



**UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO**

**FACULTAD “ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”**

**DE CIENCIAS MÉDICAS.**

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES Y DE  
ÁREAS DE CIRUGÍA MENOR Y QUIRÓFANO DEL HOSPITAL  
TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERÍODO DEL 15 DE  
SEPTIEMBRE DEL 2015 HASTA EL 1 DE MAYO DEL 2016

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO  
REQUISITO PARA EL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR: RENATO JOSHYPAR RODRIGUEZ MALLEA

TUTOR: DR CARLOS ORELLANA

LUGAR Y FECHA: SAMBORONDON SEPTIEMBRE 2016

## AUTORÍA

Yo, Renato Joshymar Rodríguez Mallea con CC: 1204329310, por medio del presente documento dejo constancia de mi autoría sobre el trabajo de investigación denominado: “Prevalencia de Síndrome de Burnout en residentes de áreas de cirugía menor y quirófano del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el período del 15 de septiembre del 2015 hasta el 1 de mayo del 2016”. La responsabilidad de las opiniones, investigaciones, resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este documento, son exclusivamente mías. Samborondón, febrero del 2016.

Samborondón, agosto del 2016

---

Renato Rodríguez Mallea

C.I. 1204329310

## Carta de Aprobación del Tutor

Samborondón, agosto del 2016

Yo, Dr. Carlos Orellana, en calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema “Prevalencia de Síndrome de Burnout en residentes de áreas de cirugía menor y quirófano del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo del 15 de septiembre del 2015 hasta el 1 de mayo del 2016” presentado por el alumno Renato Joshymar Rodríguez Mallea, egresado de la carrera de Medicina: Certifico que el trabajo ha sido revisado de acuerdo a los lineamientos establecidos por la UEES y reúne los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo de la Facultad “Enrique Ortega Moreira” de Medicina, de la Universidad Espíritu Santo.

El trabajo fue realizado durante el periodo septiembre del 20015 a mayo del 2016 en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

---

Dr. Carlos Orellana.

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios, sin él no estaría presente en este momento, porque me dio a mis padres, a mi madre quien es el motor fundamental para mi crecimiento estudiantil y profesional. A mi esposa por ser la luz en los días nublados y empujarme hacia la culminación de mi carrera universitaria. A mis hermanos ejemplos de superación profesional.

A mis amigos universitarios fueron muchos en el transcurso pero en especial a Amanda Bastidas, Julio Navarrete, Soledad Ochoa, Miguel Guerra entre otros que hicieron más fácil y llevadera este largo camino, a los que no están en este momento porque abandonaron o partieron a mejor vida.

A mis maestros el Dr. Bolívar Zurita que con sus historias me hacía recobrar la fe en mi capacidad, Al Dr. Daniel Tettamanti quien fue mi maestro en reiteradas ocasiones y gracias al cual aprendí mucho de medicina y lecciones de vida. A mi tutor el Dr. Carlos Orellana que con sus ocurrencias nos alegraba las clases de psicología y neurociencias, al Dr. Bosco Alcívar, por quien encontré el cariño a la pediatría y me enseñó a pensar como niño y actuar como adulto.

A mis grandes amigos, hermanos de otras madres, Juan Pablo Aray, Douglas Tigrero, Daniel Vargas, Marlon Vargas, Wilson Mendoza, Winder Cruz y Jefferson Gainza que a pesar de no formar parte de mi carrera formaron parte de mi vida y me dieron el apoyo que muchas veces era necesario para animarme ante las adversidades que se presentaban.

Gracias a todos incluso a los que no creyeron en mí son parte de mi crecimiento profesional y de mi vida, este triunfo es para todos sin ustedes no hubiera sido lo mismo.

## **DEDICATORIA**

A mí adorada Madre, mi amada Esposa, mis queridos Hermanos y mi  
compañero de estudios “Jake”.

## INDICE DE CONTENIDOS

AUTORÍA.....	I
Carta de Aprobación del Tutor .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
DEDICATORIA .....	IV
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I.....	15
<b>1.1 Antecedentes .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Descripción del problema .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Justificación.....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Objetivos generales y específicos.....</b>	<b>23</b>
Objetivo General .....	23
Objetivos específicos .....	23
<b>1.5 Formulación de hipótesis o preguntas de investigación. ....</b>	<b>23</b>
CAPÍTULO II.....	24
MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL.....	24
<b>2.1 Aspectos teóricos.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Términos utilizados para la descripción del Síndrome de     Burnout.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Marco Legal.....</b>	<b>36</b>

CAPÍTULO III.....	39
METODOLOGÍA.....	39
<b>3.1Diseño de la investigación.....</b>	<b>39</b>
3.1.1 Tipo de investigación.....	39
3.1.2 Alcance .....	39
3.1.3 Lugar .....	39
3.1.4 Conceptualización y matriz de operacionalización de las variables.....	40
<b>3.2Población y muestra.....</b>	<b>40</b>
3.2.1Población y muestra .....	40
3.2.2 Criterios de inclusión .....	41
3.2.3 Criterios de exclusión .....	41
<b>3.3 Descripción de los Instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación. ....</b>	<b>41</b>
3.3.1Métodos.....	42
3.3.2Instrumentos.....	42
3.3.3Herramientas.....	48
3.3.4Procedimientos de la investigación. ....	49
<b>3.4Aspectos éticos .....</b>	<b>49</b>
CAPÍTULO IV.....	51
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS .....	51
<b>4.1RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2DISCUSIÓN.....</b>	<b>65</b>
CAPITULO V.....	70

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.....	70
Bibliografía.....	73

### INDICE DE TABLAS

Tabla # 1. Estudios de Incidencia de Burnout por profesiones .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla # 2. Variables de Estudio .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla # 3. Puntos de corte sugeridos para interpretar las puntuaciones en el CESQT basadas en percentiles. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla # 4. Número de encuestados de acuerdo a la edad .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla # 5. Medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la edad.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla # 6. Distribución de pacientes de acuerdo al género. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla # 7. Distribución de los participantes de acuerdo al género y a los años de labor .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla # 8. Distribución de los participantes de acuerdo a género y a grado de SQT .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Gráfico # 8. Distribución de género masculino del SQT	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla # 9. Distribución de los participantes de acuerdo a género y perfil de culpa o ausencia de la misma.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>



Tabla # 10. Relación entre los años de residencia y el perfil de SQT .....**¡Error! Marcador no definido.**

## **INDICE DE IMÁGENES Y GRAFICOS**

Imagen # 1. Escala Tipo Likert para la realización del test CESQT. **¡Error! Marcador no definido.**

Imagen # 2. Ejemplo de cómo realizar la corrección de CESQT ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico # 1. Porcentaje de pacientes de acuerdo a la edad ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico # 2. Distribución de porcentajes de pacientes por genero.... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico # 3. Porcentaje de encuestados de acuerdo a los años de residencia .....**¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico # 4. Porcentaje de encuestados de género masculino ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico # 5. Porcentaje de encuestados de género masculino ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico # 6. Distribución de acuerdo a género del SQT**¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico # 7. Distribución de género femenino del SQT**¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico # 8. Distribución de género masculino del SQT**¡Error! Marcador no definido.**

Grafico # 9. Distribución de perfiles de culpa por género ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico # 10. Distribución de perfiles de culpa por género masculino ..... ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico # 11. Distribución de perfiles de culpa por género femenino ¡Error! Marcador no definido.

Gráfico # 12 Relación entre años de residencia y severidad del SQT.....65

## INDICE DE ANEXOS

Anexo # 1. Primera parte del cronograma de actividades del trabajo de titulación..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo # 2. Segunda parte del cronograma de actividades del trabajo de titulación..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo # 3. Interpretación del CESQT ..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo # 4. Carilla anterior del CESQT ..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo # 5. Carilla posterior del CESQT..... ¡Error! Marcador no definido.

Anexo # 6. Carta de aprobación de la unidad de docencia hospitalaria  
.....¡Error! Marcador no definido.

Anexo # 7. Presupuesto invertido en trabajo de titulación¡Error! Marcador  
no definido.

## RESUMEN

**Antecedentes:** El Síndrome de Quemarse en el Trabajo o estrés laboral consiste en el agotamiento físico y mental, falta de motivación por las tareas que el individuo realiza, e importantes cambios en el comportamiento. Este síndrome es más usual en aquellos trabajadores que tienen contacto directamente con clientes, en este caso específico doctores con pacientes que trabajan en turnos exhaustos que causan agotamiento físico, pudiendo dejar como consecuencia el brindar un

servicio poco atento y con falencias a la hora de un diagnóstico.

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de síndrome de Burnout en médicos residentes de áreas de cirugía menor y quirófano en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de septiembre del 2015 al 1 de mayo del 2016 utilizando un nuevo método para su evaluación adaptado a las poblaciones de habla hispana.

**Método:** el estudio fue no experimental, de tipo descriptivo observacional y transversal con una muestra de 67 residentes, hombres (n=53) y mujeres (n=14). Se aplicó el CESQT, y para su aplicación se obtuvo el manual para obtener la puntuación de cada test. Para el análisis de la información obtenida se utilizaron técnicas de estadística descriptiva y programas como Microsoft Office Excel

**Resultados y conclusiones:** el 22% de la muestra total de varones padece SQT Critico las mujeres a pesar de tener una población reducida el 29% padecen SQT crítico, estableciéndose como el grupo más vulnerable Se concluye que existe una alta prevalencia de síndrome de quemarse en el trabajo dentro de la población estudiada.

**Palabras clave:** síndrome, Burnout, médicos, emergencia, cirugía.

## **ABSTRACT**

**Background:** Burning in work or work-related stress syndrome consists of mental and physical exhaustion. Lack of motivation for the tasks performed by the individual and significant changes in behavior. This syndrome is most usual in those workers that have contact directly with customers, in this specific case doctors with patients who work exhausted shifts that cause physical exhaustion, and can leave as a result providing

a little attentive service and shortcomings at the time of diagnosis.

**Objective:** the objective of the present study was determine the prevalence of syndrome of Burnout in medical residents of areas of emergency room and operating room in the Hospital Teodoro Maldonado Carbo in the period of September of the 2015 to May first of the 2016 using a new method for its assessment adapted to the Hispanic populations.

**Method:** the study was non-experimental, it was an observational and transversal descriptive with a sample of 67 residents, men (n = 53) and women (n = 14). The CESQT was applied, and for its application was the manual to get the score of each test. For the analysis of the information obtained is used technical of descriptive statistics and programs as Microsoft Office Excel

**Results and conclusions:** the 22% of it shows total of males suffers SQT critical them women despite have a population reduced the 29% suffer from SQT critical, establishing is as the group more vulnerable is concludes that there is a high prevalence of syndrome of burn is in the work within the population studied.

**Keywords:** Burnout Syndrome, doctors, emergency surgery

## INTRODUCCIÓN

El estrés laboral, la fatiga y el cansancio no son signos exclusivos de un fenómeno que se ha propagado durante los últimos años sobre todo en áreas ejecutivas. Se ha demostrado que el estrés que se presenta como consecuencia del trabajo excesivo afecta a todo tipo de profesionales, en especial a aquellos relacionados con el campo de la salud. Existen varias hipótesis acerca de este síndrome pero se ha

encontrado que aquellos que se ven más afectados son los profesionales que trabajan directamente con personas, es por ello que los médicos se encuentran dentro del grupo con mayor prevalencia, lo cual afectará tanto la salud del prestador como la salud del beneficiario.

Para varios autores el estrés se expresa como una respuesta emocional fisiológica y conductual, potencialmente dañina, cuya intensidad dependerá de la percepción del individuo ante las condiciones exteriores del trabajo y los recursos de los cuales disponga para afrontarlos.

Hans Selye definió al estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: “La respuesta no específica del organismo a cualquier demanda exterior” el término proveniente del inglés fue incorporado de manera inmediata en todos los idiomas.

El síndrome de Burnout, conocido también como síndrome de estrés laboral, desgaste ocupacional, o Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT), es un padecimiento que se origina en respuesta a factores interpersonales y/o estresantes emocionales relacionados con el trabajo.

Los estímulos externos que están presentes en el trabajo son para el individuo, un grupo de percepciones o experiencias, muchas de ellas de carácter general mientras que otras se relacionan con las expectativas personales ya sean estas de tipo económico o desarrollo emocional, es por ello que todo lo que tenga que ver con el círculo laboral del individuo, va a afectarlo de manera directa o indirecta tanto en su percepción como ser humano como en su desempeño laboral.

Si el nivel de tolerancia al estrés es demasiado bajo o existen tensiones externas excesivas, el individuo puede manifestar múltiples

trastornos del tipo conductual, mental y físico, lo cual incapacitara su actividad y empeorara su desempeño, como resultante genera un peor servicio en este caso para el demandante de atención de salud.

Actualmente el síndrome de Burnout ya consta como una enfermedad descrita en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 con el código “Z73.3 problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)” (1) dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”; esto demuestra la importancia de estudiar este padecimiento a nivel mundial y en este caso en específico a nivel institucional.

A pesar de que el síndrome de Burnout ya aparece dentro del CIE-10, este padecimiento no tiene su propia clasificación en taxonomías tan importantes como es el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión la cual es avalada por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV por sus siglas en inglés) este sigue siendo parte de la categoría de trastornos somatomorfos indiferenciados (2).

En los últimos años se ha hecho énfasis sobre la importancia de las condiciones en las que un individuo labora, incluso la Constitución de la República y el Ministerio del Buen Vivir desarrollan políticas para mejorar el sistema laboral que actualmente se aplica en la sociedad ecuatoriana, pero el enfoque se desvía al hablar acerca de la jornada laboral para el profesional de la salud.

El síndrome de Burnout se presenta con más frecuencia en aquellas labores que requieren una interacción directa entre el cliente y el trabajador, por lo cual el personal de la salud se encuentra más predispuesto a adquirir este padecimiento, sobre todo aquellos

trabajadores que realizan turnos rotativos de 24 horas que están expuestos a mayor cansancio entrega y responsabilidad. A partir de este contexto y ante la ausencia de investigaciones previas relacionadas con el tema nace la necesidad de realizar esta investigación en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Mediante la realización del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo dirigido hacia el grupo seleccionado, se pretende obtener el porcentaje de profesionales de la salud que poseen este padecimiento y el grado en que lo poseen, a través de los resultados que arroje la investigación se podrán realizar planes para mejorar el ambiente laboral de los individuos.

## CAPÍTULO I

### **1.1 Antecedentes**

Hans Selye decía que el estrés “es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga”, llega a concluir en esta definición luego de que experimentará con extractos de ovarios de ganado implantados en ratas.



De esto encontró ya diversas reacciones de un organismo sobre otro distinto, observo que el cambio que ocurría era interdependiente del otro y el conjunto formaba un Síndrome bien definido al que denomino Síndrome General de Adaptación (1936) (4).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización del trabajo y estrés proponen que el estrés laboral afecta de forma negativa la salud psicológica y física de los trabajadores, y la eficacia de las entidades para las que estos laboran. (3)

Uno de los descubrimientos más importantes en la investigación en estas últimas décadas ha sido el demostrar que los problemas que se presentan en el área de trabajo son un factor importante en el desarrollo de SQT en los profesionales de diferentes ámbitos.

El concepto de estrés ha sido estudiado durante años pero estudios recientes generaron las primeras formulaciones del concepto las cuales fueron realizadas por el psiquiatra Freudenberg (1974), a quien generalmente se le ha considerado como el primero en describir el Síndrome de Burnout. Según este autor, por Síndrome de Burnout se entiende “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”. (5)

Es a partir de este concepto varios autores norteamericanos empiezan a crear maneras de cómo llegar al diagnóstico del síndrome de Burnout en primer lugar a través de la observación de las manifestaciones de carácter anómalo de las personas que trabajaban en instituciones de salud, a quienes a través del paso del tiempo se

encontraban desmotivados, y con ausencia de interés por realizar su trabajo.

Posterior a estos descubrimientos se da inicio una proliferación de trabajos acerca del padecimiento, la mayoría de estas publicaciones son de tipo descriptivo en las que se exponían los síntomas o características que acompañaban al paciente que padecía SQT. En la década de los setenta Storlie (1979) lo describía como un colapso espiritual, Seiderman (1978) como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios y Bloch (1972) como un tipo de conducta de tipo cínico acerca de sus propias relaciones con los clientes. (6)

Autores de la época que dedicaron su estudio a describir este padecimiento, como son Edelwich y Brosky que propusieron cuatro fases por las que pasaba el individuo que padece Burnout que son el entusiasmo inicial, el estancamiento, la frustración y finalmente la apatía. (7)

Autores como Maslach y Jackson proponen nuevas estrategias para el diagnóstico del Síndrome de Burnout y se empiezan a realizar estudios basados en la escala que estos investigadores propusieron, a través de esta herramienta diagnóstica se pudo llegar a conocer que profesionales se encontraban más inclinados a sufrir este padecimiento.

La revisión de la literatura permitió encontrar fuentes de información acerca de las investigaciones previas realizadas y en qué tipo de profesionales. En este caso se encontró un cuadro resumen,

presentado por Casas (2002), sobre estudios que reportan la incidencia del síndrome de Burnout en diferentes profesiones. (8)

### **ESTUDIO PROFESIÓN BURNOUT**

Estudio	Profesión	Burnout
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas profesiones	45%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermeros	20- 35%
Henderson (1984)	Médicos	30- 40%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12- 40%
Rosse, Jonson y Crow (1991)	Policías y personal sanitario	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermeras	17%
Jorgesen (1992)	Estudiantes de enfermería	39%
Price y Spence (1994)	Policía y personal sanitario	20%
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos	50%

Tabla # 1. Incidencia de Burnout por profesiones. Fuente Casas (2002)

### **1.2 Descripción del problema**

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el entorno de trabajo puede ser un factor capaz de influenciar sobre la salud de las personas durante el desempeño de su labor. La salud mental se determina en parte por las características del entorno laboral y entre dichas características los factores psicosociales y organizativos desempeñan un papel importante.

El ser humano es influenciado por factores externos que pueden alterar su comportamiento y percepción de sí mismo, al hablar de estrés nos referimos a una sensación de tensión física o emocional que limita la cotidianidad de cada individuo, al ser un limitante va a influenciar sobre el desempeño laboral y personal de cada trabajador es por ello que se considera al estrés laboral como un factor que predispone a la pérdida de productividad de una empresa.

El Síndrome de Quemarse en el Trabajo o estrés laboral consiste en el agotamiento físico y mental, falta de motivación por las tareas que el individuo realiza, e importantes cambios en el comportamiento. Este síndrome es más usual en aquellos trabajadores que tienen contacto directamente con clientes, en este caso específico doctores con pacientes que trabajan en turnos exhaustos que causan agotamiento físico, pudiendo dejar como consecuencia el brindar un servicio poco atento y con falencias a la hora de un diagnóstico.

Es entonces por lo anterior que el SQT además de causar agotamiento mental, influye de manera negativa en la salud de los individuos causando enfermedades crónicas tales como a diabetes o la hipertensión, la obesidad, y la depresión, es por ello que al hablar de SQT se hace hincapié en la medicina preventiva y la promoción de la salud, ya que si se dedica más tiempo a actividades que permitan liberar tensión emocional o laboral se podría mejorar en algo el desempeño en el trabajo y el riesgo de enfermedades crónicas.

Se trata de un problema que tiene gran relevancia en el ámbito de la salud laboral y que requiere ser estudiado para poder entender cuál

es la población más afectada, que género es más vulnerable y cuáles son los factores que se encuentran relacionados con la aparición del SQT, para poder realizar a posterior un enfoque preventivo.

Es de ahí de donde nace el interés de este trabajo por conocer cuál es el estado en el que se encuentran los profesionales de la salud para poder proponer nuevas medidas que ayuden a mejorar el estilo de vida, el ambiente laboral y la capacidad de servicio de salud que brinda la unidad hospitalaria donde se va a realizar el estudio en cuestión.

### **1.3 Justificación**

El SQT es un padecimiento en el cual el individuo pierde de manera gradual la responsabilidad y el interés en el trabajo que realiza, es decir el cansancio lo lleva a una pérdida de motivación que suele progresar hacia sentimientos de fracaso y de poca realización personal.

Cinco mil trabajadores mueren a diario por enfermedades relacionadas con el trabajo. El sorprendente dato fue mencionado por Antonio de Sousa Uva, médico de trabajo y profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Nueva Universidad de Lisboa, durante el VII Congreso Iberoamericano de Medicina del Trabajo. La cifra engloba situaciones de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y aquéllas empeoradas por el trabajo. (9)

Actualmente los riesgos psicosociales en el trabajo son una de las causas principales de enfermedades y de accidentes laborales. Estudios realizados en la Unión Europea han concluido que el estrés

laboral es un problema importante y que supone una pérdida en la economía y la sociedad. El estrés laboral ocupa el cuarto lugar en la frecuencia de problemas de salud reportados por los trabajadores de la UE, un 22,3% de los trabajadores manifestaron que lo sufrían, según la Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (10). Además un 8.7% reporto tener problemas de sueño y un 7.8% problemas de ansiedad derivados del trabajo.

Según recoge información la agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (11 de febrero del 2010), el estrés es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo, del que se informa con más frecuencia, y en 2005 afectaba al 28% de los trabajadores de la UE. Según estimaciones que se realizaron en el 2002, el problema costaba a la Unión Europea formado en aquellos tiempos por 15 países un mínimo de 20.000 millones de euros al año en concepto de tiempo perdido y gastos sanitarios.

Partiendo de este punto se puede concluir que, ante las consecuencias de los riesgos psicosociales, el Síndrome de Quemarse en el Trabajo (en adelante SQT) o Burnout ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas debido a un importante incremento de su prevalencia entre los trabajadores del sector de servicios (11). Este fenómeno ha sido calificado como enfermedad en ciertos estudios (12) el problema es que entre las enfermedades incapacitantes en el país, esta no se encuentra dentro de la clasificación.

Por este motivo es de suma importancia conocer la situación de los médicos residentes de las áreas de cirugía menor y quirófano que laboran en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de

Guayaquil. Ya que son aquellos que se encuentran en mayor relación con gran cantidad de pacientes, además realizan turnos rotativos de 24 horas lo cual puede ser un factor predisponente de estrés laboral, el cual se verá reflejado con una mayor cantidad de errores pudiendo comprometer la salud del paciente.

Este estudio se realizara con la finalidad de conocer los conflictos y cargas laborales que padece el personal de salud antes mencionada y de cómo estas los afectan en el desarrollo de sus actividades diarias. Debemos tener en cuenta que el estrés laboral no afecta solo al usuario, sino que se ha demostrado que el padecimiento de este síndrome podría generar un impacto importante en la salud del prestador del servicio, generando enfermedades como: resistencia a la insulina, hipertensión arterial, obesidad, insomnio, depresión entre otras.

El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de SQT en los residentes de áreas de quirófano y de cirugía menor (emergencia), para de esta manera determinar el grupo más vulnerable a padecer el síndrome antes descrito.

Conocer a cabalidad el grupo más vulnerable es el primer paso para resolver este problema ya que es de vital importancia que los residentes de las áreas antes mencionadas cumplan su trabajo con la mayor eficacia y eficiencia posible ya que su desempeño afecta de manera directa al usuario.

Una vez establecida la cifra real de prevalencia del Síndrome de Quemarse en el Trabajo en el personal de salud se podrán destinar recursos e instaurar reformas a las normativas pertinentes para ayudar a

disminuir el estrés laboral y permitir que el ambiente de trabajo sea el más adecuado y armónico posible, para de esta manera brindar atención de calidad al paciente.

Además es necesario conocer la situación de los médicos postgradistas del HTMC debido a que el ausentismo laboral, genera pérdidas económicas para la institución, de lo cual se conocen pocas o ninguna cifra. Debido a la pérdida económica que genera este nuevo padecimiento del cual se conoce poco y que no ha sido tan extensamente estudiado, se decide realizar este estudio para conocer la cifra real del padecimiento de esta patología en la población médica seleccionada y de esta manera poder encontrar el problema inicial, para que luego nuevos investigadores puedan reproducir el estudio dentro del campo médico y encontrar las posibles causas del estrés laboral y de esa manera poder incluir dentro de las enfermedades laborales a este padecimiento.

#### **1.4 Objetivos generales y específicos**

##### Objetivo General

- Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos residentes de las áreas de cirugía menor (emergencia) y quirófano del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo del 15 de septiembre del 2015 hasta el 1 de mayo del 2016.

##### Objetivos específicos



- Describir si existe relación entre el tiempo que llevan ejerciendo dentro del hospital y el grado de padecimiento de SQT.
- Determinar el grado de SQT que padece cada grupo de individuos y el porcentaje global.
- Determinar en qué perfil culpa de SQT encasillan cada grupo de pacientes de acuerdo al género.
- Identificar en que género se presenta el mayor porcentaje de casos de Síndrome de Burnout.

### **1.5 Formulación de hipótesis o preguntas de investigación.**

Los residentes de género femenino de las áreas de quirófano y cirugía menor (emergencia) se ven más afectadas por SQT.

Los residentes de las áreas de quirófano y cirugía menor (emergencia) que llevan mayor número de años laborando en el hospital presentan mayor prevalencia de síndrome de Burnout que aquellas que tienen menor tiempo laboral.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL**

#### **2.1 Aspectos teóricos**

El síndrome de Burnout es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que suele aparecer cuando fallan estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele

emplear.

El Síndrome de Quemarse en el Trabajo, Síndrome de desgaste profesional, Síndrome del quemado, Síndrome de Burnout son los nombres con los que comúnmente se define a este padecimiento, que en la actualidad afecta a un número indeterminado de personas, según investigaciones los grupos más afectados por este padecimiento son los médicos, personal que labora en servicio al cliente y los docentes (8). El Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés ocasionado por el trabajo crónico, caracterizado por actitudes y sentimientos de negatividad hacia las personas que conforman el grupo de trabajo e incluso hacia el propio rol que el individuo desempeña.

Las investigaciones de diversos autores con diferente orientación teórica llegan a la conclusión de que el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo que se compone de emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia el paciente en este caso específico e incluso hacia el propio rol que se desempeña.

El termino Burnout en español “quemado” aparece por primera vez en la literatura científica a inicio de los años 70 por el psicólogo Herberg J. Freudenberger de New York quien realizó las primeras observaciones sobre dicho fenómeno, sin embargo fue la psicóloga social de la universidad de California, Cristina Maslach en unión con Susana Jackson quien introdujo y popularizó el término en la psicología científica, llegando a ser considerado actualmente como la plaga psicológica del siglo XXI (13).

A través de la observación Freudenberger se dio cuenta que aun si los trabajadores son exitosos o podrían aparentar el estar satisfechos con su desempeño profesional, con el paso de los años y sometidos a la misma rutina algunos de ellos terminaban agotándose, en el caso específico del personal de la salud esto generaba una mala calidad del servicio hacia los pacientes.

Este trastorno afecta principalmente a trabajadores de servicios asistenciales, y es el origen de casi el 50% de ausentismo laboral en la Unión Europea y al año puede afectar hasta a 40 millones de empleados públicos o privados, lo cual genera un costo económico de más de 20 mil millones de euros sin contar los costos en rendimiento y salud (14).

Fue en el año de 1981 cuando Maslach y Jackson denominaron al Burnout como un Síndrome de tres dimensiones derivado de un estado de estrés crónico y cuyas características principales son el cansancio físico y psicológico, unido a este la sensación de incapacidad de brindar más de sí mismo (agotamiento emocional) es decir baja realización personal en el trabajo, entendida como la tendencia de los profesionales a evaluar de manera negativa su actividad dentro del trabajo y el ejercicio de la misma, una actitud fría y despersonalizada con los compañeros de trabajo la cual se denomina despersonalización, y finalmente la presencia de un sentimiento de inadecuación hacia el puesto de trabajo y las tareas que conllevan dicho puesto, acompañada de la percepción de fracaso e ineptitud por pensar que no se han conseguido logros personales o éxitos.

Desde una perspectiva psicosocial, el Síndrome no debe de entenderse como un estrés psicológico, sino como el resultado de la

exposición crónica a diversas fuentes de estrés que surgen en relación con usuarios de servicios asistenciales, llámense estos pacientes, alumnos o clientes y los profesionales que deben atenderlos (15).

La tendencia actual en promover la seguridad e higiene en el ambiente laboral no solo incluye el conocer los posibles riesgos físicos y biológicos en los ambientes donde se lleva a cabo un trabajo, sino también los múltiples factores psicológicos y sociales que forman parte del círculo empresarial o institucional donde el trabajador se desenvuelve y la manera en como estos factores influyen sobre la salud física y mental del empleado.

La mayoría de factores relacionados con el estrés, en el trabajador, involucran principalmente aspectos básicos como la organización, la administración y el sistema de trabajo que maneja la empresa además del factor humano y las relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo que podrían hacer más amena o más aversiva la práctica diaria.

Para los expertos, el estrés laboral se da como resultado de sobrecarga de exigencias, tensiones y apoyo nulo que refuerce al individuo a realizar su trabajo, pero también es resultado de la interacción de estas variables con las características de cada persona y la tolerancia que la misma tenga para soportar el estrés.

Los síntomas en estos pacientes con Síndrome de Burnout, no solo resultan en las manifestaciones físicas y psicológicas, además de esto provocan dificultades interpersonales que pueden generar conflictos en situaciones profesionales o familiares, en el caso de los servicios de

salud pudiendo atentar contra la seguridad del paciente y con el declive de la institución que presta el servicio.

El desarrollo de conductas y actitudes negativas hacia los usuarios no es una estrategia de afrontamiento de elección inicial para el profesional, pero con la presión que se ejerce sobre ellos y el pasar del tiempo pueden aparecer.

Cuando el paciente presenta estrés laboral este puede manifestar los siguientes rasgos:

- Estar angustiado e irritable.
- Incapacidad de concentrarse o de mantenerse relajado.
- Presentar dificultad para pensar de manera lógica y para la toma de decisiones.
- Apatía por el trabajo que realiza.
- Sensación de desgano, depresión o ansiedad.
- Presentar dificultades para conciliar el sueño.

Se puede sufrir problemas graves que atenten a la salud física del individuo tales como: cardiopatías, trastornos digestivos, aumento de la presión arterial, dolores musculares y esqueléticos, cefalea tensional o migraña, insomnio (16).

Además de las situaciones laborales que causan estrés se han podido identificar otro tipo de situaciones que pueden generar presión sobre el personaje de estudio. A estos agentes para su mejor estudio se los ha dividido de acuerdo a su origen (17).

- **Ambientales:** como son la presencia de ruido, congestionamiento vehicular, una mala estructura física del sitio donde se trabaja, el aumento de la tasa criminal de la ciudad donde habita, y la presencia de desastres naturales.
- **Familiares:** los problemas de parientes cercanos sean estos hijos o padres, conflictos entre parejas, enfermedades catastróficas o muerte de algún pariente cercano.
- **Personales:** la incapacidad para poder cumplir metas propuestas, y el pensamiento negativo acerca del desarrollo propio del individuo.
- **Impersonales;** aquí se engloba lo que se relaciona con la mala comunicación interpersonal, ya sea esto llegar tarde a una cita o ser plantado en una cita o una mala comunicación para interactuar con desconocidos.

El estrés como toda patología evoluciona y este lo hace a través de las siguientes fases de respuesta:

**Fase de reacción de alarma:** ante un estímulo que genere estrés en el organismo este reacciona de manera automática para poder emitir una respuesta ya sea para afrontar o para escapar del estímulo primario. Se genera una activación del sistema nervioso con manifestaciones como resequedad de boca, midriasis, sudoración excesiva, taquicardia, taquipnea, aumento de la presión arterial, y aumento de la gluconeogénesis y secreción de catecolaminas mediadoras del sistema simpático (18).

**Fase de resistencia:** aparece cuando el organismo no se puede recuperar del estímulo inicial y entra en un estado de

hiperactividad funcional para poder encarar la situación, lo cual finalmente genera una reducción de las capacidades de respuesta neuroendocrina.

**Fase de agotamiento:** la energía de adaptación del organismo es limitada, por ello si el estrés se vuelve crónico o adquiere más intensidad puede sobrepasar la resistencia del cuerpo para poder aguantarlo, y por ende este entrara en una fase de agotamiento. Lo que traerá alteraciones del tipo psicósomáticas.

De la alteración de todas estas fases y de la codificación del estrés se produce el Síndrome de Burnout, para algunos expertos este síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas.

1. En primer lugar se produce una incapacidad para mantener el balance entre las demandas y los recursos es decir se presenta el estrés psicosocial.
2. Alteración a nivel del estado de tensión psicofísica
3. Se producen cambios de conducta, a causa de un afrontamiento de tipo defensivo con los deberes que causan estrés y el individuo procura alejarse, por lo que con frecuencia se produce un tratamiento a distancia con los pacientes, de manera rutinaria y mecánica, poniendo por encima de todo la gratificación de las necesidades propias en lugar de al servicio que se presta.

Este trastorno de desarrolla de manera lenta e imperceptible, pero durante su evolución se pueden diferenciar diversos grados de intensidad, usualmente los individuos tienden a negar que tienen problemas, y habitualmente los colegas con quienes comparte labores

son los que lo identifican. Es importante identificar en qué fase se encuentra el individuo debido a que un 5-10% de los casos pueden entrar en una fase irreversible la cual es grave por el hecho de que favorece al abandono de las actividades laborales, significando una pérdida económica para la institución y el individuo.

Al mismo tiempo este padecimiento se puede manifestar en 4 niveles de alteraciones.

- Falta de interés por ir a realizar las labores diarias en su lugar de trabajo, por dolores corporales diversos e inespecíficos.
- Sensación de malestar al interactuar con otros, que comienza siendo la percepción de sentimientos de persecución o de que todos están en contra lo cual genera el ausentismo laboral.
- Capacidad para trabajar disminuida, con aparición de enfermedades psicosomáticas pudiendo generar que el individuo se auto medique o empiece a consumir bebidas alcohólicas u otro tipo de drogas.
- Finalmente el individuo puede llegar al alcoholismo franco, farmacodependencia, intento de suicidio y abandono del trabajo.

Varios trabajos realizados en empleados del sector de la salud sobresalen de forma importante. La prevalencia de este padecimiento está en aumento. En un estudio descriptivo y transversal efectuado en médicos familiares del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) de la zona, metropolitana de Guadalajara se encontró una prevalencia de este síndrome en el 42.3 % de la muestra, además que con mayor frecuencia presentan problemas de salud en lo que es el sistema respiratorio y gastrointestinal. (19)



Hasta el momento las investigaciones han sido encaminadas a estudiar este Síndrome como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, pero existe la posibilidad de que se encuentre relacionado con variables biológicas.

La herramienta básica para el diagnóstico del Síndrome de Burnout es el inventario de Maslach que ha sido ampliamente usado para evaluar este padecimiento, Esta escala 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.

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. El cuestionario ha sido traducido a muchos idiomas y su validez ha sido evaluada en varios países, el cuestionario tiene un formato de auto aplicación con 22 ítems y con 7 opciones de respuesta con escala tipo Likert, de 0 nunca, a 6 todos los días para cada reactivo, El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. (20)

1. Cansancio emocional: valora la vivencia de pasar cansado emocionalmente para realizar el trabajo. Puntuación máxima de 54, se considera alta una puntuación mayor a 33.
2. Este es el dominio de la despersonalización: valora el grado que cada persona reconoce de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima de 30, se considera alta una puntuación mayor a 20.

3. Dominio de la realización personal: evalúa sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48 se considera baja una puntuación menor a 33.

Se considera puntuación bajas entre 1 a 33, aunque existen pocas investigaciones de campo en el país acerca del desgaste de los profesionales sanitarios (21).

Sin embargo, a pesar de que ha demostrado ser un instrumento válido y fiable y con una gran aceptación internacional (22), el MBI presenta algunas debilidades que obligan a usarlo con precaución, especialmente fuera de poblaciones estadounidenses o anglosajonas:

- a) Una estructura factorial del modelo con una fundamentación teórica diferente de la ofrecida por el manual (23), así como la ambigüedad factorial de algunos ítems,
- b) La baja fiabilidad de la escala de despersonalización, en especial cuando el MBI se aplica fuera de EEUU y en muestras que no son de habla inglesa (24),
- c) La falta de validez discriminante con otros conceptos relacionados (p. ej. depresión) (25).
- d) La elaboración de modelos teóricos diferentes derivados de las distintas versiones del MBI.

Estas insuficiencias entre otras, han fomentado a que en los últimos años se desarrollen nuevas herramientas de evaluación alternativas para cubrir esas limitaciones, como es el caso del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT) (26).

Debido al masivo interés acerca de este tema se han propuesto

una gran cantidad de intervenciones que logren prevenir las consecuencias del síndrome, sobre todo en los médicos que están en formación, en ellos es importante el desarrollo de programas que ayuden a identificar la susceptibilidad a la fatiga y la privación del sueño debido a la carga horaria extensa que tienen para el cumplimiento de los turnos y al mismo tiempo para la formación académica (27).

En el Ecuador, un país que se encuentra perjudicado por la situación socioeconómica, es necesario realizar un estudio detallado, además del plantear alternativas para la solución de este problema, apoyados por el Estado, que es el que debe de promover y garantizar el equilibrio entre los diferentes actores del sector de la salud y en las políticas de riesgo profesional.

Actualmente son los propios profesionales muchas veces los de más antigüedad los que frustran al empleado nuevo, debido a que lo pueden ver como una amenaza a sus esquemas clásicos de actuación lo que implica un cambio de actitud que no está dispuesto a realizar. El sistema de salud posee una característica singular, principalmente en lo que es el medio hospitalario, como es la confrontación de intereses entre lo público y lo privado, que produce una baja implicación en la consecución de los objetivos establecidos por la institución, creándose indefinición y actitudes de baja cohesión en el grupo, e incluso el uso de los recursos de la organización para los objetivos personales (28).

Tomando en cuenta lo mencionado con anterioridad y considerando que los médicos residentes de áreas quirúrgicas y de cirugía menor, además de la presión asistencial, se ven sometidos a las exigencias de cada una de sus universidades, en cuanto a materia de

estudio o pensum académico, lo cual puede ser un gatillante para el desarrollo del SQT. Se realiza este estudio con el objetivo de identificar la presencia del SQT en residentes de las áreas de cirugía menor (emergencia) y residentes de áreas de quirófano (quirúrgicas) del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, para ello se caracterizó la muestra según variables sociodemográficas: edad, género, y tiempo de labor hospitalaria.

## **2.2 Términos utilizados para la descripción del Síndrome de Burnout.**

- MBI: Por sus siglas en inglés Maslach Burnout Inventory que 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 (20).
- Estrés: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos a veces graves (29).
- Psicósomático: Se califica como psicósomático al trastorno psicológico que genera algún efecto físico provocando alguna consecuencia en el organismo (29).
- Catecolaminas: son un grupo de sustancias químicas que cumplen la función de transmitir señales dentro del cuerpo humano, son sintetizados a partir de la tirosina y reciben su nombre por tener en su estructura química un grupo amino y un grupo catecol.
- Despersonalización: alteración de la auto-percepción o la experiencia, de uno mismo de tal manera que el individuo se siente aislado de los procesos mentales o cuerpo como si fuera tan solo un observador externo de sí mismo (30).

- Escala tipo Likert: Es un tipo de escala psicométrica que se usa en cuestionarios y es la más ampliamente aplicada para fines investigativos, sobre todo en las ciencias sociales.
- Midriasis: Dilatación anormal y permanente de la pupila, puede estar provocada por un agente midriático, por una parálisis de las fibras parasimpáticas que inervan el iris o por un traumatismo craneal grave (31).
- Taquicardia: Se denomina taquicardia a la aceleración del ritmo cardiaco por encima de 100 latidos por minuto.
- Taquipnea: Es el termino medico usado para describir un aumento en la frecuencia de respiraciones por minuto, ya que la frecuencia respiratoria normal es de 12 a 20 se considera patológico a cualquier cosa que puede aumentar su frecuencia.
- Gluconeogénesis: es un ciclo bioquímico que ocurre en el cuerpo con la finalidad de obtener glucosa y glucógeno a través del metabolismo de sustancias como acido pirúvico y aminoácidos intermediarios del ciclo de Krebs.
- Síndrome: Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad (29).
- CESQT: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.
- OMS: Organización Mundial de la Salud, es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas (32).
- OPS: Organización Panamericana de la Salud, es la organización internacional especializada en la salud pública de las Américas que

labora cada día para brindar cooperación en salud a sus países miembros (33).

- HTMC: Hospital Teodoro Maldonado Carbo hospital institucional perteneciente al seguro social ecuatoriano.

### **2.3 Marco Legal**

Tomando en cuenta la realidad que se observa en la institución en la cual existe suficiente personal de salud, espacio físico adecuado para atender a la creciente demanda de pacientes que se hacen atender en el lugar, existe la necesidad de realizar este estudio para que proporcione una estadística válida acerca de la prevalencia de síndrome de Burnout en el grupo seleccionado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En el Ecuador la Ley orgánica de la Salud es aquella que tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento adecuado del Sistema Nacional de Salud que regirá a nivel nacional.

La Constitución dispone que es obligación del Estado Ecuatoriano, garantizar el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de seguridad alimentaria, saneamiento básico, acceso a agua potable y además el fomentar ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, así como también el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud conforme a los principios de equidad, calidad, solidaridad, eficiencia.

El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa.

Según la constitución del 2008, publicación oficial de la Asamblea Nacional del Ecuador en la Sección tercera: Formas de trabajo y su retribución Art 325, Art 326 nos plantea que: El Estado garantizará el derecho al trabajo. Se reconocen todas las modalidades de trabajo, en relación de dependencia o autónomas, con inclusión de labores de auto sustento y cuidado humano; y como actores sociales productivos, a todas las trabajadoras y trabajadores de igual forma cita que, el empleado tendrá derecho a realizar sus actividades en un ambiente adecuado que otorgue todas las garantías necesarias (34).

Por otro lado encontramos el Plan Nacional del Buen Vivir en el objetivo 3 en el que se espera mejorar la calidad y la esperanza de vida de la población así como generar un ambiente adecuado para poder alcanzar los logros de los individuos (35). Es aquí donde la investigación se centrara para analizar los posibles efectos contrarios a la normativa del buen vivir que podrían desarrollar los sujetos con estrés laboral y en concentrar la investigación en realizar un plan de prevención para evitar futuras enfermedades crónicas producidas por el estrés en el trabajo.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### **3.1 Diseño de la investigación**

##### 3.1.1 Tipo de investigación



No experimental debido a que el estudio se va a realizar sin manipular deliberadamente las variables, además de ser de tipo transversal al realizar una sola toma la muestra en un momento determinado.

### 3.1.2 Alcance

Investigación de tipo descriptiva, observacional.

### 3.1.3 Lugar

Se realizara en la ciudad de Guayaquil durante el periodo de agosto 15 del 2015 hasta el periodo del 1 de mayo del 2016 en el Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo el cual consta con las instalaciones adecuadas y el personal necesario para llevar a cabo dicha investigación. Además con la ayuda del departamento de Talento Humano se obtuvo el certificado de validación para poder proceder a la toma de la muestra.

El estudio está dirigido a estudiar a los residentes de las áreas quirúrgicas y cirugía menor (emergencia) que laboran actualmente en el hospital.

### 3.1.4 Conceptualización y matriz de operacionalización de las variables.

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Tiempo transcurrido a partir del	Tiempo en años	Años cumplidos	Numérica

	nacimiento de un individuo			
Genero	Características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombre y mujeres	Con que genero se identifican	Sexo	Masculino Femenino
Numero de año que lleva laborando en la institución	Tiempo transcurrido desde el inicio de sus labores hasta el momento de la encuesta	Tiempo en años de residencia	R1, R2, R3	Numérica

Tabla # 2. Variables de Estudio

### 3.2 Población y muestra

#### 3.2.1 Población y muestra

El grupo de estudio está conformado por los residentes de las áreas quirúrgicas, es decir aquellos que realicen sus actividades dentro del área de quirófano central, del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo además de los mismos residentes que laboran en el servicio de cirugía menor (emergencia) de dicha casa de salud.

La muestra se calculó en base a un universo de 80 y a un porcentaje de confianza del 95% lo que arrojó un resultado de 67 encuestas para poder obtener el nivel de confianza establecido.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 Npq}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 pq}$$

### 3.2.2 Criterios de inclusión

- Médicos residentes de las áreas quirúrgicas y de cirugía menor (emergencia) del Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo.

### 3.2.3 Criterios de exclusión

- Médicos jefes de servicios o de planta que laboren en la institución.
- Residentes de otras especialidades que no sean quirúrgicas.
- Otro personal de la salud que no cumpla con las características requeridas para el estudio (enfermeras, auxiliares de enfermería, internos de medicina, licenciados terapeutas respiratorios, entre otros.)

## **3.3 Descripción de los Instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación.**

### 3.3.1 Métodos

Para la obtención de los resultados de este estudio se realizó el cuestionario de Cuestionario para Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), desarrollado por Pedro R. Gil-Monte y publicado en Madrid el 2011 por TEA Ediciones, S.A.

A través del análisis de este cuestionario conformado por 20

preguntas se encontrara una cifra estimada de cuantos individuos y en qué grado poseen SQT

### 3.3.2 Instrumentos

El instrumento aplicado para la recopilación de los datos fue el Cuestionario para Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), desarrollado por Pedro R. Gil-Monte y publicado en Madrid el 2011 por TEA Ediciones, S.A. El cual ha sido diseñado para evaluar los niveles de SQT.

Mediante este instrumento se evalúa las emociones, cogniciones y actitudes de la persona relacionada con sus experiencias laborales. Estas variables se estiman mediante las cuatro escalas que componen el CESQT para evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo, junto con la puntuación total del instrumento.

Está formado por 20 ítems que valoran mediante un formato de respuesta de frecuencia de 5 puntos, desde nunca (0) hasta muy frecuentemente: todos los días (4). La persona debe indicar con qué frecuencia experimenta las situaciones descritas en los elementos del cuestionario la valoración de cada uno de los ítems se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, de 0 a 4, evaluando la frecuencia con a que el individuo tiene esos pensamientos.

A continuación encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona. Indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas.

Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajuste a su situación:

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces al mes)	FRECUENTEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (todos los días)

Imagen 1. Escala Tipo Likert para la realización del test CESQT (tomado de Cuestionario para Evaluación de Síndrome de Quemarse por el Trabajo).

La versión que se aplicara en este estudio es la principal CESQT que se aplica a todos los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a personas los ítems se distribuyen en la siguiente escala:

1. Ilusión por el trabajo (It): esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de autorrealización. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional. Debido a que los ítems que componen esta escala están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en la misma indican niveles altos de SQT.
2. Desgaste psíquico (Dp): esta escala está conformada por 4 ítems. se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.
3. Indolencia (In): esta escala está formada por 6 ítems. Se defina como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo

hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en ella muestran inestabilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes.

4. Culpa (C): esta escala está formada por 5 ítems. Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

Además de las cuatro escalas anteriores, el CESQT también ofrece una puntuación total de SQT que es el resultado de promediar las puntuaciones en los 15 ítems que conforman la It, Dp e In. Los ítems de culpa no contribuyen al cálculo de la puntuación SQT ya que la escala culpa tiene función de permitir distinguir entre dos perfiles diferenciados de SQT: perfil 1 sin niveles altos de culpa y perfil 2 con niveles altos de culpa.


Para la corrección del test se deben separar las dos páginas del ejemplar autocopiativo, se debe comparar que las respuestas sean las mismas en ambas hojas se debe de seguir las instrucciones que aparecen en la segunda hoja.

- En cada fila, trasladar la puntuación rodeada con un círculo a la casilla sombreada situada a la izquierda en esa misma fila. Así si en el ítem 1 el sujeto marco la respuesta 3, deberá de marcar un 3 en la primera casilla que aparece sombreada en la columna It.
- A continuación deberá sumar las puntuaciones de cada una de las cuatro columnas (It, Dp, In, y C) y anotar el resultado en las casillas Suma correspondientes a cada una de esas escalas.
- El siguiente paso consiste en calcular la puntuación en la escala

total SQT. Para ello, se deberá aplicar la fórmula que se indica en el ejemplar (20-It+Dp+In) pensado para facilitar los cálculos al evaluador.

- Para obtener las puntuaciones directas (PD) correspondiente a las escalas del CESQT es necesario realizar las divisiones que se indican en el ejemplar y anotar los resultados en las correspondiente casillas (PD).
- Las PD anteriores no son directamente interpretables, ya que para ello es necesario ponerlas en relación con el grupo de referencia normativo. Para ello se deberá consultar los baremos que se encuentran en el apéndice A al final del manual. Se debe seleccionar el baremo que se va a usar en este caso el general. Estas tablas se utilizan de la siguiente forma, se debe de situar en la columna de la puntuación que se desea transformar (p. ej. total SQT) a continuación, busque en esa columna la PD correspondiente (o el intervalo donde se encuentra la misma). A continuación desplazarse horizontalmente hasta uno de los extremos e de esa fila y encontrar la puntuación percentil (Pc) correspondiente a esa PD, que indica el porcentaje de las personas de muestra normativa que obtuvo una puntuación igual o inferior a esa escala. Anote el Pc resultante en la casilla Pc correspondiente a esa escala en el ejemplar y repetir el procedimiento con las escalas restantes.

- Finalmente se tiene la opción de trasladar los percentiles al perfil grafico que se presenta en la parte inferior del ejemplar.



Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: Varón  Mujer  Edad:  /  /  Fecha:  /  /

Centro/Empresa: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN:**

- En cada fila, **traslade la puntuación** rodeada con un círculo a la casilla sombreada situada a la izquierda en esa misma fila.
- Sume las puntuaciones de las casillas sombreadas de cada columna (It, Dp, In y C) y anote los resultados en las casillas **Suma** correspondientes a esas escalas.
- Tomando los valores de las casillas Suma de las escalas It, Dp e In, aplique la fórmula que se indica a la izquierda y calcule el valor de la casilla Suma correspondiente a la escala **Total SQT**.
- Divida los valores de las casillas anteriores por el número que se indica debajo para obtener las puntuaciones directas (**PD**) con dos decimales de cada una de las escalas (Incluyendo la puntuación Total SQT). Anote los resultados en las casillas correspondientes.
- Consulte en el apéndice A del manual el percentil correspondiente a la puntuación PD obtenida en cada escala y anote el resultado en las casillas **Pc** respectivas.

**Suma** **Total SQT**  $20 - It + Dp + In$

**15**  $20 - 14 + 6 + 3$

$\div 15$

**PD** **1,00**

**Pc** **50**

**It** **Dp** **In** **C**

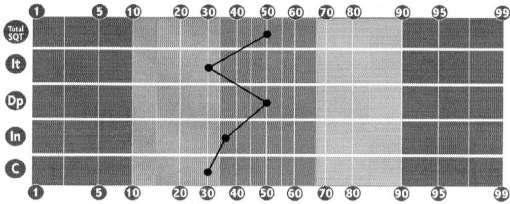
**14** **6** **3** **2**

$\div 5$   $\div 4$   $\div 6$   $\div 5$

**2,80** **1,50** **0,50** **0,40**

**30** **50** **35** **30**

• Traslade los percentiles de cada escala al **PERFIL** que se representa a continuación.



TEA Autor: Pedro R. Gil-Monte. Copyright © 2011 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España. Este ejemplar esta impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24. 28036 Madrid. Printed in Spain. Impreso en España.

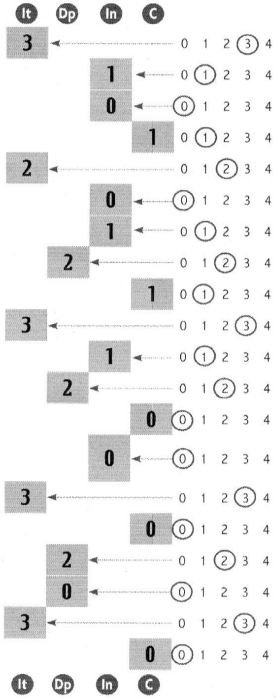


Imagen # 2. Ejemplo de cómo realizar la corrección de CESQT (tomado de Cuestionario para Evaluación de Síndrome de Quemarse por el Trabajo).

Para la interpretación de los resultados se toman en cuenta la puntuación global y las de las demás escalas que incluye en instrumento.



- **Puntuación en las escalas:** es posible interpretar de manera separada las puntuaciones de la persona evaluada en las escalas de ilusión por el trabajo, Desgaste psíquico, e Indolencia. Cuando se realice este tipo de interpretación deberá tenerse en cuenta que los ítems de la escala Ilusión por el trabajo se interpretan en sentido inverso al resto de los ítems; es decir que una puntuación baja en Ilusión por el trabajo es un indicador de SQT, mientras que en Desgaste psíquico e Indolencia serán las puntuaciones altas las que se asocien con la presencia de SQT.
- **Puntuación total de SQT:** tal y como se comentó anteriormente el promedio de los ítems que conforman las 3 escalas anteriores da lugar a la puntuación Total de SQT, que se interpreta como un indicador global de la presencia de SQT.
- **Puntuación en culpa:** la escala culpa se interpreta de manera independiente a las anteriores. Sus ítems son los únicos del cuestionario que no contribuyen a formar la puntuación total del SQT: perfil 1 y perfil 2. Una vez establecido el nivel que presenta el evaluado en la puntuación total de SQT, se puede establecer si los síntomas que presenta son en presencia o ausencia de culpa. Así el perfil 1 indica presencia de síntomas de SQT (baja ilusión por el trabajo y altos de desgaste psíquico e indolencia), pero estos no se acompañan de niveles altos de culpa. El perfil 2, en cambio se caracteriza por niveles altos de SQT que, además van acompañados de niveles altos de culpa.

Para considerar que un individuo indicaba que se trataba de un caso de riesgo (caso crítico), este debía presentar puntuaciones directa iguales o

superiores a 2 en la puntuación total de SQT.

Nivel	Percentiles
Critico	>89
Alto	67 a 89
Medio	34 a 66
Bajo	11 a 33
Muy bajo	<11

Tabla # 3. puntos de corte sugeridos para interpretar las puntuaciones en el CESQT basadas en percentiles.

### 3.3.3 Herramientas

Se realizó la búsqueda a través de herramientas especializadas o motores de búsqueda en la web como Google académico, PubMed, Science Direct, MedScape, y revistas de renombre como Elsevier, Scielo, NEJM de esta manera se obtuvo la bibliografía, los conceptos establecidos se los obtuvieron de libros digitales y papers.

Se realizó la discusión con el tutor del trabajo para establecer la herramienta con que se mediría el nivel de estrés de cada paciente y se llegó a la conclusión de utilizar el CESQT, el cual se obtuvo a través de la compra en el editorial TEA. Se analizaron los datos a través de estadística descriptiva en base a frecuencia y porcentajes. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel 2010, y los análisis se realizaron en el programa SPSS versión 19 para Windows. Los gráficos se realizaron en Microsoft Word y se compararon los resultados finales con tesis y papers publicados por autores extranjeros así como

investigadores nacionales.

#### 3.3.4 Procedimientos de la investigación.

Con la aprobación de la ficha técnica por parte del consejo directivo de la Facultad Enrique Ortega Moreira de Ciencias Médicas de la Universidad Espíritu Santo. Además de la aprobación emitida por la institución donde se realizó el estudio. Se procedió a la recolección de datos de los entrevistados, durante los meses de marzo y abril del 2016, junto con cada encuesta se explicó la finalidad del estudio y lo que se pretendía investigar. La encuesta fue llenada en privado por cada uno de los individuos entrevistados durante las actividades asistenciales diarias realizadas en el hospital.

No se necesitó de hoja de consentimiento informado debido a que en las encuestas realizadas, se le indico al encuestado que no escriba su nombre para de esta forma hacer una encuesta anónima, se procedió a realizar la tabulación e interpretación de los datos y compararlos con estudios previos finalmente se realizó las conclusiones y las limitaciones del estudio.

### **3.4 Aspectos éticos**

Debido a que se trató de una investigación no experimental de tipo transversal descriptiva, no se utilizó hoja de consentimiento informado para tomar la muestra de los pacientes, además de que todas las encuestas se realizaron en anonimato, no se realizó ninguna petición económica ni de datos que puedan ocasionar algún daño o poner en peligro información personal del encuestado.

Los resultados finales serán manejados teniendo en cuenta todas las normas éticas y profesionales requeridas para poder compartir la información y que este estudio tenga la capacidad de ser reproducida.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 RESULTADOS.

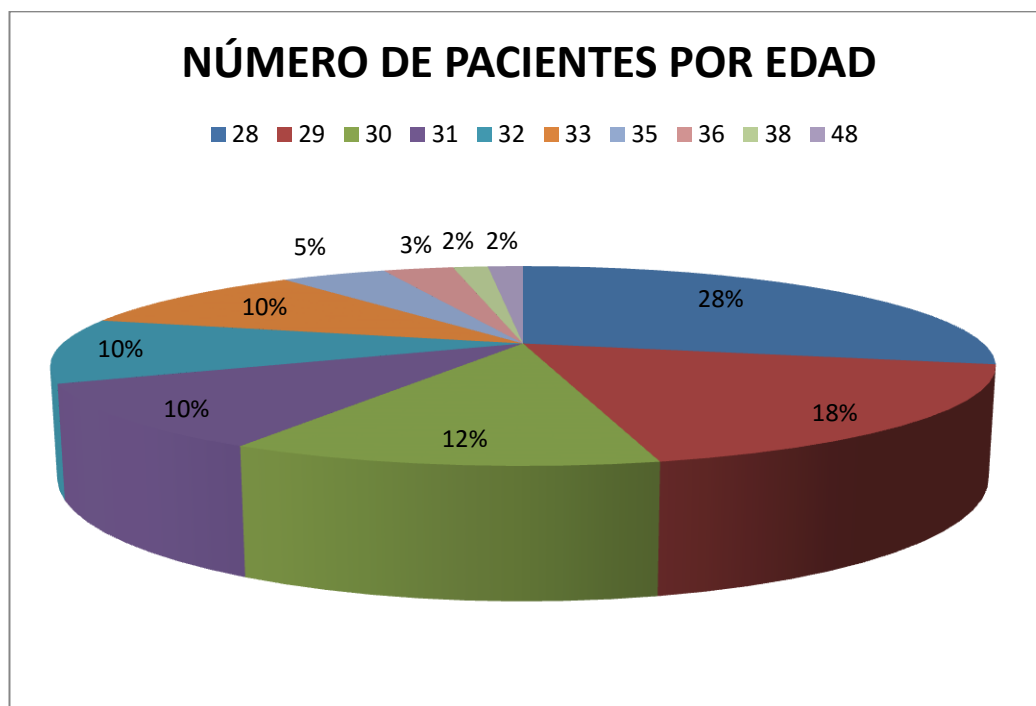
Durante el período de estudio se encuestaron a 67 médicos residentes de varias áreas quirúrgicas que laboran en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil. De acuerdo con los objetivos propuestos y la manipulación de las variables se presentan los datos obtenidos a continuación en el apartado de resultados.

Tabla # 4. Número de encuestados de acuerdo a la edad

EDAD	NUMERO DE PACIENTES POR EDAD
28 A	19
29 A	12
30 A	8
31 A	7
32 A	7
33 A	7
35 A	3
36 A	2
38 A	1
48 A	1

Fuente: encuestas realizadas por autor

Gráfico # 1. Porcentaje de pacientes de acuerdo a la edad



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor

Tabla # 5. Medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la edad

<b>30,6716418</b>	<b>MEDIA</b>
<b>48</b>	<b>E MAXIMA</b>
<b>28</b>	<b>E MINIMA</b>
<b>30</b>	<b>MEDIANA</b>
<b>28</b>	<b>MODA</b>
<b>3,21093351</b>	<b>D ESTANDAR</b>

Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor

Esta tabla sirve de referencia para saber cuál es la edad de los encuestados (n=67) de los que un 28% de ellos tienen una edad de 28 años siendo esta además la edad mínima de todos los encuestados, así

mismo dentro la tabla la edad máxima es de 48 años (n=1) la cual representa un 2% dentro del porcentaje global de los encuestados que tiene esta edad. Se trata de una población que tienen un rango de edad de 28 a 48 años lo cual la vuelve heterogénea. Pero a pesar de esto son pocos los encuestados que tienen edades mayores a 35 años en la muestra total solamente son siete los pacientes que tienen edades mayores a 35 lo cual simboliza un porcentaje de 4.69% lo que podría considerarse como una variabilidad baja dentro de la población.

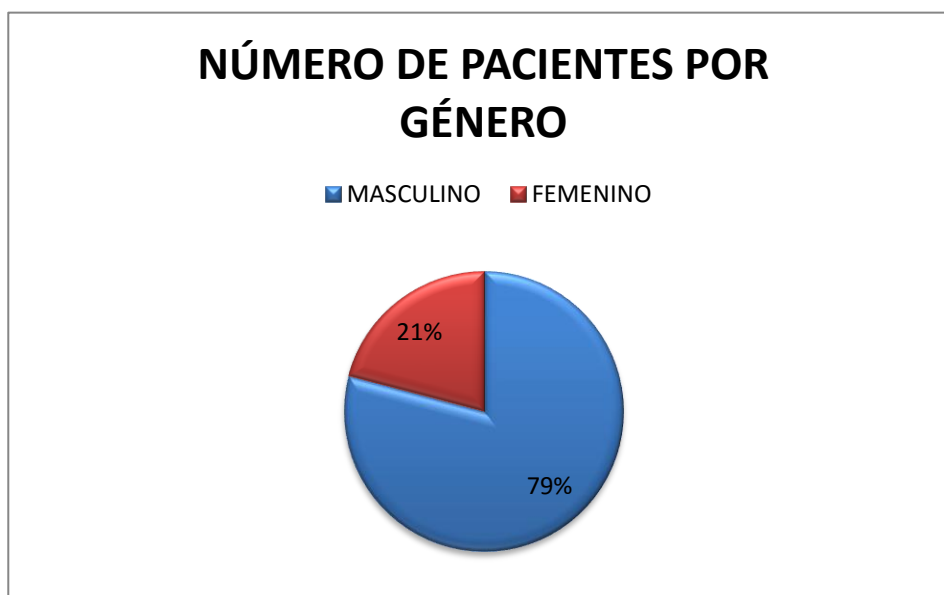
De los datos obtenidos se observa la tabla con medidas de dispersión y tendencia central (media, mediana y moda) en donde el promedio de las edades es de 30.67 debido a que los datos dentro de la muestra son parecidos. El valor que más se repite es el de 28 años y el que menos se repite es el de 48, el promedio de las edades es de 30.67 y del cálculo de estos valores se obtiene una desviación estándar la cual es de  $3\pm$  es decir que la mayor cantidad de la muestra tomada de acuerdo a la edad oscilara entre los 28 a los 33 años de edad (con una confianza de 97%).

Tabla # 6. Distribución de pacientes de acuerdo al género.

<b>GENERO</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES POR GENERO</b>
<b>MASCULINO</b>	53
<b>FEMENINO</b>	14

Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor

Gráfico # 2. Distribución de porcentajes de pacientes por género



Fuente: tomado de la hoja de recolección de datos obtenidos por el autor

Evidentemente se observa que la población más amplia a la que se le realizó la toma de la muestra fue del género masculino con un 79% (n=53) mientras que en el género femenino se encuentra un 21% (n=14).

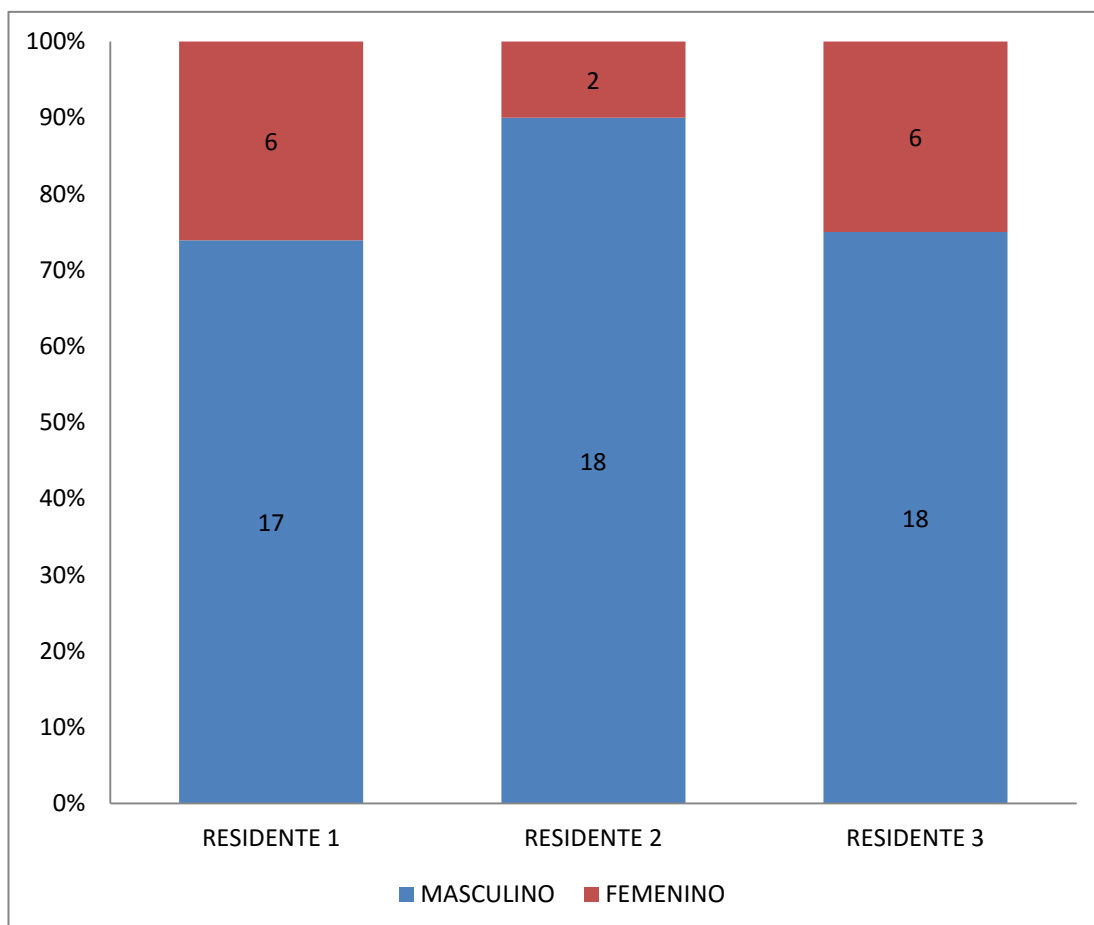
Tabla # 7. Distribución de los participantes de acuerdo al género y a los años de labor

	<b>RESIDENTE 1 (1 año)</b>	<b>RESIDENTE 2 (2 años)</b>	<b>RESIDENTE 3 (3 años)</b>
<b>MASCULINO</b>	17	18	18
<b>FEMENINO</b>	6	2	6
<b>TOTAL</b>	23	20	24

Fuente: hoja de recolección de datos obtenidos por Autor



Gráfico # 3. Porcentaje de encuestados de acuerdo a los años de residencia



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor

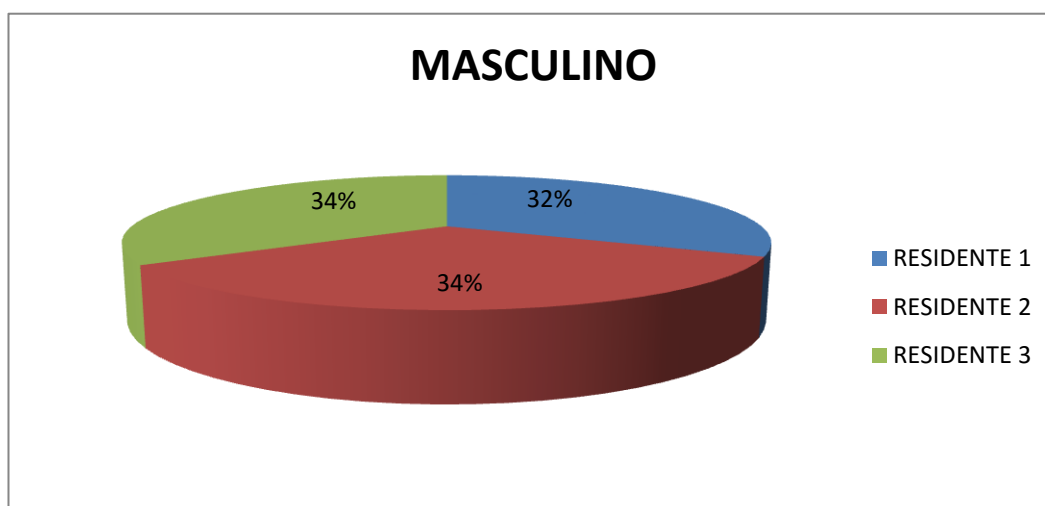
En este gráfico se encuentra una distribución de acuerdo al género de los residentes en relación al tiempo de residencia por el que cursaban al momento de la encuesta, en el caso de los residentes de primer año se distribuyen, un 74% hombres (n=17) y 26% femeninos (n=6) de un total de 23 residentes que cursaban al momento de la encuesta en su primer año de labor hospitalaria lo cual corresponde a un 34% de la muestra.

Por otro lado la distribución de los residentes de segundo año, esta fue de un 10% de mujeres (n=2) y un 90% de hombres (n=18) que dan un total de 20 residentes que cursaban el segundo año de su postgrado siendo el 30% de la muestra total.

Finalmente la población más amplia del estudio que es de los residentes de tercer año que arrojan un porcentaje de 25% para mujeres (n=6) y para los hombres un porcentaje de 75% (n=18) en total 24 individuos lo cual corresponde al 36% de la muestra demostrando que la mayor población entrevistada fue de residentes que están por terminar su postgrado.

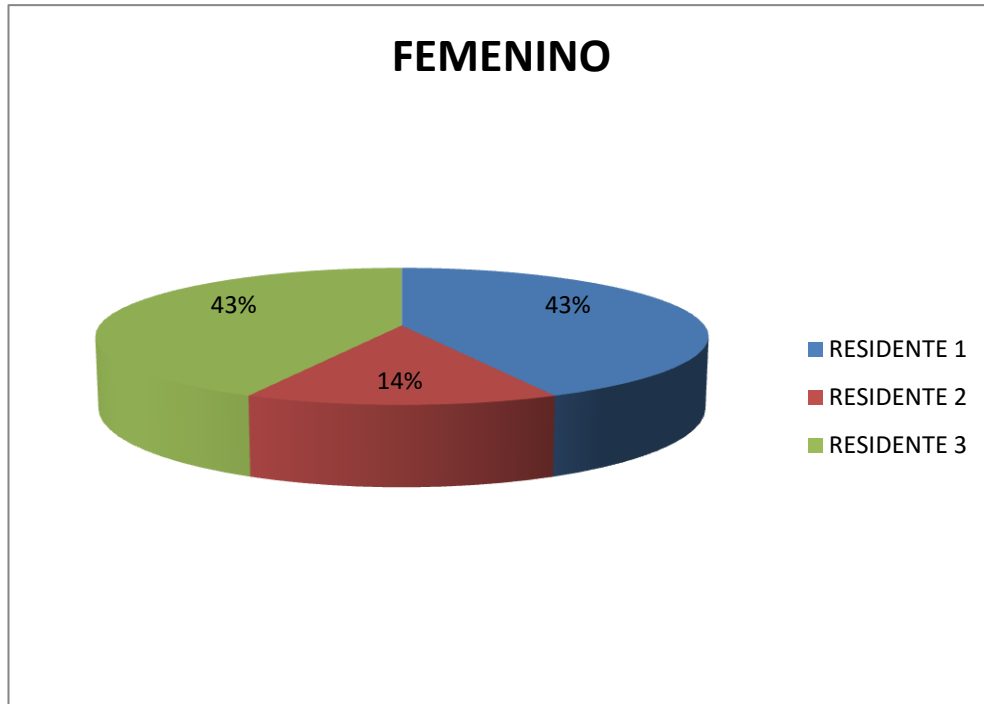
La población que va a verse más afectada podría ser por ende la que se presenta en mayor cantidad en este caso el grupo de los residentes de tercer año que fueron encuestados.

Gráfico # 4. Porcentaje de encuestados de género masculino



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor

Gráfico # 5. Porcentaje de encuestados de género masculino



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor

Estos gráficos demuestran la distribución porcentual de los residentes encuestados tanto de los géneros masculino como femeninos por separado a diferencia del apartado anterior, donde se encuentran ambos géneros unidos en un solo gráfico.

En el gráfico 4 se ve el apartado de encuestados solo de género masculino donde los R1 constituyen un 32% (n=17), en segundo lugar los R2 que completa un 34% (n=18), y por último los R3 con un 34% (n=18) habiendo similitud entre los porcentajes de los R2 y R3.

Tabla # 8. Distribución de los participantes de acuerdo a género y a grado de SQT

	SQT MUY BAJO	SQT BAJO	SQT MEDIO	SQT ALTO	SQT CRITICO
MASCULINO	5	9	12	15	12
FEMENINO	0	3	5	2	4

Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor.

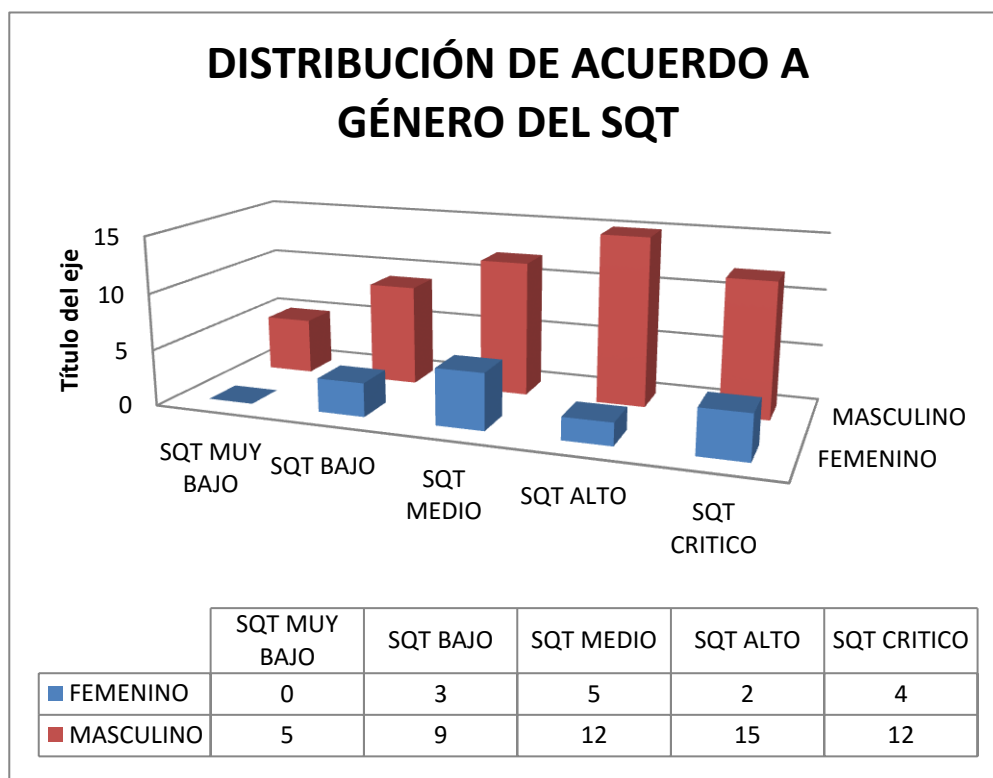
En la tabla 5 se encuentran apartados los géneros de los encuestados y el grado de padecimiento de Síndrome de Quemarse en el trabajo, el cual está distribuido de acuerdo una escala de gravedad que empieza desde SQT muy bajo hasta el SQT crítico. El cual pudo ser obtenido a través de la interpretación de la hoja de la encuesta que fue llenada y valorada por el autor.

Dentro del grupo de varones se encuentran 53 participantes de los cuales 5 tienen SQT muy bajo lo que corresponde a un 9% los hombres, con SQT bajo son 9 correspondiente a un 17%, aquellos varones con un SQT medio fueron 12 correspondiente a un 23%, el grupo más alto esta en los hombres que tuvieron SQT alto con 15 pacientes correspondiente a un 28% y los últimos 12 hombres se encasillaron dentro del perfil de SQT crítico lo que corresponde a un 23%.

En el caso del grupo del género femenino no existe ningún individuo encasillado en el perfil de SQT muy bajo, 3 mujeres se ubican

en el perfil de SQT bajo siendo este un 21%, por otra parte en el grupo de SQT medio tenemos a 5 mujeres siendo este el grupo más amplio con un 36%, en el perfil de SQT alto encontramos a 2 mujeres correspondiente al 14% y finalmente en el perfil crítico a 4 mujeres que se representa como el 29%.

Gráfico # 6. Distribución de acuerdo a género del SQT

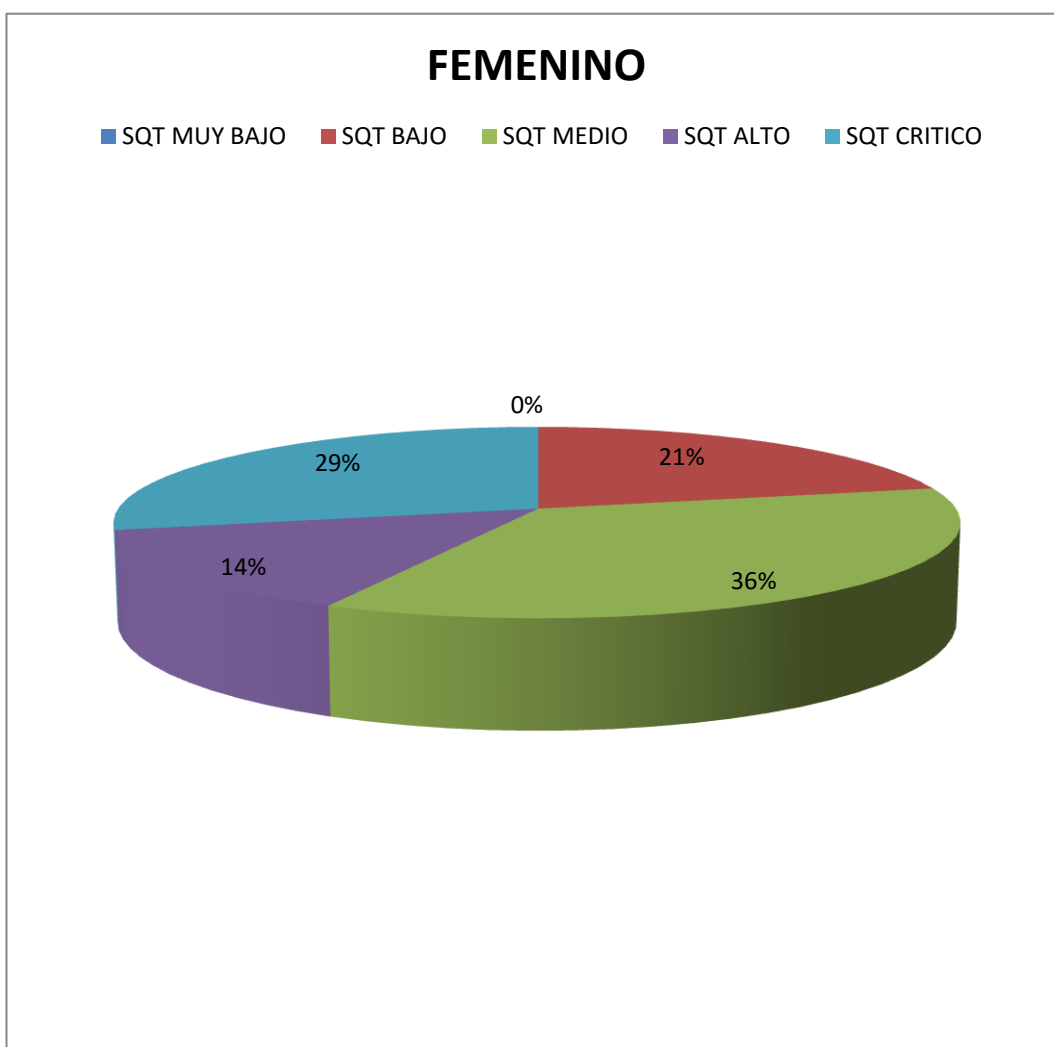


Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor.

En el gráfico de distribución de acuerdo al género, de la cantidad de individuos que se encuentran encasillados dentro de cada una de las calificaciones de SQT, en este grupo de 67 personas los que

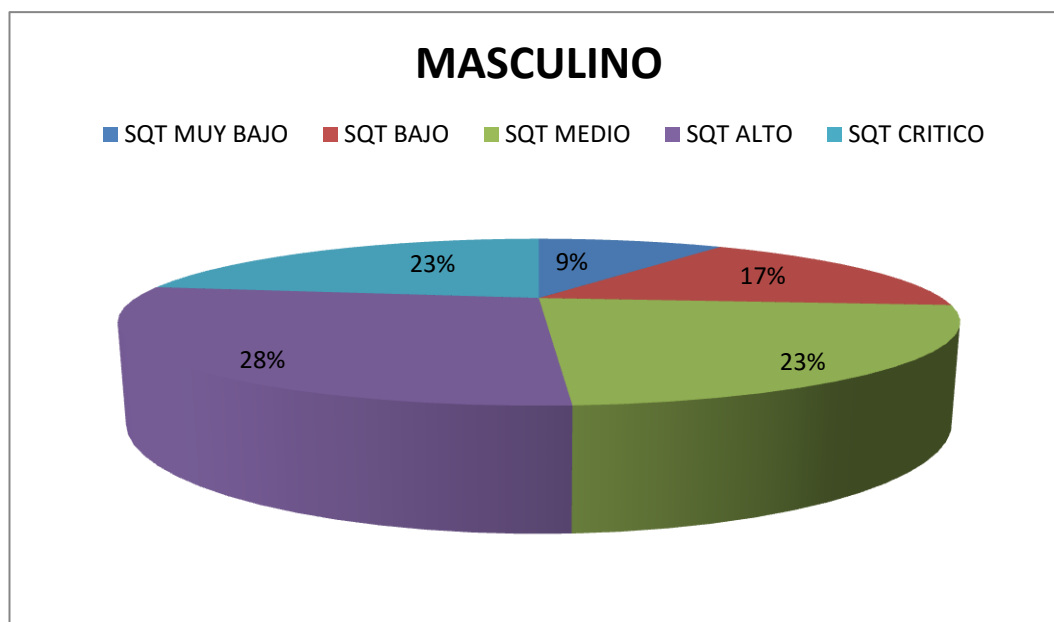
tienen el indicador más elevado de SQT son los hombres de los cuales 12 padecen SQT Critico siendo este el 22% de la muestra total de varones y por otro lado las mujeres a pesar de tener una población reducida se encasillan 4 dentro del perfil de SQT critico siendo este el 29% del grupo de mujeres lo cual es proporcional al tamaño de la población de cada género.

Gráfico # 7. Distribución de género femenino del SQT



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor.

Gráfico # 8. Distribución de género masculino del SQT



Fuente: tomado de hoja de recolección datos obtenidos.

En el gráfico 7 se encuentra una distribución de cero % para aquellas mujeres que no se encuentran encasilladas con SQT muy bajo, dentro del perfil de SQT bajo se encuentra el 21% de la muestra femenina (n=3), por otra parte se encuentra un 36% (n=5) en aquellas pacientes con un SQT medio, aquí está catalogada la mayor parte de la muestra femenina obtenida en el estudio. Finalmente en los dos últimos porcentajes están el del perfil SQT alto con un 14% (n=2) y un perfil de SQT crítico con un 29% (n=4) relativamente alto.

En el gráfico 8 correspondiente a la distribución de pacientes masculinos y a su distribución de acuerdo a los perfiles de SQT se encuentra lo siguiente: dentro de grupo que padece niveles muy bajos de SQT está el 23% (n=5), otro porcentaje relativamente bajo es el

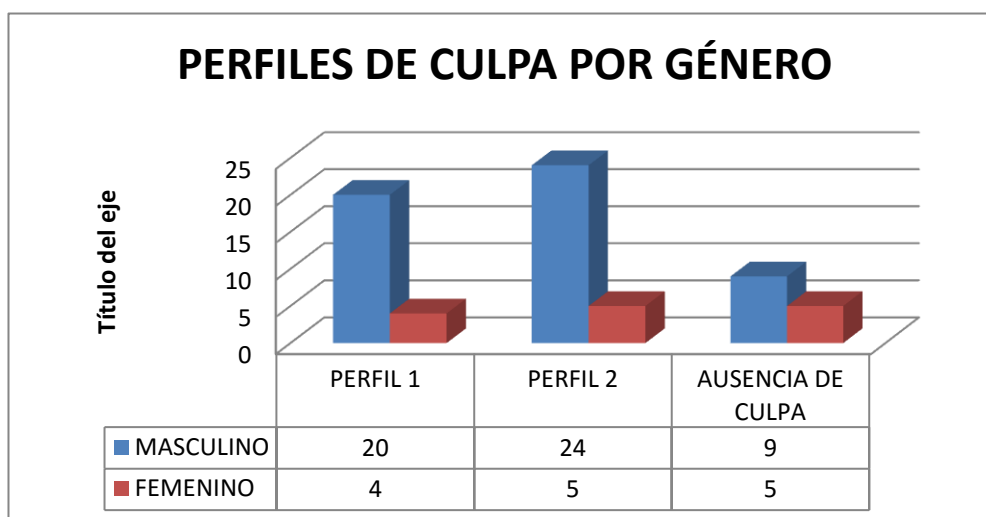
relacionado con el perfil de SQT bajo en donde se encasilla un 17% (n=9), un 23% (n=12) de la muestra masculina se encuentra dentro del grupo de pacientes que padecen SQT medio por otro lado está el grupo con perfil de SQT alto donde está el 28% (n=15) de los varones y un preocupante 23%(n=12) de la población masculina con un SQT critico es decir con bajos niveles de Ilusión por el trabajo y niveles altos de Indolencia y Desgaste psíquico.

Tabla # 9. Distribución de los participantes de acuerdo a género y perfil de culpa o ausencia de la misma

	PERFIL 1	PERFIL 2	AUSENCIA DE CULPA
MASCULINO	20	24	9
FEMENINO	4	5	5

Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor.

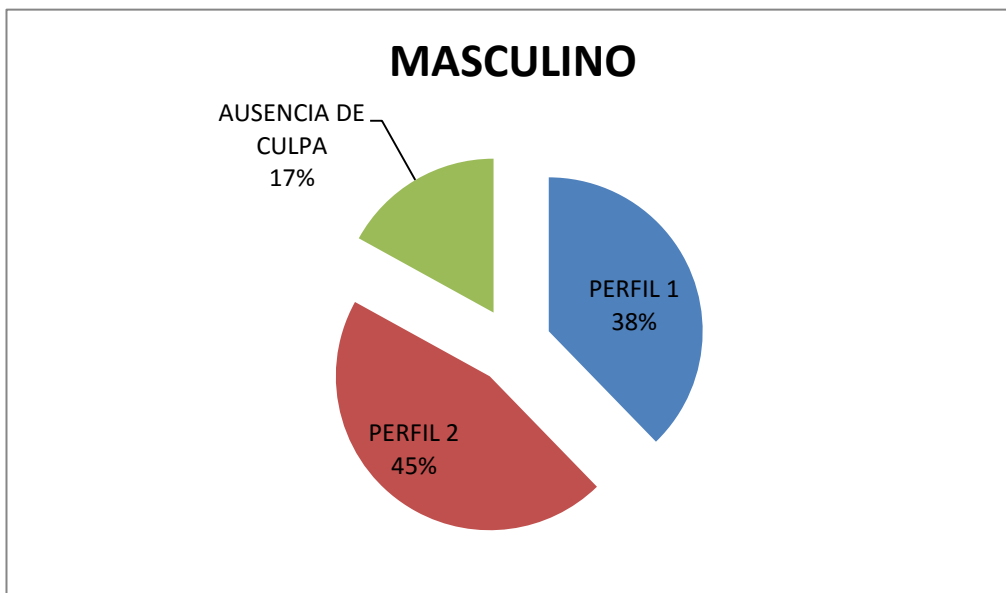
Grafico # 9. Distribución de perfiles de culpa por género



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor.

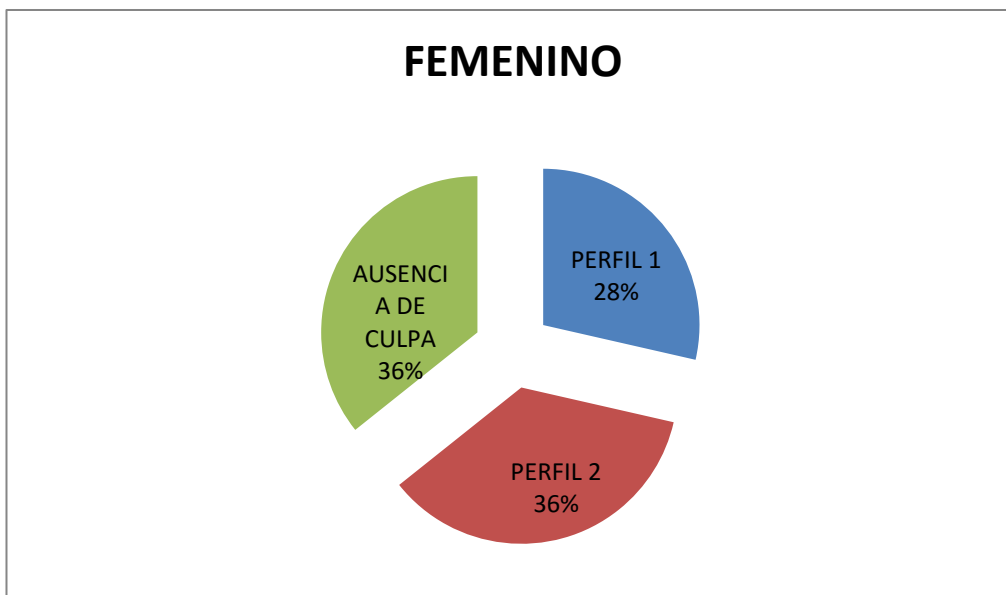


Gráfico # 10. Distribución de perfiles de culpa por género masculino



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor.

Gráfico # 11. Distribución de perfiles de culpa por género femenino



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor.

Se describen dos perfiles de acuerdo a la culpa que presente el

paciente con SQT o si presenta ausencia de culpa. Así el perfil 1 indica presencia de síntomas de SQT (baja ilusión por el trabajo y altos de desgaste psíquico e indolencia), pero estos no se acompañan de niveles altos de culpa. El perfil 2, en cambio se caracteriza por niveles altos de SQT que, además van acompañados de niveles altos de culpa. Así se describe a continuación existe un 38% (n=20) compatibles con el perfil 1 de culpa, por otro lado 45%(n=24) de la muestra de género masculino se encasilla en perfil 2 es decir con altos niveles de culpa y solamente un 17%(n=9) tiene ausencia de culpa.

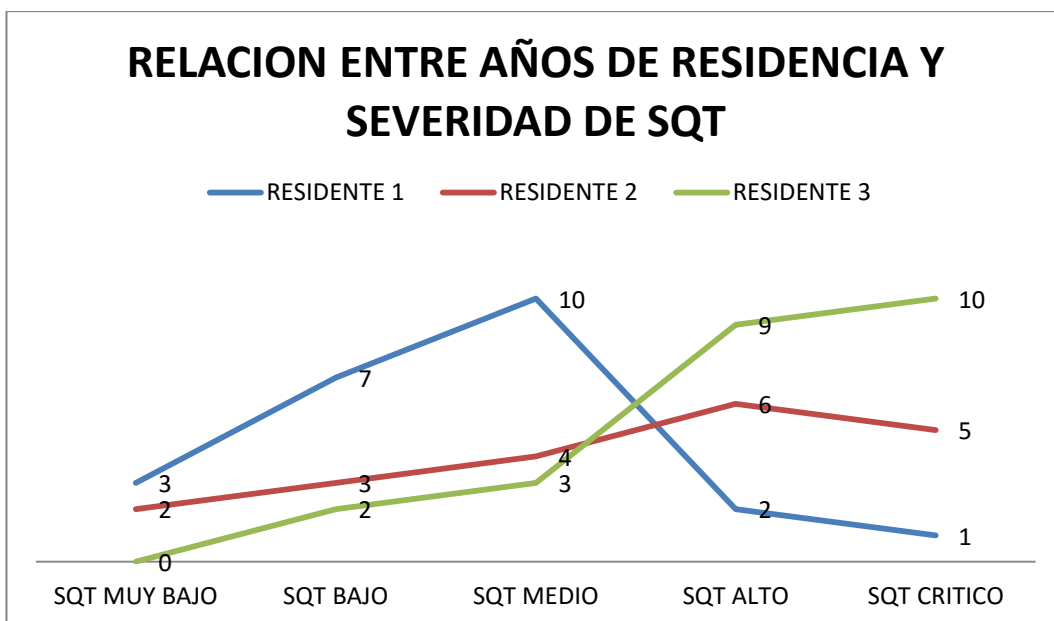
En el caso del grupo femenino se encuentran los siguientes datos dentro del perfil 1 se encasilla un 28% (n=4), para el perfil 2 el grupo femenino cuenta con un 36% (n=5) y finalmente ante la ausencia de culpa se encuentra un 36% (n=5).

Tabla # 10 Relación entre los años de residencia y el perfil de SQT

	RESIDENTE 1	RESIDENTE 2	RESIDENTE 3
SQT MUY BAJO	3	2	0
SQT BAJO	7	3	2
SQT MEDIO	10	4	3
SQT ALTO	2	6	9
SQT CRITICO	1	5	10

Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor

Gráfico # 12 Relación entre años de residencia y severidad del SQT



Fuente: tomado de la hoja de recolección datos obtenidos por el autor.

La tabla 12 es consistente al demostrar que los residentes que cursan el primer año para la obtención de su título doctoral presentan variabilidad dentro de los resultados de en qué grado padecen SQT al igual que el de los residentes que cursan el segundo año de especialidad. El grupo más homogéneo que arroja resultados un tanto alarmantes son los residentes que cursan el último año de su postgrado.

#### 4.2 DISCUSIÓN

Como se ha mencionado anteriormente no existe una prevalencia real de los residentes del área de quirófano y de cirugía menor que se ven afectados por SQT, pues en nuestro país encontramos la mayoría de veces estudios enfocados a otro personal de la salud como son las enfermeras o los estudiantes de medicina que cursan el último año de estudio.

Como se conoce el Síndrome de Quemarse en el Trabajo es de origen multifactorial y existen varios estudios nacionales e internacionales que reportan varios datos estadísticos. Al analizar nuestros datos nos encontramos con que hay poca similitud en cuanto a la estadística establecida por el Dr. Gil Monte donde encuentra que en un grupo de estudio de 123 participantes solo el 3.25% es decir 5 individuos se encuentra dentro del grupo de alto riesgo, mientras que en nuestra muestra se encuentra un porcentaje del 23% que constituyen 16 individuos con rasgos críticos de SQT esta variación estadística podría deberse a que la muestra que usamos en nuestro estudio fue escasa mientras que la del estudio con cual comparamos duplica nuestra muestra.

Por otra parte el grupo a que se le realiza la encuesta varía. En nuestro estudio son estudiantes y profesionales que estudian para conseguir su título doctoral, por lo cual influyen sobre ellos de manera negativa factores como la presión por parte del individuo sobre si mismo, el poco tiempo disponible para realizar actividades relacionadas con los estudios de postgrado y la sobrecarga de horas asistenciales y de guardia de 24 horas. Ajustado a esto escaso tiempo para la dispersión y entablar relaciones interpersonales que no sean del tipo laboral. En el otro grupo con el que comparamos el estudio los 123 encuestados son profesionales que se someten a cargas horarias de 8 horas diarias lo cual influye sobre el estado de ánimo de la persona el tener menos responsabilidades y más horas de descanso.

Por otro lado algo más similar a nuestro estudio es el caso relatado por la Dra. Vela que establece una prevalencia de Burnout del 30-40% en los hospitales Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano

de Seguridad Social y Vozandes, hospital privado en la ciudad de Quito, entre internos y residentes de dichas casas de salud. Probablemente ese porcentaje elevado se deba a que por no ser hospitales de dominio público los demandantes de servicios médicos se sientan con más derechos por realizar algún tipo de aportación económica. Al igual que nuestro estudio los porcentajes de personas afectadas con SQT fueron altos probablemente debido a que las encuestas fueron realizadas a individuos con altas cargas horarias y turnos nocturnos.

Con respecto a nuestro estudio, de acuerdo a las medidas estadísticas se encuentra que las mujeres van a presentar un mayor riesgo de padecer SQT que los hombres, pudiendo deducir; que de cada 10 mujeres médicos 7.8 van a tener riesgo de padecer SQT. Por otro lado tenemos que de cada 10 hombres médicos 7.3 corren riesgo de padecer SQT. La diferencia entre géneros de padecer la patología dentro de nuestro estudio es de apenas 0.5% es decir hay poca brecha estadística en cuanto a las probabilidades de desarrollar la enfermedad de acuerdo al género. A pesar de haber más hombres que mujeres los porcentajes de distribución son casi similares.

En cuanto a los años de residencia el grupo con más afectados con casos críticos de SQT son los residentes que cursan el tercer año de postgrado, probablemente se deba a la carga que tienen, de manejar a los residentes de primer y segundo año, es decir de servir como supervisores y al mismo tiempo ser supervisados por los tratantes que realizan guardias.

En cuanto a los perfiles de culpa el que más individuos encasilla es el perfil 2 donde 45%(n=24) de la muestra de género masculino se

encasilla lo cual es compatible con los porcentajes de individuos que padecen niveles altos y críticos de SQT.

Álvarez y Arce en un estudio publicado en el 2005 concluyen dentro de sus resultados que el género con mayor prevalencia de SQT fue el femenino donde el 70% de esta población presentó un nivel alto de SQT (36) obtenido con la encuesta de Maslach, a pesar de ser una herramienta diferente a la usada por nosotros los resultados se asemejan debido a que la población femenina de nuestro estudio fue la que presentó un porcentaje más elevado de afección de SQT, con un 29% versus un 22% de la población masculina. Al igual que en otro estudio realizado por Thomas (37) en una muestra representativa de 6000 médicos de atención primaria, donde demostró que el género femenino tenía más probabilidad que los del masculino para manifestar signos o síntomas de SQT.

Por ello es necesario un enfoque distinto dentro de las instituciones, para poder dirigir a estos pacientes hacia un tratamiento llevado de la mano por un profesional que lo pueda combatir de acuerdo a la severidad del padecimiento, en el caso de ser leve, medidas que pueden ser el cambio del estilo de vida. Como lo dice Hillert y Marwitz el tratamiento debe concentrarse en tres factores fundamentalmente; alivio del estrés, recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte, vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de ideas de perfección (38).

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio está el que se trata de una población pequeña, lo cual le puede quitar confiabilidad al momento de interpretar los resultados, por otro lado tenemos que

hubieron dificultades para la toma de la muestra debido a que los médicos que trabajan como postgradistas de estas áreas quirúrgicas tenían temor frente a represalias que se pudiera tomar por parte de la institución, por ello pudo haber influencia de sesgo del entrevistado.

Otro problema fue que debido a que el cuestionario es relativamente nuevo en el país, no se lo ha aplicado para determinar el grado de Burnout que presenta este grupo de individuos en específico, lo cual al momento de la discusión vuelve difícil la comparación de los resultados de este estudio con otras investigaciones previas.

A pesar de que el CESQT es relativamente una nueva herramienta de medición de SQT ha demostrado ser válida su aplicación en países como Chile, España, Colombia, México, Brasil entre otros. Pero debido a que no ha sido aplicado en Ecuador existe poca bibliografía que pueda ayudarnos a comparar este estudio de prevalencia.

Finalmente ambas hipótesis fueron corroboradas y ambas fueron verdaderas se encontró que los residentes de género femenino tenían en mayor porcentaje SQT en comparación con el grupo masculino, de la misma manera aquellos residentes que llevaban más años laborando en la institución tuvieron mayor grado de SQT.

## CAPITULO V

### CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

Dentro de los dato obtenidos podemos llegar a la conclusión de que existe una cifra elevada de médicos residentes de las áreas de quirófano y cirugía menor del Hospital Teodoro Maldonado Carbo que padecen de SQT debido a que de los 67 pacientes de los que se obtuvo la muestra 33 presentaban perfiles altos y críticos de SQT, lo cual nos arroja un 49% de la muestra que padece este Síndrome.

En el grupo que se encuentra en un bordelinde es decir dentro del perfil medio para SQT se encuentra un 25 % entre los perfiles de SQT bajo esta el 17% de la muestra y por último en los que tienen un perfil muy bajo se encuentra el 9% de la población.

De esto se concluye; que a pesar de haber tenido una muestra pequeña de pacientes la prevalencia del síndrome de Burnout es alto entre los residentes de las áreas hospitalarias antes mencionadas.

Se concluyó que debido a la carga horaria y la correspondencia de responsabilidades, de acuerdo al año en que se encuentran los individuos de la muestra se ve una relación, es decir que aquellos que llevan más tiempo laborando, que están cursando el tercer año del postgrado se encuentran entre los grupos que presentaron más severidad del SQT.

Se determinó que el grupo que tiene niveles más altos de SQT son los R3, sobre todo los varones y que junto con perfiles críticos y altos de SQT se acompañan perfiles de culpa tipo 2 es decir elevados



El porcentaje más alto de SQT se encontró en el grupo de las mujeres con un 43% entre las que padecen grados altos y Críticos, probablemente sea de esta manera debido a que fue el grupo de estudio más reducido, aunque los hombres también presentaron un 41% de casos de SQT críticos y altos.

La prevalencia de este síndrome es elevada dentro de nuestro grupo de estudio y repercute de manera significativa en el desempeño laboral. Por ello su identificación temprana y oportuna es importante, además de la implementación de un programa para poder prevenir la patología, el tratarlas debería ser prioritario dentro de las instituciones que se dedican a la prestación de servicios médicos.

De esta manera no solo se contribuye con una mejora en los servicios de salud pública, sino que también se disminuye el riesgo de enfermedades ocasionadas por la tensión que el individuo lleva en el trabajo. Así se disminuyen costos en este grupo de trabajadores, en primer lugar el costo que genera el ausentismo laboral y en segundo lugar el costo genera el diagnóstico erróneo.

Dejamos este estudio como una apertura a demás investigadores que se interesen por el tema y que quieran contribuir a mejorar el ambiente de trabajo hospitalario, que debería de ser el que genere las mejores condiciones para el prestador del servicio y el usuario, a partir de este estudio donde ya se conoce una cifra aproximada de pacientes con este padecimiento esperamos poder contribuir a que el hospital genere áreas de descanso e implemente nuevas políticas para tratar este tema, para de esta manera poder en el futuro mejorar la calidad del servicio que brinda esta prestigiosa

institución de salud.

Podemos finalizar diciendo que el síndrome de Burnout es una patología que se encuentra presente en la población hospitalaria de nuestro medio de salud lo cual vuelve vulnerable al servicio de salud que están brindando a la comunidad, es por ello que esta enfermedad deberá ser estudiada con más profundidad y establecerla como una causa incapacitante para laborar por determinado tiempo y recibir terapia para combatir el estrés.

## **Bibliografía**

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud X edición Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
2. Lopez-Ibor J, Valdes Miyar M. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Barcelona: MASSON; 2008.
3. Stavroula Leka PAGPTC. Salud Ocupacional. [Online]. [cited 2016 agosto 18. Available from: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/stress/es/](http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/).
4. Slipak OE. Historia y concepto del estrés (1ra. Parte). Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 1991;; p. 355-360.
5. Moreno J. Bernardo RMAGHEUadM. BREVE HISTORIA DEL BURNOUT A TRAVÉS DE SUS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN. Madrid;; 2005.
6. Moreno J. Bernardo ea. Desgaste profesional (burnout) ,Personalidad y Salud percibida. Madrid;; 2001.
7. Jerry E, Archie B. Burn-Out - Stages of Disillusionment in the Helping Professions. In Jerry E, Archie B. Burn-Out - Stages of Disillusionment in the Helping Professions. New York: Human Sciences Press New York, NY 10013-1578; 1980. p. 255.
8. Casas. Cuando querer no es poder. El síndrome de Burnout. Revista Formación de Seguridad Laboral, No. 63. 2002;; p. 15-32.

9. Esquivel M. La OMS considera que el estrés laboral es una grave epidemia. La Nacion. 2005 Noviembre 20: p. 1.
10. Parent-Thirion FHV. Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo. Dublin.; 2007.
11. Gil-Monte PR,&MJB. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. In. Madrid: Pirámide; 2005. p. 36-37.
12. Masia J. El estres laboral y el burnout en el mundo judicial: hacia un nuevo enfoque de la cuestion. FORMACIÓN DE SEGURIDAD LABORAL. 2001;; p. 52-57.
13. Vladimi BD, Yusimy MP, Dinorah HC. El Síndrome de Burnout en enfermeros básicos del. Scielo. 2008;; p. 1-11.
14. Gascon S OMCH. la prevencion de Burnout en las organizaciones. Comunicacion Breve. 2003;; p. 8-18.
15. Joffre V. Sindrome de Burnout en profesionales de la salud en el hospital general Dr Carlos Canseco. Granada.; 2003.
16. Maslach Christina BSW,aLPM. Job Burnout California 94720-1650: Psychology Department, University of California, Berkeley.; 2001.
17. Araujo BJyM. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología, Vol. 51, No. 104. 2005;; p. 1-19.

18. S. Melamed ASSTSB. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions Psychol Bull. Psychol Bull. 2006;; p. 327-353.
19. Silvia L. CGPLRSST. Burnout Syndrome among mexican hospital nursery staff. IMSS. 2005;; p. 11-15.
20. Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Zaragoza;; 2009.
21. Maslach C&JS. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior. 1981;; p. 99-113.
22. Gil-Monte PR, Peiró Jm. VALIDEZ FACTORIAL DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY EN UNA MUESTRA MULTIOCUPACIONAL. Psicothema. 1999;; p. 679-689.
23. Kalliant TJ, O'Driscoll MP, Gillespie DFyBAC. A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. Work and Strees. 2000;; p. 35-50.
24. Van Horn JE, Schaufeli WyED. Teacher Burnout and lack of Reciprocity. Journal of Applied Social Psychologiy. 1999;; p. 91-108.
25. Shirom AyEJ. On the discriminant validity of burnout, depression anda anxiety. Anxiety, Coping, and Stress. 2003;; p. 83-99.
26. Gil Monte PR. Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid;; 2005.

27. Paredes O, Sanabria Ferrand P. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADE MEDICO QUIRURGICAS, SU RELACION CON EL BIENESTAR PSICOLOGICO Y CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES. Revista medica de la Universidad Militar Nueva Granada. 2007;; p. 25-32.
28. Barraza A, Carrasco R, Arreola M. SÍNDROME DE BURNOUT: UN ESTUDIO COPARATIVO ENTRE LOS PROFESORES Y MEDICOS DE LA CIUDAD DE DURANGO. JUAREZ;; 2007.
29. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2016 [cited 2016 ABRIL 28. Available from: <http://dle.rae.es/?id=GzAga0a>.
30. Sierra-Siegert M. La despersonalización: aspectos clínicos y. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37. 2008;; p. 40-56.
31. Denis C. Diccionario medico Doctissimo. [Online]. [cited 2016 abril 28. Available from: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/midriasis.html>.
32. Organizacion Mundial de la Salud. OMS. [Online]. [cited 2016 agosto 18. Available from: <http://www.who.int/es/>.
33. Organizacion Panamericana de la Salud. Acerca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Online]. [cited 2016 AGOSTO 18. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es).

34. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del 2008. In Constituyente. A. Constitución de la República del 2008. Montecristi: Asamblea Constituyente; 2008. p. 151-155.
35. Senplades. Plan Nacional de Buen Vivir. Quito; 2013.
36. Alvarez A,AM,BA,&SA. Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. Rev Postgrado Cat Med. 2005;: p. 27-30.
37. Thomas N. Resident Burnout. JAMA. 2004;: p. 2880-289.
38. Hillert A, Marwitz M. Die burnout. Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? Munchen; 2006.
39. Brito Vera JP,CMHR,&CBJP. Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador, enero-julio 2011. Cuenca; 2012.
40. García MM,CCC,RAS,&DVML. Estudio sobre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del país vasco. Revista de medicina. 2009;: p. 53(1), 3-8.
41. Beltrán CA,MMP,&RMBP. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. Psicología y salud. 2004;: p. 14(1), 79-87.
42. Martín MC,FFB,GRN,&MFC. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud.. Atención primaria. 2001;: p. 27(5), 313-

317.

43. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería.. *Psicología em estudo*. 2002;; p. 7(1), 3-10.
44. Extremera N,FBP,&DA. Inteligencia emocional y burnout en profesores.. *Encuentros en psicología social*. 2003;; p. 1(5), 260-265.
45. Ruiz CO,&RFL. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas.. *International Journal of Clinical Health Psychology*. 2004;; p. 4(1), 137-60.
46. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*. 1997;; p. 71(3), 293-303.
47. Álvarez Gallego E,&FRL. El Síndrome de" Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1991;; p. 11(39), 257-265.
48. GATTO LME. SÍNDROME DE BURNOUT. Buenos Aires;; 2012.
49. Carrillo-Esper R,GK,&EdIMI. Síndrome de burnout en la práctica médica.. *Medicina Interna de México*. 2012;; p. 579-584.
50. Tourinho Filho H,&RCMD. Síndrome de Burnout.. *Rev. méd. Hosp. São Vicente de Paulo*,. 1999;; p. 11(24), 33-8.



# ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TUTORIA DE TRABAJO DE TITULACION																								
ACTIVIDADES	SEP-2015				OCT-2015				NOV-2015				DIC-2015				ENE-2016				FEB-2016			
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Presentación del Tema Propuesto	X	X																						
Análisis del Tema		X																						
Presentación de Correcciones			X																					
Elaboración de Ficha Técnica			X																					
Aprobación del Tema y ficha Técnica				X																				
Correcciones Tema y ficha Técnica					X	X																		
Tácticas de Elaboración del Anteproyecto									X	X														
Discusión sobre la nueva herramienta																	X	X						
Presentación del Anteproyecto																		X						
Correcciones																			X				X	
Presentación del Anteproyecto Corregido																								X

Anexo 1. Primera parte del cronograma de actividades del trabajo de titulación.

<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TUTORIA DE TRABAJO DE TITULACION</b>																								
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MAR-2016</b>				<b>ABR-2015</b>				<b>MAY-2015</b>				<b>JUN-2015</b>				<b>JUL-2016</b>				<b>AGO-2016</b>			
	<b>1S</b>	<b>2S</b>	<b>3S</b>	<b>4S</b>	<b>1S</b>	<b>2S</b>	<b>3S</b>	<b>4S</b>	<b>1S</b>	<b>2S</b>	<b>3S</b>	<b>4S</b>	<b>1S</b>	<b>2S</b>	<b>3S</b>	<b>4S</b>	<b>1S</b>	<b>2S</b>	<b>3S</b>	<b>4S</b>	<b>1S</b>	<b>2S</b>	<b>3S</b>	<b>4S</b>
Realización de las encuestas	X	X	X		X	X	X	X																
Presentación del Anteproyecto a Consejo Directivo						X	X																	
Correcciones								X																
Elaboración del Borrador Final de la tesis									X	X	X		X		X	X		X						
Correcciones															X	X	X				X			
Entrega del Borrador Final de la tesis																			X					
Revisión par de ciegos																			X	X				
Correcciones finales de la tesis																					X	X	X	
Firma de Documentos Habilitantes para sustentación																								X
Entrega tesis Final																								X

Anexo 2. Segunda parte del programa de actividades del trabajo de titulación.

# CESQT

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: Varón  Mujer  Edad:  /  /

Centro/Empresa: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN:

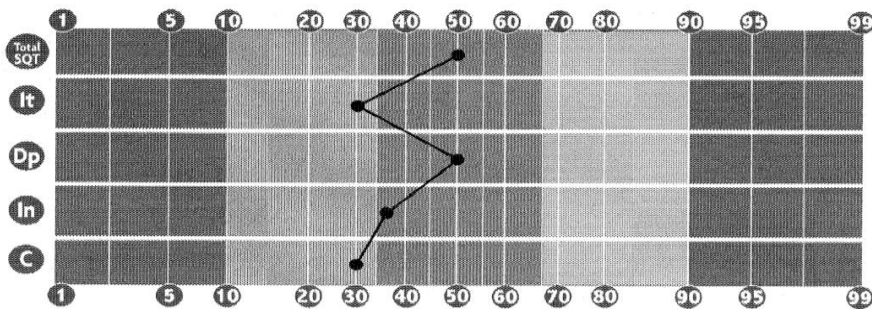
- En cada fila, **traslade la puntuación** rodeada con un círculo a la casilla sombreada situada a la izquierda en esa misma fila.
- Sume las puntuaciones de las casillas sombreadas de cada columna (It, Dp, In y C) y anote los resultados en las casillas **Suma** correspondientes a esas escalas.
- Tomando los valores de las casillas Suma de las escalas It, Dp e In, aplique la fórmula que se indica a la izquierda y calcule el valor de la casilla Suma correspondiente a la escala **Total SQT**.
- Divida los valores de las casillas anteriores por el número que se indica debajo para obtener las puntuaciones directas (**PD**) con dos decimales de cada una de las escalas (incluyendo la puntuación Total SQT). Anote los resultados en las casillas correspondientes.
- Consulte en el apéndice A del manual el percentil correspondiente a la puntuación PD obtenida en cada escala y anote el resultado en las casillas **Pc** respectivas.



Autor: Pedro R. Gil-Monte. Copyright © 2011 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España. Este ejemplar esta impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24; 28036 Madrid. Printed in Spain. Impreso en España.

	<b>Total SQT</b>		<b>It</b>	<b>Dp</b>	<b>In</b>		<b>C</b>	
Suma	<b>15</b>	$20 - It + Dp + In$	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	Suma
	/15		/5	/4	/6		/5	
PD	<b>1,00</b>		<b>2,80</b>	<b>1,50</b>	<b>0,50</b>		<b>0,40</b>	PD
Pc	<b>50</b>		<b>30</b>	<b>50</b>	<b>35</b>		<b>30</b>	Pc

- Traslade los percentiles de cada escala al **PERFIL** que se representa a continuación.



	<b>It</b>	<b>Dp</b>	<b>In</b>	<b>C</b>	
3	←				0 1 2 (3) 4
		1			← 0 (1) 2 3 4
		0			← (0) 1 2 3 4
			1		← 0 (1) 2 3 4
2	←				0 1 (2) 3 4
		0			← (0) 1 2 3 4
		1			← 0 (1) 2 3 4
			2		← 0 1 (2) 3 4
				1	← 0 (1) 2 3 4
3	←				0 1 2 (3) 4
		1			← 0 (1) 2 3 4
		2			← 0 1 (2) 3 4
			0		← (0) 1 2 3 4
		0			← (0) 1 2 3 4
3	←				0 1 2 (3) 4
			0		← (0) 1 2 3 4
		2			← 0 1 (2) 3 4
		0			← (0) 1 2 3 4
			3		← 0 1 2 (3) 4
				0	← (0) 1 2 3 4
	<b>It</b>	<b>Dp</b>	<b>In</b>	<b>C</b>	

Anexo 3. Interpretación del CESQT



# CESQT

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: Varón  Mujer  Edad:  /  /

Centro/Empresa: \_\_\_\_\_

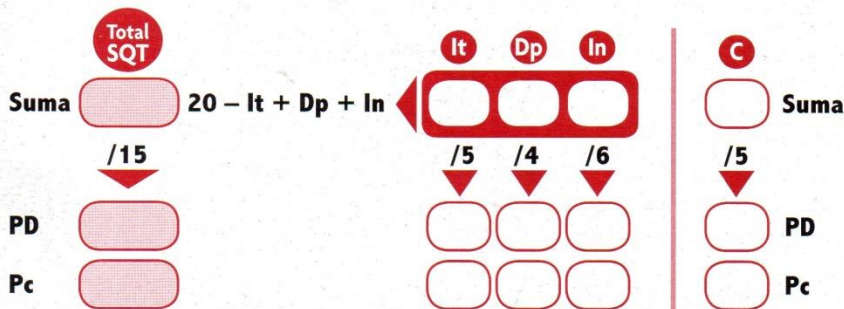
Examinador: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN:

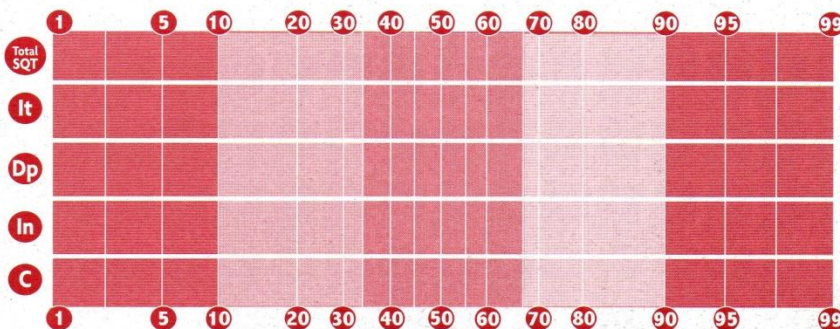
- En cada fila, **traslade la puntuación** rodeada con un círculo a la casilla sombreada situada a la izquierda en esa misma fila.
- Sume las puntuaciones de las casillas sombreadas de cada columna (It, Dp, In y C) y anote los resultados en las casillas **Suma** correspondientes a esas escalas.
- Tomando los valores de las casillas Suma de las escalas It, Dp e In, aplique la fórmula que se indica a la izquierda y calcule el valor de la casilla Suma correspondiente a la escala **Total SQT**.
- Divida los valores de las casillas anteriores por el número que se indica debajo para obtener las puntuaciones directas (**PD**) con dos decimales de cada una de las escalas (incluyendo la puntuación Total SQT). Anote los resultados en las casillas correspondientes.
- Consulte en el apéndice A del manual el percentil correspondiente a la puntuación PD obtenida en cada escala y anote el resultado en las casillas **Pc** respectivas.



Autor: Pedro R. Gil-Monte. Copyright © 2011 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España. Este ejemplar esta impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24; 28036 Madrid. Printed in Spain. Impreso en España.



- Traslade los percentiles de cada escala al **PERFIL** que se representa a continuación.



Anexo 4. Carilla posterior del CESQT





**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Varón  Mujer  **Edad:**  /  /  **Fecha:**  /  /

**Centro/Empresa:** \_\_\_\_\_

**Examinador:** \_\_\_\_\_

A continuación encontrará algunas afirmaciones referentes a sus sentimientos e ideas acerca de su trabajo y de las consecuencias que tiene para usted como profesional y como persona. Indique con qué frecuencia siente o piensa lo que se describe en cada una de ellas.

Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajuste a su situación:

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces al mes)	FRECIENTEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (todos los días)

1	Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
2	No me apetece atender a algunas personas en mi trabajo.	0	1	2	3	4
3	Creo que muchas de las personas a las que atiendo en el trabajo son insoportables.	0	1	2	3	4
4	Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
5	Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
6	Creo que los familiares de las personas a las que atiendo en el trabajo son unos pesados.	0	1	2	3	4
7	Pienso que trato con indiferencia a algunas personas a las que atiendo en mi trabajo.	0	1	2	3	4
8	Pienso que estoy saturado por el trabajo.	0	1	2	3	4
9	Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
10	Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
11	Me apetece ser irónico con algunas personas a las que atiendo en el trabajo.	0	1	2	3	4
12	Me siento agobiado por el trabajo.	0	1	2	3	4
13	Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
14	Etiqueto o clasifico a las personas a las que atiendo en el trabajo según su comportamiento.	0	1	2	3	4
15	Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
16	Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
17	Me siento cansado físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
18	Me siento desgastado emocionalmente.	0	1	2	3	4
19	Me siento ilusionado por mi trabajo.	0	1	2	3	4
20	Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4



Autor: Pedro R. Gil-Monte. Copyright © 2011 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España. Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24; 28036 Madrid. Printed in Spain. Impreso en España.

## Anexo 5. Carilla anterior del CESQT

Guayaquil, 1 de Febrero de 2016

Sr.:

**Renato Rodríguez**

**Estudiante de la Carrera de Medicina**


**Universidad de Especialidades Espíritu Santo**

Por medio del presente informo a usted que ha sido resuelta como favorable su solicitud de autorización para la realización del estudio *"Prevalencia de Síndrome de Burnout en residentes de áreas de cirugía menor y quirófano del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del 15 de septiembre del 2015 al 1 de mayo del 2016"* una vez que he recibido el informe técnico de la jefa del Área de Cirugía de nuestro hospital.

Por lo anteriormente expuesto le reitero que está usted autorizado a realizar su trabajo de titulación siguiendo las normas y reglamentos del hospital Teodoro Maldonado Carbo; quedo a la espera de sus nuevos requerimientos

Particular que comunico para los fines pertinentes

Atte,

  
**L. C. Juan Luis Aguirre Martínez**  
COORDINADOR GENERAL  
DE INVESTIGACIÓN  
I.E.S.S. HOSPITAL REG. DR. T. M. C.

  
**Dr. Juan Luis Aguirre Martínez**

**COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HTMC**

Anexo 6. Carta de aprobación de tesis de la unidad de docencia  
hospitalaria



**UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA: MEDICINA**

**TEMA TRABAJO DE TITULACION:** PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ÁREAS DE CIRUGÍA MENOR Y QUIRÓFANO DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO DE 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2015 HASTA EL 1 DE MAYO DEL 2016

**PRESUPUESTO DEL TRABAJO DE TITULACION**

<b>IMPRESIÓN Y EMPASTADO DE TESIS</b>	<b>\$80.00</b>
<b>RESMAS DE HOJAS</b>	<b>\$10.00</b>
<b>MANUAL DE CESQT CON HOJAS DE ENCUESTA</b>	<b>\$220.00</b>
<b>100 LAPICES</b>	<b>\$12.00</b>
<b>TRANSPORTE/GASOLINA</b>	<b>\$320.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$642.00</b>

Anexo 7. Presupuesto invertido en tesis