	5

SEXO
1-Femenina
2-Masculina

PROFESION
1-Tecnologa medica
2-Interna de TM
3-Tecnica en TF
4-Medica
5-Enfermera

Anexos. Carta de presentación sellada por la recepción del Hospital Hipólito Unanue



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

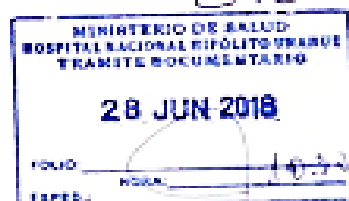
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Lima, 26 de junio de 2018

Carta P.194 – 2018 EPG – UCV LE

SEÑOR(A)

Dr. Luis Miranda Molina
Hospital Hipólito Unanue
Atención:
Director general



Asunto: Carta de Presentación alumno Jackeline Elena Salazar Lozano

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **Jackeline Elena Salazar Lozano** identificado(a) con DNI N.º 72783373 y código de matrícula N.º 7001147183; estudiante del Programa de **MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD** quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

Síndrome de Burnout en la Cultura de seguridad del paciente en el servicio de Rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, el Agustino-2018.

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas a las área correspondientes y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,




Dr. Raúl Delgado Arenas
Jefe de Unidad

ESCUELA DE POSGRADO
FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA ESTE

LIMA NORTE Av. Alfredo Mingola 6232, Los Olivos, Tel: (+511) 200 4343 Fax: (+511) 200 4343
LIMA ESTE Av. del Parque 640, Urb. Santo Rey, San Juan de Lenguaño Tel: (+511) 200 9030 Anx. 2510
ATE Carretera Central Km. 8.2 Tel: (+511) 200 9030 Anx. 8184
CALLAO Av. Argentina 1795 Tel: (+511) 202 4342 Anx. 2650

Anexos. Constancia de aplicación de instrumentos

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

Tecnólogo médico, especialista en Fisioterapia y Rehabilitación en el área de neurología en el servicio de rehabilitación del hospital Nacional Hipólito Unanue.

DEL DISTRITO DE EL AGUSTINO HACE CONSTAR QUE:

Doña Jackeline Elena Salazar Lozano, identificada con el DNI 72783373, quien es estudiante de la maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo, se encuentra desarrollando su trabajo de investigación mediante la aplicación de encuestas al personal del servicio de rehabilitación. En tal sentido se le facilita el proceso a nuestro departamento.

Se expide la presente a solicitud de la persona interesada para los fines que se considere pertinentes.

El agustino 28, de Junio del 2018

Anexos. Matriz de consistència

TÍTULO: Síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue 2018, El Agustino

AUTORA: Bach. Salazar Lozano Jackeline Elena

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL.	Variable 1: SÍNDROME DE BURNOUT				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles
¿Cómo influye el síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, 2018?	Determinar la influencia del síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación en el Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, 2018.	El síndrome de Burnout influye significativamente en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación en el Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, 2018.	Agotamiento físico y emocional	Agotamiento en la jornada	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.	Nunca Pocas veces al año o menos Una vez al mes al menos	Alta Prevalencia
				Agotamiento a nueva Jornada			
Estrés diario							
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	Despersonalización	Desanimo laboral	5, 10, 11, 15, 22.	Unas pocas veces al mes Una vez a la semana	Mediana Prevalencia
¿Cómo influye el agotamiento físico y emocional en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, 2018.	Investigar la influencia del agotamiento físico y emocional en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, 2018.	El agotamiento físico y emocional influye significativamente en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, 2018.	Baja realización personal en el trabajo	Eficacia laboral	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.	Pocas veces a la semana Todos los días	Baja Prevalencia
				Resolución de problemas laborales			
				Contribución eficaz en la organización			

<p>Unanue, El Agustino. 2018?</p> <p>¿Cómo influye la despersonalización en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018?</p>	<p>Analizar la influencia de la despersonalización en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018.</p>	<p>Unanue, El Agustino. 2018.</p> <p>La despersonalización influye significativamente en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018.</p>	<p>Variable 2: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>				
			<p>Dimensiones</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Ítems</p>	<p>Escala de valores</p>	<p>Niveles</p>
			<p>Seguridad en el área de trabajo</p>	<p>Medio ambiente de trabajo adecuado y condiciones de seguridad</p>	<p>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14, 15,16,17, 18</p>	<p>Totalmente en desacuerdo (1)</p>	<p>Pobre</p> <p>Acceptable</p>
<p>¿Cómo influye la baja realización personal en el trabajo en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018?</p>	<p>Determinar la influencia de la baja realización personal en el en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018.</p>	<p>La baja realización personal en el trabajo influye en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino. 2018.</p>	<p>Seguridad brindada por la dirección</p>	<p>Favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente</p>	<p>19,20,21</p>	<p>En Desacuerdo (2)</p>	
			<p>Seguridad desde la comunicación</p>	<p>Información de los errores y comunicación asertiva</p>	<p>23,24,25, 26,27,28</p>	<p>Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo (3)</p>	<p>Bueno</p>

			Frecuencia de sucesos notificados	Información oportuna de los incidentes adversos	29,30,31	De Acuerdo (4)	Muy Bueno
			Seguridad desde la atención primaria	Apoyo mutuo se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo	32,33,34, 35,36,37 38,39,40 41,42	Totalmente de Acuerdo (5)	Excelente



Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, Dr. Miguel Angel Perez Perez, docente de la Facultad / Escuela de posgrado y Escuela Profesional / Programa académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo (filial o sede) San Juan de Lurigancho, asesor (a) del Trabajo de Investigación / Tesis titulada:


Síndrome de Burnout en la cultura de seguridad del paciente en el servicio de rehabilitación del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino-2018

del (los) autor (autores) Salazar Lozano, Jackeline Elena, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el trabajo de investigación / tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

San Juan de Lurigancho, 18 de marzo del 2023

Dr. Perez Perez, Miguel Angel	
DNI 07636535	Firma 
ORCID 0000-0002-7333-9879	