

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.**

**Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Medicina**



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**TEMA:**

**Síndrome de Burnout y Riesgo Cardiovascular en médicos  
del Centro de Salud “Perla María Norori” y “Mántica  
Berio”, período 2018-2019.**

**AUTOR:**

**Br. Edna Victoria Hernández Mairena.**

**TUTOR:**

**PhD. Arlen M. Soto Vanegas**

**Investigadora CISTA UNAN-León**

**León, 2019**

**“A la Libertad por la Universidad”**

## Índice

Introducción .....	1
Antecedentes .....	2
Justificación.....	4
Planteamiento del problema .....	5
Objetivos .....	6
Marco Teórico .....	7
Materiales y Método.....	20
Resultados .....	27
Discusión.....	33
Conclusión.....	35
Recomendaciones .....	36
Referencias Bibliográficas .....	37
Anexos.....	46

# **SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉDICOS DEL CENTRO DE SALUD PERLA MARÍA NORORI Y MÁNTICA BERIO, PERÍODO 2018-2019.**

Br. Hernández Mairena Edna Victoria

## **RESUMEN**

**Introducción.** El Síndrome de Burnout surge tras exposición crónica al estrés en el ambiente laboral, sienta las bases fisiopatológicas para la aparición de enfermedades físicas por estrés como son las enfermedades cardiovasculares.

**Objetivo.** Establecer la relación entre el Síndrome de Burnout con el Riesgo Cardiovascular en médicos del Centro de Salud “Perla María Norori” y “Mántica Berio” en el período 2018-2019. Así mismo, determinar variables sociodemográficas, medir la prevalencia de Burnout y estimar el Riesgo Cardiovascular.

**Metodología.** Estudio descriptivo de corte transversal. Población total de 58 médicos de ambos centros, con la participación de 53 médicos se obtuvo el perfil sociodemográfico mediante una encuesta, se utilizó la guía de bolsillo para la estimación del riesgo cardiovascular de la OMS y se aplicó el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo de Pedro R. Gil-Monte.

**Resultados.** Tras una tasa de respuesta de 91% se obtuvo una prevalencia de 33.96% en nivel crítico- alto de Burnout, en cuyas escalas prevalecieron niveles altos y medios. El 71.6% presentó riesgo cardiovascular bajo, encontrando asociación entre ésta con cada una de las subescalas de Burnout.

**Conclusión.** Existe relación significativa entre el riesgo cardiovascular y el síndrome de burnout, sin embargo, no se establece la dirección de esta asociación.

**Palabras claves:** Burnout, Riesgo Cardiovascular, Médicos.

## **Introducción**

El Síndrome de Burnout (SBO) es una patología que aparece producto de la exposición crónica al estrés, se presenta con mayor frecuencia en aquellos trabajadores cuya profesión requiere de prestar servicios a personas en situación de necesidad o dependencia, en donde hay un contacto directo con las personas, siendo así el personal médico los más susceptibles a desarrollarla <sup>(1)</sup>.

A nivel mundial afecta entre el 30-60% de los trabajadores de la salud, sin embargo, sus cifras de prevalencia dependerán de la susceptibilidad individual, factores personales y ambientales de la institución donde labore y sus trabajadores. Es considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los principales factores de riesgo laboral, que afecta la salud mental, física y orgánica de quien lo padece. En Nicaragua las cifras de prevalencia en el personal de salud son de aproximadamente el 70%. <sup>(2)</sup>

Estudios realizados han llegado a la conclusión de que el SBO trae consigo múltiples consecuencias a nivel orgánico y sistémico como lo son alteraciones gastrointestinales, respiratorias, musculares y se destaca que alrededor del 20% son alteraciones cardiovasculares como la hipertensión y enfermedad coronaria, lo cual lo convierte en un gran problema de salud pública debido a que las enfermedades cardíacas representan una de las principales causas de mortandad a nivel mundial, sin embargo aún se sigue sin asociarlos a trastornos psicofisiológicos como el SBO, de modo que no se les da un manejo más integral. <sup>(3)</sup>

Pese a la magnitud que tiene esta problemática aún hay escasa información a nivel internacional que asocie estas dos variables. De igual manera a nivel nacional sólo se han realizado estudios basados en las prevalencias del SBO, razón por la cual esta investigación tiene como objetivo encontrar la relación existente entre el riesgo cardiovascular y los niveles de SBO que presenten los médicos de dos centros de salud del departamento de León, de modo que sirva como punto de partida para el desarrollo de planes de intervención por parte de las instituciones de salud, contribuyendo de este modo a que se mejore la calidad de vida de los médicos y la atención que estos brindan a la población.

## Antecedentes

Desde 1974, cuando se utilizó por Freudenberger el término de Burnout muchos investigadores se han dedicado al abordaje de esta temática, sin embargo, hasta la fecha no se conoce con exactitud una cifra de prevalencia de la misma, pero los resultados de múltiples estudios determinan que está ha ido incrementando en los últimos años desde un 20-70% aproximadamente en dependencia del ambiente en que se desarrolle el individuo.

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud declaró al SBO como un factor de riesgo laboral, debido a las repercusiones que tiene este en la calidad de vida de la persona que lo padece, afectando mental, emocional y orgánicamente. (4) Varios autores coinciden en que las bases fisiopatológicas de las enfermedades físicas por estrés se sustentan en el modelo teórico de Demanda-Control de Robert Karasek.

Este modelo se ha asociado a mayor riesgo de enfermedad coronaria, síndrome metabólico y trastornos musculoesqueléticos. Otros autores han realizado estudios en los que proponen el término de “vital exhaustion” como similar al Burnout y que así mismo puede ser factor predictor de morbimortalidad cardiovascular. (5-7)

Estudios realizados en países europeos por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo demuestran prevalencias bajas de SBO en trabajadores de cualquier área laboral, siendo estas de aproximadamente el 20-30% y se ha encontrado que entre el 16-22% de las enfermedades cardiovasculares están asociadas al estrés. (8)

Algunos realizados en América Latina determinaron en qué grupo profesional hay mayor frecuencia de esta entidad, encontrándose en un estudio descriptivo realizado en Colombia con una muestra de 150 trabajadores de la salud, donde se utilizó el MBI, siendo los médicos los más afectados con cifras entre el 76-85% y el 52% presentaba niveles severos de SBO. (9) El componente que se encuentra con mayor frecuencia en este grupo poblacional es el cansancio o desgaste emocional con cifras de hasta el 76%.

(10)

A nivel centroamericano se han realizado estudios descriptivos en Costa Rica en 2013 donde se trabajó con 140 trabajadores de la salud de los cuales el 12.9% eran médicos,

se utilizó el MBI y la prevalencia global osciló aproximadamente del 50%. (11) En Nicaragua en un estudio realizado en el Hospital Regional de Jinotepe con 233 entre ellos personal médico y de enfermería, utilizando el MBI se encontró prevalencias que son de entre el 30-70% y donde han predominado los componentes de cansancio emocional y la despersonalización. (12)

También se realizó un estudio en el año 2013 en cuatro Hospitales de la ciudad de Managua, este tenía como muestra a 112 médicos y se utilizó el MBI para estimar la prevalencia del SBO la cual fue de 8.9%. (13) En León se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello con una muestra de 65 médicos y 100 del personal de enfermería en donde al estimar la prevalencia del SBO con el MBI esta fue de 28% en el personal de enfermería y de 14% en los médicos. (14)

Pese a los abundantes estudios encontrados acerca del SBO, son muy pocos los que han investigado sobre el síndrome y la relación que tiene con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, en nuestro país aún no se ha realizado ninguno en el que se asocie el SBO con el riesgo cardiovascular.

Se realizó un estudio en Ecuador donde la población de estudio eran 139 docentes de educación media y utilizando el MBI se encontró que 55% de los individuos tenían SBO de los cuales al realizar la toma de presión arterial y clasificarlo según los valores del The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los EE.UU., el 12% presentaban síntomas y signos cardiovasculares como lo es el aumento de presión arterial. (15)

Otro estudio realizado en este mismo país en una población de 57 personas dentro de ellos médicos internos y residentes demostró una prevalencia de SBO de 42.1% utilizando el MBI y aproximadamente el 10.5% de ellos tenían un riesgo cardiovascular mayor del 10% según las tablas con los criterios de Framingham que fueron utilizadas para la estimación del riesgo cardiovascular. (16)

## **Justificación**

El síndrome de Burnout es un trastorno que se caracteriza por una respuesta inadecuada al estrés crónico que altera la calidad de vida de la persona que lo padece asociándose a la aparición de enfermedades cardiovasculares y produce un efecto negativo en la aptitud de la prestación de los servicios médicos asistenciales <sup>(17)</sup>.

Es una patología asociada al agotamiento emocional, despersonalización e ineffectividad en el ámbito laboral y personal <sup>(18)</sup>. Suele manifestarse con falta de interés, apatía e incluso hasta llegar a un fuerte estado de indiferencia y distanciamiento con los pacientes <sup>(18,19)</sup>.

Se considera importante el desarrollo del estudio en esta población, debido al papel que desempeña hoy en día el desgaste profesional paulatinamente en la salud de los seres humanos debido al impacto que tiene el síndrome en agotar los recursos individuales y como estos repercuten en el organismo de quien lo padece <sup>(20)</sup>, tomando en cuenta que son profesionales de la salud y la base fundamental de su labor es una buena relación médico-paciente para mejorar la calidad de vida de la población y para esto es necesario que ellos también tengan un buen estado de salud.

La motivación para la realización de este estudio es llenar los vacíos teóricos existentes, también, por el aporte a nivel social, ya que los médicos participantes, así como la Institución en la que laboran tendrán conocimiento del nivel de síndrome y riesgo cardiovascular en el que se encuentran, de modo que pueden implementar programas de prevención de enfermedades ocasionadas por estrés laboral y así contribuir a la mejora de la salud mental y sistémica de los médicos garantizando una mejor calidad en la atención brindada a la población.

El propósito de esta investigación es documentar la relación existente entre Síndrome de Burnout y Riesgo Cardiovascular en médicos del Centro de Salud “Perla María Norori” y “Mántica Berio”, con el fin que sea la pauta para futuros estudios buscando nuevos enfoques sobre el SBO y su relación con otro tipo de enfermedades orgánicas.

## **Planteamiento del problema**

El Síndrome de Burnout (SBO) se presenta en profesiones que demandan de interacción directa con personas. Afecta al 30-60% de los trabajadores de la salud a nivel mundial, sin embargo, aún no existe un consenso en su prevalencia. En Nicaragua en la última década se ha incrementado la prevalencia del SBO en trabajadores de la salud, oscilando en 70-90%. La Organización Mundial de la Salud lo considera como un importante factor de riesgo laboral que afecta la salud mental y la calidad de vida de quien lo padece, al encontrarse asociado al deterioro del sistema cardiovascular.

Las bases fisiopatológicas de la aparición de enfermedades físicas por estrés son explicadas por Robert Karasek en su modelo teórico de Demanda-Control y éste se ha asociado a mayor riesgo de enfermedad coronaria. Según Melamed, S et al (2006) el Burnout es uno de los principales tipos de estrés laboral e incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Estudios realizados demuestran que alrededor del 22% de las mujeres y el 16% de hombres con SBO sufren de enfermedades cardiovasculares, las cuales representan la cifra más alta de defunciones en todo el mundo, países de bajos y medios ingresos alcanzan cifras de hasta el 37%. En países desarrollados el SBO ha sido estudiado ampliamente, de manera que se toman medidas como la regulación de las jornadas laborales, mejorando así la calidad de vida de los profesionales de la salud.

En Nicaragua se han realizado estudios destinados a conocer la prevalencia del SBO, pese a esto no se ha relacionado con el riesgo cardiovascular, el cual aún sigue viéndose como una enfermedad aislada a factores de estrés laboral. Es importante no centrarse sólo en la magnitud que tiene el SBO, sino que hay que valorar al individuo de forma integral, tomando en cuenta las alteraciones sistémicas que se pueden desarrollar tras la aparición del Burnout.

A partir de este planteamiento surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre el Síndrome de Burnout y el Riesgo Cardiovascular en médicos del Centro de Salud Perla María Norori y Mántica Berio en el período 2018-2019?

# Objetivos

## General

Establecer la relación entre el Síndrome de Burnout y Riesgo Cardiovascular en médicos del Centro de Salud “Perla María Norori” y “Mántica Berio” en el período 2018-2019.

## Específicos

- 1- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- 2- Medir la prevalencia y niveles de SBO en la población de estudio.
- 3- Estimar el Riesgo Cardiovascular y su relación con los niveles de SBO en la población de estudio.

# Marco Teórico

## 1. Síndrome de Burnout

### 1.1 Definición de SBO

El Síndrome de Burnout ha tenido un sinnúmero de definiciones a lo largo del tiempo propuestas por diferentes autores investigadores. El primero en introducir el término de SBO fue Freudenberger en 1974, definiéndolo como “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. En 1976 Maslach lo define como “un síndrome compuesto por agotamiento emocional, despersonalización, y disminución de la realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas con cierta necesidad”, Burke en 1987 plantea su definición de SBO como un síndrome de estrés laboral que surge por un inadecuado proceso adaptativo y que se acompaña de desgaste, distanciamiento emocional, frialdad y sentimiento de falta de éxito laboral. (21)

Una definición más desarrollada es la de Pines y Arosón en 1988 en la que al concepto de SBO se le agrega el agotamiento mental, físico y emocional asociado al involucramiento crónico al trabajo que demanda de situaciones fuertemente emocionales, ellos llegan a desarrollar tres aspectos fundamentales para la definición del SBO: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. (21)

Gil y Pieró añaden un factor importantísimo a la definición del SBO y esta es sobre las fallas en las estrategias de afrontamiento que debe tener el individuo cuando se expone a situaciones estresantes laborales y que estas de permanecer por tiempo prolongado traen repercusiones en la persona. (21)

De todo esto, podemos definir el SBO como una entidad clínico-laboral que aparece cuando fallan los mecanismos adaptativos en el ámbito laboral y que se manifiesta por una baja realización personal, desmotivación y por ende menor eficacia laboral. (21)

## 1.2 Sinónimos de SBO

El término de Burnout surge del idioma anglosajón utilizado por deportistas o atletas y que en español se traduce como “estar quemado”, se utilizaba para tratar de dar a entender una situación en donde una persona no conseguía los resultados que esperaba por más que se esforzara para conseguirlo. También se encuentran otras adaptaciones al español como, por ejemplo: síndrome de desgaste profesional, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de desgaste físico, o síndrome de fatiga en el trabajo. (22)

## 1.3 Factores Asociados al individuo

### Sociodemográficos

Sexo: se ha comprobado mediante estudios que las mujeres tienen puntajes elevados cuando se evalúa la dimensión de agotamiento emocional, sin embargo, presentan puntajes bajos en la dimensión que hace referencia a la realización personal. (23,24)

Edad: influye en el desarrollo del síndrome, debido a la correlación entre la experiencia y madurez con las estrategias de afrontamiento, los trabajadores jóvenes son los más expuestos a padecer el Burnout. (23,24)

Estado civil: ser casado o estar en cualquier tipo de relación de pareja genera una estabilidad afectiva en el individuo que le permite tener mejores herramientas de afrontación. (23,24)

Nivel de estudios: profesionales con altos niveles de estudio tienen un grado de responsabilidad mayor, además hay un crecimiento en las expectativas laborales y de realización. (23,24)

### Personalidad

Se ha demostrado que individuos idealistas, empáticos con un gran sentido de humanidad y entregados a su labor son los más predispuestos al desarrollo del síndrome. Se ha determinado un patrón de personalidad característico conformado por tres

dimensiones: el grado de compromiso, control y desafío que tiene el individuo hacia sí mismo, sus pacientes y su trabajo. (23,24)

### Organizacionales

Apoyo Organizacional: el apoyo dado por todos los miembros de una organización es importante para el profesional ya que contribuye a recalcar su compromiso y responsabilidad social, así mismo disminuye la incidencia del SBO en ambiente de trabajo. (23,24)

Expectativas en el trabajo: el profesional tiene altas expectativas sobre su carrera y trabajo, esto hace que se proponga metas que persiguen el éxito deseado. Cuando no hay probabilidad de cumplir esas expectativas surgen situaciones de despersonalización y predispone al agotamiento emocional. (23,24)

Relaciones interpersonales: las relaciones con los compañeros de trabajo son un factor fundamental para el clima laboral y la dinámica como organización. Un clima organizacional aversivo predispone a la aparición del Burnout. (23,24)

Dinámica de trabajo negativa: inadecuadas interacciones con el equipo de trabajo y no establecer roles genera una mala dinámica que conlleva a un inadecuado clima laboral y predisposición al SBO. (23,24)

Exigencias laborales: exceso de tareas conlleva a una mayor demanda de responsabilidad, además requiere hacer más en menos tiempo, estos factores en conjunto aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome. (23,24)

Realización en el trabajo: es la percepción subjetiva que tiene el individuo acerca del cumplimiento de sus metas, mediante métodos objetivos. Cuando el sentimiento de realización personal en el trabajo es menor se asocia a un mayor grado de SBO. (23,24)

Interacción trabajador–usuario: aparecen como factores predisponentes cuando hay un desequilibrio en esta interacción, ya que se generan roces y conflictos que repercuten negativamente en la prestación de servicios. (23,24)

Toma de decisiones: la participación activa del individuo en la toma de decisiones que repercutirán en su trabajo crea menor probabilidad de padecer de Burnout, aumenta la seguridad en sí mismo y la realización personal. (23,24)

Recompensas: dentro de las expectativas generadas por el individuo están las recompensas sean económicas o sociales a cambio de la realización y prestación de un buen servicio, de modo que la falta de estas recompensas es predisponente a desarrollarlo. (23,24)

Estresores económicos: todo profesional espera una remuneración por el servicio que está brindando, esto le asegura solventar gastos para sus necesidades básicas. Cuando no hay una seguridad económica como, por ejemplo, un trabajo de paga inestable, sin paga o bien, no hay garantía a futuro de conservar un puesto de trabajo se crea una vulnerabilidad para desarrollar el síndrome. (23,24)

Satisfacción laboral: influyen componentes como la remuneración del trabajo, el tipo de trabajo, las relaciones con sus compañeros y la percepción de su mismo desempeño, de modo que cuando esta satisfacción no está presente induce a la aparición del Burnout. (23,24)

Compromiso laboral: el profesional aumenta sus esfuerzos y se compromete con su trabajo para lograr aumentar su realización laboral. Si existen altos niveles de compromiso laboral habrá menos niveles de Burnout. (23,24)

Horario laboral: debe existir un horario establecido para que un individuo sea capaz de cumplir con sus obligaciones, esto garantiza un servicio de altos estándares de calidad. Jornadas laborales extendidas con mucha carga ocupacional predisponen a aparición del SBO. (23,24)

Antigüedad Profesional: se ha demostrado una relación entre el SBO y los dos primeros años de carrera profesional, así como los mayores a 10 años de carrera profesional. (23,24)

Disfunciones de rol: no hay un establecimiento de roles, por lo tanto, el profesional no sabe cuáles son sus obligaciones, recibe órdenes contradictorias y causa un conflicto en

la integración del trabajo, esto conlleva a un clima y roles disfuncionales donde se destacan principalmente: ambigüedad y conflicto de roles. (23,24)

### Ámbito ambiental

Apoyo social: en él se incluye el apoyo familiar que el individuo reciba en relación a las circunstancias que demande su trabajo. Una buena relación con la familia y/o la pareja crea en el individuo un factor protector contra el desarrollo de SBO. (23,24)

Comunicación: juega un papel fundamental en el entorno social de las personas, que además favorece al trabajo en equipo para la obtención de mejores resultados, sin embargo, un clima organizacional donde se carezca de comunicación se crea un ambiente hostil que predispone a la aparición de Burnout. (23,24)

Afrontamiento familiar: hace referencia a las actitudes de la familia con el individuo, un ambiente de apoyo mutuo genera la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento ante los acontecimientos del individuo, de manera que a mayor recurso de afrontamiento familiar menor vulnerabilidad al SBO. (23,24)

### 1.4 Modelo Explicativo:

Existen muchos tipos de modelos y teorías donde se trata de explicar este fenómeno del estrés crónico, sin embargo, el modelo planteado por Karasek llamado modelo demanda-control-apoyo social, basado en su influencia y la evidencia científica que posee para describir las situaciones laborales donde los estresores crónicos juegan un papel fundamental, especialmente cuando se trata de explicar los efectos que éste causa en la salud del individuo. (25)

Robert Karasek postuló un modelo bidimensional basado en la conclusión de los dos tipos de observaciones que realizó, en donde las características del trabajo junto con la toma de decisiones, el uso de capacidades propias y las demandas psicológicas laborales tienen efecto en el trabajo, salud y comportamiento del individuo. (25)

Demandas psicológicas: el trabajo por sí mismo, conlleva muchas demandas psicológicas para el individuo, haciendo referencia a la cantidad y magnitud del trabajo,

el nivel y la calidad de atención con la que debe realizarse y la presión que implica el terminar en tiempo y forma determinada labor. (25)

Control: Karasek lo plantea como “el recurso para moderar las demandas” haciéndolo la esencial para la comprensión de este modelo. El control hace referencia a como el individuo trabaja, lo cual depende de la autonomía, es decir, de la capacidad que tiene la persona para y del desarrollo de habilidades que adquiere; y del desarrollo de habilidades, lo cual permite al individuo aprender para desarrollar sus propias capacidades. Para Karasek la organización debe proporcionar recursos u oportunidades para que la persona pueda tomar decisiones e influir en la planificación y ejecución del trabajo. (25)

Apoyo social: esta dimensión fue añadida por Jeffrey Johnson, la cual para él hace referencia al clima social en el lugar de trabajo donde predominan las relaciones sociales emocionales con los compañeros y sus superiores, lo cual le permite al individuo hacer frente ante las situaciones de estrés. (25)

### 1.5 Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones en un individuo con SBO van más allá del cansancio que puede ser reparado con un día de descanso, se trata de un conjunto síntomas que se manifiestan en la persona que lo padece a nivel psicológico, físico, social y laboral. De acuerdo a estudios realizados estos síntomas se han dividido en cuatro áreas: psicosomáticos, conductuales, emocionales y defensivos. (26)

- Psicosomáticos: son manifestaciones tempranas del síndrome descritas como cefaleas frecuentes, fatiga, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales como las úlceras pépticas y pérdida de peso, alteraciones a nivel cardiorespiratorio como disnea, palpitaciones e hipertensión, a nivel muscular refieren dolor principalmente en el cuello y espalda y en las mujeres son muy frecuentes las alteraciones menstruales como la amenorrea. (26)

- Conductuales: se manifiesta principalmente con el absentismo laboral, también el individuo presenta comportamientos de alto riesgo que exponen su integridad física como conductas suicidas, violentas y abuso de drogas. (26)
- Emocionales: producto del deterioro de las relaciones interpersonales a lo que el individuo generalmente lo refiere como cansancio, esto incluye una baja autoestima, distanciamiento afectivo, dificultad para concentrarse, falta de motivación y deseos de abandonar el trabajo por la percepción propia de incapacidad de cumplir con su labor. (26)
- Defensivos: la negación de sus emociones surge como un mecanismo con el cual el individuo se protege ante una necesidad que le resulta desagradable. Se presenta como atención selectiva, desplazamiento de afectos e ironía. (26)

Las manifestaciones del SBO no solamente pueden notarse en el individuo, sino que también a nivel colectivo en un determinado ambiente laboral, a lo que se le ha llamado “Staff Quemado” en donde las personas involucradas se notan con falta de entusiasmo, menos energía, se perciben a sí mismos como desmotivados y hay una disminución en el interés por las personas a quienes brindan sus servicios. (26)

## 1.6 Diagnóstico de SBO.

Existen diferentes métodos de evaluación del Síndrome de burnout, sin embargo, el Test Maslach Burnout Inventory (MBI) ha sido el más utilizado, puesto que caracteriza al SBO, fundamentalmente, partiendo de tres pilares principales: agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional reducida. (27)

### 1.6.1 Maslach Burnout Inventory.

Es un cuestionario de 1986, el más utilizado en el mundo y con una fiabilidad de 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 cuya principal función es medir el desgaste profesional.

Este test se realiza en 10-15 minutos y mide los tres aspectos antes mencionados. En cuanto a las puntuaciones, se consideran bajas las que estén entre 1 y 33, altas en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el síndrome. (27,28)

1. Subescala de agotamiento emocional: Consta de 9 preguntas y tiene una puntuación máxima 54. Valora cuán agotado se encuentra el individuo, por demandas de trabajo.
2. Subescala de despersonalización: Constituida por 5 ítems, con una puntuación máxima 30. Valora el grado en el que cada individuo reconoce el distanciamiento y la frialdad.
3. Subescala de realización personal: Se compone de 8 ítems y tiene una puntuación máxima 48. (27,28)

Clasificación de las afirmaciones.		La escala se mide según los siguientes rangos
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	0= Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	

Es el segundo cuestionario más usado, después del MBI. Como antecedente de esta prueba está el Tedium Scale (TS), en un inicio los autores Pines, Aronson y Kafry encontraron que existían similitudes entre el burout y el tedio, pero diferían en su origen. El tedio podría ser resultado de presión crónica, ya fuera física o mental; mientras que el burnout era consecuencia de presión emocional repetida y se asociaba a implicación intensa durante largos periodos. Posteriormente, los autores abandonaron esta

diferenciación y decidieron ampliar el concepto de burnout que pasó a incluir al tedio. A causa de esto, la Tedium Scale se convirtió en la Burnout Measure. (27,28)

Esta prueba consiste en 21 ítems en los cuales se expresa agotamiento y están evaluados de acuerdo a una escala de frecuencia de 7 puntos que va de “nunca” a “siempre”. (27,28)

### 1.6. 2 Burnout Measure

La BM es un instrumento útil en la investigación, ha sido aplicada a más de 10,000 profesionales, sin embargo, la mayoría de estos han sido procedentes de muestras no aleatorias, han sido personas que participaron voluntariamente en talleres sobre burnout. Esto puede significar sesgo en la selección, por lo tanto, no se descarta la posibilidad de que las propiedades psicométricas de las que informen los autores sean influenciadas por ello. (29,30)

En todo caso, la BM parece ser un instrumento fiable y en lo que respecta a su validez se ha encontrado que la BM correlaciona negativamente con medidas de satisfacción laboral, personal y en la vida misma en 30 muestras diferentes. Otros estudios han mostrado asociaciones significativas con determinados aspectos laborales, tales como: falta de apoyo, falta de autonomía, de retroalimentación y monotonía, absentismo, deseos de dejar el trabajo y problemas de salud. (29,30)

Según los autores del BM, el SBO presenta una definición multidimensional, sin embargo, la BM ha sido concebida como un instrumento unidimensional puesto que no constituye una adecuada operacionalización de la definición de burnout de los autores. (29,30)

### 1.6.3 Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Este instrumento fue realizado por Gil y lo conforman 20 ítems que se distribuyen en cuatro subescalas. Basándose en que el Burnout (o Síndrome de quemarse por el trabajo, según los autores) consta de tres componentes: baja productividad laboral, agotamiento emocional y/o físico, y un exceso de despersonalización. (31)

Estas subescalas se denominan:

### **1. Ilusión por el trabajo.**

Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal. Los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, de manera que bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT. <sup>(31)</sup>

### **2. Desgaste psíquico.**

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. <sup>(31)</sup>

### **3. Indolencia.**

Presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas hacia las que trabajan. <sup>(31)</sup>

### **4. Culpa.**

Para su inclusión en el cuestionario se tomaron como referencia estudios en los que se considera que los sentimientos de culpa son un síntoma característico de los individuos que desarrollan el SQT.

Dividen los sujetos con Burnout en dos perfiles, el primero moderado y el segundo con severo Burnout. Y de ahí se plantean intervenciones terapéuticas. <sup>(31)</sup>

## **1.7 Consecuencias del SBO.**

### **a. Individuales**

Las consecuencias para el individuo se categorizan en 4 grupos principales:

- Índices emocionales: se produce un distanciamiento emocional, ansiedad, sentimientos de impotencia, soledad y omnipotencia.

- Índices actitudinales: el individuo desarrolla actitudes negativas, cinismo, hostilidad y se vuelve apático.
- Índices conductuales: la persona se torna agresiva, aislada, cursa con cambios bruscos de humor, grita y se enoja frecuentemente y se vuelve irritable.
- Índices somáticos y/o orgánicos: pueden presentarse alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, HTA). Problemas respiratorios, inmunológicos, sexuales, musculares (fatiga, dolor cervical, espasmos), problemas digestivos (gastritis, úlceras gastroduodenales, diarrea, etc.) y del sistema nervioso. (32,33)

### **b. Organizacionales**

Como consecuencias para la organización se encuentran, la baja satisfacción laboral, calidad y productividad laboral deficiente, abandono del puesto y organización, pérdida del interés en las actividades laborales, deterioro de las relaciones interpersonales y conflictos entre compañeros de trabajo y disminución de la calidad de vida de los trabajadores. (32,33)

#### 1.8 Estrategias de prevención y medidas de intervención de SBO.

A nivel individual, se recomienda la utilización de entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento de asertividad, y programas de entrenamiento para aprovechar y manejar el tiempo con eficacia. (33-35)

A nivel grupal, la principal estrategia es la utilización de grupos de apoyo social en el lugar de trabajo, conformado por compañeros de trabajo y supervisores. A través de estos grupos, el individuo obtiene nueva información, nuevos conocimientos, habilidades e incluso, logra mejorar las que ya posee. Al obtener refuerzo social, obtiene retroinformación sobre la realización de tareas, consejos y apoyo emocional. (33-35)

Las estrategias más significativas para la prevención del SBO que pueden ser implementadas por la dirección de la organización, se deben desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. (33-35)

Los programas de socialización anticipada pueden prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias. La filosofía de los estos programas es que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral. El choque se vive en un contexto cerrado, hermético, que permite desarrollar estrategias constructivas para enfrentarse con las expectativas irreales que se tienen. (33-35)

La implementación de sistemas de evaluación y retroinformación tiene como objetivo cambiar la ejecución a través del autoaprendizaje y el crecimiento personal, se basa en el asesoramiento, en el establecimiento de objetivos, y en la planificación, asigna al evaluador el rol de asesor, y brinda a los profesionales un rol activo y de participación en el diseño de planes futuros para la realización laboral. (33-35)

Por último, el desarrollo organizacional es un proceso que busca mejorar las organizaciones a través de esfuerzos planificados a largo plazo, centrados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización. (33-35)

Tiene como objetivo mejorar los procesos de solución de problemas de una organización mediante la cultura organizacional más eficaz y colaborativa. El énfasis del desarrollo organizacional se sitúa en los equipos de trabajo. (33-35)

Por lo tanto, es recomendable recordar a todos los profesionales implicados en la gestión de recursos humanos en el ámbito de la salud, que la primera medida para evitar la aparición del síndrome es conocer sus manifestaciones. Por esta razón, los programas de formación son una de las mejores estrategias para la prevención y tratamiento de esta patología, y deben ser implementados de sistemáticamente, y ofrecerse en todas las organizaciones en las que existan profesionales o grupos de riesgo propensos a desarrollar SBO. (33-35)

## **2. Riesgo Cardiovascular**

Las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial, de modo que las reducciones de los factores de riesgo son importantísimas para disminuir los episodios de infartos y el padecimiento de estas enfermedades. Más aun

cuando se ha demostrado que estas pueden aparecer como consecuencia de la exposición al estrés crónico como lo es en el SBO.

El riesgo cardiovascular determina la probabilidad que tiene un individuo para presentar un episodio cardíaco grave sea mortal o no en los próximos 10 años, en dependencia de la edad, sexo, cifras de presión arterial, hábitos tabáquicos, niveles de colesterolemia y la presencia o ausencia de diabetes mellitus. (36)

## 2.1 Estimación del Riesgo Cardiovascular

La estimación del riesgo cardiovascular puede realizarse de diferentes maneras que nos permitan obtener un resultado cuantitativo o bien, de forma cualitativa donde se valore como alto, moderado o bajo, todas están basadas en una ecuación de riesgo que surgió del estudio de cohorte realizado en pobladores de Framingham Massachusetts que tenía como objetivo la detección temprana de enfermedades cardiovasculares para su reducción. (37)

La Organización Mundial de la Salud en base a este estudio y con el objetivo de hacer énfasis en la prevención y detección temprana de las enfermedades cardiovasculares ha elaborado una guía adaptada hacia poblaciones diferentes que es a lo que ellos llaman “sub regiones epidemiológicas”, de modo que los parámetros sean más aplicables a estas poblaciones.

Una vez estimado el porcentaje de riesgo cardiovascular nos da una serie de recomendaciones para la prevención, basados en niveles de evidencia y recomendación. Las estimaciones a escala individual nos ayudan en la toma de decisiones para establecer medidas de intervención. (38)

El papel del SBO es evidente, ya que provoca alteraciones fisiológicas ante los niveles de estrés crónico que a mediano plazo se convierten en alteraciones orgánicas permanentes, a como se han documentado aumentos sostenidos de las cifras de presión arterial que posteriormente conllevan al desarrollo de una hipertensión arterial. (39)

# **Materiales y Método**

## **1. Tipo de estudio:**

Descriptivo de corte transversal.

## **2. Área de estudio**

El estudio se llevó a cabo en dos centros de atención primaria de la ciudad de León, Nicaragua, el centro de salud “Perla María Norori” se encuentra ubicado en el barrio Emir Cabezas en la parte suroeste del municipio de León, está dividido en 20 sectores y cuenta con un personal de 45 médicos. El centro de salud “Mántica Berio” ubicado en el barrio San Vicente en norte del municipio, se distribuye en 3 sectores y cuenta con una cantidad de 13 médicos.

## **3. Población de estudio**

53 médicos, de los 58 que correspondían a la población total. No se calculó muestra debido a que se trabajó con el total de la población que cumplió con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Entregó la encuesta y el instrumento de recolección de datos completo.
- Se encontró presente el día que se aplicaron los instrumentos de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- No deseó participar en el estudio.
- No completó el instrumento de recolección de datos.
- No asistió el día que se aplicó el instrumento de recolección de datos.

#### **4. Procedimiento e instrumentos de recolección de datos:**

La fuente de información fue primaria, se entrevistó directamente a los médicos que laboran en los centros de salud.

Para la estimación del riesgo cardiovascular se utilizó las tablas de la OMS “Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular, Ginebra 2008” (VER ANEXO 1) que están basadas en el modelo Framingham Heart Study, pero que han sido adaptadas para diferentes grupos poblacionales y pueden ser utilizadas en atención primaria. Con esto se indicó el riesgo de padecer un episodio cardiovascular en los próximos 10 años en base a edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre (si se puede cuantificar o no) y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Se utilizó la tabla para la cual no es necesario la determinación de colesterolemia y en base a la sub región epidemiológica de países AMR D (D: alta mortalidad en la niñez y alta mortalidad de adultos) establecida por la OMS (VER ANEXO 1). Para la toma de presión arterial se tomaron los valores de esta misma tabla y se garantizó una buena toma teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Estetoscopio en buen estado y esfigmomanómetro calibrado.
2. Participante sentado en estado de reposo por al menos 5 minutos antes de la toma de presión con los brazos a altura del corazón y pies en el suelo.

Al estimar el riesgo cardiovascular se tomaron de referencia los siguientes valores: Riesgo bajo: < 10% Riesgo moderado: 10% - < 20% Riesgo alto: 20% - < 30% Riesgo muy alto:  $\geq$  30%. Se procedió de la siguiente manera:

1. Se eligió la tabla según la presencia o ausencia de diabetes mellitus, es decir si el paciente ya estaba diagnosticado o no con diabetes mellitus.
2. Se eligió el recuadro en base al sexo.
3. Se eligió el recuadro en base a si es fumador o no fumador, se consideró fumador a todo aquel que lo fuera en el momento de la estimación y a los que hayan dejado de fumar en el último año.

4. Se eligió el recuadro del grupo etario: elegir 50 si la edad estaba comprendida entre 50 y 59 años, 60 para edades entre 60 y 69 años, etc. Si la persona tenía menos de 40 años se eligió este grupo etario, sabiendo que se podría estar sobreestimando el riesgo.
5. En el recuadro finalmente elegido se localizó la celda correspondiente a los valores de presión arterial sistólica: 180 mmHg, 160 mmHg, 140 mmHg y 120 mmHg. En base al color del recuadro final se ubicó en la estimación correspondiente del riesgo. <sup>(40)</sup>

Para determinar las características sociodemográficas y de los factores de riesgo cardiovascular que tenga la población de estudio (VER ANEXO 2) se utilizó una encuesta dividida en dos acápites. Además, se aplicó el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) elaborado por Pedro R. Gil-Monte en el año 2011, cuyo análisis de validez de consistencia interna mediante alfa de Cronbach es adecuado, con valores superiores a 0.70 para cada subescala y puntuación global. Así mismo se le atribuye una adecuada validación transcultural, lo que resalta aún más la aplicabilidad del instrumento en culturas heterogéneas <sup>(41, 48, 49)</sup>. Consiste en un instrumento formado por 20 ítems que son valorados en cuatro subescalas: ilusión por el trabajo: formada por 5 ítems, desgaste psíquico: 4 ítems, indolencia: 6 ítems y culpa: 5 ítems (VER ANEXO 3).

El formato de respuesta fue mediante una escala Likert que mide frecuencia que va desde: Nunca (0 puntos) hasta: muy frecuentemente: todos los días (4 puntos), en donde la persona indica con qué frecuencia experimenta las situaciones descritas en el cuestionario. También contiene la puntuación total del SQT que consiste en un promedio de las puntuaciones de los 15 ítems de tres subescalas exceptuando la dimensión de culpa, ya que esta última solo tiene la 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). La puntuación directa de cada subescala se obtuvo al sumar las puntuaciones obtenidas en los ítems y se dividió entre el número de ítems perteneciente a cada subescala. A partir de las puntuaciones directas se obtuvieron los percentiles para su correspondiente interpretación mediante los siguientes puntos de cortes: Crítico: >89

Alto: 67 – 89 Medio: 34 – 66 Bajo: 11 – 33 Muy bajo: <11 tanto para cada subescala como para el total global del síndrome.

Se solicitó mediante una carta dirigida a las directoras de los centros de salud la aprobación para la realización de estudio. (VER ANEXO 4 y 5). Se citó a los médicos participantes en sus mismos centros de trabajo para la explicación de los objetivos del estudio y del procedimiento para recolectar los datos, se explicó en qué consisten los cuestionarios, el tiempo promedio que tomaría su aplicación (10-15 minutos) y se aclararon las dudas e inquietudes de los participantes para que valoren si deseaban o no ser partícipes del estudio. Posteriormente a la firma del consentimiento informado se aplicó los cuestionarios, garantizando que sea en un ambiente tranquilo y sin distracciones.

### 5. Plan de análisis

Una vez obtenido los datos estos fueron procesados en una base de datos utilizando el software estadístico SPSS versión 25. Para las variables categóricas de las características sociodemográficas se utilizó frecuencias y porcentajes, prevalencia del Síndrome de Burnout y la relación entre la variable Síndrome de Burnout y Riesgo Cardiovascular se realizó mediante la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado con valor de  $P \leq 0.05$  como valor de significancia estadística. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

### 6. Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Valor</b>
Edad	Período trascurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta.	Edad en años
Sexo	Características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Hombre Mujer

Estado Civil	Característica legal en la que dos individuos aceptan de mutua convivencia en pareja y desarrollan un vínculo ante el estado.	Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Separado (a) Unión libre
Número de hijos	Cantidad total de hijos que ha tenido hasta el momento en que registra su último hijo.	Total de hijos
Nivel profesional	Comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia.	Médico general Médico especialista
Tiempo de laborar como médico	Tiempo en que ha ejercido su profesión de médico, comprendido desde su graduación hasta la actualidad.	Tiempo en años
Tiempo de laborar en esta unidad de salud.	Tiempo que ha ejercido su profesión en esta institución comprendido desde su contratación hasta la actualidad.	Tiempo en años
Cantidad de horas diarias que trabaja.	Estimación aproximada de las horas que dedica su trabajo de médico diariamente.	< 8 horas 8 horas > 8 horas
Tiene un segundo trabajo en otra institución de salud.	Si labora en otro lugar ejerciendo como médico fuera de esta institución de salud.	Sí No
Cantidad de horas diarias dedicadas a su segundo trabajo.	Cantidad de horas dedicadas a ejercer como médico en su otro trabajo.	Total de horas

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Valor
Niveles de Síndrome de Burnout	Entidad caracterizado por la idea del individuo de fracaso profesional, desgaste psíquico y actitudes negativas hacia las personas con quien trabaja.	<b>Ilusión por el trabajo:</b> Deseo del individuo de alcanzar las metas laborales como fuente de satisfacción personal. Percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal.	Crítico: >89  Alto: 67 – 89
		<b>Desgaste psíquico:</b> 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.	Medio: 34 – 66  Bajo: 11 – 33
		<b>Indolencia:</b> Presencia de actitudes negativas de indiferencia, muestran insensibilidad hacia los pacientes.	Muy bajo: <11
		<b>Culpa:</b> 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.	
Riesgo Cardiovascular	Porcentaje de riesgo de padecer un episodio cardiovascular sea mortal o no, en los próximos 10 años.	<b>Edad en años</b>	Riesgo bajo: < 10%  Riesgo moderado: 10% - < 20%  Riesgo alto: 20% - < 30%  Riesgo muy alto: ≥ 30%
		<b>Sexo</b>	
		<b>Presión arterial sistólica:</b> Calculada como la media de dos mediciones (con dos lecturas en cada medición).	
		<b>Diabetes:</b> Presencia o ausencia de diabetes, es decir, si el participante está o no está previamente diagnosticado con diabetes.	
		<b>Fumador:</b> Participante es fumador o no fumador.	

## **7. Consideraciones Éticas**

El proceso de esta investigación estuvo bajo los lineamientos de la declaración de Helsinki y el curso de ética previamente aprobado (VER ANEXO 6). Se solicitó a los directores de las unidades de salud mediante una carta la aprobación para la realización del estudio en esas unidades, se solicitó participación voluntaria de los médicos y no se realizó la aplicación de los instrumentos sin previa firma del consentimiento informado, se detalló el propósito del estudio y se les explicó a los participantes que no se divulgaría su información personal. Si los participantes decidían no continuar en el estudio estaban en su derecho de hacerlo. Una vez realizado el estudio se les dio a conocer los resultados de la investigación tanto a los participantes como a los directores de las unidades de salud.

## Resultados

De la población estudiada (N=53) la mayoría se encuentra en el grupo etario de 25 a 45 años. Predominó el sexo mujer en más del 50%, el mayor porcentaje se encuentran casados, desempeñan el cargo de médico general y han laborado por más de 20 años. La mayoría labora al menos 8 horas diarias y no poseen un segundo trabajo, quienes si tienen un segundo trabajo le dedican de 1- 4 horas al día. (Ver tabla 1 y 2)

**Tabla 1: Características sociodemográficas de la población de estudio (N 53).**

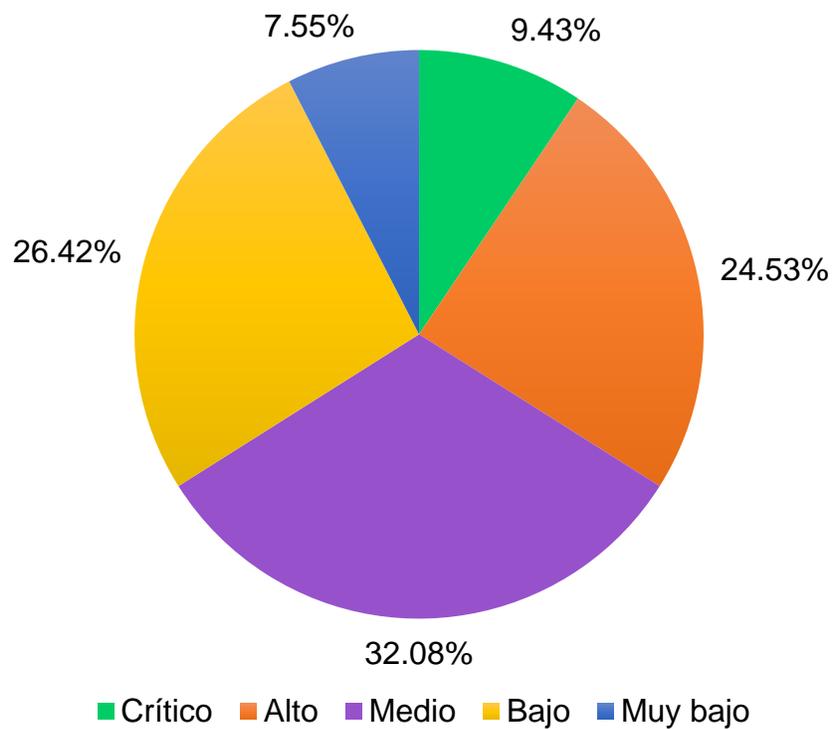
<b>Variables Sociodemográficas</b>		
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
25-35	16	30.2
36-45	16	30.2
46-55	12	22.6
56-65	9	17.0
<b>Sexo</b>		
Hombre	23	43.4
Mujer	30	56.6
<b>Estado Civil</b>		
Soltero (a)	15	28.3
Casado (a)	34	64.2
Divorciado (a)	3	5.7
Separado (a)	1	9.1

**Tabla 2: Variables laborales de la población de estudio (N 53).**

<b>Variables laborales</b>		
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Cargo Laboral</b>		
Médico General	37	69.8
Médico Especialista	16	30.2
<b>Años Laborales</b>		
2-5	11	20.8
6-10	6	11.3
11-15	11	20.8
16-20	8	15.1
>20	17	32.1
<b>Horas Diarias Trabajadas</b>		
≤8	34	64.2
>8	19	35.8
<b>Segundo trabajo</b>		
Si	14	26.4
No	39	73.6
<b>Horas laborales en el segundo trabajo</b>		
1-4	13	24.5
≥5	1	1.9
N/A	39	73.6

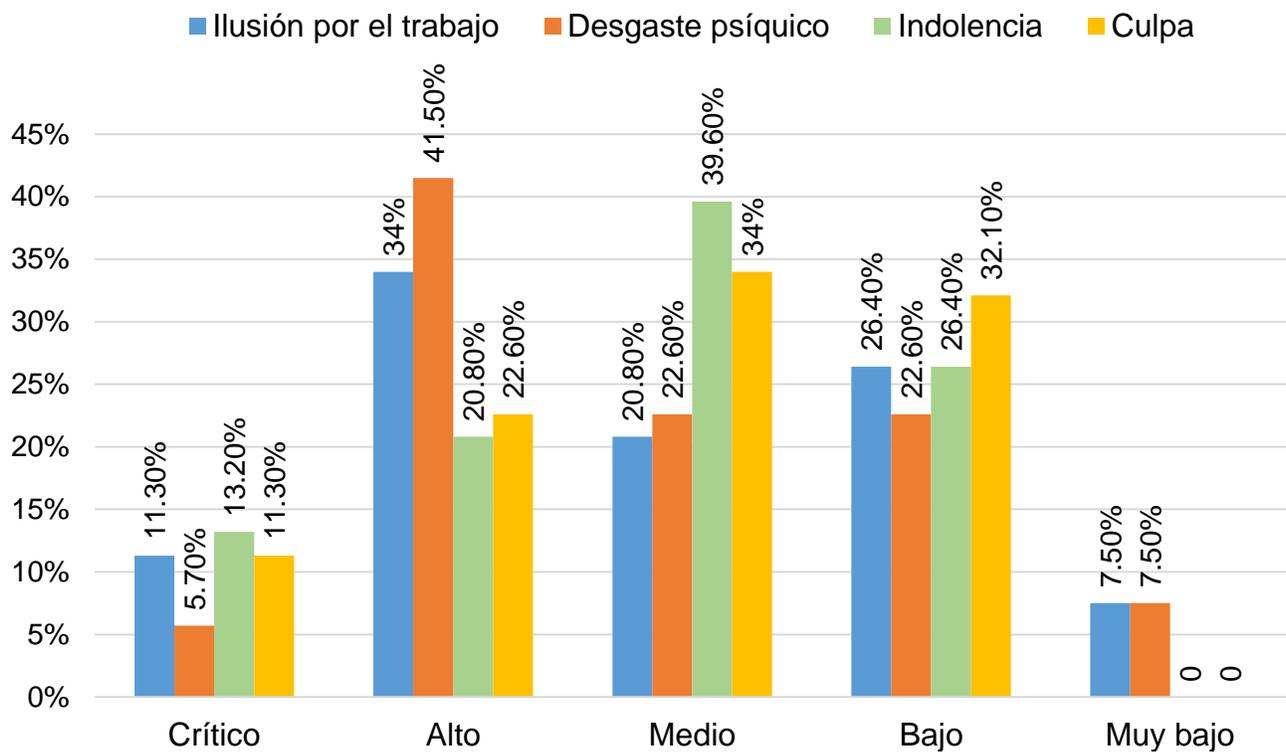
La prevalencia se estimó según los niveles del SBO, se encontró mayor tendencia hacia los niveles críticos-altos del síndrome, presentándose en el 33.96% de la población de estudio. (Ver gráfico 1)

**Gráfico 1: Prevalencia del Síndrome de Burnout según niveles en la población de estudio. (N 53)**



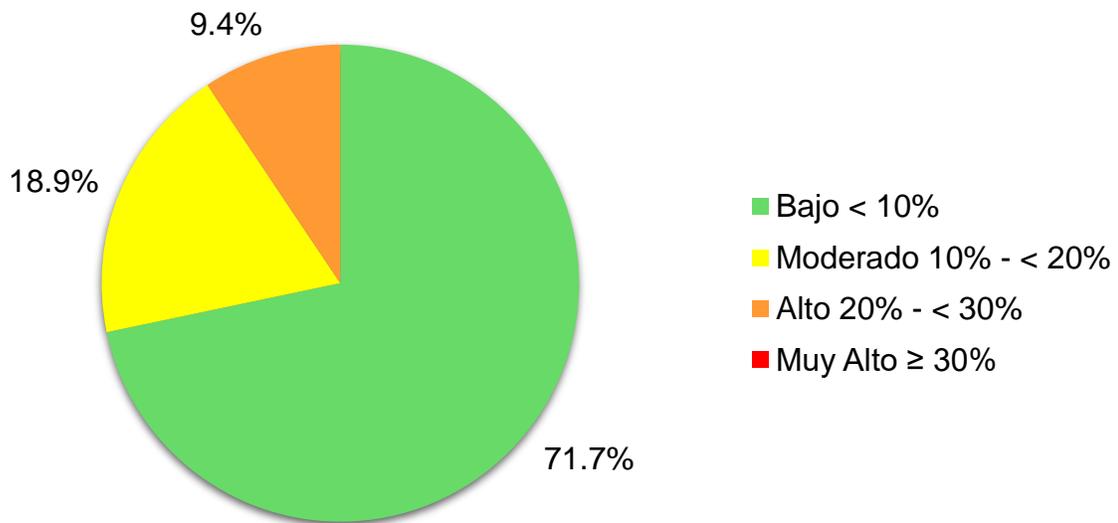
Se encontró predominio de niveles altos y medios. Las subescalas ilusión por el trabajo y desgaste psíquico tuvieron tendencia a niveles altos, esto determina que las personas ven su trabajo como un medio de realización personal, sin embargo, hay alto agotamiento físico y emocional. Las subescalas indolencia y culpa presentaron niveles medios, lo que representa pérdida de empatía y aparición de actitudes negativas en este porcentaje de la población. (Ver gráfico 2)

**Gráfico 2: Niveles de las subescalas del Síndrome de Burnout en la población de estudio. (N 53)**



Se estimó que la mayor parte de la población de estudio (N=53) tuvieron un riesgo cardiovascular bajo < 10% (71.6%), sin embargo, esto no significa ausencia de riesgo. No se encontraron niveles de riesgo muy alto, pero una buena proporción presentó riesgo moderado (18.9%) y riesgo alto (9.4%). (Ver gráfico 3)

**Gráfico 3: Estimación del Riesgo Cardiovascular en la población de estudio (N 53)**



El riesgo cardiovascular en la población de estudio (N=53) mostró asociación significativa con cada uno de los niveles de las subescalas del Síndrome de Burnout. El 34% presentó niveles altos en la escala ilusión por el trabajo, del cual 26.4% se asoció a un bajo nivel de riesgo cardiovascular ( $p=0.03$ ). El mayor porcentaje de la población (41.5%) presentó niveles altos en la escala de desgaste psíquico asociado a un riesgo cardiovascular alto ( $p=0.02$ ). En la subescala de indolencia mayoría presentó un nivel medio del síndrome asociado a riesgo cardiovascular bajo ( $p=0.05$ ), sin embargo, el menor porcentaje presentó en esta subescala nivel crítico asociado a riesgo cardiovascular alto ( $p=0.05$ ). También, el 34% de la población presentó niveles medios de culpa estando asociados a un riesgo cardiovascular bajo ( $p=0.01$ ). (Ver tabla 3)

**Tabla 3: Niveles de Síndrome de Burnout y relación con el Riesgo Cardiovascular en la población de estudio. (N 53)**

Niveles SBO	Riesgo Cardiovascular			P ≤ 0.05	IC 95%		Total
	Bajo < 10%	Moderado 10% - < 20%	Alto 20% - < 30%		Inferior	Superior	
<b>Ilusión por el trabajo</b>							
Crítico: >89	11.3%	-	-	0.03	2,5275	3,1707	11.3%
Alto: 67 – 89	26.4%	5.7%	1.9%				34%
Medio: 34 – 66	17%	1.9%	1.9%				20.8%
Bajo: 11 – 33	13.2%	9.4%	3.8%				26.4%
Muy bajo: <11	3.8%	1.9%	1.9%				7.5%
<b>Desgaste psíquico</b>							
Crítico: >89	-	3.8%	1.9%	0.02	2,5510	3,1471	5.7%
Alto: 67 – 89	30.2%	5.7%	5,7%				41.5%
Medio: 34 – 66	20.8%	-	-				22.6%
Bajo: 11 – 33	17%	3.8%	1.9%				22.6%
Muy bajo: <11	3.8%	3.8%	-				7.5%
<b>Indolencia</b>							
Crítico: >89	5.7%	5.7%	1.9%	0.05	2,5202	3,0647	13.2%
Alto: 67 – 89	15.1%	3.8%	1.9%				20.8%
Medio: 34 – 66	35.8%	3.8%	-				39.6%
Bajo: 11 – 33	15.1%	5.7%	5.7%				26.4%
Muy bajo: <11	-	-	-				-
<b>Culpa</b>							
Crítico: >89	11.3%	-	-	0.01	2,5921	3,1438	11.3%
Alto: 67 – 89	13.2%	5.7%	3.8%				22.7%
Medio: 34 – 66	26.4%	5.7%	1.9%				34%
Bajo: 11 – 33	20.8%	7.5%	3.8%				32.1%
Muy bajo: <11	-	-	-				-

## Discusión

El estudio obtuvo una tasa de respuesta del 91%, que determina el perfil sociodemográfico teniendo como resultado un promedio de edad de 42 años, preponderancia del sexo femenino, casados, en cuanto al cargo el mayor porcentaje son médicos generales y el promedio de antigüedad laboral de 16 años con más de 8 horas diarias. Así mismo, establece la relación existente entre los niveles del síndrome de burnout y el riesgo cardiovascular en los médicos de atención primaria, la cual resulta estadísticamente significativa para cada una de las subescalas del síndrome.

Las investigaciones muestran tendencia a encontrar promedio de edades similares a la obtenida (42,43), esto es debido al predominio del grupo etario de 25-45 años, lo que también contribuye a que la antigüedad laboral encontrada sea mayor de 20 años. La antigüedad laboral es una de las variables consideradas como facilitadoras para la aparición del síndrome de Burnout, ya que los momentos determinantes para el desarrollo del síndrome son los dos primeros años de la carrera, debido a las expectativas idealistas que se tienen de la carrera profesional en conjunto con la mayor carga laboral; el otro momento corresponde al periodo de laborar por diez años o más, en donde lo que podremos encontrar son las consecuencias de este estrés crónico manifestado orgánica y/o psíquicamente. (47)

Se encontró predominio del sexo femenino en más del 50%, coincidiendo con estudios previos en los que al integrar al estudio una muestra no homogénea de hombres y mujeres se encuentra preponderancia de la población femenina. Diversos autores al realizar estudios comparativos asociando la variable sexo y el Burnout han determinado que el sexo femenino es más propenso a desarrollarlo debido a factores biológicos y psicosociales. (42,43)

Prevalcieron los niveles críticos-altos en la globalidad del síndrome, así mismo de los niveles de cada subescala donde encontramos niveles altos y medios, esto coincide con varios estudios en los que se ha observado mayor prevalencia en estos niveles, uno de ellos fue un estudio descriptivo realizado en 2015 en Bogotá Colombia con médicos generales de instituciones privadas dónde se utilizó el CESQT como instrumento de medición y se encontró esta misma tendencia hacia niveles críticos del síndrome. (46)

En cambio, en otros estudios se reportan niveles altos o muy altos, cabe destacar que las discrepancias pueden surgir debido al instrumento de medición utilizado en los diferentes estudios, ya que la mayoría utiliza el MBI (2, 18, 42, 43, 44), sin embargo, el instrumento utilizado en esta investigación es el CESQT, que se usa por primera vez en este país, ya que no hay estudios reportados que lo mencionen. Así mismo, a estas diferencias se le atribuye el tamaño muestral por ser pequeño en comparación con la población integrada en otros estudios.

En los resultados se afirma que hay asociación estadísticamente significativa entre Burnout y Riesgo Cardiovascular al igual que en estudios similares. Se asociaron niveles altos y medios del SBO con riesgo cardiovascular nivel bajo <10%, esto difiere con estudios en los que niveles altos-medios de Burnout se asociaron más a niveles moderados-altos de riesgo cardiovascular, lo cual surge de la explicación teórica de que a mayor nivel de síndrome de burnout se encontraría un nivel mayor de riesgo cardiovascular (18, 45).

Esta diferencia se explica debido a que la prevalencia de riesgo cardiovascular se obtuvo en 71.7% para el nivel bajo, tras la utilización de la tabla que no mide colesterolemia se pudo infraestimar el nivel de riesgo, obteniendo así un alto porcentaje de individuos con bajo riesgo cardiovascular.

El control de sesgos permitió reducir en gran medida las limitaciones del estudio, por lo que las únicas limitantes fueron no poder realizar la medición de colesterolemia al momento de la estimación del riesgo cardiovascular debido a falta de presupuesto monetario por lo que se utilizó la tabla para la cual no era necesario, infraestimándolo, de modo que la medición de colesterolemia hubiese sido un factor determinante para la estratificación. Otra limitante fue el tamaño poblacional, que era relativamente pequeño en comparación con los de muchas investigaciones previas, sin embargo, se compensa al ser un estudio pionero en cuanto al uso de un instrumento que no se ha aplicado a nivel nacional, lo que permite ser el punto de partida de una nueva línea de investigación que aborde esta temática.

## **Conclusión**

De las características sociodemográficas de los médicos de los dos centros de atención primaria se encontró que la mayoría se ubica en el grupo etario de 25-45 años, sexo femenino y el desempeño en el área de medicina general. Así mismo, la mayoría tienen una antigüedad laboral mayor a 20 años y por más de 8 horas al día.

La prevalencia global del Síndrome de Burnout fue mayor en niveles crítico-alto (33.96%), así mismo la tendencia encontrada hacia los niveles altos y medios en las respectivas subescalas.

El Riesgo Cardiovascular estimado fue bajo < 10% reportado en el 71.6% de los médicos. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de Burnout con el nivel de Riesgo Cardiovascular, sin embargo, no se establece la dirección de esta relación.

## Recomendaciones

- A los responsables del personal de salud, desarrollar de planes de intervención como terapias individuales y grupales para el control de estrés, realizar actividades que fomenten el trabajo en equipo, con el fin de prevenir, detectar y evitar las complicaciones a largo plazo que afecten la salud física y mental de los médicos.

Dar un continuo seguimiento a los trabajadores de la institución mediante la aplicación del CESQT de forma periódica para identificar a quienes se encuentren afectados, realizando monitoreo al menos una o dos veces al año de la estratificación del nivel de riesgo cardiovascular y que incluya la medición de colesterol y glucosa.

De igual forma promover estilos de vida saludable que incluya ejercicio físico con caminatas de al menos 30 minutos al día y una dieta hipocalórica para contribuir al control de peso. También se recomienda el abandono del hábito de fumar y la reducción del consumo del alcohol principalmente en trabajadores que tengan niveles significativos de riesgo cardiovascular. Así mismo, establecer estrategias terapéuticas para los trabajadores con altos niveles de síndrome de burnout, por ejemplo, la psicoterapia.

- A futuros investigadores, contribuir al estudio de esta temática en diferentes áreas laborales y con diferentes enfoques. Desarrollando estudios de corte transversal con una población más amplia y homogénea, que permitan la comparación entre diferentes grupos poblacionales, con el fin de lograr un análisis más exhaustivo de otro tipo de factores que puedan estar asociados al desarrollo del síndrome, como lo son afectaciones musculoesqueléticas, metabólicas, alérgicas o cutáneas. Así mismo, la aplicación de nuevos instrumentos para ampliar la documentación existente acerca la relación que tiene estas dos entidades, principalmente a nivel nacional.

## Referencias Bibliográficas

1. Vega, Nv, Sanabria, A, Domínguez, Lc, Osorio, C, Bejarano, M. Síndrome de desgaste profesional. Revista Colombiana de Cirugía [Internet]. 2009;24(3):138-146. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534491008>.
2. Cerda Vásquez, SA. Síndrome de burnout en personal sanitario del Hospital Santiago de Jinotepe, Carazo. Nicaragua. Enero 2014. Maestría tesis, CIES UNAN-Managua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7679>.
3. Gil-Monte, PR, Nuñez-Román, EM, Selva-Santoyo, Y. Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. Interamerican Journal of Psychology [Internet]. 2006;40(2):227-232. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440210>
4. Saborío Morales, L, Hidalgo Murillo, LF. Síndrome de Burnout. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2015 Mar; 32(1): 119-124. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en).
5. Martínez, C. Riesgos psicosociales. repercusión neurológica del estrés. Ictus Y Actividad Laboral. Factores Emergentes De Riesgo Ocupacional Y Aspectos Sociosanitarios., 1–14. (2007) Disponible en: [http://neurologiadeltrabajo.sen.es/cursos/nt\\_ictus\\_2007.htm](http://neurologiadeltrabajo.sen.es/cursos/nt_ictus_2007.htm)
6. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychological Bulletin, 132(3), 327–353. (2006) <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327> Disponible en:

<https://psycnet.apa.org/buy/2006-06233-001>

7. T., H., H., T., G., B., J., L., & S., S. (2003). Stress, burnout and coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *Journal of Health Psychology*, 8(4), 433–445. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed6&NEWS=N&AN=2003341946>
8. Gil-Monte, PR, Nuñez-Román, EM, Selva-Santoyo, Y. Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Interamerican Journal of Psychology [Internet]*. 2006;40(2):227-232. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440210>
9. Aceves, G. A., et al. "Síndrome de burnout." *Archivos de Neurociencias* 11.4 (2006): 305-309. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
10. Guevara, CA, Henao, DP, Herrera, JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia Médica [Internet]*. 2004;35(4):173-178. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28335402>
11. Montero, MG, et al. "Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009." *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 70.606 (2013): 195-201. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132b.pdf>
12. Cerda Vásquez, SA. Síndrome de burnout en personal sanitario del Hospital Santiago de Jinotepe, Carazo. Nicaragua. Enero 2014. Maestría tesis, CIES UNAN-Managua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7679>.

13. Gómez Barrios, T. Prevalencia del síndrome de Burnout en personal médico del servicio de emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua, enero 2013. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1186>
14. Aragón Paredes, MB, Rodríguez Cruz JA. Similitudes Y Diferencias De Los Médicos Y Personal De Enfermería Que Laboran En El Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello De La Ciudad De León, En Relación Al Síndrome De Burnout, Asociadas a Las Características Generales De La Organización, En El Período Comprendido De Marzo - Octubre 2007. 2015. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5001>
15. Cango, Claudia. Síndrome de Burnout como factor de riesgos para desarrollar hipertensión arterial en los docentes del Instituto Tecnológico Superior Daniel Álvarez Burneo, colegio La Inmaculada y colegio Experimental Bernardo Valdivieso, de la ciudad de Loja. BS thesis. 2014. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/12515>
16. Ulcuango L, Rodríguez A. Determinación de riesgo cardiovascular en internos, residentes de medicina con síndrome de burnout del hospital IESS-Riobamba enero-agosto 2014. BS thesis. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, 2015. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/7311>
17. Matías Cubillo Á, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo J, Pereda Riguera M. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria [Internet]. 1ra ed. Burgos, España.: Elsevier; 2012 [citado 1 abril 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712000935?via%3Dihub>

18. Caballero Martín M, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud [Internet]. 5ta ed. Madrid: Elsevier; 2001 [citado 1 abril 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-factores-asociados-al-burnout-S0212656701793730>
19. Borda Pérez, M, Navarro Lechuga, E, Aun Aun, E, Berdejo Pacheco, H, Racedo Rolón, K, Ruiz Sará, J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte [Internet]. 2007;23(1):43-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/817/81723106/>
20. Viloría Marín, H, Paredes Santiago, M. Estudio del síndrome de Burnout o desgaste profesional en los profesores de la Universidad de Los Andes. Educere [Internet]. 2002;6(17):29-36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601704>
21. Albaladejo, R, Villanueva, R, Ortega, P, Astasio, Calle, M, Domínguez. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2004;78(4):505-516. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17078408>
22. Ashkar, Khalil, et al. "Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country." Postgraduate medical journal 86.1015 (2010): 266-271. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20448222>
23. GIL-MONTE, PR. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones [Internet]. 2003;19(2):181-197. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231318052004.pdf>

24. Álvarez Gallego, E., Ríos LF. "El Síndrome de" Burnout" o el desgaste profesional." Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 11.39 (1991): 257-265. Disponible en: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>
25. Martínez, Sofía Vega. "NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)." Instituto nacional de higiene y seguridad en el trabajo. Disponible en: [http://www.inssbt.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp\\_603.pdf](http://www.inssbt.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_603.pdf)
26. Schaufeli, Wilmar B., and Christina Maslach. "Historical and conceptual development of burnout." Professional burnout. Routledge, 2017. 1-16. Disponible en: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/043.pdf>
27. Campos, Francisco Ramos, and Guadalupe Manzano García. "Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout." Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones= Journal of work and organizational psychology 16.2 (2000): 197-214. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=140780>
28. Grau Armand, Flichtentrei Daniel, Suñer Rosa, Prats María, Braga Florencia. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Abr [citado 2018 Oct 04] ; 83( 2 ): 215-230. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=es).
29. Gil Monte, PR, Peiró, JM. Validez factorial del maslach burnout inventory en una muestra multiocupacional . Psicothema [Internet]. 1999;11(3):679-689. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711319>

30. Maslach, Christina, Susan E. Jackson, and Michael P. Leiter. MBI: Maslach burnout inventory. Sunnyvale (CA): CPP, Incorporated, 1996. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Christina\\_Maslach/publication/277816643\\_The\\_Maslach\\_Burnout\\_Inventory\\_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf)
31. Deckard, G.; Meterko, M. Y Field, D. (1994). Physician burnout: An examination of personal, professional, and organizational relationships. Medical Care, 32(7), 745-754. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8028408>
32. Monte, G. I. L. "El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención." Publicado El 25 (2005). Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Pedro\\_Gil-Monte/publication/242114408\\_El\\_sindrome\\_de\\_quemarse\\_por\\_el\\_trabajo\\_sindrome\\_de\\_burnout\\_aproximaciones\\_teoricas\\_para\\_su\\_explicacion\\_y\\_recomendaciones\\_para\\_la\\_intervencion/links/0deec534528db5d80e000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gil-Monte/publication/242114408_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_aproximaciones_teoricas_para_su_explicacion_y_recomendaciones_para_la_intervencion/links/0deec534528db5d80e000000.pdf)
33. Mediano, Lorenzo. El Burnout en Los Médicos: Causas; Prevención Y Tratamiento. 1 Edición. Graficas Rimont S.A. España.2001. Págs. 77-109. Impreso.
34. Hidalgo Rodrigo, M. I., and R. J. Díaz González. "Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila." Medicina clínica 103.11 (2004): 408-412. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=156031>
35. Guía, Grupo de Trabajo. "de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos." Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (2008):

131-139. Disponible en: <https://www.agapea.com/libros/Guia-de-prevencion-de-Burnout-para-profesionales-de-Cuidados-Paliativos-9788496881518-i.htm>

36. Sabán Ruiz, J. Introducción al Riesgo Cardiovascular, Estudio de Framingham. Vol 1. Madrid: Díaz de Santos. 2012. Disponible en: [https://books.google.com.ni/books/about/Introducci%C3%B3n\\_al\\_riesgo\\_cardiovascular\\_E.html?id=EH-n\\_luKFm8C&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ni/books/about/Introducci%C3%B3n_al_riesgo_cardiovascular_E.html?id=EH-n_luKFm8C&redir_esc=y)

37. Balcells, M. El estudio Framingham. Neurosciences and History 2016; 4(1): 43-46. Hospital Universitario del Sagrat Cor, Barcelona, España. Disponible en: [http://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV4N1201643\\_46ES.pdf](http://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV4N1201643_46ES.pdf)

38. World Health Organization. "Prevención de las enfermedades cardiovasculares: guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular." (2008). Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43847/9789243547282\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43847/9789243547282_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

39. Ivette, Hernández; Vargas Clara, et al. "Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal." Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social 13.3 (2005): 125-132. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4528>

40. OMS: Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Argentina 2009. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento13.pdf>

41. GIL-MONTE, PR, ZÚÑIGA-CABALLERO, LC. Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. Universitas Psychologica [Internet].

- 2010;9(1):169-178. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712156014>
42. Raúl Olvera-Islas, Carolina Téllez-Villagra, Alberto González-Pedraza Avilés, Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. *Atención Familiar*, Volume 22, Issue 2, 2015, Pages 46-49, ISSN 1405-8871. Disponible en:  
[www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300475](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300475)
43. García Cisnero, María de la Concepción. Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados en Médicos generales y residentes de último año del Hospital Aleman-Nicaraguense, Marzo-Octubre 2016. Tesis Especialista en Medicina Interna, UNAN Managua. Disponible en:  
<http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/4299>
44. Gómez Urquiza, Jose & Monsalve, Carolina & San Luis, Concepcion & Castillo, Rafael & Aguayo, Raimundo & Cañadas-De la Fuente, Guillermo. (2016). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*. Disponible en:  
<https://www.researchgate.net/publication/304568148> Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria una revisión sistemática
45. González Contreras, Teresa de Jesús. Prevalencia de síndrome de Burnout y riesgo cardiovascular relacionado con elevación de cortisol sérico en trabajadores del Hospital General Tercer Milenio. Tesis de Especialidades. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Enero, 2014. Disponible:  
<http://hdl.handle.net/11317/1020>
46. Aguirre Roldán, A. M., & Quijano Barriga, A. M. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.017>. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000992?via%3Dihub>

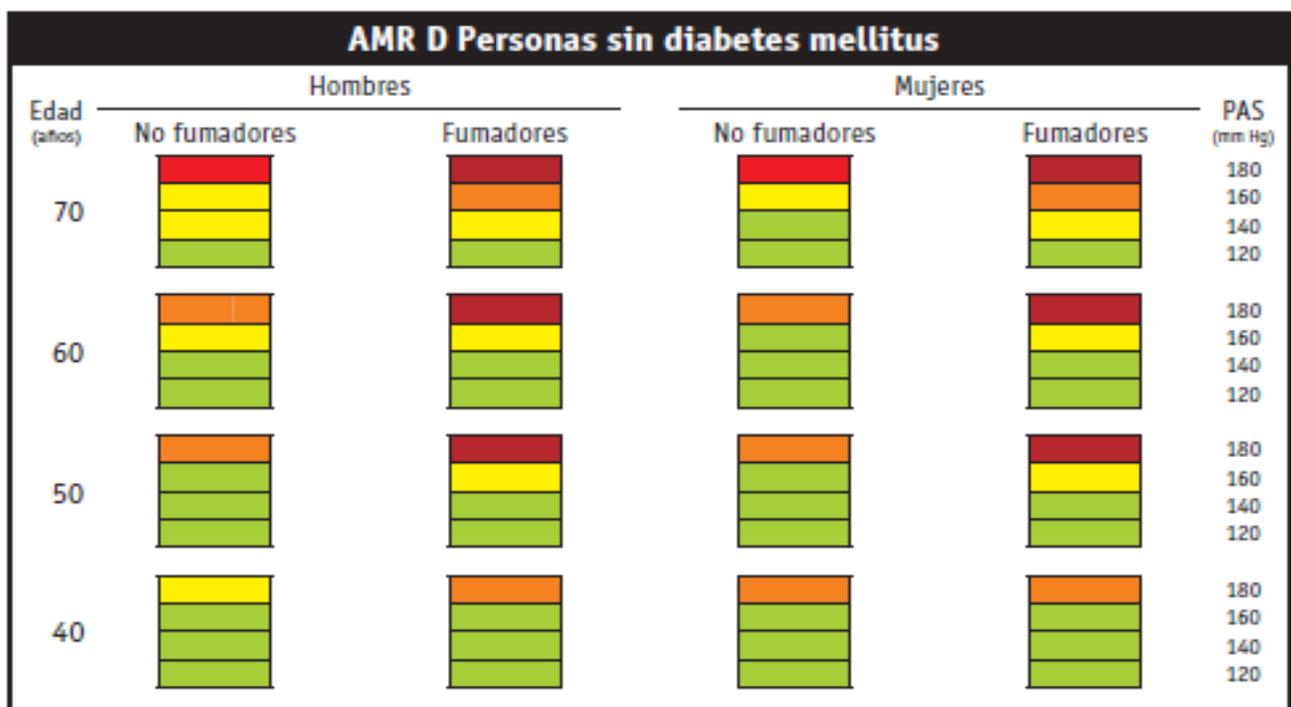
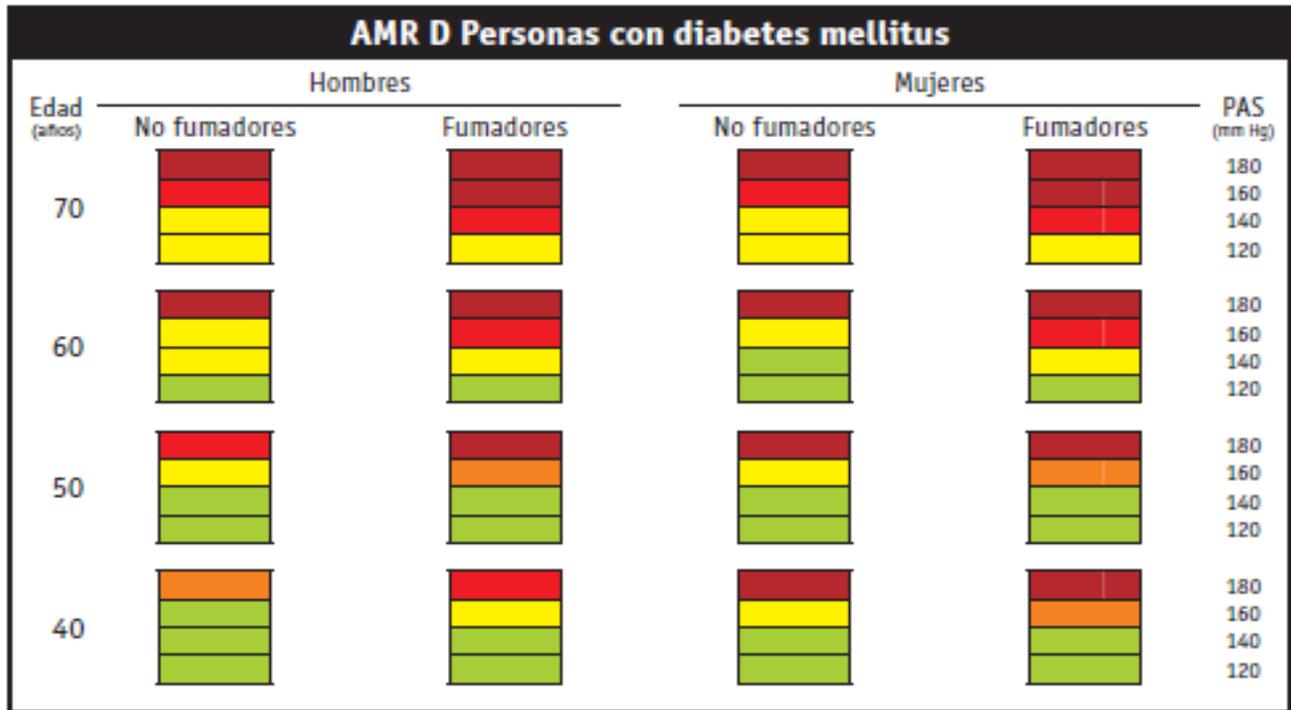
47. Madrigal Solano. Burnout en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio psiquiatría y psicología. Revista Medicina Legal de Costa Rica, vol 23, septiembre 2006. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v23n2/3477.pdf>
48. Gil-Monte, Zúñiga-Caballero. "Validez Factorial Del "Cuestionario Para La Evaluación Del Síndrome De Quemarse Por El Trabajo" (CESQT) En Una Muestra De Médicos Mexicanos". Universitas Psychologica, vol 9, no. 1, 2010, pp. 169-178. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, doi:10.11144/javeriana.upsy9-1.vfce. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029630007.pdf>
49. Gil-Monte, Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) como fenómeno transcultural. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO) Universidad de Valencia (España) 2008. ISSN 0214-347X, N°. 91-92, 2008, pags. 4-11. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/28308377>

# **Anexos**

## Anexo 1

Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un período de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



## Anexo 2

### Consentimiento informado

Yo doy mi consentimiento para ser entrevistado como parte del estudio “**Síndrome de Burnout y Riesgo Cardiovascular**”. De igual manera, hago constar que sobre el estudio entiendo:

- a. Que los propósitos de la investigadora son estrictamente académicos.
- b. Que los resultados serán utilizados para elaborar un trabajo de investigación
- c. Que la confidencialidad y el anonimato de mi participación y la de otros se mantendrá en todo momento.
- d. Que podré retirarme en cualquier momento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### I. Datos sociodemográficos

Edad \_\_\_\_ Sexo: H\_\_ M\_\_

Estado Civil: Soltero (a) \_\_ Casado (a) \_\_ Divorciado (a) \_\_ Viudo (a) \_\_  
Separado (a) \_\_ Unión libre\_\_

Nº de hijos: \_\_\_\_

Cargo: Médico general: \_\_ Médico especialista: \_\_

Tiempo de laborar como médico: \_\_\_\_ años

Tiempo de laborar en esta unidad de salud: \_\_\_\_ años

Cantidad aproximada de horas diarias que trabaja \_\_\_\_

¿Tiene un segundo trabajo en otra institución de salud? Sí\_\_ No\_\_

Cantidad de horas diarias dedicadas a su segundo trabajo: \_\_\_\_

#### II. Factores asociados a enfermedades cardiovasculares

Presión arterial Toma 1: \_\_\_\_\_ mmHg Presión arterial Toma 2: \_\_\_\_\_ mmHg

Diabetes Mellitus: Sí\_\_ No\_\_ Fuma: Sí\_\_ No\_\_

Nivel de riesgo: 10<% \_\_ 10% a < 20%\_\_ 20% a <30% \_\_ 30% a <40%\_\_  
≥ 40% \_\_

### Anexo 3

Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) elaborado por Pedro R. Gil-Monte.



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)	FRECUENTEMENTE (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 presentas un ejemplar en blanco y negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el cumplimiento de la Ley 1/1997, Edita: TEA Ediciones, S.A. - C/da Basilio de Lejarza, 14 - 28014 Madrid - España

## Anexo 4



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA-LEÓN

CENTRO DE  
INVESTIGACIÓN EN  
SALUD,  
TRABAJO Y  
AMBIENTE



León, 26 de febrero, 2019

**Dra. Carmen María Delgado**  
**Directora del centro de salud Mántica Berio.**  
**Sus manos.**

Sirva la presente para hacer constar que la alumna Edna Victoria Hernández Mairena, estudiante de la UNAN-León cursando el sexto año de la carrera de Medicina con número de carné 14-01160-0, está realizando su protocolo de investigación de tesis cuyo tema es: "Síndrome de Burnout y Riesgo Cardiovascular en médicos del centro de Salud Perla María Norori y Mántica Berio, periodo 2018-2019" de manera que solicita información sobre la cantidad de médicos que laboran actualmente en este centro de salud y su posterior permiso para poder realizar la aplicación de los instrumentos de recolección de datos en este personal médico, la información solicitada es meramente para fines académicos.

Sin más que agregar, me despido y le deseo éxito en sus labores.

Atentamente.

**Ph.D. Arlen M. Soto Vanegas**  
Profesora titular de la carrera de Psicología  
Investigadora CISTA  
UNAN-León



*Recibido*  
*U-13*  
*[Firma]*  
*28/2/19*

"Por una cultura de paz"

Campus Médico, UNAN-León  
Edificio C  
León, Nicaragua

e-mail: [amsv80@yahoo.com](mailto:amsv80@yahoo.com)  
Tel. / FAX: +505 2311 6690

## Anexo 5



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA-LEÓN

CENTRO DE  
INVESTIGACIÓN EN  
SALUD,  
TRABAJO Y  
AMBIENTE



León, 26 de febrero, 2019

**Dra. Karla Vilchez**  
**Directora del centro de salud Perla María Norori.**  
**Sus manos.**

Sirva la presente para hacer constar que la alumna Edna Victoria Hernández Mairena, estudiante de la UNAN-León cursando el sexto año de la carrera de Medicina con número de carné 14-01160-0, está realizando su protocolo de investigación de tesis cuyo tema es: "Síndrome de Burnout y Riesgo Cardiovascular en médicos del centro de Salud Perla María Norori y Mántica Berio, periodo 2018-2019" de manera que solicita información sobre la cantidad de médicos que laboran actualmente en este centro de salud y su posterior permiso para poder realizar la aplicación de los instrumentos de recolección de datos en este personal médico, la información solicitada es meramente para fines académicos.

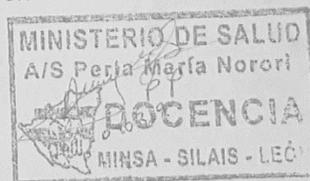
Sin más que agregar, me despido y le deseo éxito en sus labores.

Atentamente.

**PhD. Arlen M. Soto Vanegas**  
Profesora titular de la carrera de Psicología  
Investigadora CISTA  
UNAN-León



Cc: Archivo  
Dra. Cándida Rosa Chávez  
Coordinadora de docencia



"Por una cultura de paz"

Campus Médico, UNAN-León  
Edificio C  
León, Nicaragua

e-mail: [amsv80@yahoo.com](mailto:amsv80@yahoo.com)  
Tel. / FAX: +505 2311 6690

Anexo 6



Hereby Certifies that

**EDNA VICTORIA HERNÁNDEZ  
MAIRENA**

has completed the e-learning course

**INTRODUCCIÓN A LA  
INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

with a score of

**100%**

on

**27/10/2018**

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



Global Health Training Centre  
[globalhealthtrainingcentre.org/elearning](http://globalhealthtrainingcentre.org/elearning)

Certificate Number 530691

### Anexo 7

#### Matriz de evaluación de los percentiles del CESQT.

N°	Sumatoria					Puntuación directa					Percentiles				
	SQT	It	Dp	In	C	SQT	It	Dp	In	C	SQT	It	Dp	In	C
1	30	12	14	4	6	2,00	2,40	3,50	,67	1,20	57	70	87	28	64
2	40	8	16	16	5	2,67	1,60	4,00	2,67	1,00	96	33	98	91	57
3	27	16	11	0	0	1,80	3,20	2,75	,00	,00	40	98	51	11	12
4	15	12	3	0	1	1,00	2,40	,75	,00	,20	11	70	7	11	29
5	28	16	7	5	4	1,87	3,20	1,75	,83	,80	52	98	22	44	46
6	39	7	14	18	2	2,60	1,40	3,50	3,00	,40	93	20	87	98	32
7	32	11	12	9	1	2,13	2,20	3,00	1,50	,20	74	53	70	72	29
8	32	14	12	6	9	2,13	2,80	3,00	1,00	1,80	74	79	70	55	79
9	37	12	12	13	6	2,47	2,40	3,00	2,17	1,20	89	70	70	82	64
10	19	6	12	1	0	1,27	1,20	3,00	,17	,00	18	9	70	17	12
11	28	8	15	5	11	1,87	1,60	3,75	,83	2,20	52	33	89	44	92
12	28	11	11	6	1	1,87	2,20	2,75	1,00	,20	52	53	51	55	29
13	32	10	15	7	11	2,13	2,00	3,75	1,17	2,20	74	48	89	65	92
14	24	9	8	7	8	1,60	1,80	2,00	1,17	1,60	28	42	29	65	76
15	38	8	12	18	10	2,53	1,60	3,00	3,00	2,00	91	33	70	98	87
16	30	5	11	14	5	2,00	1,00	2,75	2,33	1,00	57	5	51	84	57
17	26	9	6	11	7	1,73	1,80	1,50	1,83	1,40	33	42	16	77	70
18	29	16	12	1	10	1,93	3,20	3,00	,17	2,00	54	98	70	17	87
19	25	7	14	4	7	1,67	1,40	3,50	,67	1,40	30	20	87	28	70
20	31	15	9	7	1	2,07	3,00	2,25	1,17	,20	65	87	37	65	29
21	47	14	16	17	10	3,13	2,80	4,00	2,83	2,00	98	79	98	94	87

22	15	12	3	0	1	1,00	2,40	,75	,00	,20	11	70	7	11	29
23	34	3	15	16	8	2,27	,60	3,75	2,67	1,60	82	1	89	91	76
24	14	5	4	5	3	,93	1,00	1,00	,83	,60	4	5	12	44	34
25	31	9	13	9	5	2,07	1,80	3,25	1,50	1,00	65	42	77	72	57
26	31	11	9	11	12	2,07	2,20	2,25	1,83	2,40	65	53	37	77	98
27	31	13	12	6	4	2,07	2,60	3,00	1,00	,80	65	74	70	55	46
28	40	8	16	16	5	2,67	1,60	4,00	2,67	1,00	97	33	98	91	57
29	28	16	7	5	4	1,87	3,20	1,75	,83	,80	52	98	22	44	46
30	27	16	11	0	0	1,80	3,20	2,75	,00	,00	40	98	51	11	12
31	27	12	9	6	5	1,80	2,40	2,25	1,00	1,00	40	70	37	55	57
32	32	10	14	8	6	2,13	2,00	3,50	1,33	1,20	74	48	87	67	64
33	37	9	11	17	12	2,47	1,80	2,75	2,83	2,40	89	42	51	94	98
34	24	8	10	6	11	1,60	1,60	2,50	1,00	2,20	28	33	40	55	92
35	35	7	13	15	4	2,33	1,40	3,25	2,50	,80	84	20	77	86	46
36	19	7	8	4	4	1,27	1,40	2,00	,67	,80	18	20	29	28	46
37	15	8	3	4	1	1,00	1,60	,75	,67	,20	11	33	7	28	29
38	28	16	7	5	4	1,87	3,20	1,75	,83	,80	52	98	22	44	46
39	32	14	12	6	9	2,13	2,80	3,00	1,00	1,80	74	79	70	55	79
40	33	10	14	9	7	2,20	2,00	3,50	1,50	1,40	79	48	87	72	70
41	19	12	4	3	12	1,27	2,40	1,00	,50	2,40	18	70	12	19	98
42	28	7	10	11	1	1,87	1,40	2,50	1,83	,20	52	20	40	77	29
43	13	7	6	0	0	,87	1,40	1,50	,00	,00	2	20	16	11	12
44	33	15	13	5	5	2,20	3,00	3,25	,83	1,00	79	87	77	44	57
45	33	13	13	7	10	2,20	2,60	3,25	1,17	2,00	79	74	77	65	87
46	24	15	4	5	1	1,60	3,00	1,00	,83	,20	28	87	12	44	29
47	27	15	8	4	0	1,80	3,00	2,00	,67	,00	40	87	29	28	12

<b>48</b>	26	12	9	5	0	1,73	2,40	2,25	,83	,00	33	70	37	44	12
<b>49</b>	19	6	12	1	0	1,27	1,20	3,00	,17	,00	18	9	70	17	12
<b>50</b>	24	9	8	7	8	1,60	1,80	2,00	1,17	1,60	28	42	29	65	76
<b>51</b>	37	12	12	13	6	2,47	2,40	3,00	2,17	1,20	89	70	70	82	64
<b>52</b>	24	8	11	5	4	1,60	1,60	2,75	,83	,80	28	33	51	44	46
<b>53</b>	15	12	3	0	1	1,00	2,40	,75	,00	,20	11	70	7	11	29