



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN UN HOSPITAL NIVEL III-1, TRUJILLO, 2025

Tesis para optar al título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autor:

Karem Diaz Cueva

Asesor:

Dra. Aurora Chumpitaz Mozombite

<https://orcid.org/0000-0001-6018-6917>

Trujillo - Perú

2025

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	EDUARDO ALONSO FARFAN CEDRON
	Nombre y Apellidos

Jurado 2	CLAUDIA KARINA GUEVARA CORDERO
	Nombre y Apellidos

Jurado 3	AURORA CHUMPITAZ MOZOMBITE
	Nombre y Apellidos

Informe de Similitud



Página 2 de 6 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega: 118119002522

14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía

Exclusiones

- N.º de fuente excluida
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguir de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

A Dios por guiar e iluminar mi camino. A mis padres, que con su amor me impulsaron y acompañaron en este proceso de aprendizaje. Y a Fabricio por siempre confiar en mi capacidad.

Agradecimiento

A Dios por proteger a mi familia y mantenerme fuerte ante las adversidades,
fortaleciéndome en mi camino.

A mi madre, que, con su amor, comprensión y buenos consejos, me enseñó día a
día a enfrentar las situaciones difíciles.

A mi padre, que me apoyó con palabras positivas.

A Fabricio, que con su motivación me enseñó la importancia de la persistencia para
alcanzar lo que uno se propone.

A mi asesora Aurora por su orientación necesaria para avanzar hacia mi meta.

Tabla de contenidos

Jurado evaluador	2
Informe de similitud	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
Índice de tablas	7
Resumen	8
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	30
CAPÍTULO III: RESULTADOS	38
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS	62
ANEXOS	75

Índice de tablas

Tabla 1:	.....	31
Tabla 2:	.....	32
Tabla 3:	.....	38
Tabla 4:	.....	39
Tabla 5:	.....	40
Tabla 6:	.....	42
Tabla 7:	.....	44
Tabla 8:	.....	45
Tabla 9:	.....	46
Tabla 10:	.....	47
Tabla 11:	.....	48
Tabla 12:	.....	49
Tabla 13:	.....	50
Tabla 14:	.....	51

Resumen

Esta investigación tiene por objetivo determinar la relación entre el síndrome de burnout en el personal de salud y la calidad de atención en usuarios de consulta externa de un hospital de Trujillo. La metodología usada es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y nivel correlacional. La muestra estuvo conformada por 100 profesionales de la salud y 100 usuarios del área de consulta externa, seleccionados por muestreo no probabilístico intencional. La técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos aplicados fueron: Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Test de calidad de atención. Se obtuvo como resultados, un nivel de burnout medio en un 55% del personal de salud y un 44% alto, los usuarios demostraron que un 81% se encuentra insatisfecho y un 19% satisfecho referente a calidad de atención. A nivel inferencial, no existe relación entre en síndrome de burnout ($\rho=0,131$, $p=0,193 >0,05$), cansancio emocional ($\rho=0,090$, $p=0,375 >0,05$), despersonalización ($\rho=0,009$, $p=0,929 >0,05$), realización personal ($\rho=0,116$, $p=0,251 >0,05$) y calidad de atención. Concluyendo que las variables y sus dimensiones son independientes.

Palabras clave: Calidad de atención, síndrome de burnout, personal de salud

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En establecimientos de salud especialmente de alta complejidad suele presentarse un entorno laboral exigente, donde los profesionales enfrentan situaciones de exigencia, trabajo bajo presión, recarga laboral, en contacto directo y constante con el sufrimiento humano, con la responsabilidad de cuidar la vida, etc.; condiciones que impactan en el desenvolvimiento adecuado de los profesionales sanitarios, limitando la calidad en su atención, la eficacia, la seguridad; generando la posibilidad de insatisfacción con el servicio de salud en el usuario (Aiken, et al,2023). Al momento en el que el profesional pasa ciertos impases dentro de su entorno laboral, puede desencadenar el Síndrome de burnout (SB) (Maslach & Leiter, 2016).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), el síndrome de burnout es presentado a modo de estrés crónico producido por el trabajo, originando agotamiento, distancia mental laboral y limitación para conseguir la eficacia profesional, se genera cuando la persona presenta actitudes negativas hacia su entorno laboral, por lo cual se produce en él baja motivación, irritabilidad, negativismo y hasta desaciertos laborales. (Rivera et al., 2019). Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016), dentro del área laboral, el estrés es referido como el producto de la respuesta física y emocional, que equivale como un daño generado que surge desde las diferencias entre demandas y capacidades percibidas por el profesional en su entorno laboral, se ve reflejado cuando las responsabilidades sobrepasan sus capacidades, necesidades y habilidades.

Estudios ejecutados especialmente en personal de salud, han identificado tasas alarmantes de síndrome de burnout, que varían entre el 30% y el 70%, dependiendo de la especialidad, el servicio y el establecimiento de salud (Aranda, 2020; Benavides et al., 2021; Flores & Díaz, 2022; Gutiérrez et al., 2023; Ramírez & Soto, 2024).

Uno de los componentes que suponen un riesgo para desarrollar el síndrome de

burnout se tiene al acoso laboral, desencadenando desequilibrio entre el esfuerzo y recompensa; y baja satisfacción laboral (Sohrab et al, 2024). Para Matilla (2024), el desarrollar síndrome de burnout trae consigo problemas físicos y psicológicos, incluyendo ansiedad, trastornos del sueño y depresión.

Los profesionales de la unidad de cuidados intensivos (UCI), oncología y emergencias suelen obtener niveles más altos de burnout debido a la intensidad de la atención y el contacto recurrente con situaciones de alta mortalidad (Silva et al., 2023). Por lo tanto, el estado peruano contempla la importancia de la salud mental a través de la ley N° 30947, que establece la protección en el bienestar del individuo, a través de la prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, cuidando de su entorno familiar y social (Gobierno del Perú, 2019).

El personal de salud generalmente presenta condiciones laborales exigentes, desde largas jornadas, turnos rotativos, situaciones complejas, como violencia verbal o física por parte de sus pacientes (o de sus familiares) hasta de sus propios compañeros (García et al., 2021). De la misma manera, un estudio en Latinoamérica, donde se describe al síndrome de burnout, enfatizando sus causas y efectos en trabajadores del sector salud, concluyen que el personal al estar expuesto a situaciones de carga emocional, largas horas laborales y alta presión; suele percibirse más vulnerable, incrementando el riesgo de cansancio emocional, con efectos en su salud física y mental, desempeño laboral e impactar de manera inadecuada en el bienestar (Sarmiento et al., 2024). En el reglamento de la ley de trabajo médico peruano, Decreto Supremo N° 024-2001-SA; se consideran los horarios laborales de los médicos cirujanos de 6 horas diarias, 36 horas semanales y 150 horas al mes; las cuales son aparte de las 12 horas de guardias (diurnas o nocturnas programadas en ciertas áreas de necesidad de urgencia) (Gobierno del Perú, 2001).

Al afectarse el cuidado psicológico, el síndrome de burnout supone un riesgo, de

manera que, las consecuencias son dañinas para el individuo y la organización donde labora, ya que limita significativamente el rendimiento laboral, generando presentismo, absentismo, baja satisfacción laboral, en otros casos puede ocurrir la jubilación temprana (Vidotti et al.,2019). Por lo tanto, se requieren habilidades y competencias adecuadas para generar una relación positiva con el usuario, estableciendo límites profesionales, sin perder la empatía y el compromiso en su atención (García et al. ,2016).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), para brindar una buena calidad en los servicios se requieren ciertas acciones, como el buen manejo en la dirección, personal sanitario debidamente capacitado, que reciba el apoyo y estímulo necesario, recursos financieros que posibiliten y generen una atención eficaz, resulta importante también mencionar los sistemas de información que supervisen y aprendan continuamente a trabajar en la mejora de la atención, los medicamentos, tecnología, dispositivos, sean seguros y se encuentren regulados; con instalaciones de atención sanitaria equipadas adecuadamente y de fácil acceso.

La Organización Panamericana de Salud (OPS, 2020), presenta un expediente estratégico referente a calidad de atención, donde describe la experiencia y confianza de individuos, grupo familiar y otras poblaciones en las prestaciones de salud donde se muestran índices altos de insatisfacción. Estudio realizado en el Continente Americano exactamente en siete países (que representa tres cuartas partes de la población de América) reveló que 30 % de la población no tiene acceso asistencial de salubridad en la prevención y tratamiento. De los que llegaron a acceder, señalaron que la atención fue el 39%, se presenta que un 45% de usuarios acuden al área de emergencia en vez de acudir a un establecimiento del primer nivel, evidenciando deficiencias en la calidad del primer nivel, el 61% reportó que el servicio se limitaba a manifestar asistencia coordinando con la atención y el 75% presenta dificultades para recibir atención los fines de semana, del

primer nivel de atención.

Así mismo, el SB en el profesional asistencial sanitario genera una deficiente comunicación, un cuidado menos personalizado y dedicado; generando así una baja satisfacción del paciente (West et al., 2014).

Para la OPS (2022), la buena eficacia del servicio de salubridad es necesaria para conseguir la cobertura universal de salud. Datos sobre defunciones anuales revelan que, el rango de 5,7 y 8,4 millones, son producto de una inadecuada calidad en la atención, específicamente donde algunos países presentan ingresos medianos como bajos, indicando un total de muertes del 15%. Se considera como una causa de muerte dentro de las diez principales causas, así como la discapacidad que, a nivel mundial, producto de una atención insegura. De allí que, la importancia del progreso de los servicios de salubridad debe ir cerca con una buena calidad, un buen cuidado apertura la confianza de los usuarios, en los centros sanitarios.

Lazo et al. (2018), en su estudio sobre la satisfacción en un centro sanitario de Lima, al que los pacientes asistieron, hallaron un nivel de insatisfacción alto del 42% en centro hospitalarios de Essalud, en hospitales del Minsa presentan 29,7%, en las postas médicas 28,8% y en hospitales policiales o militares del 26,7%.

En el área sanitaria de salubridad el cuidado suele ser esencial para bienestar de individuos, se pueden prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades efectivamente. Trabajar con un sistema sanitario de buena calidad es crucial para avalar una población próspera y sana, de manera que una gestión eficiente y humanitaria suele reforzar la calidad del servicio. Por lo que, evaluar los servicios de salud resulta de suma importancia, porque se pueden ir mejorando; contribuyendo de esta manera a las correcciones y mejoras en la gestión institucional de calidad (García et al., 2024). Schaufeli y Salanova (2014) manifiestan que el distanciamiento emocional, el trato

insensible a los pacientes, puede considerarse dentro de los principales reclamos referentes a la limitación en la calidad del servicio. Siendo contestaciones negativas relacionadas al área laboral, que a través del tiempo limitan la calidad de desempeño.

Con respecto a los antecedentes, a nivel internacional, en España, Griñan et al. (2024), ejecutaron un estudio asociando el burnout y calidad asistencial en atención primaria, en 73 médicos que laboran en ocho centros de atención. Diseño de estudio transversal descriptivo. Hallaron como resultados que el 54 (74%) presentaban burnout, el 16 (21,9%) de nivel grave. Presentaron relación entre SB y atención de calidad ($p = 0,023$), entre cansancio emocional y calidad de atención ($p = 0,013$) de manera grave y leve ($p = 0,003$). Concluyéndose, niveles de burnout en el personal médico y un menor nivel en la atención de calidad, no asociación a la edad, experiencia laboral, ni sexo, si se asocia al agotamiento presentado.

Asimismo, en España, Pujol et al. (2024), a través de un metaanálisis sobre la prevalencia de Burnout en galenos, en 67 estudios con 16.076 participantes; se incluyeron estudios observacionales una investigación de metaanálisis y enfoque cuantitativo; se reveló globalmente la prevalencia del burnout en personal médico del 24% (IC95%: 19%-29%; 46 estudios; 8821 participantes; $I^2 = 97\%$). Hallando el predominio del 18% (IC95%: 13%-23%) manejando de manera tridimensional el burnout, para una dimensión presenta 51% (IC95%: 42%-60%) y las dos dimensiones muestran 29% (IC95%: 24%-34%). Se concluyó la observación de una prevalencia del SB elevada del personal médico.

En Galápagos, Ecuador, Echeverría et al. (2024) estudiaron la atención de calidad y la circunstancia sobre la satisfacción de un individuo en un establecimiento sanitario, de 126 usuarios externos, la metodología de diseño no experimental, basada en el enfoque cuantitativo, alcance correlacional y corte transversal; el 88,07% no se encontraron muy satisfecho, satisfechos al 8,97%, ni insatisfecho ni satisfecho el 2,11%, insatisfechos el

0,9% y se encontraron muy satisfechos el 0,04%, demostrando relación entre satisfacción del paciente y atención de calidad.

En Ecuador, Vera et al. (2023), estudiaron el burnout en enfermeros y calidad de atención, en 50 profesionales enfermeros y 80 pacientes que se atendieron en un hospital. Estudio correlacional, cuantitativo y transversal. El resultado demuestra que 98% presenta un alto nivel de despersonalización, 94 % de enfermeros presentaron niveles altos en debilidad emocional y señalaron un nivel medio en la limitación del área de realización personal del 92%. Ambas variables se relacionan con una fuerza baja.

En el mismo país de Ecuador, Vásquez et al. (2023), en la indagación referente al SB en profesionales enfermeros pertenecientes a cuidados intensivos de un hospital, en 16 enfermeros, la metodología del estudio descriptivo, diseño no experimental y correlacional. Evidenciando como resultados sobre un 67,5% indica el elevado rango de burnout en los profesionales.

En Riobamba, Ecuador, Moreno et al. (2023), estudiaron el servicio de calidad: una referencia del paciente y su satisfacción en un hospital, en 307 usuarios del hospital, estudio cuantitativo, de diseño no experimental, de muestreo probabilístico, aleatorio simple. Concluyeron que, los servicios de admisión, servicio global y médico, responsabilidad social y alta hospitalaria, tuvieron una positiva relación con las funciones desempeñadas en el hospital, encontrando valores en una categoría de 0,70 a 0,90, esto indica que se percibe una asistencia hospitalaria adecuada.

En Ambato, Ecuador, Jaramillo et al. (2020), analizaron la satisfacción del usuario y atención de calidad en un establecimiento de salud, en el área de consulta externa, en 384 pacientes, mediante la metodología indagatoria descriptiva y correlacional, se demostraron las dimensiones donde existen insatisfacción de pacientes en consulta

externa, tales indicadores son; empatía, seguridad y fiabilidad por otro lado, la capacidad de respuesta y la perceptibilidad se consideraron dentro del rango satisfecho. Concluyendo que, las percepciones y expectativas obtuvieron un 80% de satisfacción, evaluándose una atención de calidad, identificando los factores influyentes en percepción y complacencia pertenecientes al área de consulta externa, por parte de los asistentes.

En Colombia, Trujillo et al. (2020), investigaron el burnout en trabajadores de los servicios sanitarios, durante la epidemia ocasionada por COVID-19, en 165 personas, la metodología fue la descriptiva y de corte transversal. Los resultados indican que el 13,9% presentó el diagnóstico (esto quiere decir uno de cada siete trabajadores de la salud), también mostrando un resultado bajo en la relación personal con respecto a otras dimensiones.

A nivel nacional en Huánuco, Briceño et al. (2023), relacionaron la atención de calidad y SB, en 60 enfermeros de un hospital, mediante un estudio cuantitativo correlacional. Hallaron que el 10% presenta SB, el 88% refiere una adecuada atención. El 71% presenta síndrome de burnout bajo. Esto quiere decir que cuando el SB es inferior, presenta buen nivel en las dimensiones: humana con 72%, técnica con 75% y 70 % en entorno. Concluyéndose entre las variables la relación; SB y calidad de atención, mostrando correspondencia intermedia inversa (-0,506) y reveladora ($p = 0,000$). Esto refiere que, a menor atención de calidad en enfermeros existe un mayor burnout.

En Huacho-Lima, Manrique (2022), estudió la atención de calidad y burnout en emergencias de un establecimiento asistencial sanitario, en 90 expertos sanitarios, estudio cuantitativo, corte transversal y correlacional. Los resultados muestran un rango intermedio del SB en el 70%, el 76.67% también muestra una categoría regular de la atención de calidad; también refiere la atención como buena el 17.78% y finalizando con un nivel bajo de 5.6%. La conclusión revela una correlación efectiva de 0.0007 según

Rho de Spearman, presentando significancia de 0,948 demostrando la presencia del burnout en enfermeros disminuye la eficacia en la asistencia brindada.

En Moquegua, Gómez (2022), estudió el burnout y atención de calidad en enfermeros en el tiempo de COVID-19 en un hospital, en 30 enfermeros de emergencia, medicina y cirugía, presenta un diseño no experimental, de enfoque cuantitativo y corte transversal. Los resultados indican un rango moderado del burnout de 53%, atención de calidad regular en 40,0%. Concluyéndose que existe correlación importante de burnout y atención de calidad en enfermeros, demostrando un factor de correlación R de Pearson = - 0,698.

En Trujillo, Munte (2022), estudió el SB en trabajadores sanitarios de un hospital en pandemia, de 170 personas que laboran en el sector asistencial sanitario (91 enfermeras, 38 médicos asistentes, 33 médicos residentes y 8 obstetras), diseño de estudio analítico, transversal, observacional. Los resultados indicaron que el 36% (n=61) presentó el síndrome. Realizándose también un análisis con otras áreas laborales encontrándose que quienes laboran en el área hospitalaria presentaban 3.8 períodos de mayor riesgo de mostrar el síndrome, comparándolas con las otras áreas laborales (ORa: 3.8; IC 95%: 1.15 – 12.49, $p < 0.05$); indicando así sobre el personal médico que este tenía 2.9 veces más riesgo de presentar SB en comparación de los profesionales que no son galenos (ORa: 2.9; IC 95%: 1.45 – 6.076; $p < 0.05$).

En Ica, Carranza (2022), relacionó el SB en profesionales sanitarios y atención de calidad en consulta externa en un establecimiento sanitario, donde se presenta una muestra de 56 profesionales sanitarios y 56 usuarios, de exploración descriptiva, transversal y correlacional. Los resultados denotaron que no se presenta correlación del SB y la atención de calidad ($p=0,618$), cómo en la dimensión de despersonalización ($p=0.197$) y agotamiento ($p=0.075$) respecto a la atención de calidad. De otra manera, se

identificó relación entre estado civil ($p=0.001$), profesión ($p=0.000$) e información sociodemográfica con SB. Concluyendo la inexistencia de una correlación del SB en profesionales sanitarios y una eficaz atención. Sin embargo, el burnout se encuentra relacionado con las variables profesión y estado civil.

En Trujillo, Cubas y Chuquilin (2021), estudiaron el SB y la calidad de cuidado enfermero en un centro sanitario en tiempo de pandemia, en 32 enfermeras, así calcular el síndrome burnout; y en 45 pacientes mayores de edad que fueron dados de alta. Mediante un estudio descriptivo, transversal, de diseño no experimental. Revelaron un 96.88% denotan el nivel moderado de SB y el nivel alto un 3.12%; presentando un 73.33% por lo que es regular en la calidad del cuidado enfermero y el 26.6% un nivel malo. Evidenciando un grado de SB como moderado a alto; y presentando un bajo a regular nivel referente a calidad del cuidado enfermero.

En Tumbes, Sandoval (2020), estudió la atención de calidad y el burnout en enfermeros en emergencia en un establecimiento sanitario, en 35 profesionales enfermeros, quienes laboran en emergencia, siguiendo un enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional. Los resultados de correlación no mostraron relevancia entre ambas variables según la prueba Rho. Por otro lado, se encontró que el 100% de enfermeros de emergencia presentaron un grado alto del SB. Así como, también se percibió que la mayoría de enfermeros de esa área, que trabaja en el nosocomio, ofrece una atención eficiente.

En Huánuco, Miguel et al. (2020), ejecutaron una exploración referente al burnout y atención de calidad en enfermeros, quienes se desarrollan trabajando en áreas críticas en un hospital, en 42 enfermeros, de enfoque cuantitativo, tipo correlacional, de corte transversal. Mostrando como resultados que, el 50% presentó un bajo nivel de Burnout, el 57.1% un nivel regular de atención de calidad. A nivel inferencial a través de la prueba

de Spearman obteniendo un valor de relevancia de $p \leq 0,05$ demostrando sobre el SB se relaciona visiblemente con la calidad de atención en enfermeros [$R_s = -0,619$; $p = 0,000$]. Asimismo, hallándose el SB en áreas como realización personal ($p = 0,000$), despersonalización ($p = 0,000$) y cansancio emocional ($p = 0,000$); los cuales se corresponden significativamente con la atención de calidad en enfermeros. Concluyendo la relación del SB con la atención de calidad ofrecida por enfermeros de unidades críticas de un hospital.

En Cajamarca, Uriarte (2020), en su estudio sobre el SB en personal sanitario y atención de calidad en el área de hospitalización, referente al área interpersonal, en 36 profesionales sanitarios, entre ellos médicos, obstetras y enfermeros; y como también 348 usuarios de las áreas de: obstetricia, pediatría, cirugía y medicina en hospitalización, presenta un diseño no experimental, enfoque cuantitativo, y correlacional. Indicando resultados que refieren presentar el SB en personal sanitario es de un 25%, en enfermeros, médicos y obstetras, presentando un mayor porcentaje en nivel medio y alto, por lo tanto, 63,9%. presenta una tendencia alta en el nivel medio. La atención de calidad concerniente al área de relaciones interpersonales, presentando una categoría alta en un 74,4% y medio en un 25,6%. Demostrando que existe una relación significativa inversa, que denota menos SB en el personal sanitario, percibiéndose por parte de pacientes que percibirán mejor atención de calidad.

Referente al marco teórico del síndrome de burnout, Freudenberger (1970), utilizó el término describiéndolo como una disminución emocional, un desgaste en la motivación y compromiso. Maslach (1976), lo definió como desgaste profesional o de burnout; que generalmente es desarrollado en profesionales de servicios sociales; originándose por una preocupación excesiva del entorno profesional, cuando la constante interacción con los sujetos, la labor asistencial, hace que se genere y acumule un estrés crónico, que a medida

que transcurre el tiempo puede generar un agotamiento emocional y por tal razón presentar el síndrome.

Gil Monte (1997), refiere que el burnout se produce como una contestación al estrés dentro del entorno laboral, generado de una relación profesional-cliente, los profesionales presentan tendencia a minimizar sus habilidades para realizar su trabajo, como también limitan su interacción con las personas a las que atienden, por tener una impresión de encontrarse desgastados emocionalmente, estas personas pueden ser vistas con frialdad y distancia producto del mismo endurecimiento afectivo. Por otro lado, Farber (2000), lo define como el producto del entorno laboral actual, resultado de la competencia, pues este requiere mejores resultados con recursos restringidos y en menor límite de tiempo.

Barraza (2011), señala que el burnout tiene que ver con la pérdida de energía del individuo, por lo que puede plantearse como la composición de agotamiento físico, cognitivo y emocional. Para la OIT (2016) el estrés laboral (burnout) se manifiesta cuando las exigencias laborales exceden esos recursos y capacidades del individuo, de tal manera que no coinciden con las expectativas que forman parte de la organización. Según El CIE-11 (2022), el SB es denominado como un desgaste ocupacional con código QD85, refiere que este es producto del estrés crónico en el entorno laboral.

La investigación se basó en la teoría de Maslach y Jackson (1982), quienes, desde un enfoque cognitivo social, consideran al burnout como una respuesta al estrés crónico en el trabajo, presentando en tres dimensiones:

D1. Cansancio emocional, cuando ocurre un desgaste emocional, donde el profesional va disminuyendo su capacidad de compromiso y entrega en su entorno laboral.

D2. Despersonalización, aparición de sentimientos negativos acerca de los individuos en el entorno donde se trabaja; donde poco a poco se genera una deshumanización, incluso llegan a considerar que las personas con las que se trabaja pueden ser merecedoras de sus problemas que les aquejan.

D3. Falta de autorrealización personal, aquí aparece la predisposición a desvalorizarse y surge cuando se trabaja con personas. Quiere decir que el profesional puede tener sensaciones de infelicidad consigo mismo y con su labor.

Asimismo, Cherniss (1982), considera al síndrome de burnout como un desajuste entre los recursos del mismo individuo y sus demandas, para enfrentarse a ciertas situaciones en su entorno laboral. Considerando dos dimensiones, el agotamiento, como respuesta emocional inmediata ante un desequilibrio, tales como; ansiedad, preocupación o fatiga y afrontamiento defensivo, involucra cambios de conductas y actitudes del individuo, de esta manera se caracteriza por un trato distante y frío con los consumidores.

Melamed, Kushnir y Shirom (1992), elaboraron Shirom Melamed Burnout Measure que consta de tres dimensiones: agotamiento físico, cognitivo y emocional. Para el CIE-11 (2022) considera dimensiones de desgaste ocupacional, a la falta de energía, distancia mental referente al área laboral,

El síndrome de burnout genera consecuencias potencialmente peligrosas para el personal como lo mencionan, Maslach y Leiter (1981), que puede perjudicar a la eficacia de los servicios proporcionados, generar ausentismo, reducir los valores, que en muchas ocasiones se produce el despido del trabajador. Cuando los signos o síntomas empeoran, el síndrome puede ser el que cause pérdida del profesionalismo, a través del agotamiento físico, de falta de sueño, abuso de alcohol u otras sustancias. Mingote (1998), la misma implicación excesiva en el trabajo puede generar la desatención a usuarios y a uno mismo,

como también llegar a la deserción laboral. Gil-Monte y Peiró (1999), añaden la insatisfacción laboral, problemas de salud, tendencia al absentismo y abandono del puesto laboral. Los autores concluyen que las variables tienen consecuencias considerables sobre el individuo y del funcionamiento equilibrado de la organización.

Así mismo, Villalobos (1999), refiere que el burnout genera incapacidad laboral, accidentalidad y el ausentismo laboral. Para la OIT (2016), el estrés laboral impacta directamente en la salud y varía de un individuo a otro, por lo que se pueden presentar: absentismo, presentismo, falta de motivación laboral, falta de satisfacción, compromiso, mayor intención de renuncia y menor eficiencia laboral. Todos estos problemas afectan las competencias del trabajador, productividad e imagen pública del establecimiento laboral.

Existen diversidad de teorías que explican el SB, desde el modelo establecido desde el enfoque sociocognitivo del yo: tenemos al Modelo de la Competencia Social de Harrison (1983), quien refiere sobre la eficacia y competitividad explican la “competitividad percibida” como una labor del SB. Manifestando que la mayoría del personal que inicia su trabajo en asistencia posee una alta motivación para efectuar sus funciones, pero una vez que se encuentran en el lugar de trabajo habrá factores que podrán ayudar o limitar su eficacia. Por lo que si el trabajador se encuentra motivado los resultados de este serán favorables, incrementando su eficacia y sensación de competencia social; no obstante, si presenta barreras que dificultan sus logros de metas dentro de la organización, la sensación de eficacia se reducirá, si tales situaciones se extienden en un lapso más se tendría la posibilidad de la aparición del SB.

Por otro lado, tenemos al Modelo de Pines (1993), cuando el individuo le da sentido a su vida a través de tareas humanitarias en su área laboral, de manera que, si este fracasa cumpliendo esa labor presenta el SB. Desarrollando un modelo motivacional, de

esta manera se planea que presentan el SB las personas con expectativas y motivación alta. Por el contrario, un trabajador con escasa motivación podría presentar fatiga, estrés y depresión, por lo que no alcanzará a presentar el síndrome. Esto quiere decir que el síndrome lo muestra como la etapa de cansancio mental, físico y emocional, generado por enfrentar diversas condiciones de estrés crónico, cuando se tiene expectativas altas. El SB es producto de un periodo de desilusión donde la habilidad para adaptarse del individuo, quedó reducida rígidamente.

También, el Modelo de la Autoeficacia de Cherniss (1993), indica sobre la elaboración positiva de las metas aumenta la eficacia de un sujeto, por lo tanto, cuando no obtiene esos objetivos conlleva a fracasar psicológicamente, disminuyendo la eficacia percibida de sí mismo y manifestando el SB. De otra manera, los sujetos que presentan una fuerte sensación de autoeficacia presentan menos probabilidades de presentar el burnout, puesto que aprecian un mínimo nivel de estrés en circunstancias complicadas, de esa manera alcanzan a afrontar provechosamente las dificultades.

Desde el modelo organizacional, tenemos al Modelo de Maslach y Jackson (1981), ellos clasifican el SB a modo de representación del comportamiento del estrés en el trabajo, comprendiendo como un síndrome de tres dimensiones y señalándole por despersonalización (DP) por la limitación en generar empatía con los usuarios o clientes, cansancio emocional (CE), realización personal (RP) por la dificultad para obtener la autorrealización. Por tales dimensiones se elaboró el “Cuestionario de Burnout de C. Maslach” que tiene el propósito medir el burnout del personal que labora en el sector asistencial, valorando tales dimensiones por medio de las tres subescalas. Particularmente, esta escala se fue convirtiendo en una de las más reconocidas por su provechosa utilización en numerosos tipos de muestras.

También, tenemos al Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), sugieren la orientación

transaccional del estrés en el trabajo, el cual plantea al SB producido por las profesiones humanitarias, donde el agotamiento viene a ser una parte primordial del síndrome. La despersonalización representa la salida al agotamiento y a la limitada realización personal, que viene a ser el producto de una valoración cognoscitiva del estrés que afronta el individuo. Además, actúan los diferentes conceptos que el individuo conoce en el entorno laboral o lo que espera como limitante.

El Modelo Winnubst (1993), refiere una relevancia de, estructura, clima organizacional y cultura. El autor reflexiona sobre el burnout, resaltando la posibilidad de que este suele perjudicar al trabajador de organizaciones de servicios sociales y además puede afectar a cualquier tipo de profesional.

Desde las neurociencias el síndrome de burnout, tenemos al modelo de Lazarus (1979), quien refiere que el medio ambiente, como la percepción del individuo son fundamentales para el desarrollo del estrés; por lo que la presencia de estímulos amenazantes será percibida de esa manera, evidenciándose la interpretación personal del individuo al identificar la situación inductora de estrés. Duval et al. (2010), al recepcionar la información sensorial por el tálamo, rápidamente se presenta la respuesta al estrés colocando en acción el córtex prefrontal (apoderado de la atención, toma de decisiones y memoria a corto plazo); así como también el sistema límbico por un análisis comparativo entre la reciente situación y las que se encuentran en los “recuerdos”; la respuesta será producto de la experiencia. Para finalizar la respuesta de activación del organismo (por medio de la amígdala y el hipocampo). Esta contestación evidencia el complejo del hipotálamo- hipofisiario, así como la formación reticular y el locus coeruleus.

Martínez y García (2024), la respuesta al estrés se adapta al sistema por el contexto de lucha o huida que responde a la supervivencia de un individuo. Sin embargo, si el estrés se prolonga en la misma intensidad más del tiempo debido se produce un problema

en el sistema cerebral.

Con respecto a la variable calidad de atención, estudiado por Parasuraman et al. (1988), manifiestan que se refiere a la eficacia observada en la atención que involucra el pensamiento del receptor del servicio y al gran nivel de la asistencia, valorando a través de expectativas y percepciones del cliente. Para Donadebian (1999), se trata de proporcionar al paciente bienestar, como producto de haber tomado importancia sobre el balance entre logros y pérdidas, que suelen estar presentes como parte de la atención debida. La eficacia recopila la tendencia técnica de los que la utilizan (tales como administradores, enfermeras y médicos) con la formación académica y visión adecuada. Para Domínguez (2006), la atención de calidad es definida como una habilidad para ayudar a un procedimiento a desarrollarse adecuadamente en el momento adecuado; presentando un apropiado desempeño concluyendo la determinada distribución de los servicios. Para el Ministerio de salud (MINSA, 2012), la atención de calidad en el establecimiento sanitario, se mide desde la insatisfacción y satisfacción que presentan los usuarios. Según la Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, Banco Mundial (2020), es la categoría que presenta los servicios de salubridad hacia los usuarios, aumentan la posibilidad de efectos esperados siendo congruentes con el conocimiento profesional actual.

Las dimensiones, criterios o factores de la calidad de atención también pueden ser definidos según: Donadebian (1999), en la atención de calidad médica la delimitó tridimensionalmente, de la siguiente manera: Estructura, cantidad y calidad de personal, dispositivos y materiales, recursos financieros, reglamentos, sistemas de investigación. Proceso, labores del personal y pacientes, precisión oportuna, proceso comunicativo, desarrollo de operaciones. Derivaciones, indicadores del desempeño, gastos realizados, acreditación, progreso en la salubridad y satisfacción del individuo referente al cuidado,

como también desde la comprensión del paciente sobre el servicio.

Cid (2000), propone que en la definición de calidad asistencial se debe de tomar en cuenta, los siguientes elementos: la eficacia, correlación de los posibles objetivos y las condiciones alcanzadas prácticas. Eficiencia, correlación del servicio y su costo de elaboración. El servicio es eficiente si consigue resultados con el menor índice de recursos posibles. Accesibilidad, la facilidad para obtener los servicios médicos, a pesar de obstáculos económicos, geográficos, psicológicos, culturales y de organización. Disponibilidad, es el grado de accesibilidad y funcionalidad de los servicios médicos. Calidad científica y técnica, presenta una categoría adecuada de información y tecnología. También al satisfacer al cliente, se presenta el acatamiento de las expectativas referentes al servicio brindado. Cooperación del paciente, coordinación adecuada del paciente con el profesional de salud. Continuidad, constancia y coordinación para que los cuidados de un paciente progresen. Competencias profesionales, conocimientos del profesional de salud para la adecuada atención de los usuarios. Seguridad, medida entre beneficios y riesgos.

Según el MINSA (2012), refiere que por medio de la satisfacción se establece la atención de calidad, es decir, la evaluación que el usuario hace si el servicio cumple o supera sus expectativas, siendo importante el uso del instrumento elaborado por A. Parasuraman et al. (1988), donde tras su aplicación se obtiene información sobre la satisfacción o no satisfacción. Además, ellos proponen una comparación de dos dimensiones:

D1. Percepciones, opiniones de los usuarios respecto a la calidad real del servicio.

D2. Expectativas, creencias que tienen sobre cómo debería ser el servicio ideal.

Esta propuesta del MINSA se basa en la importancia de la “Guía de evaluación

técnica sobre satisfacción del usuario externo en servicios de salud y médicos de apoyo”.

Utilizando el SERVQUAL, que presenta los siguientes indicadores:

Fiabilidad, que se genera a través de la confianza por cumplir con la asistencia.

Capacidad de respuesta, atender y proporcionar al usuario una asistencia rápida frente a alguna petición dentro de un tiempo admisible.

Seguridad, valora la certeza de forjar la posición del personal sanitario al brindar su asistencia, evidenciando conocimiento, habilidad al expresarse y cortesía.

Empatía, es entender adecuadamente las necesidades del otro, colocándose en el lugar del otro para comprender su realidad.

Aspectos tangibles, se describen en aspectos observables y físicos, como una institución, personal, equipos, materiales, limpieza y comodidad.

La atención de calidad es relevante como lo mencionan la OMS, OCDE y BM (2020) quienes describen como compendios la atención de calidad en el área sanitaria, tales como: seguridad, efectividad equidad, oportunidad, eficiencia e integración.

Vera y Trujillo (2018), refieren la importancia de que el paciente reciba un trato adecuado, de entendimiento, pues este se queda con una impresión positiva y de confianza de la entidad prestadora de salud. Ávila y Morales (2019), el gestionar la calidad en los centros de salud incrementa la eficacia de diferentes tecnologías al adaptarlas a las necesidades de cada usuario. Los servicios de alta calidad son determinantes para lograr un rendimiento óptimo. De tal manera que la importancia de disponer de infraestructura, recursos, personal adecuado, con un sistema de seguimiento, se reconocerán alineándose a la calidad.

Según la OMS, OCDE y BM (2020), en el sector salud la calidad es fundamental, de manera que, garantiza que los usuarios reciban un procedimiento adecuado, de esta

manera pueda evitarse errores médicos, promoviendo un ambiente seguro y de confianza. Con la implementación de políticas que promuevan calidad, desde una formación de los profesionales de salud, efectuándose la adopción de enfoques nuevos y prácticas, por lo tanto, alcanzar una alta calidad, demostraría un sistema de atención eficiente.

La presente investigación se justifica a nivel teórico, empezando con la necesidad imperante de comprender a fondo la interrelación entre síndrome de burnout en el personal de salud y la calidad de atención; considerando las dimensiones de burnout de Maslach et al.(1981) (CE), (DP) y (RP) y para la calidad de atención desde el modelo de Parasuraman et al.(1982) el enfoque de las expectativas y percepciones del usuario externo, por lo que agrega información importante a la literatura existente, aportando datos teóricos actualizados de dicha realidad estudiada.

A nivel práctico, los expertos en salud suelen encontrarse dentro de ambientes laborales donde toman decisiones bajo presión constante, por consiguiente, atraviesan niveles altos de estrés laboral, situando en peligro su salud mental y desempeño laboral. Por lo tanto, al considerar la ley N° 30947, se promueve el bienestar del individuo, reflexionando sobre la importancia de la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, en este caso del personal asistencial; por lo que, los resultados se consideran de gran relevancia ya que, permite posibilitar y guiar el diseño de intervenciones eficaces que garanticen su bienestar, salud psicológica del personal de salud; y concerniente a la calidad de la atención; contribuir a generar entornos de atención segura y eficiente.

A nivel social, al estudiar el burnout en profesionales sanitarios de consulta externa, esta investigación tiene como capacidad, informar sobre el conocimiento del “síndrome de burnout” y datos para el mejoramiento de la atención de calidad hospitalaria en consulta externa. Producto de ello posibilita la formación de políticas y prácticas ocupacionales de salud, promocionando entornos laborales sostenibles; una atención

segura y de buena calidad. Finalizando con la relevancia de un buen cuidado apertura la confianza de los usuarios a los centros sanitarios por lo tanto es crucial avanzar hacia la cobertura universal de la salud.

A nivel metodológico, al emplearse en un estudio, un enfoque cuantitativo, de nivel correlacional y diseño no experimental, agrupando a profesionales de la salud y usuarios de consulta externa, utilizando instrumentos psicométricos válidos y confiables, apropiados para su aplicación, garantizando el recojo adecuado y ético de la información sobre el síndrome de burnout en el personal de salud y calidad de atención en el usuario externo de un hospital nivel III-1, favorece un procedimiento idóneo para futuras investigaciones.

Referente a lo mencionado se formula el problema general de investigación: ¿Existe relación entre el síndrome de burnout del personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025?

Se plantea como objetivo general: Determinar la relación entre el síndrome de burnout en el personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Y como objetivos específicos: Describir el nivel de síndrome de burnout en el personal de salud en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Conocer la calidad de atención desde la percepción y expectativas de los usuarios en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Establecer la relación entre el agotamiento emocional en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Analizar la relación entre la despersonalización en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Determinar la relación entre la realización personal, en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025.

Teniendo como hipótesis general: Existe relación significativa entre el síndrome de burnout en el personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1,

Trujillo, 2025. Hipótesis específicas: Existe relación significativa entre el agotamiento emocional en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Existe relación significativa entre la despersonalización en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Existe relación significativa entre la realización personal, en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

El estudio tiene un enfoque cuantitativo caracterizado como el proceso estructurado, secuencial y probatorio, aplicando una recopilación de datos y así verificar las suposiciones centrándose en valoraciones numéricas y de análisis estadístico y el objetivo de demostrar supuestos. El tipo de investigación fue básica, de corte transversal porque recoge información en un determinado instante. El diseño es no experimental, por lo que el estudio no ejecuta manipulación de variables, nivel de alcance correlacional por la propia naturaleza y su posterior análisis para establecer si el síndrome de burnout se relaciona con la calidad de atención en el personal de salud de un hospital nivel III-1, de Trujillo (Hernández et al., 2014).

La población entendida como un grupo total de casos, los cuales se ajustan detalladamente a características establecidas previamente (Hernández et al., 2014), estuvo conformado por todos los profesionales sanitarios que laboran en un hospital nivel III-1, Trujillo, en el año 2025 y los usuarios del área de consulta externa atendidos entre la fecha de recojo de información.

La muestra, es decir la parte significativa de la población (Hernández et al., 2014), lo formaron 100 profesionales de la salud del área de consulta externa y 100 usuarios atendidos en esa misma área, en un rango de fecha, los cuales se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia, como producto de la accesibilidad a las unidades, en el lugar y momento dado.

Los criterios de inclusión para el grupo profesionales de la salud se consideraron: sexo, edad, estado civil, área en la cual labora, el tiempo que labora en el lugar, el tiempo de servicio realizando labores asistenciales, si es contratado o nombrado. Que se encuentren en el hospital, en el tiempo de recojo de información, que completen

adecuadamente el instrumento. Para el grupo usuarios, se consideró: atendidos en el hospital por el periodo de recojo de información, ambos sexos, mayores de edad, acepten el consentimiento informado, completen adecuadamente el instrumento.

Los criterios de exclusión, se consideró a los profesionales que se encontraban de vacaciones, con licencia laboral, rotación o motivos particulares; los que no respondieron adecuadamente la encuesta y no aceptaron participar en la averiguación. En los usuarios, los que no aceptaron en consentimiento informado, los que tenían condiciones específicas que no le permitió responder al instrumento.

Obteniendo, una muestra con las siguientes características demográficas:

Tabla 1

Características demográficas del personal de salud de un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje %
Sexo	Femenino	70	70
	Masculino	30	30
Edad	18-30 años	5	5
	31-40 años	37	37
	41-50 años	18	18
	51- a más años	40	40
Estado civil	Soltero	45	45
	Casado	47	47
	Divorciado	4	4
Tipo de contrato	Viudo	4	4
	Contratado	21	21
	Cas	25	25
	Nombrado	54	54
Años de servicio en el hospital	0-1 año	10	10
	2-10 años	38	38
	11-20 Años	18	18
	21-30 Años	8	8
	31-40 Años	21	21
	41- a más años	5	5

La tabla 1 presenta los datos demográficos en el personal de salud, en función al sexo, edad, estado civil, tipo de contrato, años de servicio. En cuanto sexo, el mayor porcentaje del personal es femenino (70%), en contraste a los del sexo masculino (30%). En relación a la edad, el rango de 51 años a más (40%) y de 31 a 40 años (37%). En relación al estado civil el 47% fueron casados y el 45% solteros. En cuanto al tipo de contrato el 54% del personal es nombrado, el 25% trabaja por CAS y el 21% es contratado. En cuanto a los años de servicio en el hospital, el mayor porcentaje (38%) tiene entre 2 a 10 años laborando, seguido del rango de 31 a 40 años (21%).

Tabla 2

Características demográficas de los usuarios de un hospital del nivel III-1, Trujillo, 2025.

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo	Femenino	68	68
	Masculino	32	32
Edad	18-28 años	30	30
	29-39 años	26	26
	40-50 años	15	15
	51-a más	29	29
Nivel de Estudio	Primaria	11	11
	Secundaria	31	31
	Superior Técnica	33	33
	Superior Universitario	25	25
Tipo de Seguro	SIS	67	67
	Otros	23	23
	Ninguno	10	10

La tabla 2 presenta la distribución de datos demográficas de los usuarios de un hospital del nivel III-1, Trujillo, 2025, en función al sexo, edad, nivel de estudios y tipo de seguros. En cuanto al sexo el mayor porcentaje fue, del sexo femenino (68%) y un (32%) del sexo masculino. En cuanto a la edad los rangos fueron muy equitativos de 18 a 28 años con (30%), de 51 a más años (29%) y también de 29 a 39 años (26%). Referente a nivel de estudio, el (33%) estudió una carrera superior técnica y el (31%) secundaria. Respecto al tipo de seguro el porcentaje más sobresaliente fue de (67%) se atendió por el SIS.

Se recogió los datos con la técnica de la encuesta y como instrumento, es decir, el medio que el investigador usó para la recolección de la información de la variable a estudiar (Hernández et al., 2014), fueron los cuestionarios: Maslach Burnout Inventory (1981) y SERVQUAL (1988):

Se usó el instrumento, Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el Síndrome de Burnout, elaborado por Cristina Maslach et al. (1981), que presenta una estructura de 22 ítems, distribuidos en tres dimensiones: agotamiento emocional (ítems; 1,2,3,6,8,13,14,16,20), despersonalización (ítems; 5,10,11,15,22), realización personal (ítems; 4,7,9,12,17,18,19,21), es aplicado a personas mayores en un tiempo promedio de 10 a 15 minutos, de manera individual y grupal. Adaptada al Perú por Gómez y Ruiz (2015). Posee propiedades psicométricas peruana en profesionales de la salud por Oyola-García et al. (2023), quienes consideraron una confiabilidad por el coeficiente Alfa de Cronbach (0,908); una validez de constructo por análisis factorial exploratorio y confirmatorio, usándose el test de Bartlett con niveles de significancia ($<0,05$) y el índice de (KMO) con un valor ($>0,8$), asimismo se identificó el ajuste incremental por medio del índice comparativo (CFI) y el índice de ajuste incremental de Tucker Lewis (TLI), con valores ($>0,9$).

Para medir la atención de calidad se utilizó el cuestionario SERVQUAL modificado, aprobado con Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que plantea la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Este instrumento fue elaborado por A. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), compuesto por 44 ítems donde se establece el modelo de las discrepancias de expectativas y percepciones, presenta cinco indicadores para su evaluación de calidad tales como: Fiabilidad: comprenden los ítems (1,2,3,4,5). Capacidad de Respuesta: comprenden los ítems: (6,7,8,9). Seguridad: comprenden los ítems (10,11,12,13). Empatía: comprenden los ítems (14,15,16,17,18) y Aspectos tangibles; comprenden los ítems (19,20,21,22). Presenta una validez al 95% de nivel de confianza, ocupando un $p = 0.5$ y $q = 0.5$. Los 5 componentes: fiabilidad (F), capacidad de respuesta (CR), seguridad (S), empatía (E) y aspectos tangibles (T), manifestaron el 88,9%. Cuenta con validez y confiabilidad peruana realizada por Cabello y Chirinos (2012), realizado en usuarios externos de servicios de salud de HNCH, quienes obtienen una confiabilidad mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach (0,98) y validez de constructo con una medida de adecuación de KMO de 0,975 y la Prueba de esfericidad de Bartlett con un valor significativo ($p < 0,001$), sus componentes explicaron el 88,9 y 92,5% de la varianza total.

Para el presente estudio se confirmó la validez de contenido por juicio de tres expertos, quienes examinaron ambos instrumentos, con criterios de pertinencia, relevancia y claridad; aprobándolos satisfactoriamente. Mediante una prueba piloto en 30 profesionales de la salud, se obtuvo la confiabilidad para el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) con valores ($>0,7$) para el total y sus dimensiones mediante alfa de Cronbach; y referente a la Encuesta Servqual presentó una confiabilidad de ($>0,9$) para

el total y sus dimensiones mediante alfa de Cronbach aplicados a 30 usuarios del servicio de consulta externa.

El procedimiento de recolección de datos, se inició realizando una revisión exhaustiva de literatura actualizada en diversos repositorios y bases de datos, luego seleccionando los instrumentos adecuados para la medición de las variables, a continuación, se cumplieron con los requisitos solicitados por el Comité de Ética de la Universidad (Carta de presentación, proyecto de tesis, consentimiento informado) para que puedan otorgar los requisitos solicitados por el hospital. Así mismo, se cumplió con la documentación citada por el Comité de Ética del establecimiento de salud nivel III-1 para el permiso correspondiente, una vez obtenido todo de manera adecuada, se procedió con la aplicación de los instrumentos, los cuestionarios fueron aplicados a profesionales sanitarios (médicos de diferentes especialidades, psicólogos, obstetras, odontólogos, enfermeras, técnicas en enfermería, nutricionistas, tecnólogos médicos, técnicos en terapia física, trabajadoras sociales, químicas farmacéuticas y una técnica en farmacia), y a usuarios del área de consulta externa. Así mismo, se realizó el recojo de la información con los usuarios que fueron atendidos en el hospital en las fechas previstas.

Una vez finalizada la recolección de información, se pasó a transferir dichos datos a una base Excel donde se registraron todos ellos en su totalidad, las contestaciones de los encuestados, realizándose la conversión de letras a números y la transferencia al programa SPSS versión 26. Analizándose los datos sociodemográficos de la muestra participante, obteniendo los niveles de cada variable, su distribución por frecuencias y porcentajes los cuales se presentaron en tablas para su mejor entendimiento; aplicándose luego la estadística inferencial, como el Coeficiente rho de Spearman para la prueba de hipótesis, debido a la no normalidad de la distribución de sus datos.

Referente a los aspectos éticos, la investigación tuvo en cuenta las normas APA versión 7, indicando que posee una organización de citación viable y clara; aporta una comunicación académica efectiva, entendible para el lector interesado en la investigación (Menéndez, 2023), referenciando cada uno de los autores mencionados, en respeto de la propiedad intelectual. Se garantizó el cumplimiento mencionado por el Código de Ética del Investigador Científico UPN (2024), según el artículo N° 4 referente a la integridad científica describe que la confidencialidad y el tratamiento de datos, se mantendrá en reserva, así como el análisis y la difusión de los resultados. Por otra parte, de acuerdo al Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos del Perú (2025), en el Art. N° 49, refiere de gran importancia sobre el consentimiento informado de los sujetos seleccionados pertenecientes a la investigación. Art. N° 78, relata que se debe preservar el anonimato del individuo cuando esa información sea para fines de investigación. Por lo tanto, fue primordial la elaboración de un consentimiento informado adaptado al personal de salud y usuarios externos que conformaron la muestra, preservándose en todo momento su derecho de confidencialidad de sus datos e información.

Se tomó en cuenta la Ley de protección de los datos personales. Ley N° 29733 (Julio 2011), esta ley que protege la confidencialidad de los datos personales. De igual manera es importante resaltar la Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Ley N° 29414 (octubre 2009), esta ley es una motivación en la realización de esta investigación. De manera que es importante su conocimiento como un derecho fundamental al acceso a servicio de salubridad e información, atención y recuperación, finalizando con el consentimiento informado.

Se consideraron los aspectos éticos de Helsinki (2008), que promueven la protección de la vida, salud, dignidad, autonomía, integridad, privacidad y confidencialidad personal de los participantes de la investigación.

UNESCO (2005), refiere la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en esta investigación se respetaron las normas que presiden el valor de la dignidad de las personas, como también sus derechos y libertades principales. Así como también se tuvo en cuenta el Informe de Belmont referente al respeto hacia las personas participantes en la muestra que se tomó, como también el principio de beneficencia por que pueden implantarse programas que favorezcan al sector de estudio, de manera que se actuó con justicia, consideración y equidad. El código de Núremberg, fue estimado también por su relevancia en el consentimiento informado de manera voluntaria (sin coerción) y beneficencia hacia los participantes del estudio realizado mencionado ya anteriormente.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Previo a realizar el análisis de correlación se obtuvo la distribución de los datos, para la elección idónea de la prueba.

Tabla 3

Normalidad de los datos de las variables, síndrome de burnout y calidad de atención y sus dimensiones

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Síndrome de burnout	0,098	100	0,018
Cansancio emocional	0,093	100	0,031
Despersonalización	0,109	100	0,005
Realización Personal	0,122	100	0,001
Calidad de atención	0,135	100	0,000
Percepción	0,107	100	0,006
Expectativa	0,201	100	0,000

En la tabla 3, se muestra el análisis de normalidad mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov, donde los valores indican que las variables de estudio y sus dimensiones no siguen una distribución normal, ya que presentan valores de significancia (Sig.) inferiores a 0.05. Esto indicando el uso de una prueba no paramétrica como el Coeficiente Rho de Spearman para hallar la correlación.

Tabla 4

Correlación entre el síndrome de burnout en el personal de salud y calidad de atención de un hospital Nivel III-1, Trujillo, 2025

Variables	Calidad de atención		
	Correlación de Spearman(ρ)	Significancia (bilateral) p	n
Síndrome de burnout	0,131	0,193	100

En la tabla 4, se muestra la determinación de la correlación entre el síndrome de burnout en el personal de salud con la calidad de atención de un hospital de nivel III-1, Trujillo, 2025, mediante la prueba de correlación de Spearman(ρ), se obtuvo un valor de significancia bilateral=0,193 > 0,05, por lo cual se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, no existe relación entre las variables, lo que significa que son variables independientes una de la otra. Asimismo, se muestra el valor de coeficiente de correlación de Rho de Spearman es de 0,131 lo cual lo ubica en una relación baja, sin embargo, no se toma en cuenta ya que no existe relación.

Tabla 5

Niveles de síndrome de burnout y sus dimensiones en el personal de salud de un hospital de nivel III-1, Trujillo, 2025.

	Cansancio		Despersonalización		Realización		Síndrome de	
	Emocional				Personal		burnout	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	32	32	25	25	62	62	44	44
Medio	17	17	21	21	25	25	55	55
Bajo	51	51	54	54	13	13	1	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

De acuerdo con los resultados la tabla 5, muestra que el cansancio emocional está presente en un (51%) en el personal de salud en un nivel bajo. Asimismo, se encuentra presente en el (32%) un nivel alto y en (17%) uno medio, siendo expresado a través del cansancio físico, el sentimiento de fatiga para presentarse a laborar en algunas ocasiones, el incremento del esfuerzo mental y la frustración emocional que sienten durante las actividades laborales. En cuanto a la dimensión despersonalización el (54%) de los colaboradores presentan bajos niveles, el (21%) un nivel medio y el (25%) un nivel alto, presentan problemas con la despersonalización, que influye en la manera en que tratan a las personas con la que interactúan en el trabajo, sintiendo una pérdida de la sensibilidad y despreocupación por el servicio en la que se desenvuelven. De acuerdo al área de realización personal, un (62%) del personal sanitario muestra un alto nivel, lo que indica bajo burnout en esta dimensión. Asimismo, se observa que un (25 %) presentan una regular falta de realización personal y que un (13%) del personal presentan este problema, considerando que no son capaces de gestionar adecuadamente algunas situaciones en sus

vidas, como también dificultad para alcanzar sus metas y de manejar debidamente los problemas que ocurren en su lugar laboral. A nivel global el síndrome de burnout presenta los siguientes niveles, alto (44%), medio (55%) y bajo (1%).

Tabla 6

Niveles de síndrome de burnout según sexo en el personal de salud de un hospital de nivel III-1, Trujillo, 2025.

	Cansancio Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Alto	31%	33%	24%	27%	64%	56%
Medio	17%	17%	20%	23%	23%	30%
Bajo	52%	50%	56%	50%	13%	14%

La tabla 6, muestra los niveles de síndrome de burnout según el sexo: En cansancio emocional el personal presenta mayoritariamente niveles bajos, con un (50%) para los hombres y un (52%) para las mujeres, la carga emocional no está resultando abrumadora. Sin embargo, es crucial no pasar por alto que un porcentaje significativo de hombres (33%) y en mujeres (31%) experimenta niveles altos, esta cifra merece atención, ya que indica que casi un tercio del personal de salud de ambos sexos podría estar enfrentando un agotamiento emocional considerable, lo que podría impactar negativamente en su bienestar y desempeño. En cuanto a despersonalización se observa que las mujeres tienden a presentar niveles bajos en mayor medida (56%) en comparación con los hombres (50%), las mujeres mantienen una mayor conexión empática con sus pacientes o su trabajo. No obstante, es importante señalar que un (27%) de los hombres y un (24%) de las mujeres se encuentran en niveles altos, que sugieren que una proporción considerable de ambos sexos podría estar desarrollando actitudes distantes hacia su trabajo. En cuanto a realización personal revela un panorama más positivo, especialmente para las mujeres un (64%) y un (56%) de los hombres reportan un nivel alto de realización personal. Esto indica que una gran parte del personal de salud encuentra un sentido de

propósito y logro en su trabajo. A la inversa, los niveles bajos de realización personal son mínimos para ambos sexos (13% en mujeres y 14% en hombres). Estos hallazgos son alentadores, ya que una alta realización personal es un factor protector contra el burnout y contribuye a la satisfacción laboral.

Tabla 7

Niveles de síndrome de burnout según estado civil en el personal de salud de un hospital de nivel III-1, Trujillo, 2025.

	%Cansancio				%Despersonalización				%Realización personal			
	S	C	V	D	S	C	V	D	S	C	V	D
Bajo	19	28	3	1	23	26	2	3	9	4	0	0
Medio	8	7	0	2	11	9	1	0	11	11	1	2
Alto	18	12	1	1	11	12	1	1	25	32	3	2

S=soltero. C=casado. V=viudo. D=divorciado

En la tabla 7 muestra el síndrome de burnout según el estado civil, referente a la dimensión de cansancio emocional presentan bajos niveles, los solteros un (19%) y (28%) de los casados. En despersonalización se muestran niveles bajos los solteros un (23%) y los casados un (26%). En realización personal presentan un nivel alto los solteros de (25%) y casados un (32%), respectivamente.

Tabla 8

Niveles de síndrome de burnout según tipo de contrato en el personal de salud de un hospital de nivel III-1, Trujillo, 2025.

	Cansancio Emocional			Despersonalización			Realización personal		
	Nombra	Cont.	CAS	Nombra	Cont.	CAS	Nombra	Cont.	CAS
Bajo	35%	8%	8%	29%	12 %	13%	5%	2%	6%
Medio	6%	4%	7%	10%	5 %	6%	13%	6,0%	6%
Alto	13%	9%	10%	15%	4 %	6%	36%	12,0%	13%

En la tabla 8 se muestra los niveles de síndrome de burnout según el tipo de contrato. En cuanto a cansancio emocional un (35%) de nombrados presenta un bajo nivel y un (13%) alto. En despersonalización los nombrados presentan un bajo nivel un (29%) y un (15%) alto. En realización personal un (36%) de nombrados presentan una realización personal alta.

Tabla 9

Niveles de satisfacción e insatisfacción de la calidad de atención en usuarios de un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025.

Calidad de atención	f	%
Satisfacción	19	19
Insatisfacción	81	81
Total	100	100

En la tabla 9 se muestra los niveles de satisfacción e insatisfacción respecto a la calidad de atención que reciben en el hospital donde el (81%) se encuentra insatisfecho, es decir, perciben deficiencias significativas en la atención que se les brinda dentro del hospital. En contraste, con un (19%) que muestra satisfacción. Este porcentaje subraya la magnitud del problema y la necesidad urgente de investigar los factores que influyen.

Tabla 10

Niveles de percepción de la calidad de atención en usuarios de un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025.

Percepción de la calidad de atención		
	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	10	10,0
En proceso	22	22,0
Por mejorar	68	68,0
Total	100	100,0

Un (68%) de los usuarios percibe que el servicio está por mejorar. Este porcentaje es una señal clara de que hay una brecha significativa entre lo que se ofrece y lo que realmente se percibe. Un (22%) lo ve en proceso, lo que sugiere que, si bien hay un esfuerzo, aún no se alcanza el nivel deseado de cumplimiento. Solo un (10%) lo considera aceptable, cifra tan baja refuerza la idea de que la satisfacción general con la entrega del servicio es baja.

Tabla 11

Niveles de expectativas de la calidad de atención en usuarios de un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025.

Expectativas de la calidad de atención		
	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	5	5,0
En proceso	7	7,0
Por mejorar	88	88,0
Total	100	100,0

La Tabla 11 profundiza en las expectativas respecto a la calidad de atención por parte de usuarios sobre lo que esperan recibir, las cuales se forman a partir de sus experiencias previas, necesidades, el boca a boca y la información externa. Un (88 %) de usuarios considera referente a las expectativas de atención de calidad se encuentran por mejorar. Esto significa que casi la totalidad de los usuarios no siente que la institución cumpla con lo que ellos esperan de un servicio de salud de calidad. Un (7%) las ve en proceso, indicando una fase de transición o mejora que aún no culmina. Solo un (5%) la considera aceptable. Este mínimo porcentaje resalta una desconexión severa entre las expectativas de la calidad asistencial y la realidad percibida del servicio.

Tabla 12

Correlación entre cansancio emocional y calidad de atención

Variables	Calidad de atención		
	Correlación de Spearman(ρ)	Significancia (bilateral) p	n
Cansancio emocional	0,090	0,375	100

En la tabla 12 se muestra relación entre el cansancio emocional y calidad de atención ($p= 0,375 >0,05$; $\rho=0,090$), lo que indica que no existe correlación entre las variables.

Tabla 13

Correlación entre despersonalización y calidad de atención

Variables	Calidad de atención		
	Correlación de Spearman(ρ)	Significancia (bilateral) p	n
Despersonalización	0,009	0,929	100

En la tabla 13 se muestra relación entre despersonalización y calidad de atención ($p= 929 >0,05$; $\rho=0,009$), que indica que no existe correlación entre las variables.

Tabla 14

Correlación entre realización personal y calidad de atención

Variables	Calidad de atención		
	Correlación de Spearman(ρ)	Significancia (bilateral) p	n
Realización personal	0,116	0,251	100

En la tabla 13 se muestra relación entre realización personal y calidad de atención ($p=0,251 >0,05$; $\rho=0,116$), que indica que no existe correlación entre las variables.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo como objetivo general determinar la relación entre el síndrome de burnout del personal de salud y la calidad de atención de un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025, se halló como resultado representado en la tabla 4, mediante la prueba de correlación de Spearman (ρ) = 0,131, se obtuvo un valor de significancia bilateral=0,193 > 0,05, lo que significa que no existe correlación entre las variables. Este resultado coincide con los hallados por Carranza (2022), quien relaciona el SB en profesionales sanitarios y calidad de atención en consulta externa en Perú, presentando ($p=0,618$) no hallando relación entre ambas variables, aun así, presentando una baja calidad de atención, puede deberse al tipo de muestra de ambas investigaciones, porque se seleccionó el área de consulta externa, y que ambas presentan una baja calidad de atención. Esto refleja el concepto de la OIT (2016) donde refiere que el estrés laboral impacta la salud directamente y varía de un individuo a otro, por lo que pueden presentarse, falta de motivación laboral, falta de compromiso, menor eficiencia laboral y productividad. Por otro lado, en un estudio de Griñan et al., (2024), quienes asocian el burnout y calidad asistencial primaria, hallando relación entre SB y atención de calidad ($p=0,023$) en 73 médicos que laboran en 8 centros de atención en España, esta diferencia puede deberse a la realidad laboral, social y cultural. Lo confirma el modelo de burnout de Winnubst (1993), quien indica que es crucial tener en cuenta la estructura, el clima organizacional y cultura del entorno laboral; al desarrollarse el síndrome puede afectar al profesional que se encarga de brindar servicio social en una determinada organización. De otra manera, Tawfik et al. (2019) consideraron que el burnout en profesionales sanitarios se asocia generalmente a una calidad asistencial baja según la literatura que estudiaron.

Con respecto al objetivo específico 1 de describir el nivel de síndrome de burnout en el personal de salud de un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Evidenciándose en la Tabla 5, donde un 55% del personal presenta burnout de nivel medio y un 44% alto. Sin embargo, de acuerdo a las variables sociodemográficas, el síndrome de burnout se presenta tanto en varones como en mujeres, de estado civil casados y modalidad laboral en nombrados, en un mayor porcentaje de niveles bajos. Datos que coinciden con el estudio de Manrique (2022), quien encontró niveles de burnout de rango intermedio en un 70% del personal de salud, de una muestra de 90 profesionales sanitarios. Por la similitud del número de la muestra y el tipo de personal pueden mostrar similitud en los resultados en el nivel de burnout. Siendo opuesto al resultado de Sandoval (2020) quien consideró que un 100% de enfermeros de emergencia presentaron burnout. Por lo que, Sarmiento et al. (2024) y García et al. (2021) consideraron que en Latinoamérica el personal de salud al estar expuesto a carga emocional, alta presión, turnos rotativos y largos horarios laborales, por lo tanto, suele incrementar el riesgo de presentar cansancio emocional, afectando la salud mental y física, limitando el bienestar personal y desempeño en el trabajo. De la misma manera Maslach y Leiter (2016). Consideran como limitantes, las condiciones laborales exigentes, pues impactan sobre el desarrollo adecuado de profesionales sanitarios pudiendo desarrollar el SB, como también limitar la eficacia, la seguridad; generando la posibilidad de presentar insatisfacción con el servicio de salud.

Para conocer los niveles de burnout en el personal de salud por dimensión se presenta que en la dimensión cansancio emocional se halló un nivel bajo en el 51% de ellos, siguiendo con la dimensión de despersonalización posee un nivel bajo que presenta un 54%. La dimensión de realización personal un 62% presenta un nivel alto.

Encontrándose datos opuestos en el estudio de Vera (2023), quien halló un nivel alto en despersonalización un 98%, así también en un 94% presentó niveles altos en cansancio emocional e indicaron un nivel medio en la falta de realización que presentó el 92%. Esta diferencia puede deberse a la muestra tomada por el autor, que solo pertenece a enfermeros quienes muchas veces presentan condiciones laborales más extremas en contacto con áreas críticas de cuidado y también realizada en periodo de pandemia, donde recién se seguía en las olas de contagio en el país, a diferencia de esta investigación que tomó una muestra más amplia referente al personal de salud, con diversas funciones asistenciales y en un año post pandemia. Por lo tanto, para (Aranda, 2020; Benavides et al., 2021; Flores & Díaz, 2022; Gutiérrez et al., 2023; Ramírez & Soto, 2024). En estudios ejecutados especialmente en personal de salud, han identificado tasas alarmantes de síndrome de burnout, que varían entre el 30% y el 70%, lo que también recalcan es que depende de la especialidad, el servicio y el establecimiento de salud. De la misma manera Silva et al. (2023) consideran que en profesionales de UCI, oncología y emergencia suelen presentar niveles más altos de burnout debido a la intensidad de la atención y el contacto prolongado a situaciones de alta mortalidad.

Referente al objetivo específico 2, de conocer la calidad de atención desde la satisfacción e insatisfacción en usuarios de un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025, demostrada en la tabla 9, donde se encontró que el 81% se siente insatisfecho, 68% perciben que la calidad debe mejorar, 88% tiene la expectativa que debe mejorar. Resultados diferentes a la investigación de Uriarte (2020), donde los usuarios percibieron la calidad de atención un (74,4%) la consideran en un nivel alto. Por lo tanto, se pueden encontrar diferencias por el tamaño de muestra mucho mayor en esta investigación que consta de 348 usuarios de algunas áreas de hospitalización, también se usó un instrumento diferente elaborado por la autora para la encuesta de satisfacción del usuario. Carranza

(2022), dedujo sobre los resultados de su investigación, al presentar una baja satisfacción y una insatisfacción mayor por parte de los usuarios del establecimiento de salud, asevera que el nivel de atención podría ser calificado de tal manera al presentar las siguientes condiciones; empezando por la falta de citas disponibles, falta de capacidad en la atención y el apresurar los trámites documentarios, como también falta personal para informar el proceso de pasos a seguir referente al proceso de atención, la sobrecarga laboral de algunos médicos, limitando en la comunicación adecuada con el paciente, sobre el diagnóstico, tratamiento y exámenes pertinentes a realizar ;y muchas veces la indiferencia en el trato por parte de algunos profesionales de la salud. Asimismo, Parasuraman et al. (1988) y MINSA (2012) manifiestan sobre la observación de la eficacia en la atención implica el pensamiento del receptor y el nivel de la atención, de tal manera se conocerá la superioridad del servicio recibido, valorándose a través de las percepciones y expectativas del cliente, presentado un resultado, posiblemente la satisfacción o insatisfacción de los usuarios. Asimismo, Lazo et al. (2018), muestran un estudio efectuado en la ciudad de Lima, en Perú; referente a la categoría de satisfacción de un centro sanitario al que los pacientes asistieron, pertenecientes al Estado Peruano; presentan el nivel de insatisfacción alto del 42% en centro hospitalarios de Essalud, en hospitales del Minsa presentan 29,7%, en las postas médicas 28,8% y en hospitales policiales o militares del 26,7%. Observándose que la satisfacción del usuario se mide también por establecimiento, dependiendo de las percepciones y expectativas de los usuarios que asisten a un establecimiento de salud específico.

Respecto al objetivo específico 3 de establecer la relación entre cansancio emocional en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025. A través de la tabla 12 se muestra como resultado de la relación entre cansancio emocional y calidad de atención ($p=0,375 >0,05$; $\rho=0,090$) lo que indica que

no existe correlación. Información opuesta se encontró en la investigación de Miguel et al. (2020), quienes encontraron que la dimensión de agotamiento emocional se relaciona significativamente con calidad de atención [$R_s = -0,605$; $p = 0,000$]. Por lo que se presentan diferencias en el tipo de muestra de investigación, quienes son enfermeros de áreas críticas e instrumentos diferentes. Por otro lado, un estudio desarrollado por Carranza (2022) considera que no se hallaron relaciones significativas entre el cansancio emocional y la variable de calidad de atención ($p = 0,618$) presentando una relación negativa. Este estudio presenta una muestra parecida por ser del área de consulta externa, los instrumentos son muy similares, poseen las mismas dimensiones a estudiar. Por lo tanto, Maslach y Jackson (1982) plantean la dimensión de cansancio emocional indicando que cuando se desarrolla en el profesional, este va disminuyendo su capacidad de compromiso y entrega en su entorno laboral. Ávila y Morales (2019) consideran que gestionar la calidad en los centros de salud incrementa la eficacia de distintas tecnologías al adaptarlas a las necesidades de cada usuario. Los servicios de alta calidad son determinantes para lograr un rendimiento óptimo, resaltando la importancia de disponer de recursos, infraestructura, personal idóneo, un sistema de seguimiento, de esta manera podrá alinearse a la calidad esperada.

En el objetivo específico 4 de analizar la relación entre despersonalización en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. En la tabla 13 se muestra el resultado producto de la relación entre despersonalización y calidad de atención ($p = 0,929 > 0,05$; $\rho = 0,009$) indicando que no existe correlación. Datos opuestos fueron encontrados en el estudio de Miguel et al. (2020), quienes relacionaron el burnout y atención de calidad en enfermeros de unidades críticas, donde encontraron que la dimensión de despersonalización se relaciona significativamente con la calidad de atención [$R_s = -0,633$; $p = 0,000$]. De tal manera que se presentan diferencias por el tipo de

muestra presentada por dicha investigación e instrumentos. Por otro lado, un estudio desarrollado por Carranza (2022), considera que no se hallaron relaciones significativas entre despersonalización y calidad de atención ($p=0.075$) presentando una relación negativa. Por lo que, se presentó una muestra similar que corresponde a profesionales sanitarios del área de consulta externa e instrumentos similares con las mismas dimensiones a evaluar. Asimismo, Maslach y Jackson (1982), señalan que cuando el profesional tiene un nivel alto en la dimensión de despersonalización, aparecen sentimientos negativos acerca del entorno donde se labora, insensibilidad, aumento de irritabilidad y falta de motivación laboral. Por otro lado, Schaufeli y Salanova (2014), manifiestan que el distanciamiento emocional y en otros casos el tratar insensiblemente a los pacientes, puede considerarse como influyentes en obtener baja calidad en el servicio. Siendo contestaciones desaprobatorias laborales, que limitan el desempeño de calidad con el pasar del tiempo.

En el objetivo específico 5 para determinar la relación entre realización personal, en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. En la tabla 14 evidencia la relación entre realización personal y calidad ($p=0,251 > 0,05$; $\rho=0,116$), lo que indica que no existe correlación. Información diferente se encontró en una investigación realizada por Miguel et al. (2020), relacionado al burnout y atención de calidad en enfermeros de unidades críticas, donde encontraron que la dimensión de realización personal se relaciona significativamente con la calidad de atención [$R_s = -0,589$; $p=0,000$]. Por el contrario, en un estudio desarrollado por Sandoval (2020) donde relacionó la dimensión de realización personal y calidad de atención, la cual presenta un valor no significativo (0,202) y un índice de correlación negativa baja (-0,221), donde considera que no existe relación significativa entre ambas variables. Así mismo, Maslach y Jackson (1982) plantean que, en la dimensión de realización personal, cuando presenta

un bajo puntaje, suele ser una dimensión donde el profesional no se siente valorado, se encuentra agotado emocionalmente con su entorno laboral.

La investigación presentó limitaciones en todo el proceso de investigación como el tiempo para completar los requisitos que solicitó el hospital, para otorgar el permiso; ya que se tomó tiempo para completar con los requisitos indicados por el Comité de Ética de la Universidad, como el proyecto, la validación de los instrumentos, entre otros. Así mismo, otra limitación surgió en el momento de ubicar a la muestra como son los profesionales de salud para la recolección de datos, donde algunas técnicas en enfermería imposibilitaron la comunicación con ciertos médicos aduciendo que estaban con recarga de trabajo. También, como la aplicación de los instrumentos se realizó de manera presencial, en hojas bond impresas, requirió mayor tiempo para calificación y elaboración de la base de datos. Por otro lado, el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, donde los resultados no permite la generalización y solo corresponden para la muestra en estudio. Finalmente, los resultados no presentaron una distribución normal, por el que se usó una prueba no paramétrica para la correlación, que puede llevar a sesgos y también dificulta la generalización a la población.

Las implicancias a nivel teórico, considerando que las variables, de síndrome de burnout en profesionales de salud y calidad de atención en usuarios de consulta externa, no se correlacionan, por lo que son variables independientes; se conoce en este estudio desde la dimensión intrínseca comprendida la conducta individual para estudiar el burnout en el personal asistencial sanitario; por lo que, es posible considerar que se encuentran otras dimensiones a evaluar cómo, la laboral, social o familiar que puedan influir en otros resultados finales. Al conocer la calidad de atención que fue investigada desde las expectativas y percepciones de los usuarios considerando este estudio con información actualizada sobre ambas variables. Los niveles medios o altos de cansancio

emocional y despersonalización, no necesariamente genera una atención deficiente, los profesionales de la salud, desarrollan mecanismos de afrontamiento que compensan los efectos. Además, la percepción y expectativa de la calidad de atención de los usuarios pueden basarse en otros criterios.

A nivel práctico, en este estudio presenta información del personal de salud, quienes manifiestan un nivel medio y alto de burnout ; insatisfacción alta en la calidad de atención percibida por los usuarios, revelando la importancia de diseñar intervenciones independientes y simultáneas , en prevención e intervención sobre el burnout para los profesionales asistenciales del área de consulta externa; referente a calidad de atención, es sumamente importante centrarse en los procedimientos e interacciones con los usuarios, implementar protocolos de atención en el área de consulta externa, de manera que los usuarios se sientan mejor atendidos, con comunicación, empatía y menor tiempo de espera, así a resguardar el derecho a una salud de calidad.

A nivel metodológico, este estudio de enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño no experimental, agrupó profesionales de la salud de consulta externa, considerando una muestra más variada de estos profesionales en tiempos contemporáneos; seleccionando un instrumento que fue respondido en corto tiempo por los mismos, sin perjudicar su labor asistencial, adaptado a la realidad peruana, validado y confiable. Referente a la calidad de atención, se usó un instrumento que examina desde la satisfacción del usuario, adaptado a la realidad peruana, validado, confiable, ya conocido y usado en otros hospitales a nivel nacional, por lo que presentó preguntas claras y sencillas, para su adecuada comprensión y resolución.

A nivel social, este estudio tiene un impacto en la percepción y comprensión psicológica, laboral, social del síndrome de burnout y la calidad de atención. Reconocer que el síndrome de burnout en el personal de salud es prioridad, mas allá de sus efectos

en la calidad de atención, donde se atienda la salud psicológica como un fin, no como un medio. Los niveles altos de insatisfacción del usuario, valida su experiencia, promueve una cultura de atención centrada en el usuario, que incentiva a la mejora continua. Fomenta el diálogo y base para futuras investigaciones, la elaboración de políticas de mejora, replicas en otros centros asistenciales; así como también, promueva la identificación adecuada del término “burnout” dentro de la comunidad asistencial y sociedad general. Por lo que, el uso adecuado de este término fomenta la identificación antes de tiempo y su abordaje, generando una concienciación con criterios precisos para no confundirlo.

Se concluye que:

1. No existe relación entre síndrome de burnout en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Es decir, son variables independientes, porque una no interfiere en la otra.
2. El mayor porcentaje del personal de salud presenta síndrome de burnout nivel medio y alto. En cansancio emocional, despersonalización niveles bajos y un nivel alto, en realización personal, lo que significa que hay tendencia a presentar un agotamiento emocional en sus relaciones laborales, en dirección a la limitación para generar empatía con sus usuarios y presentando predisposición a valorar su labor asistencial. En los niveles de burnout por sexo, el cansancio emocional, despersonalización un nivel bajo en varones y mujeres, realización personal presentan un nivel alto. Lo que significa que puede presentarse una tendencia a presentar un nivel bajo en las dos primeras dimensiones en ambos sexos y en la última un resultado alto y protector ante el burnout. Según el estado civil, cansancio emocional, despersonalización presenta niveles bajos en casados, realización personal presentan niveles altos. Lo que significa que puede presentarse una tendencia a presentar un nivel alto en las dos primeras dimensiones en ambos estados

civiles y en la última un resultado alto y preventivo ante el burnout. Según tipo de contrato en la dimensión de cansancio emocional, despersonalización presentan un nivel bajo los nombrados, realización personal presentan un nivel alto. Lo que significa que puede presentarse una tendencia a presentar un nivel bajo en las dos primeras dimensiones en nombrados y presentando en la última dimensión un resultado alto y defensivo ante el burnout.

3. Referente a la calidad de atención, el mayor porcentaje de los usuarios se encuentran insatisfechos, percibiendo significativas limitaciones en la atención brindada al interior del hospital. Sobre la percepción de calidad de atención la mayoría considera que el servicio brindado se encuentra por mejorar, resaltando la brecha existente entre lo que brinda y lo que en realidad se percibe sobre el servicio. En expectativas de la calidad de atención en usuarios, un mayor porcentaje espera recibir una atención que debe mejorar.

4. No existe relación entre el cansancio emocional en el personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Es decir, son variables independientes donde al presentarse el agotamiento emocional no quiere decir que se presente una calidad de atención menor.

5. No existe relación entre despersonalización en el personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Es decir, son variables independientes donde al presentarse despersonalización no se consideraría una menor calidad de atención.

6. No existe relación entre la realización personal, en el personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025. Es decir, son variables independientes.

REFERENCIAS

- Aiken LH , Lasater KB , Sloane DM, et al. Bienestar de médicos y enfermeros e intervenciones preferidas para abordar el síndrome de burnout en la práctica hospitalaria : Factores asociados con la rotación de personal, los resultados y la seguridad del paciente . *JAMA Health Forum*. 4(7):e231809. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.1809
- Aguilar Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11 (1-2), 333-338. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Alvarado Ferllini, M., Delgado Castro, L.G., Benavides Villalobos, J.D. (2021). Síndrome de desgaste ocupacional en médicos: una revisión narrativa. *Revista Hispana de Ciencias de la Salud*. 7(2): 56-62. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9523445.pdf>
- Aranda, P. (2020). Estrés ocupacional y salud mental en trabajadores de salud peruanos. *Revista de Psicología y Salud Ocupacional*, 5(1), 15-28.
- Barraza Macías, A., (2011). Validación psicométrica de la escala unidimensional del burnout estudiantil. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 13(2), 51-74. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80220774004.pdf>
- Benavides, L. (2021). Prevalencia de Burnout en personal de enfermería de hospitales nacionales. *Enfermería Clínica*, 12(2), 80-95.
- Briceño Peñaloza, M. L; Gómez Esteban, M.C.; Veramendi Chocano E. J. (2023) *Calidad de atención y Síndrome de Burnout en Licenciados de Enfermería del*

Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco, 2022. [Tesis de Titulación de Segunda Especialidad en Enfermería. Universidad Nacional Hermilo Valdizán].
<https://repositorio.unheval.edu.pe/item/fd1687c5-d5f5-436b-b068-6a1231abf7e7>

Cabello, E. y Chirinos, J. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Heredia.* 23 (2). 88-95.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200003

Cala Chapi, C.R. y Marce Benito, E.J. (2022). Bases teóricas sobre la evaluación de la calidad del servicio de salud. *Revista Científica Memoria del Posgrado.* 3 (2).
<https://posgradofment.umsa.bo/memoriadelposgrado/wp-content/uploads/2023/01/Cala-Chapi-Carolina-Ruth-Marce-Benito-Estela-Jhakelina-REVISION.pdf>

Carranza Martínez, E. (2020). *Relación entre el Síndrome de Burnout en Personal de Salud y Calidad de Atención en Consulta Externa del Hospital Regional de Ica, 2019.* [Tesis de Titulación Profesional de Psicología. Universidad Autónoma de Ica]. <https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/871>

Colegio de Psicólogos de la Libertad (2019). *Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú.*
https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/CPsP_CDN_codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Crujeiras López, J. (2018). *Intervenciones terapéuticas para el tratamiento del síndrome de Burnout: una revisión sistemática.* [Tesis para Máster en Psicología]

General Sanitaria, Universidad de Zaragoza].

<https://zaguan.unizar.es/record/128789/files/TAZ-TFM-2019-144.pdf>

Cubas Salazar, A.M.; Chuquilin Palomino, K.V. (2021). *El Síndrome de Burnout y la Calidad de Atención del cuidado Enfermero en tiempos de Pandemia de un Hospital Estatal*. [Tesis de Titulación Profesional de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo]. <https://dspace.unitru.edu.pe/items/53f144ee-45d7-4552-9720-06dd8a8d673a>

Donabedian, A. (2001). Calidad de la Atención Médica. *Revista Calidad Asistencial*, 16. S29-S38.https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf

Duval, F., González, F., Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 48(4), pp. 307-318. <https://www.redalyc.org/pdf/3315/331527722006.pdf>

Echeverría Chicaíza, P. y Bravo Bello, Y. (2024). Calidad de Atención y su Incidencia en la Satisfacción del Usuario Externo en un Centro de Especialidades en Galápagos. *LATAM. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (5), 1335 – 1356. <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2690>

Flores, A., & Díaz, S. (2022). Síndrome de Burnout en personal de salud de un hospital de alta complejidad en Lima. *Salud & Sociedad*, 10(1), 45-59.

García Morán, M.C. y Gil Lacruz, M. (2016) El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Revista Persona*, (19),11-30. www.redalyc.org/articulo.oa?id=147149810001

- Gil Monte, P. R., Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), pp. 261-268. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16715210.pdf>
- Gil Monte, P.R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2), pp. 181-197. <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>
- Gobierno del Perú (octubre 2001). *Reglamento de la Ley de Trabajo Médico*. Decreto Supremo N°024-2001.SA <https://www.inmp.gob.pe/uploads/2198t.pdf>
- Gobierno del Perú (octubre 2009). *Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud*. Ley N. ^a 29414 <https://leyes.congreso.gob.pe/documentos/leyes/29414.pdf>
- Gobierno del Perú (julio 2011). *Ley de protección de los datos personales*. Ley N. ^a 29733. <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>
- Gobierno del Perú (mayo 2019). *Ley de salud mental*. Ley N. ^a 30947. <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>
- Gómez Tique, M. A. (2022). *Síndrome de Burnout y Calidad de Atención en el personal de Enfermería en Contexto SARS-CoV-2 Hospital II Essalud-Moquegua 2022*. [Tesis de Titulación Profesional en Enfermería. Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108106>

- Gómez Francia, M.A; Ruiz Llontop, M. I. (2015). Dimensiones del Síndrome de Burnout en Personal Asistencial de un Hospital de Chiclayo,2014. [Tesis de Titulación Profesional en Psicología. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/331>
- Gómez, S. y Gómez, I. (2004). Síndrome de Burnout: Intervención Cognoscitiva Conductual. *Pensamiento Psicológico*. (3), 25-40.<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4800685.pdf>
- Griñan Ferre, K., Torras Borrell, J. y Aparicio Freixa, J. (2025) Asociación entre Burnout y Calidad Asistencial en Atención Primaria. *Atención Primaria, Elsevier España*. 57(7).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724003494>
- Guaita Pintado, T. P., Tapia Pinguil, A. P., Cordero Alvarado, R. L. y Mercado González, A. F. (2023). Importancia de la Gestión de Calidad en el Servicio de Salud del Ecuador: Revisión Sistemática. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(1), 366–377. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.250>
- Gutiérrez, J., et al. (2023). Factores asociados al Burnout en profesionales de la salud de la región Arequipa. *Acta Médica Peruana*, 40(4), 310-318.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-922720190002001397
- Jaramillo Jimbo, C.P., Fabara Núñez, G.V. y Falcón Maldonado, R. G. (2020). Evaluación Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario en Consulta Externa (Hospital General Docente Ambato). *Digital Publisher CEIT*. 5 (6-1).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7897651>

Khamisa, N.; Peltzer, K.; Oldenburg, B. Burnout en relación con factores contribuyentes específicos y resultados de salud entre enfermeras: una revisión sistemática. *Int. J. Medio Ambiente. Res. Salud Pública*, 10, pp. 2214–2240.

[Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review](#)

Lazo Gonzales, O., Santivañez Pimentel, A. (2018) *Atención de Salud con Calidad. Desafíos*. Consejo Regional III Lima. Colegio Médico del Perú. Primera edición. Biblioteca Nacional del Perú. N° 2018-07023 <https://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Libro-Atencion-salud-calidad.pdf>

Lino Villacreses, W.A., Sornoza García, G., M., Vargas Pin, R.X., Lucas Parrales, E. N. (2023). Importancia de una gestión eficiente de la calidad de atención del paciente. *Polo del Conocimiento (Edición núm. 85)*. 8 (10) pp. 48-71. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6110>

Manrique Flores, S. A. (2022). *Síndrome de Burnout y Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Huacho, 2019*. [Tesis de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/6159>

Matilla Martínez, A.M. (2024). *Epidemiología e implicaciones del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería*. [Tesis de Doctorado en Salud. Universidad de Salamanca] <https://gredos.usal.es/handle/10366/160498>

Marín Perabá, C., Zamora López, P. (2021). La neurodidáctica y la educación emocional para combatir el síndrome de Burnout. *Revista Internacional de Apoyo a la*

Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad. 7 (1).

<https://dx.doi.org/10.17561/riai.v7.n1.7>

Martínez Montoro, L., García Rubio, M. (13 de febrero del 2024). *El impacto del estrés laboral en la estructura y función del Cerebro.* <https://www.linkedin.com/pulse/el-impacto-del-estr%C3%A9s-laboral-en-la-estructura-y-mart%C3%ADnez-montoro-wgkwf/>

Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación, Vivat Academia.* (112). <https://www.vivatacademia.net/index.php/vivat/article/view/192>

Maslach, C., Jackson, S.E. (1997). *Manual Inventario "Burnout" de Maslach (MBI). Síndrome del "Quemado" por estrés laboral asistencial. Publicaciones de Psicología Aplicada.* Publicado por TEA Ediciones S.A. Palo Alto, California. Estados Unidos.

Maslach, C.; Jackson (1981). SE La medición del agotamiento experimentado. *J. Organ Behav,* (2), 99-113. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: The cost of caring.* Malor Books.

Menéndez Echavarría, A.L. (2023). *American Psychological Association; citas y referencias. Normas APA, 7.^a edición.* Pontifical Xavierian University. https://www.researchgate.net/publication/338988276_Estilo_de_la_American_Psychological_Association_citas_y_referencias_Normas_APA_7_edicion

- Miguel Rodríguez, F.E.; Paragua Pascal, F. S.; Rubina Huerta, K.C. (2020). *Síndrome de Burnout y Calidad de Atención de los Profesionales de Enfermería en Unidades Críticas del Hospital Regional Hermilio Medrano, Huánuco 2018*. [Tesis de Titulación de Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos-Adulto. Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. <https://repositorio.unheval.edu.pe/item/f1f0ee0f-620a-4e26-9a6a-aebcd50cf07e>
- Ministerio de Salud (2012). SERVQUAL, *Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Servicios de Salud y Servicios Médicos de apoyo*. Perú. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2252.pdf>
- Moreno Gavilanes, K. A., Cazorla Basantes, G. (2023). Calidad del servicio de salud: un antecedente de la satisfacción del paciente de Riohospital de la Ciudad de Riobamba, Ecuador. *Revista de Economía del Caribe*, (31). <http://portal.amelica.org/ameli/journal/318/3184182007/>
- Moreno, M., Navarro Abal, Y. (2021). Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100189
- Muente Alva, L. S. (2022). *Factores asociados a Síndrome de Burnout en los trabajadores de salud del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo de Pandemia SARS-CoV-2*. [Tesis de Titulación Profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego]. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8981>

Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el Trabajo. Un Reto Colectivo*.

https://ilo.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay/alma995068693002676/41ILO_INST:41ILO_V2

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. [https://www.insst.es/noticias-](https://www.insst.es/noticias-insst/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout)

[insst/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout](https://www.insst.es/noticias-insst/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout)

Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2020). *Prestación de Servicios de Salud de Calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. (OMS)

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513906>

Organización Mundial de la Salud. (11 de agosto de 2020). *Servicios sanitarios de calidad*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services)

[services](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services)

Organización Panamericana de la Salud (septiembre del 2021). *Innovación, acceso a medicamentos y Tecnologías Sanitarias*. [https://www.paho.org/es/innovacion-](https://www.paho.org/es/innovacion-acceso-medicamentos-tecnologias-sanitarias)

[acceso-medicamentos-tecnologias-sanitarias](https://www.paho.org/es/innovacion-acceso-medicamentos-tecnologias-sanitarias)

Organización Panamericana de Salud (2022). *Estrategia y Plan de Acción para Mejorar la Calidad de la Atención en la Prestación de los Servicios de Salud 2020-2025*.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55860>

Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud (2022) *Servicios de Salud de Calidad. Guía de Planificación*. OPS y OMS.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56398/9789275325957_spa.pdf

- Oyola García, A.E., Zagaceta Guevara, Z., Quispe Ilanzo, M. P. (2023). Validación del constructo y confiabilidad de Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) en médicos peruanos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, (20) 2. <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/339/192>
- Pujol de Castro, A., Valerio Rao, G., Vaquero Cepeda. P., Catalá López, F. (2024). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos que Trabajan en España: Revisión Sistemática y Metaanálisis. *Gaceta Sanitaria, Science Direct*. 38. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911124000311>
- Ramírez, E., & Soto, F. (2024). Burnout en personal técnico asistencial de hospitales públicos de Lima Metropolitana. *Tecnología y Salud*, 7(1), 20-35.
- Rivera Guerrero, A., Ortiz Zambrano, R., Miranda Torres, M., Navarrete Freire, P. (2019). Factores de Riesgo Asociados al Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout). *Revista Digital de Posgrado*, 8 (2). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/16488
- Sandoval Zapata, P. C. (2020). *Síndrome de Burnout y Calidad de Atención en Enfermeros(as) de Servicio de Emergencia, Hospital Regional II-2 Tumbes 2020*. [Tesis de Maestría en Gestión Pública. Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/50880>
- Sarmiento Ayala, A.M., Vargas Toro, C. M., Lima Trujillo, J. L., (2024). *Síndrome de Burnout en Latinoamérica Causas y Efectos en Trabajadores del Sector Salud: Una revisión sistemática*. [Monografía para optar por el Título de Especialización en Gerencia en Riesgos Laborales, Seguridad y Salud en el Trabajo. Corporación

Universitaria Minuto de Dios]. <https://repository.uniminuto.edu/items/bd9ee762-4e57-46be-9a7e-242a1264b606>

Sebastián T. Plut (2000). Trabajo y Psicoanálisis. Redimensión del concepto de estrés a la luz de del psicoanálisis. *PsicoMundo*.
<https://www.psicomundo.com/foros/trabajo/stress.htm>

Silva, C., et al. (2023). Burnout en personal de Unidades de Cuidados Intensivos: Una revisión sistemática y metaanálisis latinoamericano. *Medicina Intensiva*, 47(5), 350-360.

Sohrab, A., et al. (2024). Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: A global systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 21(12), 1583.
<https://www.mdpi.com/1660-4601/21/12/1583>

Torres, Y. (23 de marzo de 2025). OMS oficializa el Síndrome de Burnout como una enfermedad de trabajo. *Medicina Salud Pública*.
<https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348>

Trujillo Palacio, T.; Moreno Agualimpia, N. R.; Valencia Mesa, H.A. (2020). *Síndrome de Burnout en trabajadores que laboran en diferentes áreas de los servicios de salud de Antioquia, durante la pandemia ocasionada por COVID-19 en el año 2020*. [Tesis de Especialidad en Seguridad y Salud en el Trabajo. Universidad de Antioquia]. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/18786/9/TrujilloTiffany_2020_BurnoutPersonalSalud.pdf

UNESCO (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y derechos humanos*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Universidad Privada del Norte. (6 de mayo del 2024). *Código de Ética de la Universidad Privada del Norte*. <https://www.upn.edu.pe/sites/default/files/documentos/codigo-de-etica-para-la-investigacion-cientifica-en-upn.pdf>

Uriarte Dávila, D.M. (2020). *Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y su relación con la Calidad de Atención en su Dimensión Interpersonal, en el Hospital General de Jaén, 2017*. [Tesis de Grado de Maestría. Universidad Nacional de Cajamarca]. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3982>

Vásquez Morán, B. A., Neto Villagómez, D. Y., Quijije Chávez, V. R. y Franco Castro, S. A. (2023). Síndrome de Burnout en los Profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos del Hospital IESS de Santo Domingo de los Tsáchilas. *LATAM, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(1), 683-693. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.285>

Vera Olmedo, Y. M., Rodríguez Alava, R. R. y León Samaniego, G. F. (2023). Síndrome de Burnout en personal de enfermería y calidad de atención. *Revista Mas Vita, Ciencias de la Salud*. 5(2). <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0197>

Vidotti, V., Trevisan Martins, J., Quina Galdino, M., Perfeito Ribeiro, R., Do Carmo Cruz Robazzi, M.L. (2019). Síndrome de Burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Revista de Enfermería Global*. (55).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412019000300011

Zárate, S., Cárdenas, F. P., Acevedo Triana, C., Sarmiento Bolaños, M. J., & León, L. A. (2014). Efectos del estrés sobre los procesos de plasticidad y neurogénesis: una revisión. *Universitas Psychologica*.13(3).15-44.

<https://www.redalyc.org/pdf/647/64733438030.pdf>

75° Asamblea General, Helsinki, Finlandia (octubre 2024). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

ANEXO N° 1. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout en el personal de salud y la calidad de atención en un Hospital Nivel III-1, Trujillo,2025?</p> <p>Problema específico 1: ¿Cuál es el nivel de síndrome de burnout en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel iii-1, Trujillo,2025?</p> <p>Problema específico 2: ¿Cuál es la calidad de atención desde la percepción y expectativas de los usuarios en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025?</p> <p>Problema específico 3: ¿Cuál es la relación entre cansancio emocional en el personal de salud y calidad</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el síndrome de burnout en el personal de salud y la calidad de atención en un Hospital Nivel III-1, Trujillo,2025.</p> <p>Objetivo específico 1: Determinar el nivel de síndrome de burnout en el personal de salud en un Hospital Nivel III-1, Trujillo,2025.</p> <p>Objetivo específico 2: Determinar la calidad de atención desde la percepción y expectativas de los usuarios en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.</p> <p>Objetivo específico 3: Determinar la relación entre el cansancio emocional en el personal de salud y calidad</p>	<p>Hipótesis General Existe una relación significativa entre el síndrome de burnout en el personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-I, Trujillo,2025.</p> <p>Hipótesis Específicas Existe relación significativa entre el cansancio emocional en el personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.</p> <p>Existe relación significativa entre la despersonalización en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.</p> <p>Existe relación significativa</p>	<p>Variable 1: Síndrome de Burnout</p> <p>Dimensiones: Agotamiento Emocional Despersonalización Realización Personal</p> <p>Variable 2: Calidad de Atención</p> <p>Dimensiones: Expectativas Percepciones</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básica Diseño: No Experimental. Nivel: Correlacional Corte: Transversal</p> <p>Muestra: 100 profesionales de la salud. 100 usuarios</p> <p>Muestreo: No probabilístico.</p> <p>Instrumentos Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) por Cristina Maslach, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter (1981)</p> <p>SERVQUAL (Quality Service) por A. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988)</p>

Síndrome de burnout en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025

<p>de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025?</p> <p>Problema específico 4: ¿Cuál es la relación entre despersonalización en el personal de salud y calidad de atención en personal de salud en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025?</p> <p>Problema específico 5: ¿Cuál es la relación entre realización personal, en el personal de salud y calidad de atención en personal de salud en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025?</p>	<p>de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.</p> <p>Objetivo específico 4: Determinar la relación entre despersonalización en el personal de salud y calidad atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.</p> <p>Objetivo específico 5: Determinar la relación entre la realización personal, en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.</p>	<p>entre la realización personal, en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.</p>		<p>Tratamiento estadístico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estadística descriptiva -Pruebas de normalidad - Prueba estadística inferencial
--	--	--	--	---

ANEXO N° 2. Matriz de operacionalización de las variables

	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Síndrome de burnout	El Síndrome de Burnout (SB), también conocido como síndrome de desgaste profesional o del quemado fue declarado como un factor de riesgo laboral debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (OMS,2000)	La escala de Maslach Burnout Inventory tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Realizado a través de la información del Cuestionario.	Agotamiento Emocional 1,2,3,6,8,13,14,16,20 Despersonalización 5,10,11,15,22 Realización Personal 4,7,9,12,17,18,19, 21	Desgaste emocional Negatividad Insatisfacción personal	Cuestionario del Síndrome de Burnout (MBI) Maslach, C. (1982) Agotamiento emocional, Bajo: 0 < 18, Medio; 19-26 puntos y alto: 27-54 puntos. Despersonalización, Bajo:0<5 puntos; Medio: 6-9 puntos; Alto: 10-30 puntos. Falta de realización personal, Bajo:0<16 puntos; Medio: 17-32; puntos; Alto: 33-48 puntos.
Calidad de Atención	La calidad de la atención consiste en mostrar el valor de los servicios de salud para individuos y poblaciones, aumentan la probabilidad de obtener los	El cuestionario SERVQUAL está diseñado a partir de la teoría de la discrepancia entre expectativas y percepciones; y se utiliza para establecer la calidad percibida en la atención hospitalaria. Presenta 90%	Expectativas Y Percepciones	Fiabilidad 1,2,3,4,5 Capacidad de Respuesta 6,7,8,9 Seguridad	El instrumento a utilizar es la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en los

Síndrome de burnout en el personal de salud y calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo, 2025

resultados de salud de confiabilidad original. Su estructura de 44 ítems divididos en dos escalas de 22 ítems cada una, evalúa, por un lado, las expectativas sobre el servicio ideal y, por otro, las percepciones de los clientes del servicio que han recibido. SERVQUAL se basa en la idea de que la calidad vista por el cliente es el resultado de la diferencia entre expectativas y percepciones, el denominado “paradigma de la desconfirmación” que hasta la fecha es la teoría con mayor solidez. Realizado a través de la información del Cuestionario de la información del Cuestionario.

Esta enunciación de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación e implica que la calidad de la atención se puede medir y mejorar continuamente mediante la prestación de una atención basada en la evidencia que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los pacientes (OMS,2019).

10,11,12,13
Empatía
14,15,16,17,18
Aspectos tangibles
19,20,21,22

establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. (Ministerio de Salud,2012) > 60% (por mejorar), 40 – 60 % (en proceso) y < 40% (aceptable).

Expecta

F

ANEXO N° 3. Instrumentos

A. Ficha Técnica:

- Nombre del instrumento: Inventario Burnout de Maslach
- Nombre y Origen: Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Autor y Año: Cristina Maslach, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter (1981)
- Procedencia: Estados Unidos
- Adaptación: Gómez M y Ruiz M (2015), Oyola-García (2023), propiedades psicométricas.
- País: Perú
- Dimensiones: Cansancio Emocional (CE)
Despersonalización o Cinismo (DP)
Realización Personal (RP)
- Escala: Likert
- Aplicación: Individual y/o grupal
- Duración: 10-15 minutos
- Ítems: 22

Maslach Burnout Inventory (MBI) fue elaborado por Cristina Maslach, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter (1981), se constituye por 22 ítems referentes al sentir y actual del profesional dentro de su entorno laboral ya sea con sus pacientes o clientes. Se encuentra conformado de manera tridimensional; 1) Cansancio Emocional con 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20), 2) Despersonalización con 5 ítems (5, 10,11,15 y 22) y 3) La Falta de Realización Personal con 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19 y 21). Este cuestionario para medir las áreas correspondientes del síndrome Burnout a través de enunciados. Se presentan como tipo de respuestas para marcar las alternativas desde la frecuencia de las situaciones que

percibe al individuo en su trabajo. (0) Nunca, (1) Pocas veces al año o menos, (2) Una vez al mes o menos, (3) Unas pocas veces al mes o menos, (4) Una vez a la semana, (5) Pocas veces a la semana, (6) Todos los días. Con respecto a las puntuaciones se consideran los puntajes por subescala: Cansancio emocional, Bajo: 0-18, Medio; 19-26 puntos y alto: 27-54 puntos. Despersonalización, Bajo:0-6 puntos; Medio: 7-9 puntos; Alto: 10-30 puntos. Realización personal, Bajo:0-30 puntos; Medio:31-39; puntos; Alto: 40- 48 puntos. La fiabilidad del instrumento es cercana al 90 % con una alta consistencia interna. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout.

INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI)

Edad:.....Sexo: (F) (M) Carrera profesional:

Área de servicio:.....

Tiempo de servicio en la institución:.....

Tipo de contrato que mantiene en la institución:

Tiempo realizando labores asistenciales de salud:

Estado civil: Soltero () Casado() Viudo () Divorciado () N° de hijos:

El propósito de esta encuesta es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos, su trabajo y a las personas a quienes dan servicio.

Conteste a las frases indicando la frecuencia con que usted experimenta ese sentimiento:

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Siento fatiga al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.							
5. Creo que trato a las personas como si fuesen objetos comunes.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente me exige un esfuerzo emocional							
7. Trato eficazmente los problemas de las personas.							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.							

10. Evito conectar emocionalmente con la gente desde que ejerzo esta profesión.									
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.									
12. Me siento muy activo.									
13. Me siento frustrado en mi trabajo.									
14. Creo que estoy trabajando demasiado.									
15. No me preocupa lo que les ocurra a algunas personas a las que doy servicio.									
16. Trabajar directamente con personas me genera estrés.									
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.									
18. Me siento motivado después de trabajar en contacto con otras personas.									
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.									
20. Siento que ya no puedo más.									
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.									
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.									

B. Ficha Técnica:

- Nombre del instrumento: Cuestionario SERVQUAL
- Nombre y Origen: SERVQUAL (Quality Service)
- Autor y Año: A. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988)
- Procedencia: Estados Unidos
- Adaptación: MINSA (2012), Cabello, E. y Chirinos, JL. (2012)
- País: Perú
- Dimensiones: Fiabilidad
Capacidad de respuesta
Seguridad, empatía
Aspectos tangibles
- Escala: Escala numérica del 1 al 7.
- Aplicación: Individual
- Duración: 10-15 minutos
- Ítems: 44

El instrumento de evaluación fue elaborado por A. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) está compuesto por 44 ítems donde establece la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización. Es una herramienta de escala multidimensional para evaluar la calidad del servicio brindado en empresas del sector Educación, Salud, entre otros. Presenta cinco dimensiones de evaluación de calidad tales como: Fiabilidad: comprenden los ítems (1,2,3,4,5). Capacidad de Respuesta: comprenden los ítems: (6,7,8,9). Seguridad: comprenden los ítems (10,11,12,13). Empatía: comprenden los ítems (14,15,16,17,18) y Aspectos Tangibles; comprenden los ítems (19,20,21,22). Para la calificación el estándar esperado es mayor al 60%, midiendo

la insatisfacción sujeta a variación según medición basal: $> 60\%$ (por mejorar), $40 - 60\%$ (en proceso) y $< 40\%$ (aceptable).

Aceptando un error estándar del 5% (0.05)² para establecimiento de categorías II y III con un nivel de confianza del 95% , asumiendo un $p=0.5$ y $q=0.5$, cuando no se conoce el porcentaje de la satisfacción en estudios previos.

	N° Encuesta	
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II Y III		
Nombre del encuestador:		
Establecimiento de salud:		
Fecha:		
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el servicio de Consulta Externa del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.		
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:		
1. Condición del encuestado	Usuario (a) : <input type="text"/>	
	Acompañante : <input type="text"/>	
2. Edad del encuestado en años		
3. Sexo	Masculino <input type="text"/>	
	Femenino: <input type="text"/>	
4. Nivel de estudio	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior Técnico	4
	Superior Universitario	5
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	1
	SOAT	2
	Ninguno	3
	Otro	4
6. Tipo de usuario	Nuevo	1
	Continuador	2
7. Especialidad/ servicio donde fue atendido:	_____	

EXPECTATIVAS

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

N°		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa							
02	E	Que la consulta con el médico se realice en el horario programado							
03	E	Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada							
04	E	Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención							
05	E	Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad							
06	E	Que la atención en caja o en el módulo admisión del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida							
07	E	Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida							
08	E	Que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
09	E	Que la atención en farmacia sea rápida							
10	E	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
11	E	Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención							
12	E	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
13	E	Que el médico que atenderá su problema de salud, le inspire confianza							
14	E	Que el personal de consulta externa le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Que el médico que atenderá, muestre interés en solucionar su problema de salud							
16	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.							
18	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
19	E	Que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes							
21	E	Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	E	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos							

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones, que se refieren a como usted HA RECIBIDO , la atención en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P	¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?							
02	P	¿El médico le atendió en el horario programado?							
03	P	¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de su llegada?							
04	P	¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?							
05	P	¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
06	P	¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?							
07	P	¿La atención para tomarse exámenes de laboratorio fue rápida?							
08	P	¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	P	¿La atención en farmacia fue rápida?							
10	P	¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?							
11	P	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	P	¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	P	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	P	¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	P	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre su problema de salud o resultado de su atención?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipos de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?							
19	P	¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P	¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿el consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							

ANEXO N° 4: Consentimientos informados

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del estudio:

He sido invitado a participar del estudio titulado “**Síndrome de Burnout en el Personal de Salud y Calidad de Atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025**” a realizarse por la bachiller **Karem Díaz Cueva** de la **Universidad Privada del Norte**. El objetivo es determinar la relación entre el síndrome de burnout del personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.

El Síndrome de Burnout (SB), también conocido como síndrome de desgaste profesional o del quemado fue declarado como un factor de riesgo laboral debido a su capacidad para afectar la calidad de vida y salud mental (OMS,2000).

Procedimientos:

Me han informado que, después del proceso de selección, he sido elegido para participar en este estudio. De aceptar participar, mediante la técnica de encuesta se me aplicará el instrumento (*Maslach Burnout Inventory*) para recoger los datos. Dicha aplicación se realizará en el área de consulta externa del hospital nivel III de Trujillo y durará aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Riesgos:

He sido informado que no existe riesgo para mí por participar en este estudio.

Beneficios:

Recibiré como beneficio indirecto favorecer con mi aporte la identificación del síndrome de burnout en personal de salud, el cual permitirá que la Institución diseñe programas preventivos sobre estrés laboral para el personal de la salud.

Costos e incentivos:

No debo pagar nada por participar en este estudio y no recibiré algún incentivo.

Confidencialidad:

La investigadora utilizará todas las herramientas posibles para proteger la confidencialidad y el anonimato del participante. La información que brinde solo será conocida por la investigadora arriba señalada; y, solo se utilizará con fines de investigación.

Presentación del informe:

Sé que el informe con los resultados del estudio se presentará en el repositorio institucional de la Universidad Privada del Norte mediante la publicación de la tesis.

Derechos del participante:

Mi participación en este estudio es voluntaria. Si durante el recojo de información decido interrumpir o no continuar con el proceso, puedo retirarme del estudio sin que eso tenga ninguna consecuencia negativa para mí o para mi familia.

Si tengo alguna duda, puedo preguntar al personal del estudio o contactar a Karem Díaz Cueva, 991314027 y el correo: karemdiaz2710@gmail.com

En caso crea haber sido tratado injustamente puedo comunicarme con Contacto Ética y Propiedad Intelectual de la Universidad Privada del Norte, al correo electrónico contacto.epi@upn.edu.pe

CONSENTIMIENTO:

Comprendo la información expuesta arriba y ACEPTO participar en este estudio, sabiendo que, si así lo decido, puedo interrumpir mi participación con libertad y sin que eso tenga consecuencias negativas para mí o para mi familia.



Firma del Investigador(a)

Karem Díaz Cueva

Firma del Participante

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del estudio:

He sido invitado a participar del estudio titulado “**Síndrome de Burnout en el Personal de Salud y Calidad de Atención en un Hospital Nivel III-1, Trujillo,2025**” a realizarse por la bachiller **Karem Díaz Cueva** de la **Universidad Privada del Norte**. El objetivo es determinar la relación entre el síndrome de burnout del personal de salud y la calidad de atención en un hospital nivel III-1, Trujillo,2025.

La calidad de la atención consiste en mostrar el valor de los servicios de salud para individuos y poblaciones, de esta manera aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud anhelados. Esta enunciación implica que la calidad de la atención se puede medir y mejorar continuamente mediante la prestación de una atención basada en la evidencia que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los pacientes (OMS,2019).

Procedimientos:

Me han informado que, después del proceso de selección, he sido elegido para participar en este estudio. De aceptar participar, mediante la técnica de encuesta se me aplicará el instrumento (*SERVQUAL*) para recoger los datos. Dicha aplicación se realizará en el área de consulta externa del hospital nivel III de Trujillo y durará aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Riesgos:

He sido informado que no existe riesgo para mí por participar en este estudio.

Beneficios:

Recibiré como beneficio indirecto favorecer con mi aporte la identificación de la calidad de atención, el cual permitirá que la Institución diseñe programas de mejora en la calidad de atención en sus respectivas áreas.

Costos e incentivos:

No debo pagar nada por participar en este estudio y no recibiré algún incentivo.

Confidencialidad:

La investigadora utilizará todas las herramientas posibles para proteger la confidencialidad y el anonimato del participante. La información que brinde solo será conocida por la investigadora arriba señalada; y, solo se utilizará con fines de investigación.

Presentación del informe:

Sé que el informe con los resultados del estudio se presentará en el repositorio institucional de la Universidad Privada del Norte mediante la publicación de la tesis.

Derechos del participante:

Mi participación en este estudio es voluntaria. Si durante el recojo de información decido interrumpir o no continuar con el proceso, puedo retirarme del estudio sin que eso tenga ninguna consecuencia negativa para mí o para mi familia.

Si tengo alguna duda, puedo preguntar al personal del estudio o contactar a Karem Díaz Cueva, 991314027 y el correo: karemdiaz2710@gmail.com

En caso crea haber sido tratado injustamente puedo comunicarme con Contacto Ética y Propiedad Intelectual de la Universidad Privada del Norte, al correo electrónico contacto.epi@upn.edu.pe

CONSENTIMIENTO:

Comprendo la información expuesta arriba y ACEPTO participar en este estudio, sabiendo que, si así lo decido, puedo interrumpir mi participación con libertad y sin que eso tenga consecuencias negativas para mí o para mi familia.



Firma del Investigador(a)

Karem Díaz Cueva

Firma del Participante