



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Síndrome de burnout y calidad de atención en un centro de
salud, Lima 2023

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Alvarado Loarte, Heydy Domitila (orcid.org/0009-0005-2953-0982)

ASESORES:

Dr. Chumpitaz Caycho, Hugo Eladio (orcid.org/0000-0001-6768-381X)

Dr. Pérez Pérez, Miguel Ángel (orcid.org/0000-0002-7333-9879)

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

2023

Dedicatoria

Por darme la vida y estar siempre conmigo,
guiándome en mí camino.

A mis Padres

El esfuerzo y las metas alcanzadas, refleja la dedicación, el amor que invierten sus padres en sus hijos. Gracias a mis padres son quien soy, orgullosamente y con la cara muy en alto agradezco a Rosa Loarte Ortega, mi mayor inspiración, también dar gracias a mis tíos por su apoyo incondicional y amor he concluido con mi mayor meta.

A mi esposo

En el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su apoyo alcanzas de mejor manera tus metas, a través de sus consejos, de su amor, y paciencia me ayudo a concluir esta meta.

Dr. Chumpitaz Caycho, Hugo Eladio

Más que un licenciado, un gran amigo, los docentes son un pilar fundamental para tu aprendizaje. Agradezco a mi director de tesis, quien, con sus conocimientos y su gran trayectoria, ha logrado en mí culminar mis estudios con éxito.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por guiarme en mi camino y por permitirme concluir con mi objetivo.

A mis padres quienes son mi motor y mi mayor inspiración, que a través de su amor, paciencia, buenos valores, ayudan a trazar mi camino.

A mi esposo por ser el apoyo incondicional en mi vida, que con su amor y respaldo, me ayuda alcanzar mis objetivos.

Y por supuesto a mi querida Universidad y a todas las autoridades, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de esta investigación.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	9
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	9
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	13
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.5. Procedimientos.....	18
3.6. Método de análisis de datos	18
3.7 Aspectos éticos.....	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	32
VI. CONCLUSIONES.....	36
VII. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS	38
ANEXOS	

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Ficha Técnica - Síndrome de Burnout	16
Tabla 2 Calidad de atención en pacientes.....	17
Tabla 3 Resumen de procesamiento de casos.....	17
Tabla 4 <i>Alfa de Cronbach - Estadística de fiabilidad. Variable 1</i>	17
Tabla 5 Alfa de Cronbach - Estadística de fiabilidad - Variable 2	18
Tabla 6 Resumen de procesamiento de casos.....	20
Tabla 7 Estadísticas de fiabilidad - Variable 1	20
Tabla 8 Resumen de procesamiento de casos.....	20
Tabla 9 Estadísticas de fiabilidad - Variable 2	21
Tabla 10 Resumen de procesamiento de casos.....	21
Tabla 11 Tabla de normalidad de datos	21
Tabla 12 Validez de los datos procesados	22
Tabla 13 Tabla cruzada El Síndrome de Burnout V1 (Agrupada)*Calidad de atención V2 (Agrupada).....	23
Tabla 14 Tabla cruzada Cansancio emocional D1V1 (Agrupado)*Calidad de atención V2 (Agrupada).....	24
Tabla 15 Tabla cruzada Despersonalización D2V1 (Agrupado)*Calidad de atención V2 (Agrupada).....	25
Tabla 16 Tabla cruzada Realización personal D3V1 (Agrupado)*Calidad de atención V2 (Agrupada).....	26
Tabla 17 Correlación de la Hipótesis General	27
Tabla 18 Correlación de la Hipótesis Especifica 1	28
Tabla 19 Correlación de la Hipótesis Especifica 2.....	29
Tabla 20 Correlación de la Hipótesis Especifica 3.....	30

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1 Cuarta Vía - Distribución S y evaluación de investigaciones.....	8
Figura 2 Diagrama correlacionar bivariable.....	11

Resumen

El objetivo fue establecer cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023. La investigación se fundamenta en un enfoque cuantitativo, tipo de estudio: Aplicada, diseño no experimental, correlacionar. La muestra fue 317 pacientes a quienes se les aplicó cuestionario con la escala de Lickert; los resultados producto del análisis realizado indican que el Síndrome de Burnout V1 con Calidad de atención V2, los pacientes del Centro de Salud perciben que el Síndrome de Burnout es bajo un 39,4%, como Alto un 35,0% y Medio un 25,6%. Los pacientes del Centro de Salud perciben la Calidad de Atención como Bajo un 42,6%, Alto 35,0% y Medio 22,4%. Se concluye que el Síndrome de Burnout presenta una muy alta correlación con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023.

Palabras clave: Síndrome de burnout, calidad, atención, pacientes.

Abstract

The objective was to establish the relationship between Burnout Syndrome and the quality of care in patients in a health center, Lima 2023. The research is based on a quantitative approach, type of study: Applied, non-experimental design, correlate. The sample was 317 patients to whom a questionnaire with the Lickert scale was applied; The results of the analysis carried out indicate that the Burnout Syndrome V1 with Quality of care V2, the patients of the Health Center perceive that the Burnout Syndrome is low by 39.4%, as High by 35.0% and Medium by 25.6% The patients of the Health Center perceive the Quality of Attention as Low 42.6%, High 35.0% and Medium 22.4%. It was concluded that the Burnout Syndrome presents a very high correlation with the quality of care in patients in a health center, Lima 2023.

Keywords: Burnout syndrome, quality, care, patients.

I. INTRODUCCIÓN

En el contexto internacional, según un estudio realizado se evidencia que los médicos agotados emocionalmente pueden experimentar falta de empatía y cometer errores médicos (Maslach et al., 2001). El síndrome de burnout entre los médicos está relacionado con peores niveles de satisfacción de los pacientes y de prestación de servicios, debido a la falta de energía y compromiso para brindar un cuidado óptimo (Hall et al., 2016). Los médicos con agotamiento tienen un mayor riesgo de cometer errores médicos lo cual repercute en la calidad y seguridad del usuario (Panagioti et al., (2018). Los médicos con síndrome de burnout pueden experimentar agotamiento emocional, esto se manifiesta en una menor capacidad para construir una buena relación médico-paciente, tiene un impacto negativo en el nivel de atención (West et al., 2018).

Un estudio Shanafelt et al., (2012) encontró que el agotamiento del médico está asociado con mayores comportamientos de evitación del paciente, lo que puede afectar la calidad de la atención. Según Dyrbye et al., (2017) el agotamiento de los médicos se asocia con una menor adherencia a las mejores prácticas clínicas, lo que puede afectar enormemente en sus labores. Según un estudio de Fahrenkopf et al., (2008) los médicos con síndrome de burnout pueden experimentar dificultades en la comunicación efectiva con los pacientes, así Halbesleben et al., (2018) encontró que el agotamiento del médico se asocia con una mayor probabilidad de errores de diagnóstico, lo que puede tener consecuencias negativas. El estudio de Shanafelt et al., (2010) el síndrome de burnout está relacionado con una mayor predisposición a la depresión y el agotamiento, lo que puede afectar negativamente a los usuarios. Los médicos con síndrome de burnout pueden experimentar una disminución en la empatía hacia los pacientes (Wallace et al., 2009).

Teniendo en cuenta el contexto nacional, Salazar et al., (2018) encontraron que el síndrome de burnout entre los médicos peruanos está relacionado con una menor satisfacción del paciente debido a la carencia de empatía y capacidad reducida para brindar una atención centrada en el paciente. Según un estudio de Tarazona et al., (2017) el síndrome de burnout en el área de salud; en el contexto peruano, se relaciona con una disminución en sus labores como la comunicación efectiva y la respuesta oportuna a las necesidades del paciente. En ese orden, este problema afecta negativamente a los médicos peruanos incidiendo en la calidad de atención; comprometiendo la continuidad del cuidado y adherencia a los tratamientos (Castro et

al., 2016). El síndrome de burnout, está asociado con una mayor propensión a cometer errores médicos, lo que puede tener consecuencias graves (López et al., 2019). El síndrome de burnout en médicos peruanos asociado a disminución de la calidad de la comunicación médico-paciente (Ramos et al., 2017). En ese orden, este problema en los odontólogos en el Perú puede afectar la calidad de atención, especialmente en términos de trato amable, respetuoso y ético hacia los pacientes (Mayta et al., (2018). Por consiguiente, puede disminuir en la calidad de atención en términos de la identificación y manejo adecuado del dolor en los pacientes (Guerra et al., 2019).

Por otro lado, el agotamiento de los médicos peruanos se asocia con una disminución en calidad de la atención del paciente con enfermedades crónicas, particularmente en la educación y orientación sobre el manejo de la enfermedad (Vargas et al., 2016). Afecta la calidad en atención en términos de la comunicación efectiva de diagnósticos y pronósticos, así como la toma de decisiones compartida con los pacientes (Pérez et al., 2017). En médicos peruanos repercute en la calidad de la atención prestada y coordinación asistencial entre los diferentes niveles de atención (León et al., 2019).

Podemos manifestar las siguientes justificaciones: Justificación Teórica: El agotamiento es un trastorno mental que afecta a muchos expertos sanitarios, incluidos médicos y enfermeras. La despersonalización, el cansancio emocional y una menor sensación de satisfacción profesional son sus señas de identidad. Según numerosas investigaciones, los profesionales sanitarios emocionalmente agotados pueden mostrar una disminución de la empatía, la comunicación eficaz y la toma de decisiones acertadas, lo que puede repercutir negativamente en el nivel y la seguridad de la atención al paciente. Justificación Social: Calidad de atención al paciente es un componente crucial de la asistencia sanitaria y tiene un resultado inmediato en la salud de las personas, por lo tanto, es importante comprender y abordar esta relación. Justificación Metodológica: Se utilizó técnicas e instrumentos como encuestas; y evaluación de la prevalencia del agotamiento entre expertos sanitarios. Además, herramientas validadas, como cuestionarios específicos. Estos métodos permiten recoger datos que respalden las conclusiones y nos den un conocimiento más completo de cómo interactúan estas variables. En conclusión, la razón teórica se apoya en investigaciones que demuestran cómo el síndrome de burnout afecta al nivel de atención al paciente. La justificación metodológica se centra en la necesidad de utilizar enfoques rigurosos y herramientas adecuadas para investigar y comprender

mejor esta relación. Podemos dar a conocer los problemas de la investigación; ¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023?, se realizó tres problemas específicos que se expone en el anexo 2; los objetivos planteados; Demostrar qué relación existe entre el cansancio emocional y la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023; se realizó 3 objetivos específicos que se ver en anexo 2. Las hipótesis planteadas; El Síndrome de Burnout se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023; se realizó tres hipótesis específicas que se aprecia en el anexo 2.

II. MARCO TEÓRICO

De acuerdo a los antecedentes nacionales; según lo expresado por Valverde et al. (2019), lo que sigue puede interpretarse como una descripción de la prevalencia del síndrome de burnout, basada en un examen transversal de 110 miembros del personal, entre médicos, enfermeras, obstetras y técnicos. El síndrome es más común en personas con contratos temporales, de 1 a 10 años, así como en hombres. El 34,5% se encontraba en un estado leve, el 18,2% se encontraba en un estado moderado, de igual forma el 15,5%; y 33,6% presenta un nivel alto. El 51,8% mostró bajo desempeño personal. Encontró que uno de cada 10 trabajadores de emergencia sufría de agotamiento en el momento de la encuesta, y era más alto entre los médicos y contratistas temporales. Esta condición, que necesita ser corregida, afecta la calidad de atención en estos servicios. Podemos manifestar que Guerra et al., (2019), el burnout es un síndrome común entre los profesionales de la salud, provocando su compromiso con la acción, lo que afecta la calidad y enfoque de los servicios que prestan, una paradoja asistencial: los sanitarios afectados por este síndrome suelen enfermar y curar a los enfermos. De acuerdo con la definición del síndrome de burnout, se considera un dispositivo psicológico negativo para actuar con presión interpersonal crónica, que ocurre cuando las habilidades de afrontamiento son nulas, lo que indica una falta de energía y recursos humanos, lo que finalmente conduce al fracaso y al agotamiento.

De acuerdo a lo expresado por Zambrano Toala (2019), La formación en residencia es un paso fundamental en la preparación y formación de jóvenes profesionales, y la demanda y la inversión han llegado a un límite, provocando el burnout o síndrome de burnout de los médicos. El objetivo era averiguar lo común que era el síndrome en los hospitales que atendían a pacientes hispanohablantes. Se analizaron 30 artículos, y el área de estudio contó con 2269 habitantes con una edad promedio de 29 años, los médicos solteros y las mujeres tenían una mayor prevalencia del síndrome en comparación con los médicos casados y los hombres. Las cifras medias de burnout en esta revisión fueron del 57 %, agotamiento personal del 43 %, despersonalización del 35,8 % y satisfacción personal del 41 %. Se concluyó que el burnout se presenta en gran medida durante la residencia médica en otras etapas del desarrollo médico, por lo que es necesaria la evaluación anual de los médicos por enfermedad mental, plan de salud. Según Intriago (2019), es más común en profesiones con contacto directo con el usuario, como los médicos.

Las consecuencias pueden afectar negativamente la salud de los empleados, el desempeño organizacional, productividad y eficacia. Propuso como objetivo identificar factores primarios que contribuyen al síndrome de burnout. El estudio analizó una muestra de 65 médicos, paramédicos y enfermeros que realizaban diversas tareas operativas. Los resultados mostraron que el 15% del grupo de estudio, predominantemente mujeres, padecía síndrome de fatiga crónica. Este trabajo es una opción que puede utilizarse en instituciones públicas y comerciales de atención sanitaria primaria, secundaria y terciaria debido a su bajo coste y valor preciso. Esto destaca la importancia de contar con establecimientos de salud centrados en las personas y administrados de manera más efectiva.

Planteamos los siguientes antecedentes internacionales; Podemos interpretar y describir del libro base investigación Smith et.al. (2022), que las teorías mencionadas de refieren a te presento una lista de diez teorías ampliamente conocidas, Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa: Propone que el agotamiento ocurre cuando los individuos experimentan un desequilibrio entre el esfuerzo que ponen en el trabajo y las recompensas que reciben. Modelo de agotamiento: se cree que el agotamiento es causado por la acumulación gradual de presiones laborales a largo plazo que agotan los recursos físicos y mentales de una persona. Modelo de estrés laboral: indica reacción persistente en el trabajo que supera la tolerancia de la persona para afrontarlo. Modelo de ajuste persona-trabajo: establece que el agotamiento se produce cuando hay un desajuste de uno de los rasgos personales de una persona y las demandas del trabajo. Falta de patrones de recompensa: Centrarse en la falta de recompensas emocionales, sociales o económicas en el trabajo, este es un elemento crucial en la aparición del burnout. Modelo sociocognitivo: enfatiza el papel de los procesos cognitivos y las interacciones sociales en el inicio del agotamiento, incluidos los sentimientos de falta de apoyo y agotamiento emocional. El Modelo de Burnout Moral: Este establece que el burnout ocurre a través de la exposición constante a dilemas morales y valores en conflicto en el ambiente de trabajo. Modelo de falta de control: Destaca la importancia de la ausencia de autoridad y autonomía en el trabajo como factores que contribuyen al desarrollo del burnout. El Modelo de Desequilibrio Vida-Trabajo: Se centra en el desequilibrio entre las demandas y responsabilidades laborales y las demandas no laborales como factor de riesgo de burnout. Modelo de falta de reconocimiento:

establece que la falta de reconocimiento y aprecio por el trabajo realizado puede conducir al agotamiento y al agotamiento.

Según la investigación de Lauracio y Ticona (2020), se puede inferir que los profesionales sanitarios se enfrentan a una alta exposición a factores estresantes relacionados con el síndrome de burnout. Esta situación tiende a afectar su eficacia y el nivel de los servicios prestados, lo que resulta en quejas frecuentes por parte de los usuarios sobre todo en atención primaria. Además, se busca determinar el grado de rendimiento en el trabajo de estos trabajadores, considerando cuatro escalas relacionadas con la calidad técnica y médica, formación y superación, productividad y aptitud física. Los resultados mostraron el elevado nivel de agotamiento entre el personal de los establecimientos médicos de 7,09 en una escala de 1 a 10, indicando una etapa media del síndrome. Por otro lado, el desempeño laboral se situó en 35,71 en una escala de 0 a 40, lo que sugiere un esfuerzo laboral relativamente alto.

Este estudio se puede encontrar Godínez (2012) en el marco del paradigma positivista, Según el paradigma del positivismo Galindo (2020), este estudio se puede encontrar Godínez (2012) en el paradigma del positivismo, utilizó una técnica cuantitativa e hipotética DDUXIVE: Bermis (2021), que se usa Soloaga (2017) El paradigma positivista es un enfoque filosófico y epistemológico que ha influido significativamente en muchas ramas de estudio diferentes, incluida la medicina. Se creó en el siglo XIX y su desarrollo fue influenciado por pensadores como Auguste Comte y Herbert Spencer. En términos generales, el positivismo busca establecer el conocimiento basado en la observación empírica y la medición rigurosa de los fenómenos naturales, buscando explicaciones y leyes generales a través de un método científico. Como médico, describiré a continuación el paradigma positivista y su aplicación en la medicina, abordando sus características, fundamentos y críticas. Auguste Comte, uno de los pioneros del positivismo es un filósofo francés, sentó las bases para este enfoque. Comte abogaba por una ciencia positiva que se centrara en los hechos observables y verificables, rechazando especulaciones metafísicas y conceptos abstractos. El paradigma positivista se caracteriza por los siguientes aspectos: Empirismo: La base del conocimiento reside en la experiencia sensible, la observación y la experimentación. Los hechos deben ser medibles y comprobables para ser considerados válidos, Verificacionismo: La validación y la refutación de afirmaciones se basan en la observación y la experiencia.

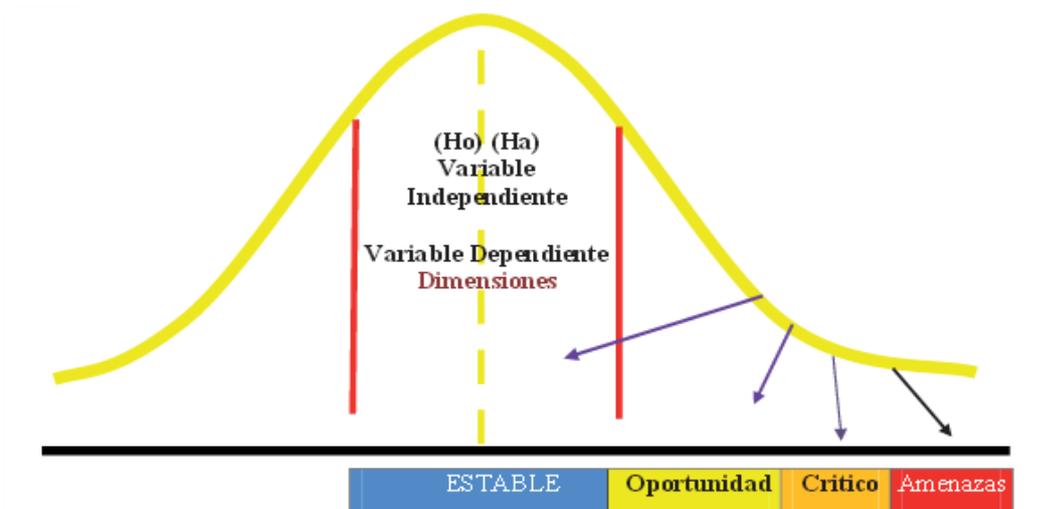
Las afirmaciones deben poder ser sometidas a pruebas empíricas para ser consideradas científicas, objetividad: El conocimiento científico se obtiene mediante un proceso objetivo e imparcial. Se busca minimizar la influencia de los sesgos personales y las interpretaciones subjetivas, Reduccionismo: El análisis de los fenómenos se realiza dividiéndolos en partes más pequeñas y estudiando sus elementos constituyentes para comprender su funcionamiento. Causalidad: El positivismo busca establecer relaciones causales entre los fenómenos, buscando leyes generales que expliquen los eventos. El Positivismo y su Aplicación en la Medicina: El positivismo ha ejercido una influencia significativa en la medicina, especialmente en la adopción del método científico y la investigación empírica. Los médicos y científicos adoptaron este enfoque para comprender y abordar las enfermedades de manera más sistemática y efectiva. A continuación, se describen algunas áreas de la medicina donde el paradigma positivista ha dejado su huella: Investigación científica: El enfoque positivista en la investigación médica ha llevado al desarrollo de estudios experimentales controlados, ensayos clínicos y estudios observacionales. La recopilación y análisis riguroso de datos son fundamentales para obtener resultados confiables y objetivos. Diagnóstico: El apoyo a la medicina basada en la evidencia procede de el paradigma positivista para establecer criterios diagnósticos objetivos y métodos de evaluación estandarizados. Los médicos utilizan pruebas de laboratorio, imágenes médicas y otros procedimientos para obtener información concreta sobre la condición de un paciente. Tratamientos basados en la evidencia: El positivismo ha influido en la adopción de tratamientos basados en la evidencia, cuando la investigación científica se utiliza para fundamentar las decisiones terapéuticas y los resultados de ensayos clínicos. Medicina preventiva: El enfoque positivista ha impulsado el desarrollo de la medicina preventiva, que se centra en identificar y abordar factores de riesgo para prevenir enfermedades antes de que se desarrollen.

En general, se puede decir que la investigación corresponde al paradigma de la interpretación, que corresponde a los mejores métodos cualitativos, a un estudio bibliográfico que puede oscilar entre el nivel exploratorio y el explicativo. Berman (2021) El alcance de este estudio es inicialmente exploratorio, mientras que la clasificación de la investigación del sujeto es el tema exclusivo del primer capítulo, así como al examen de posibles lagunas de conocimiento relacionadas con el procesamiento conceptual de los elementos metodológicos del estudio,

especialmente en cuanto a paradigmas conceptuales, metodologías, métodos, técnicas y herramientas. En primer lugar, la revisión sistemática es una forma de garantizar que, aunque determinados productos de investigación tengan éxito en los debates sobre algunos componentes metodológicos de la investigación, es imposible encontrar un producto que corresponda a las recomendaciones conceptuales de paradigmas, métodos, técnicas, técnicas y herramientas. El hecho de que este estudio se refiera exclusivamente a textos de formación académica y metodológica. En el segundo y tercer momento, considere el estudio de la interpretación en su intento de contrastar varias proposiciones conceptuales y derivar proposiciones definitorias coherentes a partir de ellas.

A partir de conjuntos de datos reales o de reglas y leyes más abstractas, los científicos formulan conclusiones e hipótesis. En el primer caso, la teoría se alcanza con la ayuda de un proceso inductivo, y en el segundo caso con la ayuda de un proceso deductivo. Econlink (2017) Este es el primer método de razonamiento lógico deductivo desde una hipótesis hasta una conclusión específica y luego puede probarse experimentalmente.

Figura 1. Cuarta Vía - Distribución y evaluación de investigaciones



Los estudios actuales utilizan diseños transversales o transversales de investigación. Para Qualtrics (2023), Las tareas que recopilan datos en un único momento (es decir, en un único momento en el tiempo) definen este tipo de encuesta. Vélez (2021) Su objetivo es definir variables, observar con qué frecuencia se producen a lo largo del tiempo y observar cómo interactúan.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Aplicada, examina un hecho para avanzar en el conocimiento y, a través de los hallazgos, permite abordar problemas y avanzar hacia la realidad estudiada de forma práctica (Concytec, 2018).

Enfoque cuantitativo, Según el enfoque de los métodos cuantitativos descritos por Rus Arias (2021), estos se enmarcan en la corriente filosófica del positivismo lógico y se rigen por reglas rigurosas de lógica, verdad, regularidad y previsibilidad. Los científicos que utilizaron estos métodos creían en la existencia de una verdad absoluta y observaron que una realidad unificada podía ser definida a través de una medición precisa y objetiva. En la búsqueda de la verdad, los investigadores que aplican métodos cuantitativos deben apartar sus ideales, creencias, sentimientos y perspectivas individuales, ya que estos elementos no pueden ser medidos objetivamente. En su lugar, se enfocan en obtener datos cuantificables y observables para lograr una aproximación objetiva y verificable de los fenómenos estudiados. Según lo expuesto por Delgado de Smith (2023), los métodos cuantitativos implican la recolección de datos a través de medición, a continuación, se analizarán estos datos para abordar los temas de investigación. Estos métodos se utilizan para poner a prueba hipótesis previamente formuladas, utilizando medidas numéricas, números y estadísticas para identificar patrones en la población. Un ejemplo de esto sería el censo, que representa un enfoque cuantitativo para obtener datos demográficos de un país. Por otro lado, en el trabajo de Sanfeliciano (2018), se enfatiza en la importancia de la validación en el proceso de investigación. Este proceso busca alcanzar un alto grado de control para evitar explicaciones que no se apliquen a la hipótesis propuesta, excluyéndolas si es necesario, y reduciendo ambigüedades y errores en el estudio. Los métodos de investigación cuantitativa utilizan conceptos globales empíricos, hipotético-deductivos, objetivos, concretos y orientados a hallazgos para explicar fenómenos concretos. Dirige el desarrollo de la tarea de validar y contrastar teorías mediante encuestas a muestras representativas. Exámenes, entrevistas, cuestionarios, escalas de actitudes y mediciones objetivas con equipos de validez y fiabilidad demostradas (Zacarias y Supo, 2020).

Método hipotético deductivo, Según la perspectiva del método hipotético-deductivo, mencionado por Popper (2020), este enfoque representa el procedimiento utilizado por los investigadores como la formulación de una hipótesis explicativa, la derivación de implicaciones o proposiciones más fundamentales que la hipótesis explicativa y la confirmación de la veracidad de la hipótesis resultante por comparación con la experiencia son los pasos clave del método hipotético-deductivo. En concordancia con Dicenlen (2021), este enfoque impulsa a los científicos a combinar momentos de reflexión racional, como la formulación de hipótesis y conclusiones, con observaciones de la realidad o experiencias empíricas. De esta manera, se busca establecer una conexión sólida entre la teoría y la realidad observada, permitiendo la confirmación o refutación de las hipótesis mediante la evidencia empírica.

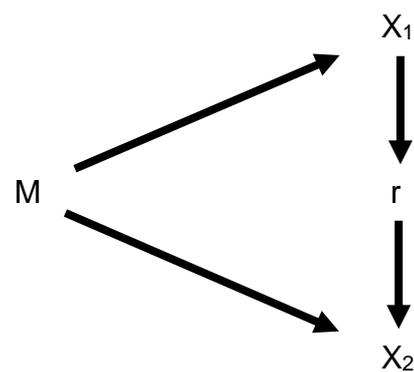
3.1.2. Diseño de investigación

De acuerdo con Galán (2021), Diseño No Experimental: es una categoría de diseño de investigación que no implica la manipulación deliberada de variables por parte del investigador. En lugar de crear un entorno controlado para observar los efectos de una intervención, el investigador simplemente recopila datos de manera natural, sin intervenir en la realidad estudiada. Este enfoque se utiliza cuando la manipulación de variables no es posible o ética, o cuando el objetivo es describir y entender fenómenos en su contexto natural. Basado en la observación y medición de variables en sus estados inalterados, se utiliza el diseño no experimental, y no busca establecer relaciones causales. En cambio, se enfoca en describir patrones y relaciones existentes entre las variables en el momento en que se recopilan los datos. Diseño Aplicado: El diseño aplicado se refiere a un enfoque de investigación que busca abordar problemas o preguntas específicas en contextos del mundo real. Los estudios aplicados tienen como objetivo generar conocimiento y soluciones prácticas para situaciones y desafíos concretos que enfrenta la sociedad. En este sentido, los diseños aplicados tienen una orientación hacia la acción y buscan producir resultados que sean relevantes y útil para tomar decisiones y abordar problemas en el mundo real. A diferencia de la investigación puramente teórica, que se centra en la generación de conocimiento general y abstracto, la investigación aplicada tiene una aplicación directa en la práctica y pretende influir tanto en la vida de las personas como en la de sus comunidades. Diseño

Hipotético Deductivo: El diseño hipotético deductivo se basa en la formulación y prueba de hipótesis. Una afirmación que establece una conexión entre dos o más variables se conoce como hipótesis y puede ser confirmada o refutada mediante la recopilación y el análisis de datos. En el enfoque hipotético deductivo, el investigador plantea una hipótesis basada en teorías existentes o en conocimientos previos sobre el tema de estudio. Luego, se recopilan datos para poner a prueba esa hipótesis. Los resultados de la investigación se someten a un análisis objetivo para determinar si la hipótesis es apoyada o refutada por la evidencia empírica. El proceso de deducción implica ir desde lo general a lo particular: se parte de una teoría general o una hipótesis amplia y se evalúan las predicciones específicas derivadas de ella. Si la evidencia empírica apoya las predicciones, se fortalece la validez de la hipótesis y la teoría subyacente. Diseño Transversal: El diseño transversal, también conocido como diseño de corte transversal o diseño de sección transversal, es un enfoque de investigación que recopila datos en un solo momento en el tiempo.

La investigación es correlacional, trata de comprender la unión o relación entre los conceptos, categorías o la variable en una situación dada (Rodríguez et al., 2022).

Figura 2. Diagrama correlacionar bivariable



Nota: Elaboración propia

M= Muestra

X₁= V1

X₂= V2

r = Relación

En este diseño, no realiza seguimientos a lo largo del tiempo. El diseño transversal es útil para obtener una instantánea de una población o un fenómeno en un momento dado. Es especialmente adecuado cuando el objetivo es describir características, comportamientos, actitudes o relaciones en un momento específico sin preocuparse por los cambios a lo largo del tiempo. Godoy (2022) Una forma de metodología de investigación denominada diseño correlacional se utiliza para observar las relaciones entre dos o más variables sin modificarlas. En lugar de establecer una conexión causa-efecto, como en los diseños experimentales, el diseño correlacional busca determinar si las variables están conectadas o no y en qué dirección se da dicha asociación. Determinar si las variables pertinentes están correlacionadas de forma estadísticamente significativa, se recogen datos en un momento dado o a lo largo de un periodo determinado y se examinan. Correlación es el término estadístico que designa la relación entre dos o más variables que muestra cómo cambian juntas o cómo se relacionan en términos de dirección y magnitud. Algunas características importantes del diseño correlacional son: Medición de variables: En el diseño correlacional, el investigador mide dos o más variables de interés sin manipularlas experimentalmente. Estas variables pueden ser continuas, como la edad o la puntuación en una escala de ansiedad, o categóricas, como el género o el nivel educativo.

Esto significa que no se introduce ninguna intervención o tratamiento específico para ver si causa un cambio en otra variable. Observación natural: La observación natural de las variables en su forma inalterada es el fundamento del diseño correlacional. Los datos se recopilan tal como se presentan en la población o muestra sin que el investigador intervenga en su contexto real. Relaciones y patrones: A través del diseño correlacional, se busca identificar patrones de asociación entre las variables. Estos patrones pueden ser positivos, negativos o ausentes.

Restricciones sobre la causalidad: Es importante destacar que el diseño correlacional no permite establecer relaciones causales entre las variables. Aunque se pueden encontrar correlaciones significativas entre las variables, no se puede determinar si una causa directamente el cambio en la otra. Puede haber otras variables desconocidas o no consideradas que podrían estar influyendo en la relación observada. A pesar de sus limitaciones en cuanto a la inferencia causal, el diseño correlacional es valioso en la investigación porque

permite identificar patrones y asociaciones que pueden ser útiles para formular hipótesis y guiar futuras investigaciones. Además, es especialmente útil cuando no es posible o ético realizar un experimento o cuando se desean explorar relaciones complejas en contextos naturales. Pero es crucial recordar que una conexión no indica necesariamente una causa, y cualquier interpretación de los resultados debe hacerse con precaución y considerando otras evidencias y posibles variables confundidoras.

3.2. Variables y operacionalización

Definición conceptual

Variable 1: Conocido como síndrome de agotamiento laboral, es una reacción que experimenta un empleado al percibir un desajuste entre sus aspiraciones personales y la realidad de su lugar de trabajo (Matins, 2022).

Variable 2: Medida en que la prestación de servicios sanitarios a personas y comunidades aumenta las probabilidades de obtener resultados sanitarios positivos. Esta calidad, se sustenta en el uso conocimientos especializados respaldados por datos, es crucial para lograr cobertura de salud (OMS, 2022).

Definición operacional

La V1. Contiene 3 dimensiones: cansancio emocional; despolarización; y realización personal. Los indicadores son seis, tiene 22 preguntas, cuya alternativa de Likert son del 0 al 6. Las mismas que se agruparon en Bajo, Medio y Alto.

La V2. Contiene 3 dimensiones: Humana, técnico-científica; y entorno. Con 16 indicadores, 35 preguntas, cuya alternativa de Likert. Las mismas que se agrupan Baja, Medio y Alta.

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

3.3.1. Población:

Se conoce como población de estudio al grupo de componentes que se desea estudiar o analizar (Babbie, 2016). Población general compuesta por 1840 pacientes tratados.

3.3.2. Muestra:

Se compone de individuos o elementos extraídos de una población objetivo para permitir que el investigador haga inferencias sobre dicha población. Una muestra es un subconjunto escogido para representar (Thompson, 2012). Para determinar la muestra poblacional, es posible utilizar la fórmula de proporción poblacional.

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{1840 (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(1840 - 1) (0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$$n = 317 \text{ pacientes}$$

3.3.3. Muestreo:

El muestreo fue probabilístico. Consiste en elegir una muestra de personas o elementos de una población para realizar un análisis y obtener conclusiones sobre la población completa (Thompson, 2012). La práctica de elegir una muestra de componentes de una población de interés con el objetivo de recopilar información se conoce como muestreo estadístico y se usa para realizar inferencias y estimaciones precisas sobre la población completa (Lohr, 2009). El muestreo estadístico es una técnica que permite seleccionar elementos en función de principios probabilísticos o no probabilísticos para analizar y generalizar los resultados a la población completa (Levy & Lemeshow, 1999). El muestreo estadístico es una metodología que implica la selección de una muestra típica de la población con el fin de realizar análisis y conclusiones sobre la población de interés (Kothari, 2004). El muestreo estadístico consiste en elegir elementos o unidades de una población para realizar análisis y realizar inferencias sobre la población objetivo (Gravetter y Wallnau, 2013).

3.3.4. Unidad de análisis

Son 317 pacientes. Según Smith (2010), los pacientes son individuos que reciben atención médica, tratamiento o seguimiento de los profesionales sanitarios debido a una condición médica o enfermedad. De acuerdo con Johnson (2005), los pacientes son personas que buscan y reciben atención

médica para identificar, tratar y detener enfermedades o lesiones y que son atendidas por expertos sanitarios calificados. Los pacientes son individuos que han buscado y recibido atención de salud, incluyendo servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (OMS, 2003).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se plantearon como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario. La técnica de recolección busca medir y cuantificar la asociación entre las variables de interés, permitiendo evaluar si existe una conexión significativa entre ellos y, en caso afirmativo, la dirección y la fuerza de esa asociación. A continuación, describiré los pasos y las herramientas involucradas en la recopilación de datos cuantitativos correlacionales: Diseño del estudio: El diseño del estudio correlacional debe establecerse antes de iniciar la recogida de datos. Esto implica identificar las variables de interés y decidir qué datos se recopilarán para analizar su relación (Parra, 2020).

Validación y confiabilidad del instrumento

Se utilizó instrumentos validados de otros estudios. No se tuvo que recurrir a juicios de expertos. Para garantizar la validez de una encuesta, es crucial seguir una serie de instrucciones y consideraciones durante su desarrollo y aplicación: Definición clara del constructo: Antes de diseñar la encuesta, se debe tener una definición clara y precisa del constructo que se pretende medir. Esto incluye identificar las dimensiones clave del consultor y establecer preguntas que reflejen adecuadamente esas dimensiones. Revisión por expertos: Es importante que la encuesta sea revisada por expertos en el tema para evaluar la validez de contenido. Los expertos pueden sugerir modificaciones o eliminar preguntas que no sean relevantes o estén mal formuladas. Piloteo: Antes de aplicar la encuesta en la muestra final, es útil realizar un piloteo con un grupo pequeño de participantes. El piloteo permite identificar posibles problemas con las preguntas, como ambigüedad o confusión, y realizar ajustes antes de la aplicación definitiva. Anonimato y confidencialidad: Es crucial proteger la privacidad y el anonimato de los participantes para fomentar respuestas sinceras y veraces, lo que contribuye a la validez de los resultados. Tamaño y representatividad de la muestra: La muestra de la encuesta debe ser considerable y precisa para que los resultados

puedan aplicarse a la población destinataria. Un tamaño de muestra insuficiente o sesgado puede comprometer la validez de los resultados. Análisis estadístico: Realizar análisis estadísticos apropiados para evaluar la validez, como el análisis de componentes o el coeficiente de correlación, dependiendo de los objetivos y del tipo de encuesta. En conclusión, la validez de una encuesta es un aspecto crucial en la investigación cuantitativa, ya que determina la precisión y confiabilidad de los resultados obtenidos. Para asegurar la validez de contenido, criterio, convergente, discriminante y constructo, se deben seguir prácticas rigurosas en la concepción, creación y realización de la encuesta. Una encuesta válida proporciona datos confiables y precisos que mejoran el conocimiento y ayudar a las personas a tomar decisiones acertadas en diversos ámbitos, como la psicología, la sociología, la economía y la salud, entre otros.

En este estudio se utilizó la técnica de consistencia interna basada en el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar su fiabilidad. La confiabilidad de la encuesta es otro aspecto importante de la investigación cuantitativa, Esto alude a la fiabilidad y constancia de las respuestas obtenidas utilizando el mismo instrumento en diferentes momentos o bajo condiciones similares (Silva et al., 2006).

Ficha Técnica

Tabla 1
Ficha Técnica – V1

Nombre	Síndrome de Burnout
Autor	Maslach Burnout Inventory (MBI)
Objetivo	Recolectar información sobre Síndrome de Burnout
Dimensiones	Cansancio emocional, Despersonalización, Realización personal,
Niveles y rangos	Bajo 22-52, Medio 53-81, Alto 82-110
Confiabilidad	.872
Escala de medición	Ordinal Tipo Likert.
Cantidad de	22 ítems
Tiempo	30 minutos aproximadamente

Nota. Elaboración propia

Tabla 2
Calidad de atención en pacientes

Nombre	Escala de Calidad de atención en pacientes
Autor	Investigadora del tema
Objetivo	Recolectar información sobre Calidad de atención en pacientes
Dimensiones	Humana, Técnico-Científica, Entorno
Niveles y rangos	Bajo 31-81, Medio 82, 128, Alto 129 – 175
Confiabilidad	.976
Escala de medición	Ordinal Tipo Likert
Cantidad de ítems	35 ítems
Tiempo	40 minutos aproximadamente

Nota. Elaboración propia

Tabla 3
Resumen procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	317	100,0
Excluidos	0	0
Total	317	100,0

a. La eliminación basada en listas emplea variables de procedimiento.

Según la información de la tabla 3, se observa que se han considerado un total de 317 casos válidos para el análisis, sin presentar ningún caso de exclusión. Esto nos permite concluir que la totalidad de los casos, es decir, el 100,00%, son aptos y han sido incluidos.

Tabla 4
Alfa de Cronbach - Estadística de fiabilidad. V1

Alfa de Cronbach	N elementos
0,872	317

Los resultados presentados en la tabla 4, se observa que el Alfa de Cronbach es= 0,872. Este valor nos indica que la escala utilizada en la presente investigación muestra una alta confiabilidad para el análisis estadístico.

Tabla 5

Alfa de Cronbach - Estadística de fiabilidad - V2

Alfa de Cronbach	N elementos
0,976	317

Según los datos presentados en la tabla 5, se puede apreciar que Alfa de Cronbach es = 0,976. Esta cifra demuestra la gran fiabilidad de la escala empleada.

3.5. Procedimientos

Según Suarez (2021), la recolección de datos es una etapa esencial del proceso de investigación, realizada de acuerdo con el método seleccionado. Esta fase implica seguir ciertos pasos clave, que incluyen la elección de una herramienta o estrategia de recogida, la fiabilidad de un instrumento o procedimiento se refiere a lo bien que se puede utilizar, lo bien que se puede aplicar y lo bien que se pueden preparar observaciones, registros y hallazgos para estudios posteriores. El grado de fiabilidad de un mismo instrumento o procedimiento, al ser utilizado repetidamente, produce resultados consistentes y similares. Por otro lado, el grado en que un instrumento evalúa de forma precisa y correcta las variables que pretende evaluar se denomina validez. Ambos aspectos son vitales para una garantía de la fiabilidad y corrección de la recogida de datos de la investigación.

3.6. Métodos de análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 28; IBM (2023) para el análisis cuantitativo correlacional. Para investigar las asociaciones entre dos o más variables cuantitativas del estudio. A continuación, se exponen las principales etapas de este análisis:

Organización y limpieza de datos: Antes del análisis, es importante organizar y limpiar los datos, verificando su integridad, corrigiendo errores o valores atípicos, y asegurándose de que están en el formato adecuado para el análisis.

Cálculo de medidas de asociación: Para evaluar la relación entre las variables, se utilizan diversas medidas de asociación, siendo el coeficiente de consecuencias de Pearson el más común. Este coeficiente, que oscila entre -1 y 1. Las conexiones perfectamente positivas se indican mediante valores cercanos a +1, mientras que las

conexiones perfectamente negativas se muestran mediante valores cercanos a -1. Un valor muy próximo a 0 indica una conexión débil o inexistente.

A continuación, se interpreta el coeficiente de conexiones. Esto se hace después de calcular el coeficiente de conexiones. Cuando ambas variables aumentan en la misma dirección, el valor se aproxima a +1, pero cuando se aproxima a -1, sólo una variable aumenta mientras que la otra disminuye. Una conexión nula o débil se indica mediante un coeficiente cercano a 0.

Significación estadística: Además de la magnitud del coeficiente de conexiones, se evalúa su significación estadística mediante la prueba de significancia. Una asociación entre las variables es significativa si el valor p es inferior a 0,05.

Análisis gráfico: Se complementa el análisis estadístico con un análisis gráfico utilizando un gráfico de dispersión, que ayuda a visualizar la relación entre las variables y detectar patrones y tendencias.

Es importante destacar que el análisis cuantitativo correlacional solo evalúa la relación entre variables y no establece una relación causal. También se mencionan técnicas avanzadas, como el análisis de regresión y conexiones parciales, que permiten un mayor control de las variables y el estudio de sus interacciones.

3.7 Aspectos éticos

Es crucial mantener la obligación de observar las normas éticas fundamentales en el ámbito de los estudios científicos. Estas normas tienen por objeto garantizar la exactitud y privacidad de los datos recogidos. La siguiente lista de cuestiones morales importantes, junto con las citas pertinentes, deben tenerse en cuenta en la investigación científica. Acevedo (2002). Para garantizar que los participantes puedan tomar decisiones acertadas, es fundamental brindarles informaciones claras. El consentimiento informado garantiza que se respeten la autonomía y los deseos de los participantes en el estudio (González, 2022).

Discreción y privacidad. Los participantes en un estudio científico deben tener su privacidad y confidencialidad protegidas. Esto significa mantener la información en el anonimato y garantizar que no pueda vincularse directamente con el participante (Lean, 2020).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

Fiabilidad de la V1

Escala: ALL VARIABLES

Tabla 6

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	317	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	317	100,0

A1

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

En la Tabla 6 podemos interpretar que hay 317 casos validos (100,0%), 0 casos excluidos (0,0%) de un total de 317 casos procesados.

Tabla 7

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,872	317

Interpretando la tabla 7, el resultado estadístico Alfa de Cronbach tenemos 0,872 lo cual nos permite manifestar que la variable 1 tiene una confiabilidad alta de los datos procesados.

Fiabilidad de la V2

Escala: ALL VARIABLES

Tabla 8

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	317	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	317	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Interpretando la tabla 8 se observa que hay 317 casos validos (100,0%).

Tabla 9
Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,976	317

Interpretando la tabla 9, el estadístico de Alfa de Cronbach = 0,976 lo cual nos permite manifestar que la variable dependiente tiene una confiabilidad alta de los datos procesados.

Tabla 10
Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	317	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	317	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Interpretando la tabla 10; hay 317 casos validos de un total de 317 casos (100,0%).

Tabla 11
Tabla de normalidad de datos

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		El Síndrome de Burnout V1 (Agrupada)	Cansancio emocional D1V1 (Agrupado)	Despersonalización D2V1 (Agrupado)	Realización personal D3V1 (Agrupado)	Calidad de atención V2 (Agrupada)	Humana D1V2 (Agrupada)	Técnico-Científica D2V2 (Agrupada)	Entorno D3V2 (Agrupada)
N		317	317	317	317	317	317	317	317
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1,96	2,19	2,64	1,19	1,92	1,99	1,84	1,65
	Desv.	0,863	0,690	0,482	0,392	0,879	0,846	0,915	0,908
	Desviación								
Máximas diferencias extremas	Absoluto	0,260	0,258	0,412	0,496	0,279	0,241	0,331	0,412
	Positivo	0,260	0,258	0,270	0,496	0,279	0,241	0,331	0,412
	Negativo	-0,237	-0,231	-0,412	-0,315	-0,240	-0,235	-0,248	-0,238
Estadístico de prueba		0,260	0,258	0,412	0,496	0,279	0,241	0,331	0,412
Sig. asintótica(bilateral)		0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

La tabla 11 demuestra que las variables y las dimensiones no presentan normalidad, ya que tienen un valor sigma asintótico de 0,00, que es inferior a 0,05. En consecuencia, debe utilizarse estadística no paramétrica. En consecuencia, deben utilizarse estadísticas no paramétricas.

4.2. Estadística inferencial

Frecuencias

Tabla 12
Validez de los datos procesados

		Estadísticos							
		El Síndrome de Burnout V1 (Agrupada)	Cansancio emocional D1V1 (Agrupado)	Despersonalización D2V1 (Agrupado)	Realización personal D3V1 (Agrupado)	Calidad de atención V2 (Agrupada)	Humana D1V2 (Agrupada)	Técnico-Científica D2V2 (Agrupada)	Entorno D3V2 (Agrupada)
N	Válido	317	317	317	317	317	317	317	317
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0

Interpretando la tabla 12 se observa que hay 317 casos validos de un total de 317 casos (100,0%). Y no hay casos perdidos en los casos procesados.

Objetivo General

Establecer cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Tabla 13

*Tabla cruzada V1 * V2*

			V2 (Agrupada)			Total
			Bajo	Medio	Alto	
V1 (Agrupada)	Bajo	Recuento	125	0	0	125
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	92,6%	0,0%	0,0%	39,4%
		% del total	39,4%	0,0%	0,0%	39,4%
	Medio	Recuento	10	71	0	81
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	7,4%	100,0%	0,0%	25,6%
		% del total	3,2%	22,4%	0,0%	25,6%
	Alto	Recuento	0	0	111	111
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	0,0%	0,0%	100,0%	35,0%
		% del total	0,0%	0,0%	35,0%	35,0%
Total	Recuento	135	71	111	317	
	% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,6%	22,4%	35,0%	100,0%	

Podemos interpretar de la tabla 13. La V1 con V2, los pacientes perciben que el Síndrome de Burnout es bajo un 39,4%, como Alto un 35,0% y Medio un 25,6%. Los usuarios perciben la Calidad de Atención como Bajo un 42,6%, Alto 35,0% y Medio 22,4%.

Objetivo Especifico 1

El cansancio emocional se relaciona positivamente con y la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Tabla 14
Tabla cruzada D1V1 (Agrupado) V2 (Agrupada)*

		V2 (Agrupada)			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
D1V1 (Agrupado)	Bajo	Recuento	51	0	0	51
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	37,8%	0,0%	0,0%	16,1%
		% del total	16,1%	0,0%	0,0%	16,1%
	Medio	Recuento	84	71	0	155
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	62,2%	100,0%	0,0%	48,9%
		% del total	26,5%	22,4%	0,0%	48,9%
	Alto	Recuento	0	0	111	111
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	0,0%	0,0%	100,0%	35,0%
		% del total	0,0%	0,0%	35,0%	35,0%
Total	Recuento	135	71	111	317	
	% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,6%	22,4%	35,0%	100,0%	

Podemos interpretar de la table 14, D1V1 con V2, los pacientes perciben que el Cansancio es medio un 48,9%, 35,0% alto y 16,1% bajo, la V2 perciben un 42,6% bajo, 35,0% alto y 22,4% medio.

Objetivo Especifico 2

La despersonalización se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Tabla 15

Tabla cruzada D2V1 (Agrupado) V2 (Agrupada)*

		V2 (Agrupada)			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
D2V1 (Agrupado)	Medio	Recuento	115	0	0	115
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	85,2%	0,0%	0,0%	36,3%
		% del total	36,3%	0,0%	0,0%	36,3%
	Alto	Recuento	20	71	111	202
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	14,8%	100,0%	100,0%	63,7%
		% del total	6,3%	22,4%	35,0%	63,7%
Total	Recuento	135	71	111	317	
	% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,6%	22,4%	35,0%	100,0%	

Podemos interpretar de la tabla 15, D2V1 con V2, los pacientes perciben una Despersonalización alta de 63,7% y 36,3% medio, los pacientes perciben una Calidad de Atención de 42,6% bajo, 35% alto y 22,4% medio.

Objeto Especifico 3

La realización personal se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023.

Tabla 16

*Tabla cruzada Realización personal D3V1 (Agrupado)*Calidad de atención V2 (Agrupada)*

		Calidad de atención V2 (Agrupada)			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Realización personal D3V1 (Agrupado)	Bajo	Recuento	135	71	51	257
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	100,0%	100,0%	45,9%	81,1%
		% del total	42,6%	22,4%	16,1%	81,1%
	Medio	Recuento	0	0	60	60
		% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	0,0%	0,0%	54,1%	18,9%
		% del total	0,0%	0,0%	18,9%	18,9%
Total	Recuento	135	71	111	317	
	% dentro de Calidad de atención V2 (Agrupada)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,6%	22,4%	35,0%	100,0%	

Podemos interpretar de la tabla 16, D3V1 con V2, los pacientes perciben una Realización personal bajo 81,1% y medio 18,9%, los pacientes perciben una Calidad de atención de 42,6% bajo, 35,0% alto y medio 22,4%

Análisis inferencial

Decisión:

Se aplicó una regla de decisión basada en la comparación entre el Valor p calculado a partir de los datos y el Valor p teórico de referencia (tabla), que es igual a 0.05. El valor p estimado debe ser mayor o igual a 0,05 para apoyar la hipótesis nula (Ho). Sin embargo, la hipótesis alternativa (Ha) se acepta si el valor p estimado es inferior a 0,05.

Contrastación de las hipótesis

Hipótesis General

Ho= El Síndrome de Burnout no se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Ha= El Síndrome de Burnout se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Regla Teórica

Se basó en la comparación del valor p de referencia teórico especificado en la tabla, que es 0,05, con el valor p determinado a partir de los datos. La hipótesis nula (Ho) se acepta si el valor p estimado es igual o superior a 0,05. Sin embargo, la hipótesis alternativa (Ha) se acepta si el valor p estimado es inferior a 0,05.

Tabla 17
Correlación de la Hipótesis General

		Correlaciones		
			COMPETENCIAS LABORALES GENÉRICAS - V1 (Agrupada)	INSERCIÓN LABORAL - V2 (Agrupada)
Rho de Spearman	COMPETENCIAS LABORALES GENÉRICAS - V1 (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000	0,843**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	317	317
	INSERCIÓN LABORAL - V2 (Agrupada)	Coefficiente de correlación	0,843**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	317	317

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

En la Tabla 17, la sigma bilateral es 0,00 en cual es menor a 0,05, por lo cual nos permite afirmar que se acepta la hipótesis general alterna (Ha) y se rechaza la hipótesis nula (Ho), el valor del coeficiente de correlación es 0,843**, debiendo aclarar que ** se interpreta que presenta una confiabilidad del 99,0% y un error de 1,00% por ambas colas, así mismo el valor de 0,843 está en el rango de (0,81 y 1,00) lo cual se interpreta que presenta una muy alta correlación. Pudiendo concretar que la V1 se relaciona positivamente con la V2.

Hipótesis Específica 1

Ho= El cansancio emocional no se relaciona positivamente con y la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Ha= El cansancio emocional se relaciona positivamente con y la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Regla Teórica para Toma de Decisiones

Se comparó el Valor p calculado a partir de los datos con el Valor p teórico de referencia establecido en la tabla, que es 0.05. Si el Valor p calculado es igual o mayor a 0.05, se piensa que los resultados respaldan la hipótesis nula (Ho). Por otro lado, si P calculado es menor que 0.05, se considera que los resultados respaldan la hipótesis alternativa (Ha).

Tabla 18
Correlación de la HE 1

			COMPETENCIAS DE DESEMPEÑO Y OPERATIVAS - D1V1 (Agrupada)	INSERCIÓN LABORAL - V2 (Agrupada)
Rho de Spearman	COMPETENCIAS DE DESEMPEÑO Y OPERATIVAS - D1V1 (Agrupada)	Coeficiente de correlación	1,000	0,739**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	317	317
	INSERCIÓN LABORAL - V2 (Agrupada)	Coeficiente de correlación	0,739**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	317	317

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

Como podemos observar en la Tabla 18 el sigma bilateral es 0,00 en cual es menor a 0,05, por lo cual nos permite afirmar que se acepta la hipótesis general alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0), asimismo el valor del coeficiente de correlación es de 0,739**, debiendo aclarar que ** se interpreta “La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).”, se aprecia una confiabilidad del 99,0% y un error de 1,00% por ambas colas, así mismo el valor de 0,739 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación. Pudiendo concretar que la D1 se relaciona positivamente con y la V2.

Hipótesis Específica 2

H_0 = La despersonalización no se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

H_a = La despersonalización se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Regla Teórica para Toma de Decisiones

Consiste en comparar el Valor p calculado a partir de los datos con un Valor p teórico de referencia establecido en la tabla, que en este caso es 0.05. Si el Valor p calculado es igual o mayor a 0.05, se procedió a aceptar la hipótesis nula (H_0). Sin embargo, si el Valor p calculado es menor que 0.05, se optó por aceptar la hipótesis alternativa.

Tabla 19
Correlación de la HE 2

		COMPETENCIAS DIRECTIVAS - D2V1 (Agrupada)	INSERCIÓN LABORAL - V2 (Agrupada)
Rho de Spearman	COMPETENCIAS DIRECTIVAS - D2V1 (Agrupada)	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,619**
		N	317
	INSERCIÓN LABORAL - V2 (Agrupada)	Coeficiente de correlación	0,619**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	317

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

Como podemos valorar en la Tabla 19 el sigma bilateral es de 0,00 en cual es menor a 0,05, por lo cual nos permite afirmar que se acepta la hipótesis general alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0), asimismo el valor del coeficiente de correlación es de 0,619**, debiendo aclarar que ** se interpreta que presenta una confiabilidad del 99,0% y un error de 1,00% por ambas colas, así mismo el valor de 0,619 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación. Pudiendo concretar que la D2 se relaciona positivamente con la V2.

Hipótesis Específica 3

Ho= La realización personal no se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Ha= La realización personal se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023

Regla Teórica para Toma de Decisiones

Para evaluar los resultados, comparando el Valor p obtenido a partir de los datos con un Valor p teórico de referencia establecido en la tabla, que es igual a 0.05. Si el Valor p calculado es igual o mayor a 0.05, se concluyó que los datos respaldan la hipótesis nula (H_0). Por otro lado, si el Valor p calculado es menor que 0.05, se llegó a la conclusión de que los datos respaldan la hipótesis alternativa.

Tabla 20
Correlación de la HE 3

Correlaciones				
		COMPETENCIAS COGNITIVAS . D3V1 (Agrupada)		INSERCIÓN LABORAL - V2 (Agrupada)
Rho de Spearman	COMPETENCIAS COGNITIVAS . D3V1 (Agrupada)	Coeficiente de correlación	1,000	0,648**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	317	317
	INSERCIÓN LABORAL - V2 (Agrupada)	Coeficiente de correlación	0,648**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	317	317

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

Como podemos analizar en la Tabla 20, el sigma bilateral es 0,00 en cual es menor a 0,05, por lo cual nos permite afirmar que se acepta la hipótesis general alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0), asimismo el valor del coeficiente de correlación es de 0,648**, debiendo aclarar que ** se interpreta que presenta una confiabilidad del 99,0% y un error de 1,00% por ambas colas, así mismo el valor de 0,648 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación. Pudiendo concretar que la D3 se relaciona positivamente con la V2.

V. DISCUSIÓN

Según el objetivo general, Establecer cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de atención en pacientes en un centro de salud, Lima 2023, el valor de sigma bilateral es de 0,00 en cual es menor a 0,05, por lo cual nos permite afirmar que se acepta la hipótesis general alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0), asimismo el valor del coeficiente de correlación es de 0,843**, debiendo aclarar que ** se interpreta que presenta una confiabilidad del 99,0% y un error de 1,00% por ambas colas, así mismo el valor de 0,843 está en el rango de (0,81 y 1,00) lo cual se precisa que presenta una muy alta correlación; Por lo tanto podemos indicar que Méndez et al., (2019); en este estudio, el burnout entre los trabajadores sanitarios de Latinoamérica y España era muy elevado, oscilando entre el 30% y el 40%, y era más prevalente entre las mujeres de 30 a 39 años, divorciadas de químicos, dentistas y designadas, con 20 a 29 años de experiencia trabajando 8 horas al día en contacto con pacientes. Sin embargo, las características sociodemográficas y laborales mencionadas no tuvieron un impacto significativo en los niveles de glucemia, lo que significa que cualquier trabajador sanitario empleado en el hospital del estudio podía experimentar niveles elevados de glucemia. Otros estudios sobre la relación entre el SB y las variables sociodemográficas realizados entre expertos sanitarios internacionales y nacionales reportaron que algunas de las variables estudiadas no eran importantes para el SB. Los resultados muestran que las variables laborales observadas entre los profesionales de la salud tienen un alto impacto en la BS y pueden explicarse por los frecuentes cambios en su autoridad; designar gerentes en puestos de confianza; sobrecarga en el trabajo; conflicto interpersonal; e incentivos insuficientes para el buen desempeño; Pocas oportunidades de crecimiento y promoción, insatisfacción con salarios bajos, profesionales que sienten que su trabajo en condiciones laborales inadecuadas no es recompensado económicamente (establecimientos de salud) y socialmente (pacientes). Encontramos una correlación negativa significativa entre SB y SL, es decir, los niveles más bajos de SB se asociaron con niveles más altos de SL (niveles satisfechos y muy satisfechos) según los profesionales sanitarios, el agotamiento laboral era un factor predictivo de la SL. Los resultados mostrados se explican en parte por el hecho de que la mayoría de la muestra del estudio estaba formada por trabajadores de enfermería y médicos que, además de la exposición al moderador

laboral descrita en la sección anterior, estuvieron expuestos seis o más horas por día a niveles bajos, moderados y moderados. o la alta complejidad o gravedad del sufrimiento y la muerte del paciente, junto con la devaluación social y los bajos salarios en la profesión de la salud contribuyen a altos niveles de agotamiento y baja satisfacción laboral. Los resultados son consistentes con estudios previos y revisiones sistemáticas y metaanálisis de muestras médicas y de enfermería a nivel internacional, nacional y regional. Además, los hallazgos implican que el burnout y los niveles elevados de SL pueden coexistir o que el SB influye en la SL, y no al revés como afirmaban estudios anteriores. La información anterior apoya la idea de que el síndrome de burnout y la calidad de la atención al paciente están relacionados.

Según el objetivo específico primero, el sigma bilateral es de 0,00 en cual es menor a 0,05, por lo cual nos permite afirmar que se acepta la hipótesis general alterna (Ha) y se rechaza la hipótesis nula (Ho), asimismo el valor del coeficiente de correlación es de 0,739**, debiendo aclarar que ** se que presenta una confiabilidad del 99,0% y un error de 1,00% por ambas colas, así mismo el valor de 0,739 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación. Por lo tanto, Menéndez (2022), Los profesionales pueden experimentar el síndrome de burnout, que se conoce como un método ineficaz de gestionar el estrés laboral y se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal que mantienen relaciones continuas y directas con los demás. Describe con precisión la profesión de ayudar, que opera en una disciplina diferente y ha sido estudiado recientemente tanto a escala nacional como mundial. Según las investigaciones, el personal de enfermería, cuya principal responsabilidad es atender las necesidades del individuo, es la profesión más afectada por este síndrome. El objetivo de este estudio fue examinar la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el nivel de servicio en un hospital general de la provincia ecuatoriana de Manab. Este estudio analítico transversal examinó la incidencia y los factores contribuyentes, como la tendencia de los cuidadores al burnout y la relación entre los síndromes de burnout y la satisfacción de los usuarios del servicio. De acuerdo con lo anteriormente expresado podemos interpretar qué hay relación existe entre el cansancio emocional y la calidad de atención en pacientes

Según el objetivo específico segundo, el valor de sigma bilateral es de 0,00 en cual es menor a 0,05, por lo cual nos permite afirmar que se acepta la hipótesis general alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0), asimismo el valor del coeficiente de correlación es de 0,619**, debiendo aclarar que ** se interpreta que presenta una confiabilidad del 99,0% y un error de 1,00% por ambas colas, así mismo el valor de 0,619 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación. Por lo tanto, Vidotti (2021) Las características de los participantes del estudio mostraron que eran predominantemente mujeres, casadas y con hijos, y los estudios han demostrado que las personas con este perfil son susceptibles a este síndrome. Hay mucho trabajo debido a la doble jornada en el trabajo y en casa, lo que conduce al agotamiento, obligando a estos profesionales a dedicar cada día menos tiempo a dormir y descansar, así como a impedir la actividad física debido a la multitud de actividades requeridas en el día a día, la probabilidad de padecer el síndrome de burnout, así como signos de cansancio emocional, despersonalización y rendimiento profesional en la muestra del estudio fueron similares a otros estudios realizados a nivel nacional e internacional. En relación con otras características centrales identificadas, el 58,7% de los participantes puntuaron alto en al menos una dimensión del síndrome; también reflejaban agotamiento laboral y desvinculación psicológica o sentimientos de incompetencia profesional. Por otro lado, el 20,3% se presenta como comprometedor, es decir, compromete los estándares, lo que significa que percibe el trabajo como una experiencia positiva contra el burnout. Se encontró que, a mayor necesidad psicológica, mayor percepción de agotamiento y despersonalización, lo que fue confirmado en un estudio de paramédicos estadounidenses. Lo anteriormente manifestado corrobora que la despersonalización se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes

Según el objetivo específico tercero, el sigma bilateral es de 0,00 en cual es menor a 0,05, por lo cual nos permite afirmar que se acepta la hipótesis general alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0), asimismo el valor del coeficiente de correlación es de 0,648**, debiendo aclarar que ** se interpreta que presenta una confiabilidad del 99,0% y un error de 1,00% por ambas colas, así mismo el valor de 0,648 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación. Por lo tanto Valverde y Silvia (2019) Se realizó una descripción

analítica transversal de 110 trabajadores, entre médicos, enfermeras, obstetras y técnicos, para describir la incidencia del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios que trabajan en el servicio de urgencias de un hospital público de Cusco. El 10% de las personas experimentaron el síndrome de burnout. El burnout fue de 16,3% en el grupo médico, 8,6% entre enfermeros y obstetras, no se encontró burnout entre los trabajadores de enfermería calificados. El síndrome es más común en personas con contratos temporales, de 1 a 10 años, así como en hombres. El 34,5% presentaba un estado leve, el 18,2% un estado medio, respectivamente el 15,5% y el 33,6%, respectivamente, declararon altos niveles de despersonalización y desgaste emocional. Finalmente, el 51,8% mostró bajo desempeño personal. Encontró que uno de cada 10 trabajadores de emergencia sufría de agotamiento en el momento de la encuesta, y era más alto entre los médicos y contratistas temporales. Esta condición, que necesita ser corregida repercute en el nivel de atención que prestan estos servicios.

VI. CONCLUSIONES

Primera:

Según el objetivo general podemos concluir que el Síndrome de Burnout presenta una muy alta correlación con la calidad de atención en pacientes; se rechaza la hipótesis nula, así mismo el valor de Rho de Spearman 0,843 está en el rango de (0,81 y 1,00) lo cual se interpreta que presenta una muy alta correlación.

Segunda:

Según el objetivo específico primero, podemos concluir que el cansancio emocional presenta una muy alta correlación con la calidad de atención en pacientes, y se rechaza la hipótesis nula; se rechaza la hipótesis nula, así mismo el valor de Rho de Spearman 0,739 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación.

Tercera:

Según el objetivo específico segundo, podemos concluir que la despersonalización presenta una muy alta correlación con la calidad de atención en pacientes; se rechaza la hipótesis nula, así mismo el valor de Rho de Spearman 0,619 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación.

Cuarta:

Según el objetivo específico tercero, podemos concluir que la realización personal se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes; se rechaza la hipótesis nula, así mismo el valor de Rho de Spearman 0,648 está en el rango de (0,61 y 0,80) lo cual se interpreta que presenta una alta correlación.

VII. RECOMENDACIONES

Primera:

Se sugiere al Director del CS, que implemente capacitaciones periódicas para el personal de salud con el fin de mejorar los indicadores existentes y establecer la relación entre la V1 y la V2 en los pacientes atendidos.

Segunda:

A los directivos se sugiere buscar las estrategias oportunas para mejorar la existencia del cansancio emocional y la calidad de atención en pacientes.

Tercera:

Se sugiere a los directivos buscar los mecanismos que regulen la existencia de la despersonalización y la calidad de atención en pacientes.

Cuarta:

A los directivos se sugiere difundir proyectos colaborativos en bien de la realización personal y la calidad de atención en pacientes que acuden al nosocomio de salud.

REFERENCIAS

- Alva, R. E., et al. (2016). Relación entre burnout y calidad de la atención en médicos internistas de un hospital de Lima. *Revista Médica Herediana*, 27(2), 97-103.
- Abbadia, J. (2022, octubre 3). Paradigma de investigación: Una introducción con ejemplos. *Blog Mind the Graph*.
<https://mindthegraph.com/blog/es/investigacion-paradigma/>
- Acevedo Pérez, I. (2002). Aspectos éticos en la investigación científica. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 15-18. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003>
- Anzules Guerra, J., Véliz Zevallos, I. J., Vences Centeno, M. R., & Menéndez Pin, T. del R. (2019). Síndrome de burnout: Un riesgo psicosocial en la atención médica. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 3(6), 839-859.
- Arteaga, G. (2020). *Técnicas de investigación cuantitativa—TestSiteForMe*.
<https://www.testsiteforme.com/tecnicas-de-investigacion-cuantitativa/>
- Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1(3), 112-119.
- Berman, K. (2021). *El paradigma cuantitativo | SalusPlay*.
<https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-metodologia-de-la-investigacion/tema-1-el-paradigma-cuantitativo>
- Bermis, S. (2021). *El paradigma positivista y el paradigma interpretativo*.
https://baripedia.org/wiki/El_paradigma_positivista_y_el_paradigma_interpretativo
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41.
- Carreazo, N. Y., et al. (2020). Síndrome de burnout y calidad de atención en médicos de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte Médico*, 20(1), 57-62.
- Chávez, N. A., et al. (2019). Síndrome de burnout y calidad de atención en enfermeras de un hospital de Lima, Perú. *Revista Científica de Enfermería*, 5(1), 45-54.
- Delgado de Smith, Y. (2023). *La investigación o enfoque cualitativo*.
<https://yamilesmith.blogspot.com/2012/06/la-investigacion-o-enfoque-cualitativo.html>
- Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 209-222.

- Dicenlen. (2021). *Método hipotético-deductivo*.
<https://www.dicenlen.eu/es/diccionario/entradas/metodo-hipotetico-deductivo>
- Econlink. (2017). *El Método Hipotético Deductivo*.
<https://www.econlink.com.ar/ciencia/metodo-hipotetico-deductivo>
- Galan, M. (2021). *Investigación cualitativa y cuantitativa: Características y ventajas*.
<https://www.becas-santander.com/es/blog/cualitativa-y-cuantitativa.html>
- Galindo, A. F. D. (2020). *Las definiciones de paradigma, metodología, método, técnica e instrumento, desde los textos de formación académica/metodológica*. 33.
- Godínez, V. L. M. (2012). *Paradigmas de investigación*.
- Godoy, F. (2022, noviembre 7). Te contamos en qué consiste una investigación correlacional. *Tesis y Másters Colombia*.
<https://tesisymasters.com.co/investigacion-correlacional/>
- González Ávila, M. (2022). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85-103.
<https://doi.org/10.35362/rie290952>
- Halbesleben, J. R. (2010). A meta-analysis of work engagement: Relationships with burnout, demands, resources, and consequences. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2010, No. 1, pp. 1-6). Academy of Management.
- Huapaya, R., et al. (2020). Burnout syndrome and its association with medical errors in Peruvian doctors. *Acta Médica Peruana*, 37(2), 113-119.
- IBM. (2023). *Guía del usuario del sistema básico de IBM SPSS Statistics 28*.
- Intriago Miranda¹, S. A. (2019). Síndrome del «Burnout» en personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín-Bolívar. *Revista San Gregorio*, 35, 94-107. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i35.962>
- Lauracio, C., & Lauracio Ticona, T. (2020). Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de salud. *Revista Innova Educación*, 2(4), 543-554.
- Lévano, S., & Cecilia, A. (2010). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Lévano, A. A., et al. (2018). Síndrome de burnout y calidad de atención en médicos que atienden enfermedades crónicas en hospitales de Lima. *Acta Médica Peruana*, 35(1), 26-32.
- Mager, F. (2020). *Ética de la Investigación: Una guía práctica*.

- Manrique, J. M., et al. (2018). Relación entre burnout y calidad de atención en médicos de hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(1), 15-21.
- Menéndez Pín, T. (2022). *Síndrome de Burnout y calidad de atención del personal de enfermería*. <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/10/sindrome-burnout-ecuador.html>
- Ñaupas, H. (2023). *Investigación cuantitativa*. <https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion.php>
- Parra, A. (2020, septiembre 13). Técnicas de investigación cuantitativa para recolectar datos. *QuestionPro*. <https://www.questionpro.com/blog/es/tecnicas-de-investigacion-cuantitativa/>
- Popper, K. (2020). *Método hipotético-deductivo—Encyclopaedia Herder*. https://encyclopaedia.herdereditorial.com/wiki/M%C3%A9todo_hipot%C3%A9tico-deductivo
- Qualtrics. (2023). Investigación cualitativa. *Qualtrics - ES LA*. <https://www.qualtrics.com/es-la/experience-management/investigacion-cualitativa/>
- Rivera, J. G., et al. (2017). Síndrome de burnout y calidad de atención en odontólogos peruanos. *Revista Estomatológica Herediana*, 27(1), 16-23.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (2022). *define enfoque cualitativo—Buscar con Google*. <https://www.google.com/search?q=define+enfoque+cualitativo&client=firefox-b-d&sxsrf=AB5stBj7HEfPQqHzP9XHYW1SmFppEhXKPw:1689861947394&ei=Oz-5ZIPbF6DT5OUIZODoA0&start=10&sa=N&ved=2ahUKEwjD5N-oup2AAxWgKbkGHZXJANQQ8NMDegQIAhAW&biw=1600&bih=775&dpr=1>
- Rus Arias, E. (2021). *Investigación cualitativa—Qué es, definición y concepto | 2023 | Economipedia*. <https://economipedia.com/definiciones/investigacion-cualitativa.html>
- Sanfeliciano., A. (2018, enero 13). La investigación cualitativa y cuantitativa. *La Mente es Maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/disenos-de-investigacion-enfoque-cualitativo-y-cuantitativo/>

- Soloaga, C. D. (2017, enero 24). Diseño aplicado a contenidos, principios que debes conocer. *Social Media Pymes*. <https://www.socialmediapymes.com/disenio-aplicado-a-contenidos/>
- Suarez, F. (2021). *Investigación cuantitativa—Qualtrics—ES LA*. <https://www.qualtrics.com/es-la/experience-management/customer/investigacion-cuantitativa/>
- Vargas, C., et al. (2019). Burnout syndrome and patient satisfaction in healthcare professionals. *Revista Medica Herediana*, 30(2), 67-74.
- Valverde, S., & Silvia, G. (2019a). Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horizonte Médico (Lima)*, 19(1), 67-72. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.11>
- Valverde, S., & Silvia, G. (2019b). Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horizonte Médico (Lima)*, 19(1), 67-72. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.11>
- Vélez, D. L. V. (2021). *La investigación cualitativa*.
- Velásquez, J., et al. (2017). Síndrome de burnout y calidad de atención en personal de enfermería de hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Enfermería Global*, 16(4), 392-400.
- Vidotti, V. (2021). *Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300011
- Yáñez, R. S., et al. (2019). Síndrome de burnout y calidad de atención en médicos peruanos. *Horizonte Médico*, 19(1), 9-14.
- Yslado Méndez, R. M., Norabuena Figueroa, R. P., Loli Poma, T. P., Zarzosa Marquez, E., Padilla Castro, L., Pinto Flores, I., & Rojas Gamboa, A. (2019). Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. *Horizonte Médico (Lima)*, 19(4), 41-49. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n4.06>
- Zambrano Toala., J. R. (2019). Síndrome de Burnout en Médicos Residentes. *Revista San Gregorio*, 33, 102-113. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i33.966>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos
V1: Síndrome de Burnout	<p>Conocido como síndrome de agotamiento laboral, es una reacción que experimenta un empleado al percibir un desajuste entre sus aspiraciones personales y la realidad de su lugar de trabajo (Matins, 2022).</p> <p>Medida en que la prestación de servicios sanitarios a personas y comunidades aumenta las probabilidades de obtener resultados sanitarios positivos. Esta calidad, se sustenta en el uso conocimientos especializados respaldados por datos, es crucial para lograr cobertura de salud (OMS, 2022).</p>	<p>Contiene 3 dimensiones: cansancio emocional; despolarización; y realización personal. Los indicadores son seis, tiene 22 preguntas, cuya alternativa de Likert son del 0 al 6. Las mismas que se agruparon en Bajo, Medio y Alto.</p> <p>Contiene 3 dimensiones: Humana, técnico-científica; y entorno. Con 16 indicadores, 35 preguntas, cuya alternativa de Likert. Las mismas que se agrupan Baja, Medio y Alta.</p>	<p>Cansancio emocional</p> <p>Despersonalización</p> <p>Realización personal</p> <p>Humana</p> <p>Técnico-Científica</p> <p>Entorno</p>	<p>Muestra fatiga o cansancio en el trabajo</p> <p>Muestra esfuerzo para realizar trabajo</p> <p>Evidencia frustración en el trabajo</p> <p>Se muestra insensible con sus pacientes y colegas</p> <p>Despreocupación ante situaciones diversas</p> <p>Se muestra insatisfecho por su trabajo</p> <p>Respeto</p> <p>Información completa</p> <p>Interés manifiesto a la persona</p> <p>Amabilidad</p> <p>Ética</p> <p>Efectividad</p> <p>Eficacia</p> <p>Eficiencia</p> <p>Continuidad</p> <p>Seguridad</p> <p>Integralidad</p> <p>Comodidad</p> <p>Ambientación</p> <p>Limpieza</p> <p>Orden</p> <p>Privacidad</p>	<p>22 ítems</p> <p>35 ítems</p>	<p>Cuestionario</p>

Anexo 2. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	Establecer cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	El Síndrome de Burnout se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	Variable 1: El Síndrome de Burnout	Enfoque Cuantitativo
ESPECÍFICOS				
¿Qué relación existe entre el cansancio emocional y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	Demostrar qué relación existe entre el cansancio emocional y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	El cansancio emocional se relaciona positivamente con y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	Dimensiones Cansancio emocional	Tipo de estudio Aplicada
¿Qué relación existe entre la despersonalización y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	Demostrar qué relación existe entre la despersonalización y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	La despersonalización se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	Despersonalización	Diseño de investigación No experimental, Correlacionar.
¿Qué relación existe entre la realización personal y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	Demostrar qué relación existe entre la realización personal y la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	La realización personal se relaciona positivamente con la calidad de atención en pacientes de un centro de salud, Lima 2023?	Realización personal	Población 1,840 pacientes
			Variable 2: Calidad de atención	Muestra 317 pacientes
			Dimensiones Humana Técnico-Científica Entorno	Método Hipotético Deductivo
				Instrumento Cuestionario

Anexo 3. Instrumentos de investigación para la Variable 1

Instrumento Síndrome de Bournout

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20).

Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autor, ciencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación máxima 48.

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA
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 = Unas pocas veces a la semana.
6 = Todos los días.

CÁLCULO DE PUNTUACIONES

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total obtenido	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera de nen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente.

VALORES DE REFERENCIA

	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	0 – 18	19 – 26	27 – 54
Despersonalización	0 – 5	6 – 9	10 – 30
Realización personal	0 – 33	34 – 39	40 – 56

Señale el número que crea oportuno 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 = Unas pocas veces a la semana.
6 = Todos los días.

	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes.	
	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
	Siento que trabajar todo el día con pacientes/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	
	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes.	
	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	
	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
	Creo que trabajo demasiado.	
	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes.	
	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.	
	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	
	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes.	
	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

Anexo 4. Instrumentos de investigación para la Variable 2

Instrumento de calidad de atención

N = NUNCA
RV = RARA VEZ
AV = A VECES
AM = A MENUDO
S = SIEMPRE

DIMENSIÓN HUMANA		
1	Durante la hospitalización el medico lo llamó por su nombre.	
2	El médico le da información clara y precisa.	
3	El medico lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud.	
4	El médico le pide que la llame si usted se siente mal.	
5	El médico le enseña cómo cuidarse a usted mismo.	
6	El médico le sugiere preguntas que usted puede formularle a su doctor cuando lo necesite.	
7	El medico lo motiva a identificar los elementos positivos de su tratamiento.	
8	El medico se sienta con usted para entablar una conversación.	
9	El medico lo escucha con atención.	
10	El medico habla con usted amablemente.	
11	El medico respeta sus creencias y costumbres.	
12	El medico se identifica y se presenta ante usted.	
13	El medico es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.	
14	El medico concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención.	
15	El medico establece contacto físico cuando usted necesita consuelo.	
DIMENSIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA		
16	El medico identifica cuándo es necesario llamar al médico.	
17	El medico es organizada en la realización de su trabajo.	
18	El médico le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.	
19	El medico lo pone a usted en primer lugar, sin importar qué pase a su alrededor.	
20	El uniforme y carné que porta el medico la caracteriza como tal.	
21	El medico realiza los procedimientos con seguridad.	
22	El medico se asegura que sus familiares y allegados sepan cómo cuidarlo a usted.	

23	El médico le da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.	
24	El medico responde rápidamente al llamado.	
25	El medico se esfuerza para que usted pueda descansar cómodamente.	
26	El medico involucra a su familia en su cuidado.	
27	Cuando el medico está con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en usted.	
28	El médico le ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación.	
29	El medico acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado.	
30	El medico mantiene un acercamiento respetuoso con usted.	
DIMENSIÓN ENTORNO		
31	Las habitaciones se encontraban limpias y ordenadas durante el día.	
32	El médico mantenía la limpieza al realizar sus procedimientos.	
33	El médico no comentaba con otras personas sobre su condición de salud.	
34	Los muebles y camas eran cómodas y apoyaban su recuperación.	
35	Considera la ambientación de los cuartos la adecuada para su estancia	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CHUMPITAZ CAYCHO HUGO ELADIO, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, asesor de Tesis titulada: "Síndrome de burnout y calidad de atención en un centro de salud, Lima 2023", cuyo autor es ALVARADO LOARTE HEYDY DOMITILA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, 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 la 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.

LIMA, 22 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CHUMPITAZ CAYCHO HUGO ELADIO DNI: 15434903 ORCID: 0000-0001-6768-381X	Firmado electrónicamente por: HCHUMPITAZC el 31-07-2023 08:27:53

Código documento Trilce: TRI - 0610651