



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE MEDICINA**

**“DETERMINACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN
INTERNOS, RESIDENTES DE MEDICINA CON SÍNDROME DE
BURNOUT DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA ENERO - AGOSTO
2014”**

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MÉDICO GENERAL

LAURA ALEXANDRA RODRIGUEZ ULCUANGO

**RIOBAMBA-ECUADOR
2015**

CERTIFICACIÓN

La presente investigación ha sido revisada y se autoriza su presentación.

Psc. Clin. Eduardo Silva

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICADO

Los miembros de tesis certifican que el trabajo de investigación titulado **“DETERMINACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS, RESIDENTES DE MEDICINA CON SÍNDROME DE BURNOUT DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA ENERO - AGOSTO 2014”** de responsabilidad de la Srta. Laura Alexandra Rodríguez Ulcuango, ha sido revisado y se autoriza su publicación.

Psc. Clin. Eduardo Fray Silva

.....

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Silvia A. Proaño

.....

MIEMBRO DE TESIS

AGRADECIMIENTO

A Dios, que con su bendición hizo posible que florezca en esta noble carrera. A mis padres y toda mi familia por ser pilar fundamental para que mi sueño se realice.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi director de Tesis, el Psc. Clin. Eduardo Silva, mil gracias por su dedicación y paciencia a este trabajo de tesis.

También me gustaría agradecer a mis profesores por el granito de arena aportado a mi formación y un agradecimiento especial a la Dra. Silvia Proaño por sus consejos, enseñanzas, experiencias compartidas y más que todo por su amistad y noble corazón siendo un ejemplo más en mi camino profesional.

Al Hospital IESS-Riobamba, a mis compañeros de Internado y Residentes de medicina quienes me permitieron llevar a cabo esta presente investigación.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los Bendiga.

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis está dedicado a la mujer incondicional, luchadora y alegre, mi madre Olga Piedad Ulcuango Navas, por ser mi inspiración, mi fortaleza y mi amiga. A mi padre Carlos Rodríguez, por ser el hombre de nuestras vidas y representar la responsabilidad y el coraje con que se debe afrontar a la vida. A mis Hermanos Edison, Ivan y Maritza por ser mis espejos y el ejemplo de superación. Al resto de mi familia, en especial a mis tías por siempre estar ahí apoyándome y aconsejándome con una sonrisa.

Es satisfactorio formar parte de ustedes y dedicarles mi esfuerzo, sacrificio y sobre todo mi logro profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	1
SUMMARY	2
I. INTRODUCCIÓN	3
II. OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
3.1 ESTRÉS LABORAL	8
3.2 SÍNDROME DE BURNOUT	8
3.2.1 ORIGEN	9
3.2.2 DEFINICIÓN	10
3.2.3 FACTORES PREDISPONENTES	11
a. FACTORES DE PERSONALIDAD	12
b. FACTORES DE ÍNDOLE SOCIAL	12
c. FACTORES SITUACIONALES	12
3.2.4 SUBESCALAS DE SÍNDROME DE BURNOUT	
a. CANSANCIO EMOCIONAL	13
b. DESPERSONALIZACIÓN	13
c. REALIZACIÓN PERSONAL	14
3.2.5 PRESENTACIÓN CLINICA: FASES DE PRESENTACIÓN	

a. FASE INICIA O DE ENTUSIASMO	14
b. FASE DE ESTANCAMIENTO	15
c. FASE DE FRUSTACIÓN	16
d. FASE DE LA HIPERACTIVIDAD Y DE LA APATÍA	17
e. FASE DE ESTAR QUEMADO	17
3.2.6 DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE BURNOUT	18
3.2.7 TEST DE MASLACH	19
3.2.8 RESULTADOS DEL TEST DE MASLACH	23
3.2.9 CONSECUENCIAS	24
3.3 SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO CARDIOVASCULAR	26
3.4 RIESGO CARDIOVASCULAR	27
3.4.1 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	29
3.4.2 VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR	31
3.4.3 TABLAS DE FRAMINGHAM	32
3.4.4 CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	35
3.5 SINDROME DE BURNOUT EN SALUD PÚBLICA	36
3.6 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD	38
3.7 PREVENCIÓN	40
3.8 INTERVENCIÓN	41
3.8.1 ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO	42
3.8.2 METAS TERAPEUTICAS SEGÚN NIVEL DE RIESGO	47
CARDIOVASCULAR	

IV. METODOLOGÍA

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN	49
B. VARIABLES	49
1. IDENTIFICACIÓN	49
2. DEFINICIÓN	50
3. OPERACIONALIZACIÓN	54
C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	57
D. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO	57
E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	59
a. RECOLECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	59
b. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	60
c. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	60
V. RESULTADOS	61
A. ANÁLISIS UNIVARIADO	61
B. ANÁLISIS BIVARIADO	82
C. DISCUSIÓN	99
VI. CONCLUSIONES	101
VII. RECOMENDACIONES	103
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
IX. ANEXOS	109

INDICE DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
TABLA N° 1: DISTRIBUCIÓN SEGUN EDAD DE INTERNOS Y RESIDENTES	60
TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN SEGUN EDAD DE INTERNOS Y RESIDENTES	60
TABLA N° 3: SEXO DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA	62
TABLA N° 4: ESTADO CIVIL DE INTERNOS Y RESIDENTES	64
TABLA N° 5: IDENTIFICACION DEL PERSONAL ENCUESTADO	66
TABLA N° 6: TABAQUISMO EN INTERNOS ROTATIVOS Y RESIDENTES	67
TABLA N° 7: ALCOHOLISMO EN INTERNOS ROTATIVOS Y RESIDENTES	68
TABLA N° 8: SEDENTARISMO EN INTERNOS Y RESIDENTES	69
TABLA N° 9: ANTECEDENTES DE DIABETES EN INTERNOS Y RESIDENTES	70
TABLA N°10: ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL	71
TABLA N° 11: INDICE DE MASA CORPORAL DE INTERNOS Y RESIDENTES	72
TABLA N° 12: NIVEL DE COLESTEROL TOTAL EN INTERNOS Y RESIDENTES	74
TABLA N° 13: NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL EN INTERNOS Y RESIDENTES	76
TABLA N° 14: NIVEL DE DESPERSONALIZACION EN INTERNOS Y RESIDENTES	78
TABLA N° 15: NIVEL DE REALIZACION PERSONAL EN INTERNOS Y RESIDENTES	80
TABLA N° 16: FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES	82
TABLA N° 17: FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO	84
TABLA N° 18: NIVEL DE SINDROME DE BURNOUT	86
TABLA N° 19: SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS Y RESIDENTES	88
TABLA N° 20: DISTRIBUCIÓN DE SINDROME DE BURNOUT SEGÚN EL SEXO	90

TABLA N° 21: DISTRIBUCIÓN DE SINDROME DE BURNOUT SEGÚN IDENTIFICACIÓN DE CARGO	91
TABLA N° 22: RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES	92
TABLA N° 23: RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA QUE PADECEN SINDROME DE BURNOUT	94
TABLA N° 24: RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES CON O SIN DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE BURNOUT	95
TABLA N° 25: RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO CARDIOVASCULAR	97

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	PÁGINA
GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN SEGUN EDAD DE INTERNOS Y RESIDENTES	62
GRÁFICO N° 2: SEXO DE INTERNOS Y RESIDENTES	63
GRÁFICO N° 3: ESTADO CIVIL DE INTERNOS Y RESIDENTES	64
GRÁFICO N° 4: IDENTIFICACION DEL PERSONAL ENCUESTADO	66
GRÁFICO N° 5: TABAQUISMO EN INTERNOS ROTATIVOS Y RESIDENTES	67
GRÁFICO N° 6: ALCOHOLISMO EN INTERNOS ROTATIVOS Y RESIDENTES	68
GRÁFICO N° 7: SEDENTARISMO EN INTERNOS Y RESIDENTES	69
GRÁFICO N° 8: ANTECEDENTES DE DIABETES EN INTERNOS Y RESIDENTES	70
GRÁFICO N° 9: ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL	71
GRÁFICO N° 10: INDICE DE MASA CORPORAL DE INTERNOS Y RESIDENTES	72
GRÁFICO N° 11: NIVEL DE COLESTEROL TOTAL EN INTERNOS Y RESIDENTES	74
GRÁFICO N° 12: NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL EN INTERNOS Y RESIDENTES	76
GRÁFICO N° 13: NIVEL DE DESPERSONALIZACION EN INTERNOS Y RESIDENTES	78
GRÁFICO N° 14: NIVEL DE REALIZACION PERSONAL EN INTERNOS Y RESIDENTES	80
GRÁFICO N° 15: FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR	82
GRÁFICO N° 16: FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO	84
GRÁFICO N° 17: NIVEL DE SINDROME DE BURNOUT	86
GRÁFICO N° 18: SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS Y RESIDENTES	88
GRÁFICO N° 19: DISTRIBUCIÓN DE SINDROME DE BURNOUT SEGÚN EL SEXO	90
GRÁFICO N° 20: DISTRIBUCIÓN DE SINDROME DE BURNOUT SEGÚN IDENTIFICACIÓN DE CARGO	91
GRÁFICO N° 21: RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES	92

GRÁFICO N° 22: RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE
MEDICINA CON O SIN DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE BURNOUT 95

GRÁFICO N° 23: RELACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR CON DIAGNÓSTICO DE
SÍNDROME DE BURNOUT

RESUMEN

El Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional. La presencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores trae efectos no sólo en su desempeño, atención o satisfacción; esta alteración causada por la presencia de riesgos psicosociales no controlados en los sitios de trabajo, también puede favorecer un incremento importante de la prevalencia de padecimientos cardiovasculares. Esta investigación de diseño no experimental, descriptivo, transversal fue diseñada para determinar el riesgo cardiovascular en internos y residentes de medicina que padecen Síndrome de Burnout del Hospital IESS-Riobamba. De una muestra de 57 participantes se obtuvieron los siguientes resultados: 43,9% de la población tiene edad comprendida entre 27 - 30 años con promedio de 28 años, predominando el género femenino con 57,9% y 42,1% masculino; 57,9% son internos de medicina y 42,1% son residentes de medicina. Los factores de riesgo con mayor prevalencia son los factores de riesgo modificables de los cuales el predominante es el sedentarismo con 89,5%. El 42,1% de la población estudiada tiene Síndrome de Burnout obteniendo como subescalas el cansancio emocional alto (70,2%), despersonalización alto (52,6%) y realización personal bajo (50,9%). Se determinó que si existe relación entre Síndrome de Burnout y riesgo cardiovascular ya que los internos y residentes con diagnóstico de Síndrome de Burnout tienen 2,1 mas prevalencia de riesgo cardiovascular que aquellos que no lo tienen.

SUMMARY

Burnout Syndrome is a response to chronic job stress integrated by negative attitudes and feelings towards people sharing the working environment and to the own professional role. Burnout Syndrome affection on workers causes not only effects on their performance, concentration and satisfaction -this illness caused by the presence of non controlled psychosocial risk in working sites- but also it can promote an important increase on prevalence of cardiovascular affections. This research of non experimental, transversal and descriptive design was applied to determine the cardiovascular risk on medicine interns and residents affected by Burnout Syndrome in IESS-Riobamba Hospital. From a sample of 57 participants, the following results were reached: 43,9% of population has an age varying between 27 - 30 years with an average value of 28, prevailing female gender with 57,9% and male gender with 42,1%; 57,9%are medicine interns and 42,1% are medicine residents. The factors of risk with major prevalence are those changeable from which the prevailing is sedentary lifestyle with 89,5%. 42,1% of studied population has the Burnout Syndrome obtaining like subscales high emotional exhaustion (70,2%). High depersonalization (52,6%) and low personal accomplishment (50,9%). It was determined the existence of correlation between Burnout Syndrome and cardiovascular risk as interns and residents diagnosed with Burnout Syndrome show 2,1 higher prevalence of cardiovascular risk than those who do not.

I. INTRODUCCIÒN

En 1974, Freudenberg acuñó el término de Síndrome de Burnout, al desgaste profesional o al estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido.(1) Esta realidad se ha convertido en un problema poco conocido y muy frecuente en el ámbito laboral, caracterizado por la presencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una reducida realización personal, que se correlaciona con riesgos cardiovasculares.

La actividad que desarrollan los Internos Rotativos y residentes de medicina en el hospital IESS Riobamba, incluye un compromiso personal y una interacción directa con los pacientes a los que atienden y, por tanto, suelen trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente como el sufrimiento, ira, frustración, miedo y muerte, además la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con pacientes problemáticos, falta de especificidad de funciones y tareas, sumada a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, provoca una predisposición a experimentar cierto grado de desgaste físico y emocional, que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, llevando al personal a un desgaste profesional o Síndrome de Burnout y por ende a somatizar de una u otra forma esta alteración.

En el año 2009, la Revista médica IntraMed publicó un estudio realizado en médicos hispanoamericanos donde evidencia que la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y

del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%.(1), lo que significa que es un problema global radicado en el ámbito de la salud.

La Revista Mexicana de Salud en el Trabajo publicó en el año 2012, un estudio en el que se demostró la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y el riesgo cardiovascular, donde la probabilidad estimada de desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años fue del 65% mayor en el grupo con Síndrome de Burnout patológico que en el grupo de nivel bajo. (2)

El desgaste profesional o Síndrome de Burnout se ha convertido en un tema de mucha importancia en el ámbito laboral ya que es un mediador patogénico en la actualidad que daña la salud del profesional, convirtiéndose en una enfermedad psicosomática donde los problemas emocionales de los que lo padecen han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados.

Numerosos estudios revelan, con contundencia, que las tasas de estrés y la sobrecarga horaria, así como los conflictos laborales, trastornos psicológicos como depresión que sufren los internos rotativos y residentes de medicina son varias veces superiores a las de la población general; así mismo, las tasas de riesgo morbimortalidad por enfermedad cardiovascular, son tres veces más altas entre los médicos que en la población general, por estas razones es importante el estudio de incidencia de este síndrome en el entorno laboral de la salud para obtener datos reales debido a que es una entidad conocida a nivel mundial, pero no es así en

nuestro medio y desconocemos que tipo de consecuencias negativas impone a la salud de los internos rotativos y residentes de medicina, y qué relación existe con los factores de riesgo cardiovascular como: obesidad, diabetes, aterosclerosis, dislipidemia, tabaquismo, hipertensión arterial, los que ameritan una atención prioritaria por constituir un problema de salud.

La siguiente investigación surge ante la falta de estudios a nivel nacional donde se refleje la realidad del riesgo cardiovascular en internos rotativos y residentes de medicina que padezcan Síndrome de Burnout del Hospital IESS Riobamba para así establecer estrategias terapéuticas y promover conductas lo cual traerá beneficio a nivel del personal como mejorar estilos de vida y establecer hábitos saludables, a fin de prevenir el desarrollo de ésta enfermedad psicosomática.

La importancia de conocer como el trabajo puede afectar en la salud, su entorno social ya sea laboral y familiar, nos permite definir e implementar las acciones de prevención y protección del Síndrome de Burnout que se deben establecer en un centro de trabajo, que permita a la población trabajadora la realización plena y alcance de metas, además determinar las comorbilidades de este Síndrome.

Y de otra manera motivar y contribuir a la investigación científica a nivel local; ya que es un estudio con carácter científico donde se investigará la determinación del riesgo cardiovascular y la presencia del Síndrome de Burnout en internos y residentes de medicina del hospital IESS-Riobamba 2014.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el riesgo cardiovascular en Internos y Residentes de Medicina que padecen Síndrome de Burnout del Hospital IESS-Riobamba. Enero - Agosto 2014.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer las características demográficas de la población de estudio.
2. Identificar los factores de riesgo cardiovascular existente en internos rotativos y residentes de medicina.
3. Diagnosticar Síndrome de Burnout y sus subescalas en Internos Rotativos y Residentes de medicina.
4. Valorar el Riesgo Cardiovascular que existe en internos y residentes de medicina.
5. Determinar la relación que existe entre Síndrome de Burnout y el riesgo cardiovascular como daño a la salud.

III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral es el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo. (3)

El informe “Mental Health in the work Place: Introduction”, preparado por la organización Internacional del Trabajo, señala que aunque los índices de inestabilidad mental son complejos y se dan grandes diferencias entre los países en cuanto a las prácticas laborales, ingresos y condiciones de trabajo, parece que hay elementos comunes que vinculan la alta incidencia de estrés laboral a los cambios que se producen en el mercado de trabajo debido a la globalización económica. Los problemas de salud mental en diferentes países han aumentado hasta el punto que 1 de cada 10 trabajadores sufre depresión, ansiedad o estrés. (3)(5)

3.2 SÍNDROME DE BURNOUT

Burnout es un anglicismo traducible como -estar quemado- y de allí se deriva el síndrome de desgaste profesional. El estudio de este síndrome ha sido acometido por muchos autores, en los que a menudo se encuentran algunas diferencias de matiz conceptual. Esto deriva de la dificultad de definir un proceso complejo como es este síndrome, así como de discriminarlo del concepto de estrés laboral. (4)

3.2.1 ORIGEN

Es Herbert Freudenberger (USA) quien, en 1974, describe por primera vez este síndrome de carácter clínico. Básicamente, este cuadro explicaba el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Él lo definió como *"una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador"*. (4)

Cristina Maslach (1976) estudió lo que denominaba *"pérdida de responsabilidad profesional"*, así, desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona. En 1986, Maslach y Jackson, define el síndrome como *"un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas."* (4)

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: *"Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales"*. Brill, otro investigador de esta área, lo entiende como *un estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa*. Considera que el desarrollo de Síndrome de Burnout puede tener lugar en cualquier trabajo. (4)

3.2.2 DEFINICIÓN

El Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. (6)

Es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear. (6).

El estrés laboral se conceptualiza como un conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador con la participación de agentes estresantes derivados directa o indirectamente del trabajo que pueden afectar su salud.

Desde la perspectiva clínica de Freudenberguer, este señaló que el síndrome de Burnout hace alusión a la experiencia del agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios y como resultado de “desgaste” por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables.(4)

Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización. (4)

3.2.3 FACTORES PREDISPONENTES

El Síndrome de Burnout se relaciona con diferentes factores predisponentes que se pueden agrupar en tres categorías básicas, aquellas que respectan a factores de la personalidad, factores situacionales y factores de índole social. (7)

En cuanto a los factores que hacen referencia al individuo, parece constatado que el estudio de las variables sociodemográficas y de personalidad se hace necesario para explicar la aparición del Síndrome de Burnout ya que ambas tienen una función facilitadora o inhibidora, así como de desencadenantes del impacto que los estresores tienen sobre el individuo. (8)

Por lo tanto, dependiendo tanto de la medida como de la presencia de los mismos, puede afirmarse que el grado de estrés laboral e inadaptación disminuirán o aumentarán y, en consecuencia, el Síndrome de Burnout. (8)

a. FACTORES PREDISPONENTES DE PERSONALIDAD

Respecto a la personalidad, se puede decir que esta se define como la forma de actuar propia de cada ser humano perdurable en el tiempo, es resultante de variables biológicas (temperamento) sumadas a variables moldeadas por el ambiente que son propias de las experiencias del sujeto (carácter). (7)

b. FACTORES PREDISPONENTES DE ÍNDOLE SOCIAL

Las variables sociodemográficas de área de trabajo y número de horas que labora a la semana resultaron estadísticamente significativas, igualmente, el género y el nivel de estudios mostraron una similar tendencia. (9)

Respecto de la influencia de las características sociodemográficas en el proceso del desgaste profesional, se halla que diversas variables son significativas. Tanto la especialidad como el número de horas de trabajo semanales son variables asociadas con el Burnout . (9)

c. FACTORES PREDISPONENTES SITUACIONALES

Respecto a los factores situacionales, son numerosas las condiciones que pueden afectar a los profesionales de modo que contribuyan a la aparición del Burnout; los estresores ambientales en el lugar del trabajo que contribuyen a la afectación son como el ruido, la temperatura, las condiciones climáticas e higiénicas y la disponibilidad de un espacio físico para el trabajo, las demandas del desempeño del trabajo. (8)

3.2.4 SUBESCALAS DE SÍNDROME DE BURNOUT

a. CANSANCIO EMOCIONAL

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.(6)

Aparece el desgaste, la fatiga y manifestaciones físicas y psíquicas en representación del vaciamiento de los recursos emocionales y personales, experimentándose una sensación de que no tener más nada que ofrecer profesionalmente. (8)

b. DESPERSONALIZACIÓN

Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la distancia personal.(6)

Los sujetos presentan un incremento en la irritabilidad, con pérdida de la motivación, con reacciones de distanciamiento y hostilidad hacia los pacientes y compañeros de trabajo.(8)

c. REALIZACIÓN PERSONAL

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Es la tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.(6)

Existe un sentimiento de inadecuación e incompetencia personal que se traduce en respuestas negativas de estos profesionales en su autoevaluación para trabajar. Afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas que atiende; hay baja productividad y autoestima e incapacidad para tolerar la presión. Se considera relacionado a una falta de adecuación de la realidad con las expectativas del sujeto.(8)

3.2.5 PRESENTACIÓN CLÍNICA: FASES DE PRESENTACIÓN

Se proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Síndrome de Burnout:

a. FASE INICIAL O DE ENTUSIASMO

Cuando un profesional inicia una actividad cuyo fin es prestar un servicio a la gente, por lo general se lleva a cabo con entusiasmo, expectativas positivas, y algún grado de altruismo. (21)(4)

Aunque el trabajo sea muy exigente nos aporta mucho (siendo esto mismo un aliciente y un reto). Los contratiempos son vividos como pasajeros, parece que cuando lo hemos solucionado, todo irá bien. Además, nos identificamos intensamente con las personas con las que trabajamos, con el equipo de trabajo y, en general, con toda la organización. Cundo es necesario, no importa incluso

prolongar la jornada laboral. No es extraño que el profesional se marque objetivos por encima de los que se exponen en los programas. (21)

Una persona que se encuentra en esta fase y que se comporta de esta manera puede ser considerada como una amenaza por otros compañeros de trabajo, que llevan ya mucho tiempo en la empresa y están acomodados. (4)(21)

b. FASE DE ESTANCAMIENTO

Poco a poco se va comprobando que nuestras expectativas no se cumplen y que a pesar de poner mucha energía no logramos todos los objetivos, lo que da lugar al estancamiento.

Empezamos a dudar y a sentir una cierta sensación de derrota, pero no está claro el motivo. No se ven los resultados que se esperaba conseguir. Las expectativas poco realistas se convierten en una barrera.(4)(21)

El entusiasmo oscila, a veces se actúa de forma eficaz porque invaden las dudas. Se va instaurando el negativismo, aunque se intente controlar. Es más probable que la persona se aísle para protegerse del reengaño. La salud empieza a fallar: dolor de estómago, dolor de cabeza, etc. (4) (21)

c. FASE DE FRUSTRACIÓN

Se pone en duda la eficacia propia, aunque existe todavía la posibilidad de afrontar la situación y encauzar el malestar hacia una nueva fase de entusiasmo. La falta de recursos personales y organizacionales puede condicionar el tránsito a una fase de apatía. (4)(21)

El trabajo se siente como algo carente de sentido. Continuamente la pregunta es ¿qué sentido tiene mi trabajo?, ¿me habré equivocado de profesión?, ¿la formación que recibí era inadecuada? Se siente miedo a que todo vaya a seguir siendo igual hasta que llegue la jubilación. El humor cambia, se ven trabas en el camino y en las personas con las que se trabaja, pensando que el esfuerzo ha sido vano. (4)(21)

Con el paso del tiempo, cada vez el sentimiento es de más impotencia. Todo lo que se hace parece que no sirva de nada. Cualquier cosa puede irritar y provoca conflictos en el equipo de trabajo. Se discute más con el equipo de trabajo. Los síntomas psicósomáticos ahora se vuelven crónicos. Todavía la persona se encierra más en sí misma. (4)(21)

d. FASE DE LA HIPERACTIVIDAD Y DE LA APATÍA

Nos olvidamos de nosotros mismos. Decimos que “sí” a demasiadas cosas. Siempre estamos trabajando. No escuchamos, estamos acelerados. Queremos hacer tantas cosas que no hacemos nada. Después se produce el colapso.(21)

La apatía surge a partir de un sentimiento creciente de distanciamiento de lo laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional. La esperanza nos abandona. Se sienten resignados tanto por lo que se refiere al trabajo como por las posibilidades de poder cambiar algo. (4)

Aumenta la distancia entre nosotros y las personas a las que atendemos, actúan como si fueran robots, lo mismo ocurre con los compañeros de trabajo y la familia. Se despreocupa del trabajo. Se dedica a “hacer el vago” por los pasillos. Resuelve algunos asuntos privados, huye y espera a que se produzca la catástrofe o se vuelve totalmente apáticos. (4)(21)

e. FASE DE ESTAR QUEMADO

Ya no se puede más y todos los pensamientos van alrededor de cambiar de trabajo, pedir traslado, etc. Hay un colapso físico, emocional y cognitivo.(21)

Así pues, se puede considerar el Burnout como un proceso en el que el trabajador se desentiende (“pasa”) de su trabajo como respuesta al estrés y agotamiento que experimenta en él. (4)

El proceso empieza cuando el trabajador no logra aliviar su situación con las técnicas de solución de problemas adecuadas. Los cambios en sus actitudes y conducta son una desafortunada e ineficaz válvula de escape ante una situación que probablemente a largo plazo resultará insostenible. (4)(21)

Podríamos preguntarnos si hay un perfil de persona que favorezca la aparición de los síntomas asociados al Burnout o qué características profesionales puedan favorecerlo. Se han hecho diversos estudios al respecto, pero no hay unanimidad en las conclusiones. (4)

Por ejemplo, Chernis clasifica cuatro estilos de profesionales:

- Los “activistas sociales”, que quieren cambiar el mundo.
- Los “centrados en sus carreras”, siendo su promoción el objetivo a conseguir.
- Los “artesanos”, motivados por la naturaleza de su trabajo.
- Los “esforzados”, que consideran el trabajo como un mal inevitable. (4)

3.2.6 DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE BURNOUT

Existen diversos métodos de evaluación, pero el Test de Maslach: Maslach Burnout Inventory, por más de veinte años ha sido el instrumento más ampliamente utilizado para medir el Síndrome de Burnout en profesionales asistenciales en todo el mundo; este test concibe al Síndrome de Burnout como un constructo tridimensional caracterizado por sentimiento de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. (20)

A pesar de que el Maslach Burnout Inventory ha demostrado ser un instrumento válido y fiable, y con una gran aceptación internacional presenta algunas debilidades psicométricas que obligan a utilizarlo con precaución, y siempre acompañado de entrevistas semiestructuradas al trabajador, a los compañeros, a los subordinados y a los superiores, con técnicas exploratorias, de escucha activa, que permita la clarificación, la racionalización, la reformulación y la confrontación.

Además es conveniente realizar: (3)

- La anamnesis socio-laboral y datos de filiación (sexo, edad, antigüedad en la empresa y empresas anteriores).
- El análisis de las condiciones psicosociales del puesto de trabajo.
- La descripción cronológica de los hechos relevantes para la situación actual.
- Los recursos personales de afrontamiento.
- La valoración de las consecuencias para el trabajador: personales, laborales, familiares y sociales.(3)

3.2.7 TEST DE MASLACH

El cuestionario Maslach de 1986 que es una 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.(23)

22 Items de la escala de Maslach:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento “quemado” por mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión

20. Me siento acabado

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome:

- Cansancio emocional,
- Despersonalización,
- Realización personal.

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. (24)

- Subescala de cansancio emocional. Consta de 9 preguntas. Puntuación máxima 54. La clasificación de ítems afirmativas que conlleva: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Sus resultados son directamente proporcionales al grado de intensidad del agotamiento emocional, es decir, a mayor puntuación, mayor agotamiento.
- Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Puntuación máxima 30. La clasificación de ítems afirmativas que conlleva: 5, 10, 11, 15,

22. Sus resultados son también directamente proporcionales: a mayor puntuación, mayor despersonalización.

- Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Puntuación máxima 48. La clasificación de ítems afirmativas que conlleva: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional a la percepción, es decir, a menor puntuación, mayor afectación del sujeto explorado.

La escala se mide según los siguientes rangos:

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 (23)

3.2.8 RESULTADOS DEL TEST DE MASLACH

Los resultados de los tres escenarios se deben sumar del 0-6 en forma independiente para los tres escenarios, e interpretarse los resultados por separado.

El puntaje obtenido para los tres componentes del Síndrome de Burnout ha sido validado en numerosos estudios hechos en trabajadores de la salud, educadores,

trabajadores sociales, asistentes legales, y personal administrativo diverso de distintas profesiones. (24)

Del global de puntuaciones obtenidas se han descrito tres rangos distintos para las tres dimensiones exploradas, sin existir un punto de corte definido que indique la existencia o no del síndrome. (23)

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	>10 puntos
Ineficiencia y realización personal	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos

Fuente: Solanas, A. Métodos en Psicología: Casos Prácticos para un Aprendizaje Integrado. Barcelona: Universitat de Barcelona. 2002

El diagnóstico de Síndrome de Burnout se define con puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero.

3.2.9 CONSECUENCIAS

El Síndrome de Burnout puede tener resultados muy negativos tanto para el sujeto que lo padece como para la organización en la que desempeña su rol profesional. (21)

a. PARA EL SUJETO:

Puede afectar a su salud física y/o mental, dando lugar a alteraciones psicósomáticas (por ejemplo, alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, insomnio, mareos, etc.) o incluso estados de ansiedad, depresivos, alcoholismo, etc. (21)

b. PARA LA ORGANIZACIÓN:

Puede dar lugar a un grave deterioro del rendimiento profesional del sujeto, y por tanto deterioro de la calidad asistencial o del servicio, absentismo laboral, rotaciones excesivas, incluso el abandono del puesto de trabajo; lo que va a repercutir en toda la organización. (3)

c. A NIVEL FISIOLÓGICO:

Puede presentar: taquicardia, aumento de la tensión arterial, sudoración, alteración del ritmo respiratorio, aumento de la tensión muscular, aumento de la glucemia en sangre, aumento de metabolismo basal, aumento del colesterol, inhibición del sistema inmunológico, sensación de nudo en la garganta, midriasis, etc. (24)

d. A NIVEL COGNITIVO:

Presentan angustia, indecisión, desconcentración, desorientación, mal humor, hipersensibilidad a la crítica, sentimiento de falta de control, etc.(21)

e. A NIVEL DEL SISTEMA MOTOR:

Hablar rápido, temblores, tartamudeos, voz entrecortada, imprecisión, explosiones emocionales, exceso de apetito, falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos, verborrea, ecolalia, acatisia, conductas bizarras, estrafalarias, llegando incluso a una suerte de patetismo monacal.(24)

El estrés también genera una serie de trastornos asociados, que aunque no sean causa desencadenantes a veces, se constituye en actor colaborador.(21)

- Trastornos respiratorios: asma, hiperventilación, taquicardia, etc.
- Trastornos cardiovasculares: enfermedad coronaria, hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco, etc.
- Trastornos inmunológicos: desarrollo de enfermedades infecciosas.
- Trastornos endocrinos: hipertiroidismo, enfermedad de Cushing.
- Trastornos dermatológicos: prurito, sudoración excesiva, dermatitis atópica, caída de cabello, urticaria crónica, rubor facial, etc.
- Diabetes: suele agravar la enfermedad.
- Dolores crónicos, cefaleas continuas
- Trastornos sexuales: impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido.
- Trastornos psicopatológicos: ansiedad, miedos, fobias, depresión, conductas adictivas, insomnio, alteraciones alimentarias, trastornos de la personalidad, etc.

En un estudio realizado por Alvaro Méndez en México aplicado a Residentes de medicina en el año 2012 registró que se evidencia de que este síndrome conlleva a un riesgo aterosclerótico y, por tanto, incremento en el riesgo cardiovascular. (11)

3.3 SINDROME DE BURNOUT Y RIESGO CARDIOVASCULAR

La presencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores trae efectos no sólo en su desempeño, atención o satisfacción; esta alteración causada por la presencia de riesgos psicosociales no controlados en los sitios de trabajo, también puede favorecer un incremento importante de la prevalencia de padecimientos cardiovasculares en los trabajadores afectados. (2)

El estrés laboral se ha asociado tradicionalmente con un elevado riesgo cardiovascular, particularmente en relación con los cambios en la presión arterial, como parte de la respuesta autonómica al estrés. (10)

Diferentes investigaciones han concluido que el estrés laboral es un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, siendo una relación mediada por: una elevada reactividad de la frecuencia cardíaca durante la jornada laboral, un aumento en la presión sistólica y un menor tono vagal. (10)

Existe evidencia de que este síndrome conlleva a un riesgo aterosclerótico y, por tanto, incremento en el riesgo cardiovascular. Kazuyo y colaboradores(11)

realizaron el primer seguimiento de cuatro a cinco años en personas con esta afección que fue comparado contra un grupo sano. Se observó que las personas que tenían Burnout tuvieron incremento en los niveles de colesterol-LDL y disminución de los niveles de colesterol-HDL. (11)

3.4 RIESGO CARDIOVASCULAR

El Riesgo Cardiovascular Global se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular, tanto fatal como no fatal, en un determinado período de tiempo, que habitualmente se establece en 10 años. (25)

La estimación del riesgo puede efectuarse con métodos cuantitativos, que obtienen una probabilidad numérica, o cualitativos, que lo catalogan como muy alto, moderado o bajo. (25)

El riesgo cardiovascular global es una función del perfil de riesgo, sexo y edad de cada individuo; es más alto en varones mayores con varios factores de riesgo que en mujeres más jóvenes con menos factores de riesgo. El riesgo global de desarrollar enfermedad cardiovascular está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo cardiovascular, que habitualmente coexisten y actúan en forma multiplicativa. (26)

Un individuo con una elevación en múltiples factores de riesgo apenas sobre lo considerado normal, puede tener un riesgo cardiovascular global superior a otro con una elevación considerable en sólo un factor de riesgo. (34)

Las enfermedades cardiovasculares han cobrado gran importancia debido a su impacto sobre la morbimortalidad. Los reportes de la OMS señalan que las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte; mientras que las proyecciones para el año 2020 indican que serán origen de 25 millones de muertes al año y que la cardiopatía isquémica se constituirá como la principal causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todo el mundo. (18)

La identificación de los factores de riesgo cardiovascular tiene como finalidad intervenir en el proceso fisiopatogénico que da origen a una enfermedad, con el propósito de prevenirla, retardar su presentación o disminuir su agresividad. (18)

La predicción del riesgo cardiovascular de un individuo puede ser una guía muy útil para tomar decisiones sobre la intensidad de las intervenciones preventivas: en quienes será necesaria una consejería dietética más estricta y específica, intensificar e individualizar las recomendaciones para promover la actividad física o cuándo y qué tipo de medicamentos deben prescribirse para controlar los factores de riesgo. (26)

3.4.1 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Los factores de riesgo son aquellos que, estando presentes, aumentan la “probabilidad de un resultado adverso” (enfermedad). No existen aisladamente sino que coexisten entre ellos. Estos factores pueden afectar a un individuo o a toda una población y habitualmente se asocian con hábitos de conducta no saludable, dentro de los que destacamos la dieta no adecuada, el sedentarismo y sobrepeso/obesidad que están presentes desde la niñez e íntimamente relacionados entre ellos. La razón más importante para conocer estos factores es que son prevenibles. (33)

Estos se clasifican en mayores y condicionantes según la importancia como factor causal en el desarrollo de una enfermedad cardiovascular. A su vez pueden ser clasificados en modificables y no modificables: (34)

- **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES**

- Tabaquismo
- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Dislipidemia
- Obesidad
- Sedentarismo
- Colesterol HDL < 40mg/dl
- Triglicéridos > 150mg/dl (34)

- **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR NO MODIFICABLES**

- Edad
- Sexo
- Antecedentes personales de Enfermedad cardiovascular
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular: solo cuando estos han ocurrido en familiares de primer grado. (34)

Otra clasificación según criterios de riesgo:

- **FACTORES DE RIESGO MAYORES:**

- Edad
- Sexo
- Antecedentes personales de Enfermedad cardiovascular
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular: solo cuando estos han ocurrido en familiares de primer grado. (34)
- Tabaquismo
- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Dislipidemia (34)

- **FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTE:**

- Obesidad
- Sedentarismo
- Colesterol HDL < 40mg/dl
- Triglicéridos > 150mg/dl (34)

3.4.2 VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La valoración del riesgo vascular tiene un interés pronóstico y terapéutico, pues permite adecuar la intensidad de las medidas de tratamiento a las necesidades del paciente. En el escalón más alto del riesgo podemos incluir a los pacientes que ya han tenido manifestaciones clínicas de la arteriosclerosis. (32)

En el siguiente escalón debemos incluir a los individuos que presentan una agregación de factores de riesgo o valores especialmente elevados de factores de riesgo individuales. Por último, se encuentran los individuos en los que no se presenta ningún factor de riesgo. (32)

3.4.3 TABLAS DE FRAMINGHAM

Las tablas de riesgo cardiovascular más utilizadas están basadas en la ecuación de riesgo del estudio de Framingham; donde las más importantes son: Framingham clásica, Framingham por Categorías, nuevas tablas de Framingham, Sociedades Europeas, Sociedades Británicas, Nueva Zelanda y Sheffield. (30)

La estimación del riesgo cardiovascular global por este método tiene 3 objetivos clínicos fundamentales:

- Identificar pacientes de alto riesgo que precisan atención e intervención inmediata.
- Motivar a los pacientes para que sigan el tratamiento y así reducir riesgo.
- Modificar la intensidad de la reducción de riesgo en base al riesgo global estimado (30)

Para el cálculo del riesgo cardiovascular global se han utilizado mayoritariamente las estimaciones que provienen del estudio Framingham, que recomienda el influyente Programa Nacional de Educación para el Colesterol de los Estados Unidos (NCEP) en su versión 3 del Programa de Tratamiento para los Adultos (ATP-III). (28)

Este cálculo se hace por medio de una ecuación que calcula el riesgo coronario tanto de morbilidad como de mortalidad para los siguientes 10 años. El estudio Framingham es un seguimiento de una cohorte que se inició en 1948 con una muestra original de 5209 hombres y mujeres con edades entre 30 y 62 años, del pueblo de Framingham en Massachusetts, Estados Unidos. (28)

- TABLAS DE RIESGO DE FRAMINGHAM CLÁSICA

Utiliza un método de puntuación en base a las siguientes variables: edad (35-74 años), sexo, HDLcolesterol, colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) e hipertrofia ventricular izda. (HVI) (sí/no) (Fig. 1); con ello podemos calcular el riesgo coronario a los 10 años que incluye: angina estable, infarto de miocardio (IAM) y muerte coronaria. (30)

- **TABLAS DE FRAMINGHAM POR CATEGORÍAS**

Con el fin de adaptar la ecuación de riesgo de Framingham a las recomendaciones del National Cholesterol Education Program (NCEP) y Joint National Committee (V JNC), en 1998 se publican las llamadas tablas de riesgo de Framingham por categorías (Wilson); las variables que utiliza son: edad (30-74 años), sexo, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) y las categorías de: HDL-colesterol, colesterol total (existen otras tablas cuya categoría no es el colesterol total, sino el LDL-colesterol) y presión arterial sistólica y diastólica. (30)

Es conocido que las tablas de Framingham Wilson permiten calcular la probabilidad de enfermedad coronaria total en un periodo de 10 años, mientras que la modificada de Grundy, considera la Diabetes como nivel de glucosa basal >126 mg/dL, acorde a los criterios de la Asociación Americana de Diabetes, y calcula el riesgo de eventos duros que incluye angina inestable, IAM y muerte coronaria. (27)

El sistema predice cualquier tipo de evento aterotrombótico mortal, en este modelo se incluyen factores de riesgo como edad, sexo, consumo de tabaco, presión arterial y uno de los dos siguientes: colesterol total o razón colesterol total/HDL. Tiene un umbral de alto riesgo establecido en $> 5\%$ en lugar de 20% . (28)

- **NUEVAS TABLAS DE FRAMINGHAM (D´AGOSTINO)**

En un artículo del American Heart Journal, nuevas tablas de riesgo; utilizan variables distintas según sean hombres o mujeres y existen tablas para prevención primaria (probabilidad de presentar un primer evento) y prevención secundaria (probabilidad de presentar una enfermedad coronaria o accidente cerebrovascular en aquéllos que ya han sufrido un evento cardiovascular). (30)

Entre las ventajas de esta tabla, destaca:

- El cálculo de riesgo se hace a corto plazo (2 años).
- Se incluyen otros factores de riesgo, sobre todo en mujeres, como el consumo de alcohol, la menopausia y los triglicéridos.
- Se puede calcular el riesgo también en pacientes en prevención secundaria.
- Utiliza el cociente colesterol total/HDL-colesterol, mejor predictor de enfermedad coronaria. (30)

3.4.4 CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Para estimar el riesgo debe seleccionarse la tabla correspondiente a la presencia o ausencia de diabetes, el consumo de tabaco, el sexo y la edad del/la paciente. Debe buscarse la intersección de su presión arterial sistólica y diastólica con su colesterol total buscando la columna de valor central ± 20 mg/dL ($\pm 0,5$ mmol/L) que incluya el valor deseado. El valor inscrito en la casilla hallada por este procedimiento indica el riesgo a 10 años, y el fondo pertenece al código de colores cuya leyenda se encuentra al pie de las tablas. (29)

Si se dispone del valor del colesterol de HDL puede corregirse el riesgo hallado multiplicándolo por 1,5 si está por debajo de 35 y por 0,5 si está por encima de 59. La lectura es directa si el valor se encuentra entre 35 y 59 mg/dl. Se recomienda utilizar los siguientes puntos de corte para tomar decisiones terapéuticas sobre tratamiento de la dislipidemia: (29)

- < 5% Riesgo bajo
- - 9,9% Riesgo moderado
- 10 - 14,9% Riesgo alto
- $\geq 15\%$ Riesgo muy alto

3.5 SÍNDROME DE BURNOUT EN SALUD PÚBLICA

El proceso laboral somete, pues a los trabajadores a una serie de exigencias llamadas “cargas laborales o factores de riesgo”. Estas cargas son el resultado de

la interacción entre los elementos del proceso laboral y por tanto involucran directamente al cuerpo del trabajador. Las cargas presentes en un puesto de trabajo, hay que analizarla ya que nos permite entender cómo se desgastan y llegan a enfermarse en el proceso laboral; ya que la enfermedad es una de las expresiones de deterioro que sufre el trabajador, y abarca todo el proceso tanto físico como síquico, desgaste que puede o no manifestarse en una u otra enfermedad. (17)

Las implicaciones del síndrome de Burnout para la salud pública pueden agruparse en dos ítems. El primero consiste en las consecuencias que esta tiene para el individuo, o por aquellas condiciones de trabajo o de entorno que lo afectan. El segundo, el cómo debe ser tipificado e investigado, no sólo respecto a las preguntas que puede generar, sino a los métodos que pueden ser utilizados para tal fin. (12)

El Burnout debe ser asumido como una enfermedad ya que:

- Existen condiciones del entorno que inciden sobre el mismo, afectándolo negativamente.
- Es posible caracterizarlo a partir de las percepciones del individuo y las observaciones metódicas de los profesionales de salud.
- Sus manifestaciones pueden detectarse, clasificarse y separarse de otras condiciones parecidas.
- Afecta a uno o más sistemas orgánicos, puede tener curación con medios no farmacológicos o con medicamentos.

- Ha sido estudiado en un entorno multidisciplinario que incluyen disciplinas médicas como psicología, psiquiatría, clínica, bioestadística y salud pública.(12)

Se podría incluir el Síndrome de Burnout como trastorno adaptativo, según el manual DSM-IV-R, ya que la característica fundamental del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Otro criterio diagnóstico es que los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresor. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dado la naturaleza del estresor, o en un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica. (3)

Otra opción diagnóstica es considerar el Síndrome de Burnout como un problema laboral e incluirlo en el Eje I de la CIE-10 que agrupa los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención médica. Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. (3)

En esta categoría se incluyen problemas como la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional. Sin embargo, el Síndrome de Burnout

como patología presenta un cuadro clínico mucho más grave e incapacitante para el individuo y para el ejercicio de la actividad laboral que estos problemas. (3)

3.6 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD

El Síndrome de Burnout puede afectar a cualquier grupo ocupacional, lo cierto es que hay profesiones más predispuestas a experimentarlo. Éste es el caso de las llamadas profesiones de ayuda como el personal de salud, según un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Administración Pública de España en el 2008. (19)

En el ambiente hospitalario, la salud mental requiere una especial atención, debido principalmente a que existen diferentes factores que limitan el desarrollo personal y del trabajo de los empleados, entre ellos: horarios de trabajo, atención a individuos enfermos que en ocasiones enfrentan crisis, el sentimiento provocado por la muerte, las crecientes demandas de las personas que no quedan satisfechas con los servicios recibidos. (14)

Dichos factores actúan directamente sobre el individuo y el grupo de trabajo, provocando un malestar que puede manifestarse en fuertes cargas negativas, estrés e insatisfacción entre otras, lo cual genera una deficiente calidad de la

atención hacia el enfermo y en el trabajador de la salud puede producirse un estado de agotamiento por estrés, también llamado Síndrome del Burnout.(14)

Los profesionales de la salud son estimados socialmente pero tienen altos niveles de tensión entre la gente que lo ejerce. En el origen de estas tensiones continuas, están aspectos como: (13)

- Los motivos ideológicos que es impulsaron a elegir esta profesión.
- El hecho de que el trato directo con los pacientes y sus familiares suelen ser emocionalmente exigente para el trabajador.
- La naturaleza de enfermedad de los pacientes les hace enfrentarse en ocasiones, con un fracaso terapéutico y a la vez les sensibiliza ante la muerte.
- El volumen de trabajo y las presiones para realizarlo. La falta de información sobre el cometido que han de realizar y de cómo se hace.(13)

Dentro de los síntomas detectados en estos profesionales está el abuso de fármacos, alcohol y tabaco, desarrollo de enfermedades coronarias y tentativas de suicidio. (13)

En un estudio realizado en España 2009. Refiere que la profesión más representada con mayor prevalencia del síndrome de Burnout ha sido Medicina (85,4%) con una

amplia distribución de especialidades, seguida por Enfermería, Odontología, Psicología y Nutrición. (15)

La asociación del Burnout con la enfermedad (baja laboral y enfermedad crónica) y con las peores condiciones de trabajo (hacer guardias) han sido también estadísticamente significativas. Se confirma la importancia de la edad, de la satisfacción profesional, del perfil optimista y positivo, del sentirse recompensado y sobre todo de la percepción de estar valorado, como factores que se oponen a la adquisición del síndrome de Burnout. (15)

La mayor prevalencia de Burnout se ha observado en los médicos que residentes en España o Argentina, y por especialidades en los que trabajan en urgencias y los internistas. (15)

3.7 PREVENCIÓN

La prevención del Síndrome de Burnout va en caminata a:

- **Prevención Primaria:**

La forma más efectiva de combatir el estrés consiste en eliminar su causa. Para ello puede ser necesario rediseñar los puestos de trabajo, mejorar los sistemas de comunicación e interrelación del equipo de trabajo, aumentando la información, modificando las políticas de personal, y delegando funciones creando de esta forma un clima de trabajo adecuado y de apoyo. (24)

- **Prevención Secundaria:**

Las iniciativas se centran en la formación y en la educación continua en la adquisición de destrezas para reconocer los síntomas del estrés. Se pueden realizar técnicas de relajación, cursos de aprendizaje en administración del tiempo y en calidad de vida, y reforzamiento de la seguridad en uno mismo. Se deben de realizar revisiones médicas periódicas, dieta sana, ejercicio físico adecuado, es decir, programas de promoción de la salud. (24)

- **Prevención Terciaria:**

Consiste en la detección precoz de los problemas relacionados con la salud mental y el tratamiento adecuado por especialistas.(24)

3.8 INTERVENCIÓN

La decisión acerca de qué tipo de intervención para reducir el estrés laboral es la más adecuada dependerá de varios hechos entre los cuales cabe destacar que, en ocasiones, no es posible actuar sobre los factores estresantes porque éstos son parte inherente del puesto de trabajo; por lo que la única manera de reducir este tipo de estrés laboral es actuando directamente sobre la persona implicada. (24)

La comunicación puede intervenir en el punto donde la gente se forma una estructura cognitiva de sus experiencias y emociones. Ésta estructura cognitiva

permite a las personas amenazados de agotamiento a entender mejor sus experiencias, reflexionar sobre ellos, y reinterpretarlos. (22)

En general, suelen utilizarse las técnicas clínicas tradicionales para el control del estrés como técnicas de relajación, entrenamiento en inoculación de estrés, etc. (24)

3.8.1 ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO

En el momento actual no existe ninguna medida paliativa o terapéutica que por sí sola pueda ser efectiva frente al Burnout. En general los programas de entrenamiento para el manejo del estrés, el estrés laboral y el Burnout suelen agrupar distintos conocimientos y técnicas, centradas en producir cambios en las personas. (31)

En los programas de intervención sobre el síndrome del Burnout debemos distinguir por una parte el objetivo de la intervención (control de estresores, procesos de evaluación o estrategias de afrontamiento, etc.), y por otra, el nivel donde se centra la intervención (individual, organizacional o a nivel individuo-organización). (31)

Así, las estrategias de intervención que debemos aplicar a las personas que padecen el síndrome de Burnout deben integrar técnicas que permitan: (31)

1. Reorientar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (Entrenamiento en técnicas que permitan la adquisición y mejora de estrategias individuales de afrontamiento, principalmente las centradas en la solución de problemas, la reestructuración cognitiva, etc.).
2. Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del síndrome (Entrenamiento en técnicas de solución de problemas, entrenamiento en inoculación de estrés, técnicas de organización personal, etc.).
3. Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y la asertividad.
4. Fortalecer las redes de apoyo social.
5. Disminuir y, si es posible eliminar, los estresores del contexto organizacional.
6. Facilitar que las demás áreas de la vida del trabajador sean satisfactorias (la familiar, ocio, amistades, etc.).

Por otra parte, desde el punto de vista del nivel de la intervención, las estrategias a utilizar podemos diferenciarlas en:

- **ESTRATEGIAS INDIVIDUALES**

El entrenamiento en Inoculación de Estrés: es una técnica que consiste en dotar a la persona de diversas estrategias y habilidades que le permitan hacer frente a las situaciones futuras que puedan suponer problemas de ansiedad. (24)

Ejercicio físico: Un ejercicio rítmico moderado de una duración de 5 a 30 minutos puede producir efectos tranquilizadores, y un ejercicio vigoroso y rutinario puede reducir los niveles de ansiedad. (31)

Técnicas de relajación: Son técnicas que los sujetos, una vez que hayan recibido el entrenamiento adecuado, pueden aplicar tanto durante la jornada de trabajo como en sus casas. Se combinan ejercicios respiratorios con estrategias de relajación mental. Las consecuencias positivas para el sujeto consisten en un grado de ansiedad menor, un consumo menor de alcohol y mayor control del estrés. (31)

Técnicas cognitivas: Destaca como técnica el Entrenamiento en solución de problemas. La meta es la de enseñar a los individuos que vuelvan a evaluar y reestructurar las situaciones estresantes y problemáticas para que dejen de serlo. (31)

- **ESTRATEGIAS SOCIALES**

Incluye el apoyo social de compañeros y supervisores. Pines (1985) distingue las siguientes formas de ofrecer apoyo social en el trabajo:

- Escuchar de forma activa, pero sin dar consejos ni juzgar sus acciones.
- Dar reconocimiento en el sentido de que un compañero o jefe confirme que se están haciendo bien las cosas.

- Crear necesidades y pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo.
- Empatía
- Participar en la realidad social del trabajador. (3)

- **ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES**

Desde el ámbito organizacional se aconseja desarrollar programas que eliminen, si es posible, los estresores que desencadenan el Burnout.

El Comité Mixto OIT/OMS (1984) propone las siguientes medidas de prevención: (3)

- Modificar la organización del trabajo (enriqueciendo y ampliando tareas, rotando tareas y puestos; dando mayor autonomía, delegando responsabilidades, etc.)
- Mejorar el medio ambiente de trabajo.
- Modificar el espacio (medidas para evitar el hacinamiento o aislamiento en los lugares de trabajo).
- Racionalizar el tiempo de trabajo
- Suministrar información sobre los procesos de trabajo.
- Posibilitar la comunicación formal e informal entre los trabajadores.
- Favorecer la participación de los trabajadores en las medidas de organización, en la toma de decisiones y en los métodos de trabajo, etc.

- **OTRAS ESTRATEGIAS SON:**

- Propiciar una buena cohesión de equipo que implique en las situaciones problema el apoyo al compañero.
- Implantar sistemas de evaluación por medio de los protocolos estandarizados, intervenir a poder ser desde la prevención primaria o secundaria, sin esperar a que el desgaste esté cronificado.
- Evitar el conflicto de roles y la ambigüedad de lo que se espera profesionalmente del trabajador.
- Establecer planes de carrera y la promoción profesional.
- Rediseñar la realización de tareas. Primar la creatividad y la prueba de otros métodos de trabajo, sobre todo los que se sepa que han funcionado en otros centros de trabajo.
- Facilitar el tratamiento al trabajador afectado de síndrome de Burnout. (31)

3.8.2 METAS TERAPÉUTICAS SEGÚN NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Independiente del nivel de riesgo CV del individuo se definen metas comunes en relación a los siguientes factores de riesgo:

- Obesidad: Reducir en 5-10% el peso corporal inicial en un plazo de 6 meses.
- Actividad física: Realizar al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana.
- Mantener un Col-HDL > 40mg/dl. Mantener triglicéridos <150mg/dl. (34)

El nivel de riesgo cardiovascular individual define las metas terapéuticas que la persona debe alcanzar en el manejo de los factores de riesgo mayores modificables:

(34)

- **Riesgo bajo <5%:**
 - Suspender tabaco
 - PA < 140/90 mmHg
 - Colesterol HDL < 160 mg/dl
 - HbA1c < 7% en diabéticos

- **Riesgo Moderado < 5 -9%:**
 - Suspender tabaco
 - PA < 140/90 mmHg
 - Colesterol HDL < 130 mg/dl
 - HbA1c > 7% en diabéticos

- **Riesgo Alto < 10 -19%:**
 - Suspender Tabaco
 - PA < 140/90 mmHg
 - Colesterol HDL < 100mg/dl

- HbA1c <7% en diabéticos

- **Riesgo muy alto > 20%:**
 - Suspender tabaco
 - PA < 130/80 mmHg
 - Colesterol HDL < 70 – 100mg/dl
 - HbA1c < 7% en diabéticos (34)

IV. METODOLOGÍA

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN.

La investigación se desarrolló en el Hospital del IESS de Riobamba durante el período comprendido entre Enero – Agosto 2014.

B. VARIABLES

1. IDENTIFICACIÓN

- ✓ **Variable independiente**
 - Síndrome de Burnout:

- Cansancio Emocional
- Despersonalización
- Realización personal

✓ **Variable dependiente**

- Características Sociodemográficas:
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Identificación de cargo
- Colesterol
- CHDL
- CLDL
- Hábitos personales:
 - Tabaquismo
 - Alcoholismo
 - Sedentarismo
- Antecedentes personales:
 - Diabetes
 - Hipertensión Arterial
- Tensión arterial
- Índice de Masa Corporal:
 - Peso

- Talla

2. DEFINICIÓN

- ✓ **Síndrome de Burnout:** denota un estado de completa fatiga física, emocional y mental, acompañado de una disminución de la capacidad de rendimiento. El término inglés Burnout significa estar quemado. Las personas que padecen este trastorno sienten un agotamiento extremo y, con frecuencia, vacío interior.
- ✓ **Cansancio Emocional:** disminución y pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que se realiza, junto a la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás.
- ✓ **Despersonalización:** consiste en el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas a las que da servicio. Es un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los beneficiarios del propio trabajo.
- ✓ **Realización personal:** es la tendencia a evaluarse a uno mismo y al propio trabajo de forma negativa, junto a la evitación de las relaciones

interpersonales y profesionales, con baja productividad e incapacidad para soportar la presión.

- ✓ **Edad:** Tiempo de existencia desde el nacimiento, dado en días, meses, años.

- ✓ **Sexo:** es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales.

- ✓ **Estado Civil:** Es un estado jurídico en que se encuentra una persona frente a la familia y a la sociedad.

- ✓ **Identificación:** Se usa para designar al acto de identificar, reconocer o establecer los datos e información principal sobre una persona.

- ✓ **Colesterol:** El colesterol es un componente fundamental de las membranas celulares. Regula la fluidez de la membrana y es precursor de hormonas esteroideas y de la vitamina D. Se transporta en sangre en forma de lipoproteínas. Los distintos tipos de lipoproteínas y sus niveles en sangre son factores determinantes en la aparición de enfermedades cardiovasculares.

- ✓ **Colesterol HDL:** Es una lipoproteína de alta densidad, conocido como colesterol "bueno" porque los niveles elevados de éste disminuyen el riesgo de sufrir enfermedades coronarias del corazón; son aquellas lipoproteínas que transportan el colesterol desde los tejidos del cuerpo hasta el hígado y están compuestas de una alta proporción de proteínas.

- ✓ **Colesterol LDL:** o lipoproteína de baja densidad, se refiere a menudo como colesterol "malo" porque los niveles elevados de LDL aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria del corazón. Idealmente, los niveles de LDL deben ser inferiores a 130 miligramos por decilitro de sangre (mg/dL).

- ✓ **Hábito Personal:** Es toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático, si bien pueden no ser causa de enfermedad inmediata, sin embargo, por su uso prolongado puede llegar a serlo.

- ✓ **Antecedente Personal:** Recopilación de información acerca de la salud de una persona. Y va desde el nacimiento hasta la presente fecha; pretende extraer toda la información relacionada con las enfermedades del paciente.

- ✓ **Tensión Arterial:** La presión arterial (PA) se define como la fuerza ejercida por la sangre contra la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media.

- ✓ **Índice de Masa Corporal:** es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

- ✓ **Peso:** Se definido como la fuerza con la que el planeta tierra atrae a los cuerpos.

- ✓ **Talla:** Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.

3. OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	CATEGORIA Escala	INDICADOR
----------	---------------------	-----------

Síndrome de Burnout: <ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento Emocional • Despersonalización • Realización personal del trabajo 	Ordinal	Alto Medio Bajo
Sexo	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Discreta	Años cumplidos
Estado civil	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión Libre Viudo
Colesterol	Discreta	Mg/dl

CHDL	Discreta	Mg/dl
CLDL	Discreta	Mg/dl
Antecedentes Personales:		
• Diabetes	Nominal	SI NO
• Hipertensión Arterial	Nominal	SI NO
Habito Personal:		
• Tabaquismo	Nominal	SI NO
• Alcoholismo	Nominal	SI NO
• Sedentarismo	Nominal	SI NO
Tensión arterial:		
• Sistólica	Continua	<120mmHg 120-129mmHg 130-139mmHg 140-159mmHg >159mmHg

<ul style="list-style-type: none"> • Diastólica 	Continua	<80mmHg 80-84mmHg 85-89mmHg 90-99mmHg >99mmHg
Peso	Discreta	kg
Talla	Discreta	cm
Índice de Masa Corporal	Continua	< 18,49 18,5 - 24,99 25 - 29,99 > 30

C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio se realizado es de tipo Descriptivo de corte transversal ya que se midieron las variables establecidas en la investigación y la recolección de

datos se realizó a través de encuestas aplicadas y las historias clínicas de Internos rotativos y residentes de medicina evaluados en el Hospital IESS - Riobamba 2014.

D. POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO

Universo: El universo de este estudio se consideró a todos los Internos Rotativos y Residentes de Medicina que laboran en el Hospital IESS Riobamba.

Muestra: Se trabajó con aproximadamente 57 pacientes entre Internos Rotativos y Residentes de medicina del Hospital IESS Riobamba del período enero-agosto 2014

✓ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se incluyó en el estudio a los Internos rotativos de Medicina del Hospital IESS-Riobamba del periodo septiembre 2013-agosto 2014.
- A todo Residente de medicina que labore en el Hospital IESS-Riobamba a partir del mes de enero del 2014 y que quieran ser partícipes de este análisis, previa firma de consentimiento informado.
- Historias clínicas que cuenten con los datos requeridos para el estudio.

✓ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Internos rotativos y residentes de medicina que no pertenecen al hospital IESS Riobamba.
- Se excluyó a todo personal que no quiera participar en el estudio.
- Historias clínicas con datos incompletos.

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

a. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó previa autorización y consentimiento informado a los Internos y Residentes de Medicina del Hospital IESS-Riobamba. **(Anexo 1)**.

Con el objeto de dar cumplimiento a los objetivos de la presente investigación, teniendo en cuenta la operacionalización de variables planteada, se realizó la recopilación de datos por medio de:

- Una encuesta cerrada donde se aplicó el test de Maslach Burnout Inventory (MBI) **(Anexo 3)**.
- Una ficha para la recolección de los datos necesarios de las historias clínicas del grupo en estudio durante el tiempo en cuestión; excluyendo aquellas historias clínicas con datos incompletos. **(Anexo 2)**
- Una entrevista personal para completar datos sociodemográficos, hábitos y antecedentes personales.

b. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se utilizó el sistema AS400 para revisión de las Historias Clínicas.
- Entrevista personal.
- Tabla con criterios de Framingham para estimar el Riesgo Cardiovascular "Estimating Risk of CHD"

c. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez confeccionada la base de datos, se procedió a organizar, interpretar y tabular las variables cualitativas y cuantitativas con sus

respectivos cruces, que se realizaron y que corresponden a cada uno de los objetivos propuestos.

Se analizaron de manera individual y colectiva, mediante el análisis univariado y bivariado, utilizando diferentes medidas estadísticas para abarcar con claridad los objetivos del presente estudio. Para lo cual se utilizó un programa informático estadístico, Microsoft Excell, y la redacción del análisis e interpretación en el programa Microsoft Word.

V. RESULTADOS

A. ANALISIS UNIVARIADO

1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

TABLA N°1

**DISTRIBUCIÓN SEGUN EDAD DE INTERNOS Y RESIDENTES DE
MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014**

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
24 - 26	17	29,8
27 - 30	25	43,9
> 31 años	15	26,3
Total	57	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

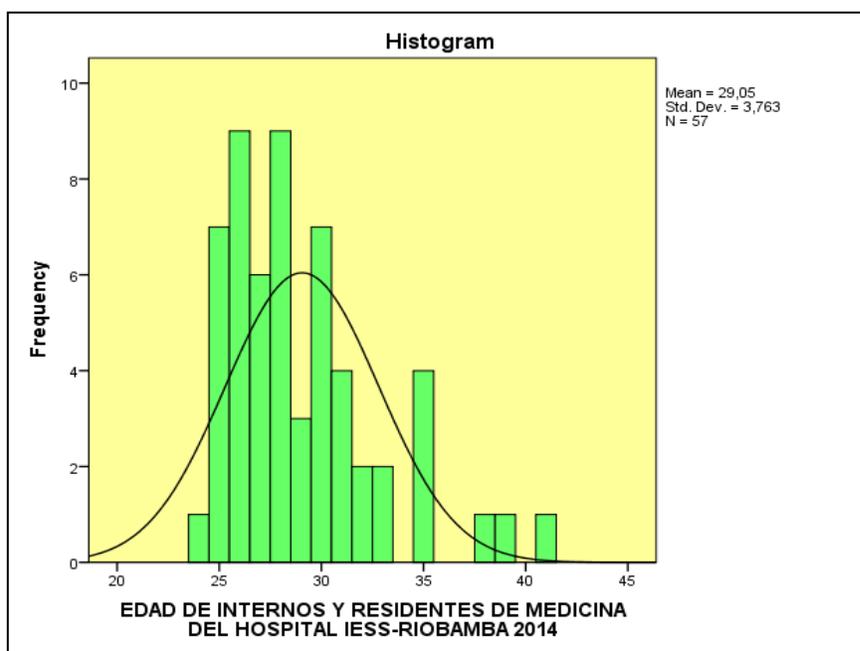
TABLA N° 2

EDAD DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

N		Mediana	Moda	Std. Desviación	Varianza	Percentiles		
Validos	Perdidos					25	50	75
57	0	28,00	26 ^a	3,763	14,158	26,00	28,00	31,00

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

La tabla N°1 - 2 y gráfico N° 1 representa la distribución según edad de Internos y Residentes de medicina; de un total de 57 de la población encuestada se observa que el 29,8%(n=17) pertenece al grupo de edad entre 24 a 26 años, el 43,9% (n=25) corresponde entre 27 a 30 años y el 26,3%(n=15) equivale al grupo de edad mayor a 31 años; teniendo como mediana 28 años de edad. Con una desviación de 3,7 de la media.

b. INTERPRETACIÓN

Existe predominio de edad entre 27 a 30 años, le sigue de 24 a 26 años; con un promedio de edad de 28 años.

2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

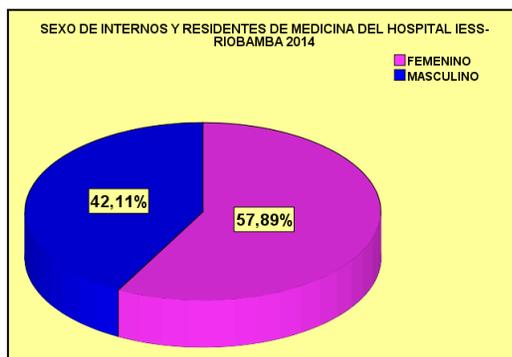
TABLA N°3

SEXO DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	33	57,9
MASCULINO	24	42,1
Total	57	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N°2



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

La tabla N°3 y el gráfico N°2 hace referencia a la distribución de la población estudiada de acuerdo al sexo donde el 42,11 % es femenino y el 57,89% es masculino.

b. INTERPRETACIÓN

Se evidencia que no existe equidad de género en la población de estudio, con predominio del sexo femenino.

3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

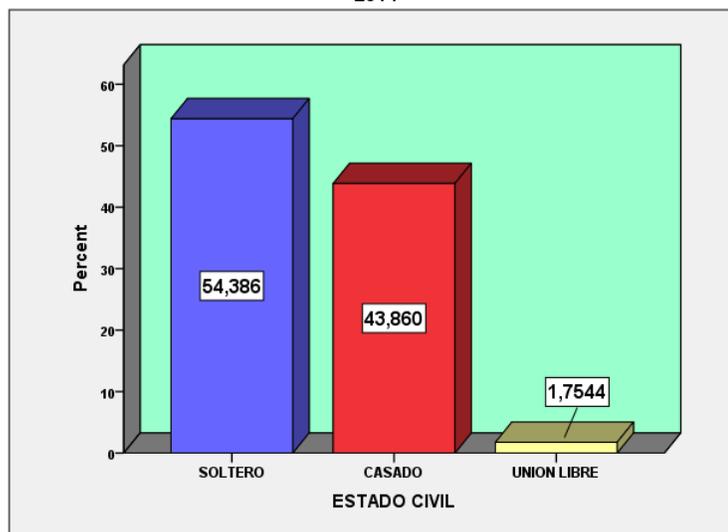
TABLA N°4

ESTADO CIVIL DE INTERNOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	31	54,4
CASADO	25	43,9
UNION LIBRE	1	1,8
DIVORCIADO	0	0
VIUDO	0	0
Total	57	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N°3

ESTADO CIVIL DE INTERNOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

La tabla N°4 y gráfico N° 3 de acuerdo al estado civil de la población de estudio el 54,3%(n=31) están solteros, el 43,8% (n=25) están casados, el 1,7% (n=1) están en unión libre y no hay población con estado civil divorciado y viudo.

b. INTERPRETACIÓN

Existe mayor población con estado civil soltero, seguido de casado.

4. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

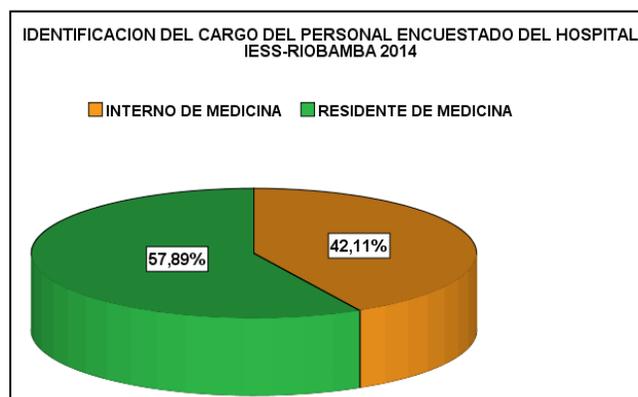
TABLA N°5

IDENTIFICACION DEL PERSONAL ENCUESTADO DEL HOSPITAL IESS-
RIOBAMBA 2014

Identificación	Frecuencia	Porcentaje
INTERNO DE MEDICINA	24	42,1
RESIDENTE DE MEDICINA	33	57,9
Total	57	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N°4



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N°5 y gráfico N°4 se observa que del total de 57 encuestados; el 57,9%(n=33) se identifican como residentes de medicina y el 42,11% (n=24) corresponde a internos rotativos de medicina.

b. INTERPRETACIÓN

La población con mayor prevalencia en este estudio es de residentes de medicina.

5. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO HÁBITOS PERSONALES DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

5.1 Distribución de la población de acuerdo al hábito de Tabaquismo.

TABLA N°6

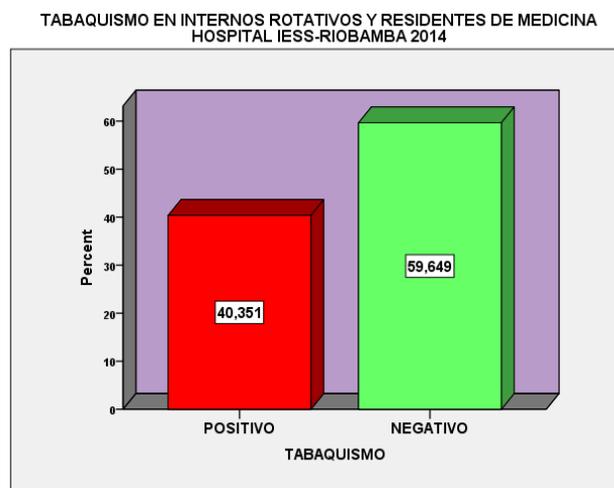
TABAQUISMO EN INTERNOS ROTATIVOS Y RESIDENTES DE MEDICINA HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

TABAQUISMO	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	23	40,4
NEGATIVO	34	59,6
Total	57	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.

ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N°5



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.

ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N°5 y gráfico N°4 se observa que del 100% de la población de estudio el 40,35%(n=23) fuman y el 59,64%(n=34) no fuman.

b. INTERPRETACIÓN

El hábito del tabaquismo no es predominante en este grupo de población.

5.2 Distribución de la población de acuerdo a alcoholismo

TABLA N° 7

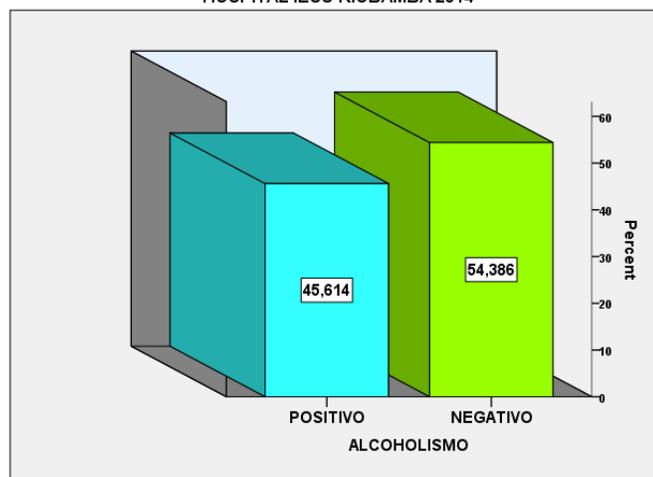
ALCOHOLISMO EN INTERNOS ROTATIVOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

Alcoholismo	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	26	45,6
NEGATIVO	31	54,4
Total	57	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 6

ALCOHOLISMO EN INTERNOS ROTATIVOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N°6 y gráfico N°5 se observa que del total de 57 participantes, el 45,6%(n=26) ingieren alcohol y el 54,3%(n=31) no ingieren alcohol.

b. INTERPRETACIÓN

El hábito del alcoholismo no es predominante en este grupo de población.

5.3 Distribución de la población de acuerdo a sedentarismo

TABLA N° 8

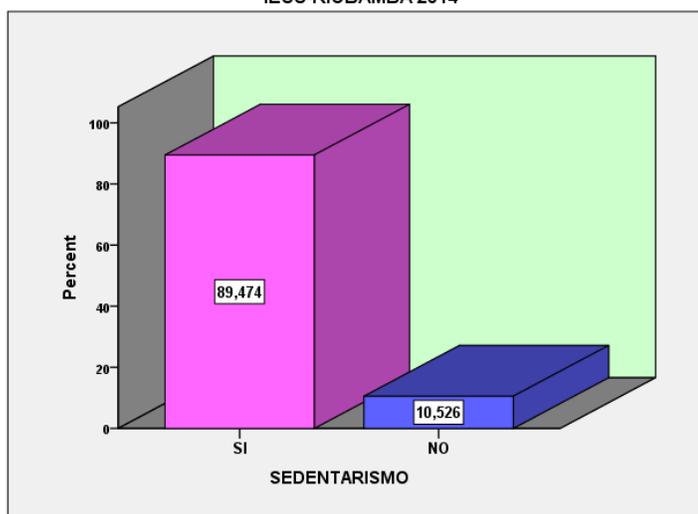
SEDENTARISMO EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

Sedentarismo	Frecuencia	Porcentaje
SI	51	89,5
NO	6	10,5
Total	57	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 7

SEDENTARISMO EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N°7 y gráfico N°6 se observa que del 100% de los encuestados, el 89,5%(n=51) es sedentario y el 10,5%(n=6) no es sedentario.

b. INTERPRETACIÓN

El hábito del sedentarismo es predominante y una mínima población se ejercita.

6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

6.1 Distribución según antecedente personal de Diabetes.

TABLA N° 9

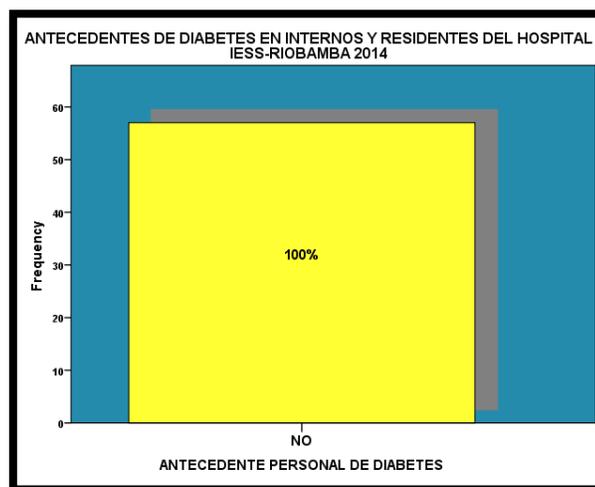
ANTECEDENTES DE DIABETES EN INTERNOS Y RESIDENTES
DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

Antecedente de Diabetes	Frecuencia	Porcentaje
NO	57	100,0
SI	0	0,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.

ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N°8



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.

ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N°9 y gráfico N°8 se observa que el 100% del grupo estudiado no presenta diabetes como antecedente personal

b. INTERPRETACIÓN

No existe Diabetes como antecedente personal en este grupo de estudio.

6.2 Distribución según antecedente personal de Hipertensión arterial

TABLA N°10

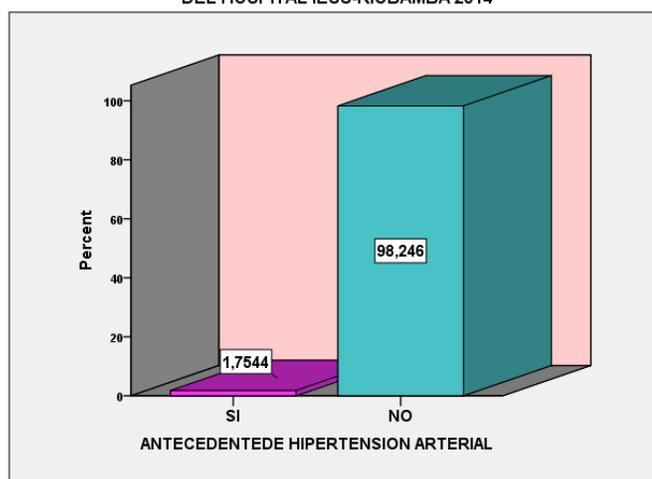
ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN INTERNOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	1,8
NO	56	98,2
Total	57	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 9

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL EN INTERNOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



FUENTE: Encuesta realizada a Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N°10 y gráfico N°9 se observa que del total de 57 personas del grupo estudiado el 1,8%(n=1) tiene como antecedente hipertensión arterial y el 98,2%(n=56)no presenta hipertensión arterial como antecedente personal.

b. INTERPRETACIÓN

Es mínima la existencia de hipertensión arterial como antecedente personal.

7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

TABLA N°11

INDICE DE MASA CORPORAL DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA2014

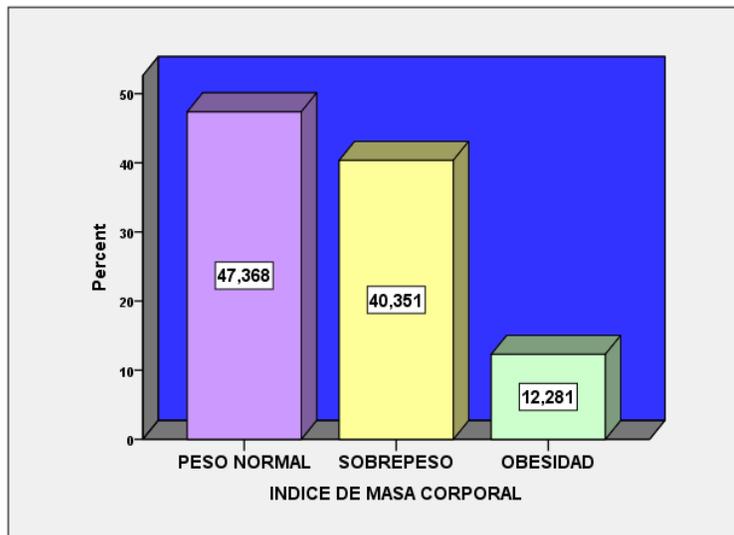
IMC	Frecuencia	Porcentaje
INFRAPESO	0	0,00
PESO NORMAL	27	47,4
SOBREPESO	23	40,4
OBESIDAD	7	12,3
Total	57	100,0

N	Valid	57
	Missing	0
Median		25,1559
Mode		23,34 ^a
Std. Deviation		3,89018
Variance		15,134
Minimum		20,76
Maximum		37,33

FUENTE: Historias Clínicas de Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 10

INDICE DE MASA CORPORAL DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA2014



FUENTE: Historias Clínicas de Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

La tabla N° 11 y gráfico N°10 representa la distribución de la población según el índice de masa corporal donde se evidencia que el 47,4%(n=27) presentan peso dentro de parámetros normales, el 40,4%(n=23) presentan sobrepeso y el 12,3%(n=7) están en la obesidad. No se encontraron datos que ingresen dentro de parámetros de infrapeso. La categoría que más se repite se encuentra en 23,3 teniendo como promedio de IMC de 25,15 con una desviación de 3,8 de la media.

b. INTERPRETACIÓN

La mayoría de la población de estudio mantiene su peso dentro de la normalidad le sigue el sobrepeso con muy poca diferencia; aunque en menor porcentaje llama la atención la presencia de obesidad ya que se considera un factor de riesgo cardiovascular.

8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE COLESTEROL TOTAL DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

TABLA N° 12

NIVEL DE COLESTEROL TOTAL EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

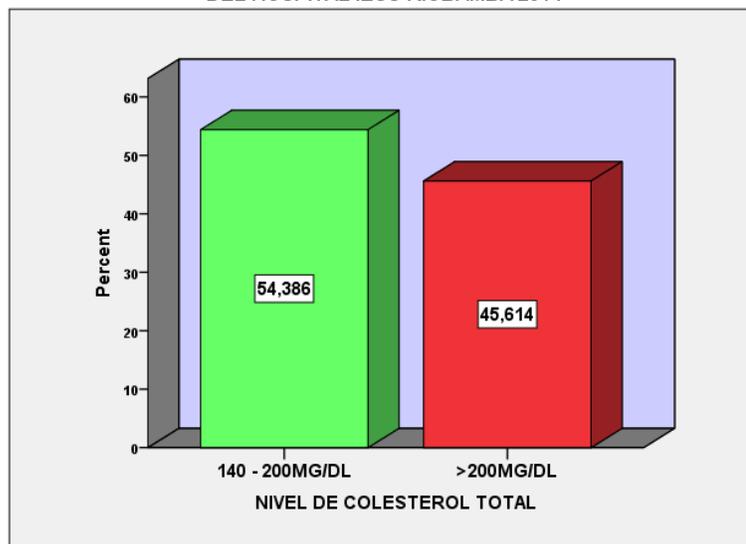
Nivel de colesterol total	Frecuencia	Porcentaje
140 - 200MG/DL	31	54,4
>200MG/DL	26	45,6
Total	57	100,0

N	Valid	57
	Missing	0
Median		199,00
Mode		198 ^a
Std. Deviation		40,389
Variance		1631,303
Minimum		150
Maximum		320

FUENTE: Historias Clínicas de Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 11

NIVEL DE COLESTEROL TOTAL EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



FUENTE: Historias Clínicas de Internos y Residentes de medicina del Hospital IESS-Riobamba 2014.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

La tabla N° 12 y gráfico N°11 representa el nivel de colesterol total que presenta la población de estudio donde del total de 57; el 54,4%(n=31) presentan colesterol entre 140 a 200mg/dl y el 45,6% (n=26) tienen un colesterol mayor a 200mg/dl. La categoría que mas es de 198mg/dl, teniendo como promedio de 199,0mg/dl con una desviación de 40,3 con respecto a la media.

b. INTERPRETACIÓN

El Promedio del colesterol total se encuentra entre 104 - 200mg/dl y el 45,6% de la población estudiada presenta hipercolesterolemia mientras que la mayoría aunque con poca diferencia se mantienen con niveles aceptables de colesterol total.

9. DIAGNÓSTICO DE SUBESCALAS DE SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

9.1 Diagnóstico de Cansancio Emocional como subescala de Síndrome de Burnout.

TABLA N° 13

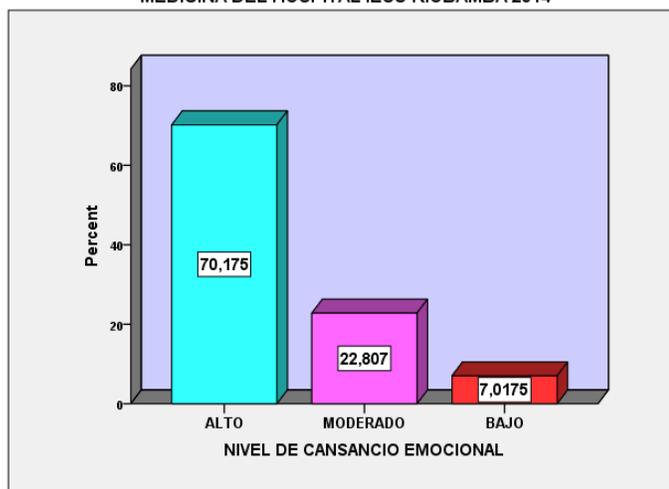
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

Nivel de Cansancio Emocional	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	40	70,2
MODERADO	13	22,8
BAJO	4	7,0
Total	57	100,0

FUENTE: Test de MASLACH BURNOUT INVENTORY, aplicada a Internos y Residentes de Medicina.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 12

NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



FUENTE: Test de MASLACH BURNOUT INVENTORY, aplicado a Internos y Residentes de Medicina.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

La tabla N° 13 y gráfico N°12 evidencia el nivel de cansancio emocional que presentan los internos y residentes de medicina, de los 57 encuestados; el 70.2%(n=40) tiene un alto cansancio emocional, el 22,8%(n=13) un moderado cansancio emocional y el 7,0%(n=4) bajo cansancio emocional.

b. INTERPRETACIÓN

Existe un predominio notorio de cansancio emocional alto entre residentes e internos de medicina considerándose un riesgo de padecer Síndrome de Burnout.

9.2 Diagnóstico de Despersonalización como subescala de Síndrome de Burnout.

TABLA N° 14

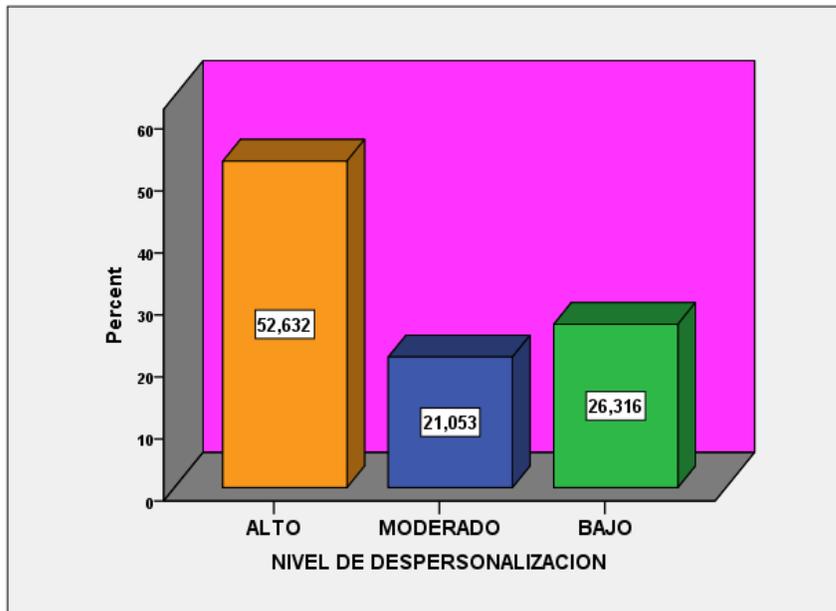
NIVEL DE DESPERSONALIZACION EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

Nivel de Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	30	52,6
MODERADO	12	21,1
BAJO	15	26,3
Total	57	100,0

FUENTE: Test de MASLASCH BURNOUT INVEENTORY, aplicado a Internos y Residentes de Medicina.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 13

NIVEL DE DESPERSONALIZACION EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



FUENTE: Test de MASLASCH BURNOUT INVEENTORY, aplicado a Internos y Residentes de Medicina.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

La tabla N° 14 y gráfico N°13 evidencia el nivel de despersonalización que presentan los internos y residentes de medicina, de los 57 encuestados; el 52,6%(n=30) tiene un alto nivel de despersonalización, el 21,1%(n=12) presenta un moderado nivel de despersonalización y el 26,3%(n=15) tiene bajo nivel de despersonalización.

b. INTERPRETACIÓN

Existe un predominio notorio de alto nivel de despersonalización entre residentes e internos de medicina considerándose un riesgo de padecer Síndrome de Burnout.

9.3 Diagnóstico de Realización Personal como subescala de Síndrome de Burnout

TABLA N° 15

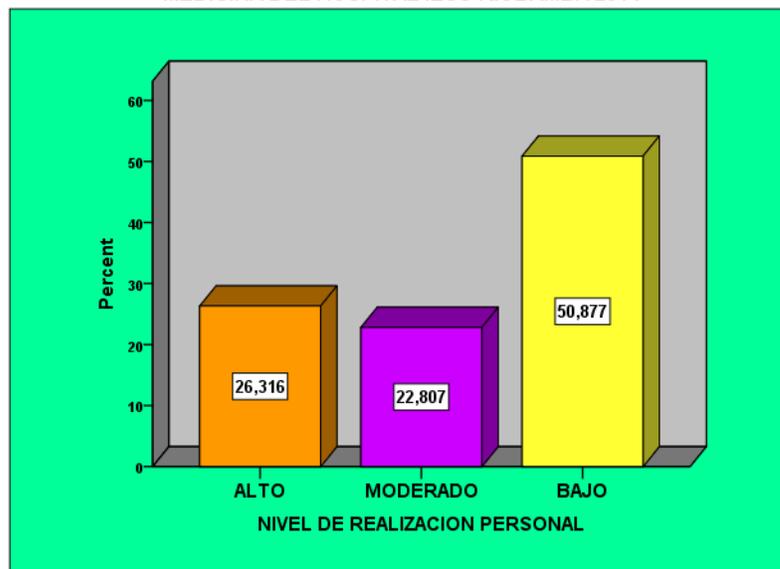
**NIVEL DE REALIZACION PERSONAL EN INTERNOS Y RESIDENTES DE
MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014**

Nivel de Realización personal	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	15	26,3
MODERADO	13	22,8
BAJO	29	50,9
Total	57	100,0

FUENTE: Test de MASLASC BURNOUT INVEENTORY, aplicado a Internos y Residentes de Medicina.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N°14

**NIVEL DE REALIZACION PERSONAL EN INTERNOS Y RESIDENTES DE
MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014**



FUENTE: Test de MASLASC BURNOUT INVEENTORY, aplicado a Internos y Residentes de Medicina.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

La tabla N° 15 y gráfico N°14 evidencia el nivel de realización personal que presentan los internos y residentes de medicina, de los 57 encuestados; el 56,3%(n=15) tiene un alto nivel de realización personal, el 22,8%(n=13) presenta un moderado nivel de realización personal y el 50,9%(n=29) tiene bajo nivel de realización personal

b. INTERPRETACIÓN

Aproximadamente la mitad de la población encuestada presenta bajo nivel de realización personal considerándose un riesgo de padecer Síndrome de Burnout.

B. ANÁLISIS BIVARIADO

1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

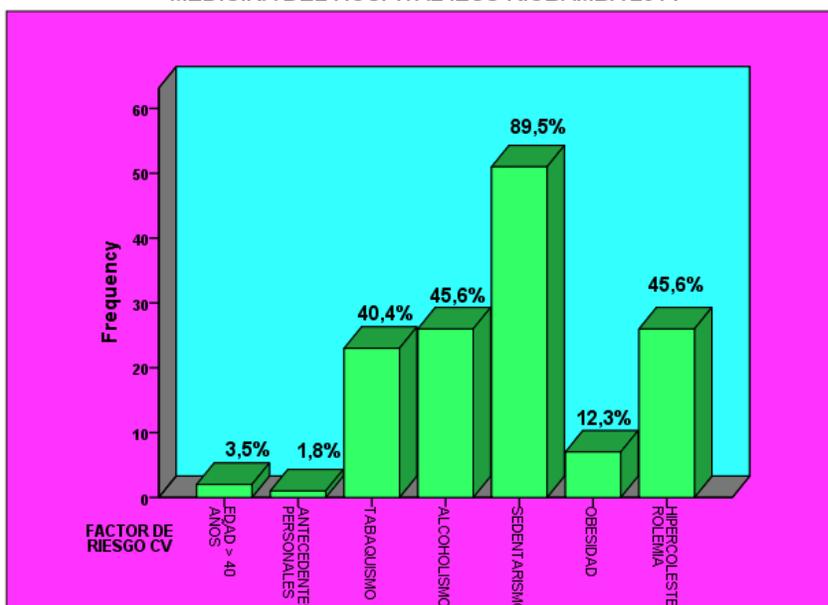
TABLA N°16

FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

Factores de Riesgo Cardiovascular	Frecuencia	Porcentaje
EDAD > 40 AÑOS	2	3,5
ANTECEDENTES PERSONALES	1	1,8
TABAQUISMO	23	40,4
ALCOHOLISMO	26	45,6
SEDENTARISMO	51	89,5
OBESIDAD	7	12,3
HIPERCOLESTEROLEMIA	26	45,6

GRÁFICO N° 15

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



a. ANÁLISIS

La tabla N° 16 y gráfico N°15 evidencia los factores de riesgo cardiovascular presentes en los internos y residentes de medicina estudiados presentan que del total de la población estudiada el 3,5%(n=2) tiene como factor de riesgo la edad; el 1,8%(n=1) tiene como factor de riesgo antecedentes personales; el 40,4%(n=23) de la población estudiada tiene como factor de riesgo el tabaquismo; el 45,6%(n=26) el alcoholismo; el 89,5%(n=51) el sedentarismo; el 12,3%(n=7) la obesidad y el 45,6%(26) la hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular.

b. INTERPRETACIÓN

En esta comparación evidencia que el factor de riesgo cardiovascular que predomina en los internos y residentes de medicina estudiados es el sedentarismo, seguido de la hipercolesterolemia y el alcoholismo lo que puede predisponer a padecer cualquier enfermedad cardiovascular. La edad no es considerado un riesgo cardiovascular en esta población debido a que la mayoría es adulto-joven.

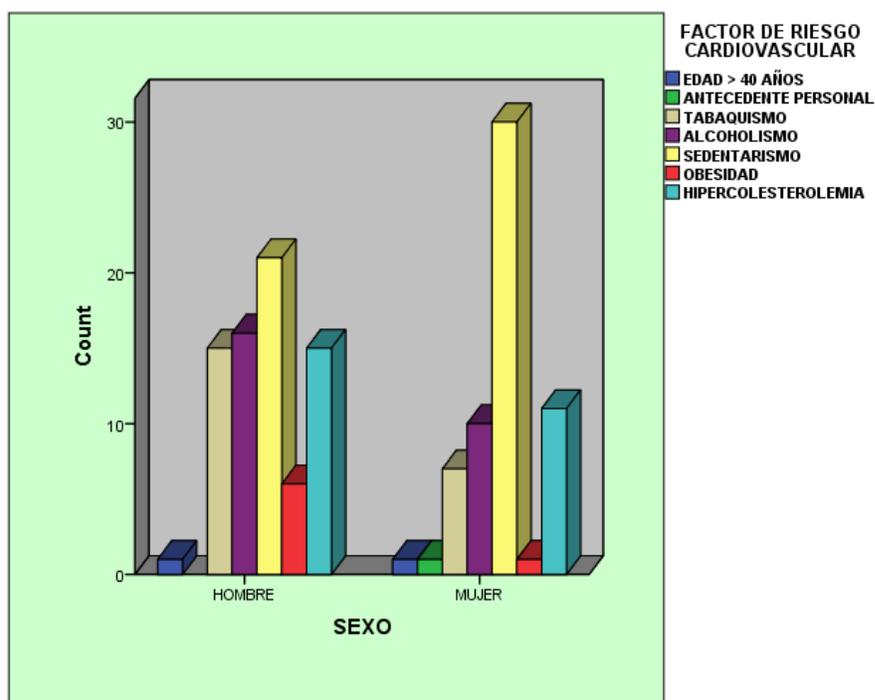
2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

TABLA N° 17

**FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SEXO INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA
DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014**

	FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR													
	EDAD < 40 AÑOS		ANTECEDENTE PERSONAL		TABAQUISMO		ALCOHOLISMO		SEDENTARISMO		OBESIDAD		HIPERCOLESTEROLEMIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO														
HOMBRE	1	1,8	0	0	16	28,1	16	28,1	21	36,8	6	10,5	15	26,3
MUJER	1	1,8	1	1,8	7	12,3	10	17,5	30	52,6	1	1,8	11	19,3
Total	3,5%		1,8%		40,4%		45,6%		89,5%		12,3%		45,6%	

GRÁFICO N° 16



a. ANÁLISIS

La tabla N° 17 y gráfico N°16 evidencia los factores de riesgo cardiovascular distribuyéndolos según el sexo de los internos y residentes de medicina estudiados

dando como resultado que el factor de riesgo edad se distribuye tanto en hombres y mujeres en 1,8%(n=1); el tabaquismo se presenta más en hombres en un 28,1%(n=16) y en mujeres en 12,3%(n=7); el alcoholismo está presente en el 28,1%(n=16) de los hombres y en un 17,5%(n=10) de mujeres; el sedentarismo se presenta en 36,8%(n=21) de los hombres y el 52,6%(30) en mujeres; la obesidad se presenta en el 10,5%(n=6) de hombres y en el 1,8%(n=1) de mujeres; la hipercolesterolemia en hombres es del 26,3%(n=15) y en mujeres del 19,3%(n=11).

b. INTERPRETACIÓN

En esta comparación evidencia que el factor de riesgo cardiovascular que predomina en los internos y residentes de medicina de ambos sexos es el sedentarismo, siendo más predominante en mujeres que en hombres.

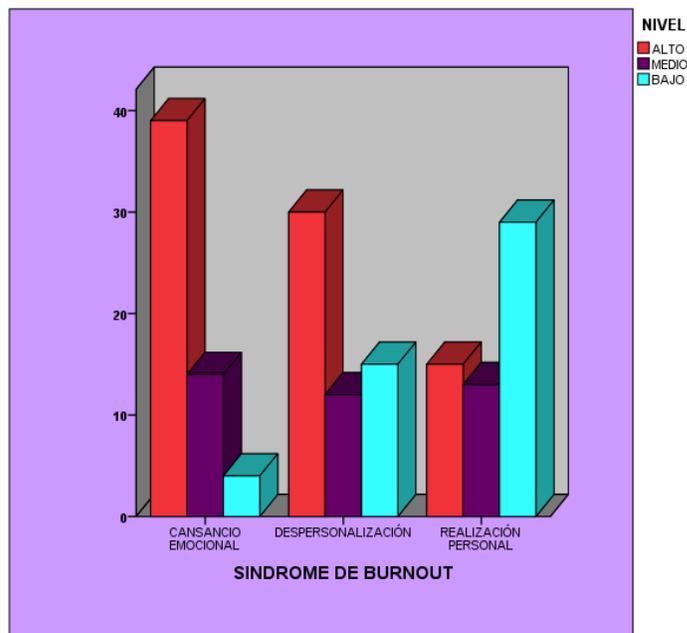
3. RELACIÓN DE NIVELES DE SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

TABLA N° 18

NIVEL DE SINDROME DE BURNOUT

	SINDROME DE BURNOUT					
	CANSANCIO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		REALIZACIÓN PERSONAL	
	N	%	N	%	N	%
ALTO	40	70,2	30	52,6	15	26,3
NIVEL MEDIO	13	22,8	12	21,1	13	22,8
BAJO	4	7	15	26,3	29	50,9
Total	57	100	57	100	57	100

GRÁFICO N° 17



a. ANÁLISIS

La tabla N° 18 y gráfico N°17 compara las subescalas de Síndrome de Burnout para establecer el diagnóstico de Síndrome de Burnout dando como resultado que el cansancio emocional con nivel alto se presenta en 70,2%(n=40) de los estudiados

y el nivel alto de la subescala de despersonalización es del 52,6%(n=30) y en cuanto a la subescala de realización personal se toma el nivel bajo que es del 50,9%(n=29).

b. INTERPRETACIÓN

En esta comparación se evidencia que existe un porcentaje considerable de niveles altos de las subescalas de cansancio emocional y despersonalización que junto con el porcentaje considerable de niveles bajos de realización personal se llega al diagnóstico de síndrome de Burnout.

4. DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

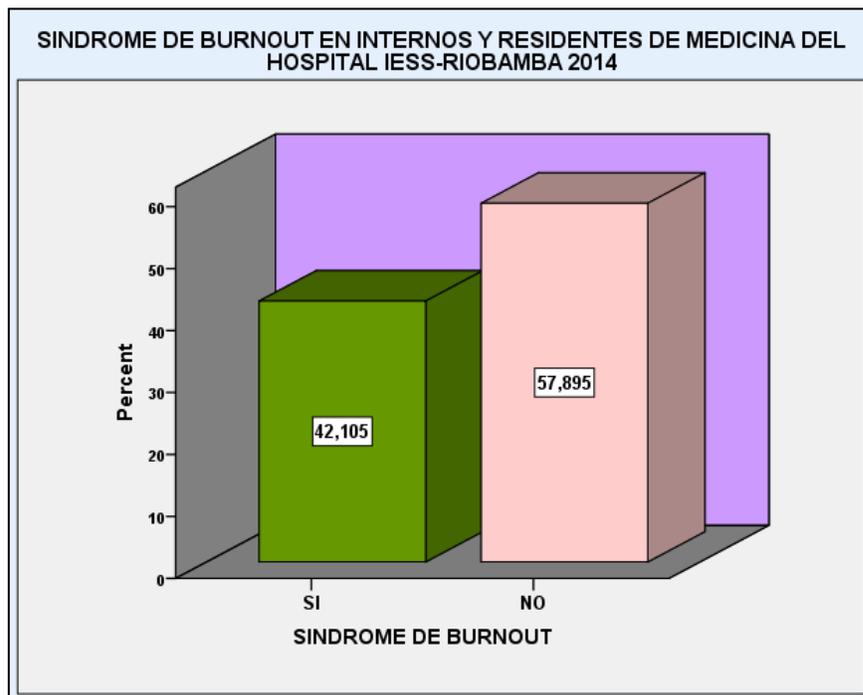
TABLA N° 19

SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014		
Síndrome de Burnout	Frecuencia	Porcentaje
SI	24	42,1

NO	33	57,9
Total	57	100,0

FUENTE: Test de MASLASC BURNOUT INVEENTORY, aplicado a Internos y Residentes de Medicina.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 18



FUENTE: Test de MASLASC BURNOUT INVEENTORY, aplicado a Internos y Residentes de Medicina.
ELABORADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N° 19 y gráfico N°18 se observa que del total de 57; el el 42,1%(n=24) padecen síndrome de burnout y el 57,9%(n=33) no padecen síndrome de burnout. tomando en cuenta quienes tienen alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

b. INTERPRETACIÓN

Se evidencia que es significativo la presencia de síndrome de Burnout en esta población aunque no es en la mayoría de los estudiados.

4.1 Distribución de Síndrome de Burnout según sexo

TABLA N° 20

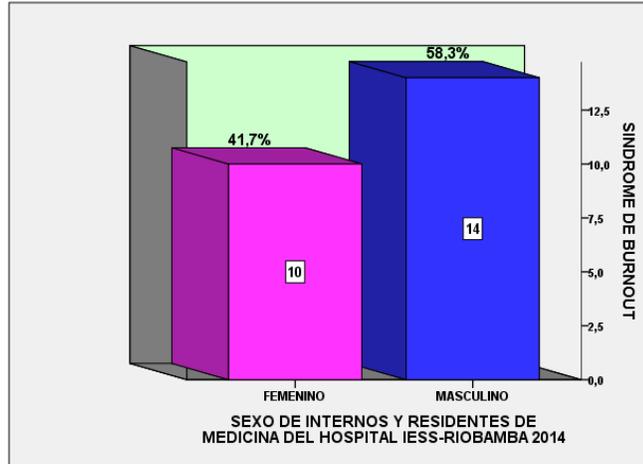
**DISTRIBUCIÓN DE SINDROME DE BURNOUT
SEGÚN EL SEXO DE INTERNOS Y RESIDENTES DE
MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014**

		SINDROME DE BURNOUT	
SEXO	FEMENINO	N	10
		%	41,7%
	MASCULINO	N	14
		%	58,3%

Total	N	24
	%	100,0%

GRÁFICO N°19

DISTRIBUCIÓN DE SINDROME DE BURNOUT SEGUN SEXO DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



a. ANÁLISIS

En la tabla N° 20 y gráfico N°19 se observa que del total de 24 afectados con Síndrome de burnout: el 41,7% son mujeres y el 58,3% son hombres.

b. INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el Síndrome de Bunout afecta más a hombres que a mujeres.

4.2 Distribución de Síndrome de Burnout según identificación de cargo

TABLA N°21

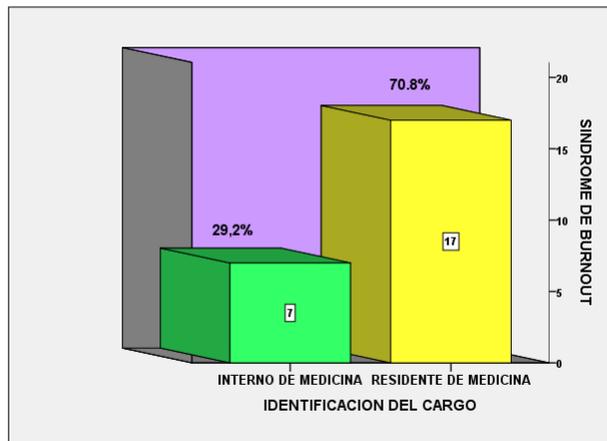
DISTRIBUCIÓN DE SINDROME DE BURNOUT SEGÚN IDENTIFICACIÓN DE CARGO DE INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

		SINDROME DE BURNOUT	
IDENTIFICACION DEL CARGO	INTERNO DE MEDICINA	N	7
		%	29,2%
	RESIDENTE DE MEDICINA	N	17

		%	70,8%
Total		N	24
		%	100,0%

GRÁFICO N° 20

SINDROME DE BURNOUT SEGUN IDENTIFICACIÓN DE CARGO EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IEISS-RIOBAMBA 2014



a. ANÁLISIS

En la tabla N° 21 y gráfico N°20 se observa que del total de 24 afectados con Síndrome de burnout: el 29,2% son internos de medicina y el 70,8% son residentes de medicina.

b. INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el Síndrome de Bunout afecta más a residentes de medicina.

5. VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL IEISS-RIOBAMBA 2014

TABLA N° 22

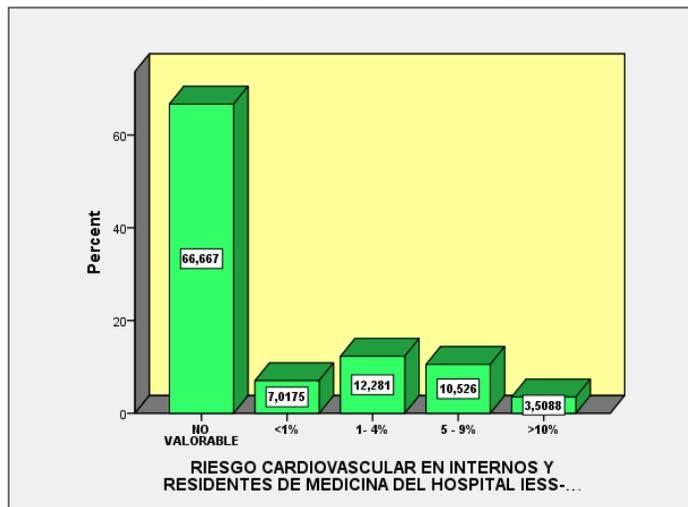
RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IEISS-RIOBAMBA 2014		
Riesgo Cardiovascular	Frecuencia	Porcentaje
NO VALORABLE	38	66,7
<1%	4	7,0

1- 4%	7	12,3
5 - 9%	6	10,5
>10%	2	3,5
Total	57	100,0

FUENTE: Tabla de valoración de riesgo cardiovascular según criterios de Framingham.
REALIZADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO 21

RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014



FUENTE: Tabla de valoración de riesgo cardiovascular según criterios de Framingham.
REALIZADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N° 22 y gráfico N°21 se observa que del total de 57; El 66.6% no se valora el RCV; 7,0% tiene <1% de RCV; 12,3% tiene entre 1 - 4% RCV; 10,5% tiene entre 5 - 9% RCV; y el 3,5% tiene >10% RCV.

b. INTERPRETACIÓN

Se evidencia que la población en estudio es demasiado joven para poder valorar su riesgo cardiovascular y que existe mayor prevalencia en el riesgo entre 1 - 4%.

6. DIAGNÓSTICO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES CON SINDROME DE BURNOUT

TABLA N°23

RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA QUE PADECEN SINDROME DE BURNOUT DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA
2014

RIESGO CARDIOVASCULAR					Total
NO VALORABLE	<1%	1 - 4%	5 - 9%	>10%	

SINDROME DE BURNOUT	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	13	54,1	1	4,7	4	16,6	4	16,6	2	8,3	24	100

FUENTE: Tabla de valoración de riesgo cardiovascular según criterios de Framingham.
REALIZADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N° 23 se observa el riesgo cardiovascular que presentan las personas diagnosticadas con Síndrome de Burnout, de 24 diagnosticados: el 54,1%(n=13) no es valorable el riesgo cardiovascular debido a la edad ya que no ingresan en la clasificación según criterios de Framingham; el 4,7%(n=1) tiene riesgo cardiovascular menor al 1%; el 16,6%(n=4) tienen riesgo cardiovascular entre el 1 - 4%; el 16,6%(n=4) tienen un riesgo cardiovascular entre 5 - 9% y el 8,3%(n=2) tienen mayor del 10% de riesgo cardiovascular.

b. INTERPRETACIÓN

Se evidencia que la mayoría de las personas con Síndrome de Burnout son jóvenes por lo que no tienen riesgo cardiovascular, a pesar de ello se observa q el riesgo cardiovascular existe en el Síndrome de Burnout.

TABLA N°24

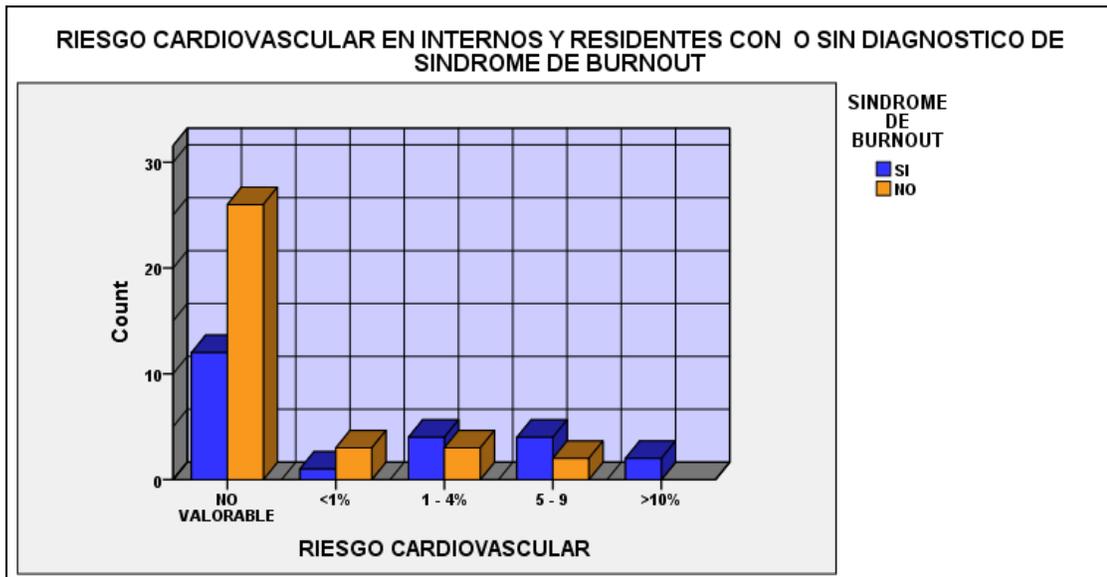
RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA CON O SIN DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE BURNOUT DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014

			RIESGO CARDIOVASCULAR					Total
			NO VALORABLE	<1%	1 - 4%	5 - 9%	>10%	
SINDROME DE BURNOUT	SI	N	13	1	4	4	2	23
		%	31,6%	25,0%	57,1%	66,7%	100,0%	40,4%
	NO	N	25	3	3	2	0	34

		%	68,4%	75,0%	42,9%	33,3%	0,0%	59,6%
Total	N		38	4	7	6	2	57
	%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

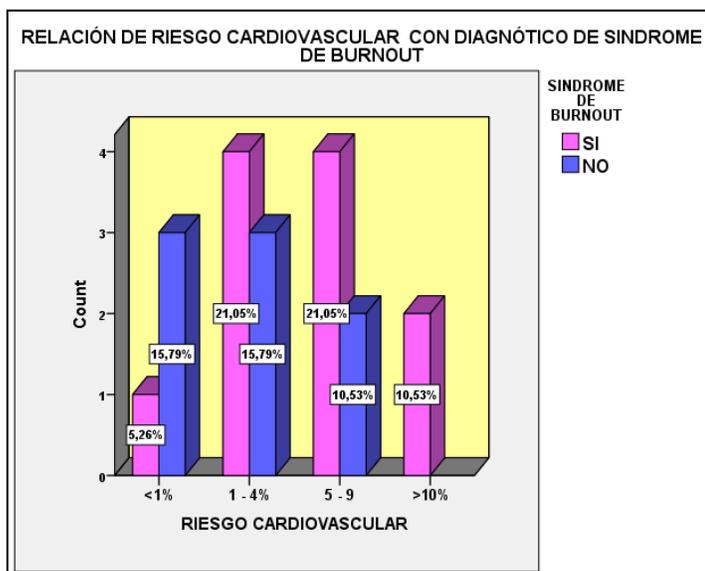
FUENTE: Tabla de valoración de riesgo cardiovascular según criterios de Framingham.
REALIZADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 22



FUENTE: Tabla de valoración de riesgo cardiovascular según criterios de Framingham
REALIZADO POR: Laura A. Rodríguez U.

GRÁFICO N° 23



FUENTE: Tabla de valoración de riesgo cardiovascular según criterios de Framingham
 REALIZADO POR: Laura A. Rodríguez U.

a. ANÁLISIS

En la tabla N° 24 y gráfico N°22 y N°23 se compara la prevalencia del riesgo cardiovascular en Internos y residentes con y sin diagnóstico de Síndrome de Burnout. El 5,26% de las personas que tienen riesgo cardiovascular <1% no tienen Síndrome de Burnout y el 15,79% si lo tienen; el 21,05% de los estudiados que tienen un riesgo cardiovascular entre 1 - 4% tienen SB y el 15,79% no lo tienen; el 21,05% que tienen un riesgo cardiovascular entre 5 - 9% tienen SB y el 10,53% no lo tienen; no existe riesgo cardiovascular >10% en personas que no tienen SB pero si existe en el 10,53%.

b. INTERPRETACIÓN

Se evidencia que las personas con diagnóstico de Síndrome de Burnout son más propensas a tener mayor riesgo cardiovascular que las que no poseen Síndrome de Burnout.

**7. RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO
CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL
HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014**

TABLA N° 25

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Group Statistics					
	SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
	NO	33	1,48	,939	,164

**TABLA DE LA DISTRIBUCIÓN DE T DE STUDENT : SINDROME DE BURNOUT Y RIESGO
CARDIOVASCULAR**

Independent Samples Test										
	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									NO	SI
RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA 2014	Equal variances assumed	12,022	,001	2,140	55	,037	,682	,319	,043	1,320
	Equal variances not assumed			2,001	36,477	,053	,682	,341	-,009	1,373

a. ANÁLISIS

En la tabla N° 25 se evidencia que existe una relación positiva entre Síndrome de Burnout y Riesgo cardiovascular, es decir, que padecer Síndrome de Burnout aumenta la prevalencia de riesgo cardiovascular en un 2,17 y de 1,48 en los que no lo padecen. Con un intervalo de confianza del 95% se afirma que la probabilidad de padecer de riesgo cardiovascular es de 1,3 en los que padecen Síndrome de Burnout y de 0,043 en los que no tienen Síndrome de Burnout.

b. INTERPRETACIÓN

El padecer de Síndrome de Burnout predispone un aumento en el Riesgo cardiovascular, por lo tanto se afirma que el Síndrome de Burnout está en relación positiva con riesgo cardiovascular, es decir a mayor síndrome de burnout, mayor Riesgo cardiovascular.

C. DISCUSIÓN

El estrés laboral actualmente tiene mucha importancia; sin embargo, aún se desconoce qué tipo de consecuencias negativas impone a la salud de los trabajadores en las empresas. La psiconeuroinmunología afirma que existe una influencia directa de los fenómenos psicológicos, en especial del estrés, sobre funciones fisiológicas que perjudican la salud de los individuos entre ellos está el aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares como son hipertensión arterial, coronariopatías y enfermedades cerebrovasculares

Se sospecha que las personas que tienen Síndrome de Burnout tienen tendencia a pertenecer a un patrón de personalidad tipo A, es decir, competitivas, con conductas adictivas, rápidas, impacientes con características prosódicas del lenguaje. En 1957, dos cardiólogos, Rosenman y Friedman, del hospital Monte Sinaí, en San Francisco, California, describieron un estilo de comportamiento que llamaron patrón de conducta tipo A, que constituye un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica. Estas personas tienen 2,1 veces más probabilidades de presentar angina de pecho o infarto de miocardio.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en este estudio fue del 42,1% de la población. En el año 2009, la Revista médica IntraMed publicó un estudio realizado en médicos hispanoamericanos donde evidencia que la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%.(1)

Los resultados obtenidos permiten afirmar que existe una relación positiva baja entre el Síndrome de Burnout y relación cardiovascular, que concuerda con un estudio realizado en el Hospital IESS-Riobamba en 2012 donde se demostró que existe una relación positiva media baja. La Revista Mexicana de Salud en el Trabajo, publicó en el año 2012, un estudio en el que se demostró la relación que existe entre el Síndrome de Burnout y el riesgo cardiovascular, donde la probabilidad estimada de desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años fue del 65% mayor en el grupo con Síndrome de Burnout patológico que en el grupo de nivel bajo. (2) A diferencia de este estudio en el cual se demostró que existe 2,1 más prevalencia de riesgo cardiovascular en los que si tienen síndrome de Burnout , que en los que no lo tienen.

A la luz de los resultados obtenidos, cabe recomendar la implantación de acciones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo y a prevenir los riesgos psicosociales que, en general, puedan darse en el puesto de trabajo, considerando no sólo el área cognitiva y conductual sino también el área emocional. Donde se debe tomar en cuenta el diseño adecuado de los puestos, el entrenamiento en habilidades sociales, y estrategias de afrontamiento adecuadas considerando el género de los trabajadores. De este modo, se contribuirá a prevenir la aparición del Síndrome de Burnout y de problemas vinculados al sistema cardiovascular, y consecuentemente, a mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ El 43,9% de la población tiene una edad comprendida entre 27 - 30 años con un promedio de 28 años, predominando el género femenino con 57,9% y 42,1% masculino; de los cuales el 42,1% son internos de medicina y el 57,9% son Residentes de medicina.
- ✓ Los factores de riesgo que predominan entre los internos y residentes de medicina son los factores de riesgo modificables siendo el predominante el sedentarismo con el 89,5% de prevalencia, seguido del alcoholismo en un 45,6%, la hipercolesterolemia en un 45,6% y el tabaquismo con un 40,4%; siendo preponderante en mujeres. La edad y antecedentes personales en esta población no son consideradas un factor de riesgo.
- ✓ Existe Síndrome de Burnout en internos y residentes de medicina en un 42,1%, donde los más afectados son los residentes de medicina en particular los hombres. Se demuestra que tanto el interno y residente de medicina al estar en contacto directo con pacientes y el compromiso que requiere dicha profesión lleva a un cansancio emocional alto(70,2%) sintiéndose agotado emocionalmente por las demandas de trabajo; a una despersonalización alta (52,6%) llevándolo a tomar actitudes de frialdad, hostilidad y distanciamiento; y a una realización personal baja(50,9%) llegando a evaluarse negativamente en la habilidad profesional con insatisfacción de su rol empeñado.
- ✓ La edad es un determinante importante en la valoración del riesgo cardiovascular y al ser una población adulta-joven el 66,6% no se logró

determinar el riesgo cardiovascular por la edad, pero se evidenció que el 7,0% de la población tiene un riesgo <1% de padecer alguna enfermedad cardiovascular en 10 años y que el riesgo más alto (>10%) lo tiene el 3,5% de la población estudiada.

- ✓ Los Internos y Residentes de medicina con diagnóstico de Síndrome de Burnout tienen 2,1 mas prevalencia de riesgo cardiovascular que el que no tiene diagnóstico de Síndrome de Burnout, donde la mayor prevalencia (16,6%) está entre 1 - 4% y el 5 - 9% de riesgo cardiovascular; por lo que se concluye que el riesgo que tienen de padecer alguna enfermedad cardiovascular en 10 años los diagnosticados con Síndrome de Burnout es mayor que aquellos que no presentan Síndrome de Burnout.

- ✓ La presencia del Síndrome de Burnout en los Internos y Residentes de medicina trae efectos no sólo en su desempeño, atención o satisfacción; sino que puede predisponer a las personas a padecer cualquier enfermedad cardiovascular ya que se demostró que si existe una relación positiva entre Síndrome de Burnout y Riesgo Cardiovascular, siendo un problema de salud que puede convertirse con el tiempo en una enfermedad psicosomática.

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Promover estilos de vida saludables entre internos y residentes de medicina para disminuir su nivel de riesgo cardiovascular

- ✓ Impulsar un ambiente laboral con la mínima presencia de factores estresores que predispongan al trabajador a la presencia de Síndrome de Burnout; a pesar de ser una profesión que requiere mucho esfuerzo tiene sus gratas compensaciones.

- ✓ Realizar un seguimiento de aquellas personas diagnosticadas con síndrome de Burnout con el fin de aplicar un programa terapéutico para evitar la somatización de esta enfermedad.

- ✓ Promover la atención primaria de salud para lograr un diagnóstico precoz de las subescalas del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud y así evitar su presentación.

- ✓ Incluir a residentes e internos de medicina al programa psicoprofilactico instaurado en el hospital iess-riobamba para evitar la prevalencia de este síndrome.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Álvarez Gallego, E., Fernández Ríos, L.** El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009 [en línea]
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=52702>
2. **Horacio Tovalín, A., Monte, P., Marroquín Segura M., Unda Rojas, S. y otros.** Cardiovascular Risk and the Burnout Syndrome in Mexican workers. Revista Mexicana de Salud en el Trabajo. 2012 [en línea]
http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2012_REMESAT.pdf
3. **Manzilla Izquierdo, F.** Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo: España. PSICOM. 2012.
4. **Vega Fidalgo, M.** NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout: definición y proceso de generación. Ministerio de trabajo y asuntos sociales España. 2009 [en línea]
http://www.cso.go.cr/normativa/notas%20tecnicas%20preventivas%20-%20i.n.s.h.t/ntp_704.pdf
5. **Phyllis, G. y Riitta Liimatainen, M.** Mental Health in the workplace: Introduction. International Labour Office Geneva. 2009. [en línea]
http://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS_108221/lang--en/index.htm
6. **Carrillo Esper, R., Gómez Hernández, K., Espinoza de los Monteros, I.** Síndrome de Burnout en la Práctica Médica. *Medicina Interna de México*. 2012 [en línea]
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>

7. **Campo Paneso, L., Ortegón Ortegón, J.** Síndrome de Burnout: Una Revisión Teórica. Universidad de la Sabana. 2012. [en línea]
<http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/handle/10818/3159>
8. **García García, J., Herrero Remuzgo, S.** Revisión teórica del Síndrome de Burnout y su investigación en el contexto penitenciario. México. Apuntes de Psicología. 2010. (8)
9. **Jiménez, B.** El Síndrome de Burnout en una muestra de Psicólogos Mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*. 2014 [en línea]
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/778/1392>
10. **De la Gandara, J.** Estrés y trabajo. El síndrome del Burnout. Cauces de Opinión. PEIRO, J. M., Desencadenantes del estrés laboral. Eudema. Seward, J., Estrés profesional. Manual Moderno. Slipak, O., "Estrés laboral". Argentina. Alcmeon 2009 [en línea]
<http://www.psicocardiologia.com.ar/art-profesionales//estres-laboral-y-riesgo-cardiovascular-10.html?p=1>
11. **Méndez Cerezo, Á.** Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. México. 2011
12. **Segura, O.** Agotamiento profesional: Concepciones e implicaciones en la salud pública. Colombia: Biomédica. 2014. [en línea]
<http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2315>
13. **Álvarez Gallego, E., Fernández Ríos, L.** El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de*

Neuropsiquiatría. España. 2011. [en línea]
<http://programapilotodespertar.wordpress.com/2014/09/04/el-sindrome-de-burnout-o-el-desgaste-profesional-revision-de-estudios/>

14. **Bianchini Matamoros, M.** El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud *Medicina Legal de Costa Rica* 1997.[en línea]
<http://www.scielo.sa.cr>
15. **Grau, A.** Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. España: Revista Española de Salud Pública. 2007
16. **Gil-Monte, P.** *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. México. Pirámide. 2005.
17. **Robledo Henao, F.** Salud Ocupacional. Conceptos Básicos. 2ª ed. Bogotá: Ecoe. 2010.
18. **Ruesga Zamora, E., Saturno Chiu, G.** Cardiología 2ª. ed. México: El Manual Moderno. 2011.
19. **Bosqued, M.** Quemados. El Síndrome del Burnout. Qué es y cómo superarlo. España: Paidós Ibérica. 2008
20. **Sahili Gonzalez, L., Kornhauser López, S., y cols.** Burnout en el colectivo Docente. Universidad de Estudios Profesionales en Ciencias y Artes. México. 2010.
21. **SECPAL.** Guía de Prevención de Burnout para Profesionales de Cuidados Paliativos. Madrid: Aran. 2008

22. **Bährer Kohler, S.** Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working. New York: Springer. 2013.
23. **Cabrera Forneiro, J., Fuertes Rocañín, J.** La Salud Mental en los Tribunales. 2ª ed. España: Aran. 2007.
24. **Solanas, A.** Métodos en Psicología: Casos Prácticos para un Aprendizaje Integrado. Barcelona: Universitat de Barcelona. 2002.
25. **Sabán Ruiz, J.** Introducción al Riesgo Cardiovascular, Estudio de Framingham. Vol 1. Madrid: Díaz de Santos. 2012.
26. **Escobar Fritzsche, M., Obreque Huenchúan, A.** Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular. Chile. 2009 [en línea]
<http://buenaspracticapsaps.cl/wpcontent/uploads/2014/07/MINSAL-2009-enfoque-riesgo-CV.pdf>
27. **Giraldo-Trujillo, J., Martínez, W., Granada Echeverry, P.** Aplicación de la Escala de Framingham en la Detección de Riesgo Cardiovascular en empleados Universitarios. Universidad Tecnológica de Pereira. Colombia. 2011. [en línea]
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a08.pdf>
28. **Alcocer, A., Lozada O., Fanghänel, G., Sánchez Reyes, F., Campos Franco, E.** Estratificación del riesgo cardiovascular global. Comparación de los métodos Framingham y SCORE en población mexicana del estudio PRIT. Vol. 79. México. 2011. [en línea]
<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc112j.pdf>

29. **De Framingham**, Tablas para el Cálculo del Riesgo Coronario a 10 años. Adaptación de las Tablas de Framingham a la Población Española: Catella. 2012 [en línea]
http://www.regicor.org/media/upload/pdf/taules_2012_castella_editora_44_1_1.pdf
30. **Álvarez Cosmea, A.** Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. Austria: Medifam . 2001
31. **Secretaría de Acción Sindical.** Manual de Riesgos Psicosociales en el Ambiente Laboral. España Aragón. 2006
32. **Suarez Fernández, C.** Protocolos Riesgo Cardiovascular. 2ª ed. España: Sociedad Española de Medicina Interna. Elsevier. 2009. [En línea]
33. **Hooper, L.** "de revistas." *Biomedicina*. Biblioteca Cochrane Plus. Chile 2011 [en línea]
34. **Minsal, J.** Implementación del Enfoque de Riesgo en el programa de Salud Cardiovascular. Chile. 2009 [en línea]

IX. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

**“RIESGO CARDIOVASCULAR EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA
CON SINDROME DE BURNOUT DEL HOSPITAL IESS-RIOBAMBA ENERO -
AGOSTO 2014”**

Investigadora: Laura Alexandra Rodríguez U.

Lugar de estudio: Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba.

A Ud. se le ha invitado a participar de este estudio de investigación que será utilizado como tesis de grado previo a la obtención del título de medicina.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los apartados mencionados en la hoja previa.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee.

No tendrá gasto alguno.

No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

YO, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos globales obtenidos en estudio pueden ser publicados con fines científicos. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante.

ANEXO 2.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

N° Historia Clínica:

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

EDAD (años)		AÑOS
SEXO	FEMENINO	
	MASCULINO	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	
	CASADO	
	DIVORCIADO	
	UNION LIBRE	
	VIUDO	
HABITOS: • TABAQUISMO • ALCOHOLISMO • SEDENTARISMO	SI	
	NO	
APP: • DIABETES • HIPERTENSION ARTERIAL	SI	
	NO	
IDENTIFICACION	INTERNO ROTATIVO	
	RESIDENTE	
PESO		KG
TALLA		CM
TENSIÓN ARTERIAL		MMHG
COLESTEROL		MG/DL
CHDL		
CLDL		MG/DL
IMC		

ANEXO 3: ESCALA DE MASLASCH BURNOUT INVENTORY (MBI)

FRECUENCIA

0 Nunca	1. Casi nunca/pocas veces al año	2. Algunas veces/una vez al mes	3. Regularmente/p ocas veces al mes	4. Bastantes veces/ una vez por semana	5. Casi siempre/ pocas veces por semana	6. Siempre/todos los días		
MARCAR CON UNA CRUZ SEGUN CORRESPONDA								
PREGUNTA		PUNTUACION						
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4	Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a algunas personas como si fueren objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato muy eficazmente los problemas de las personas	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento "quemado" agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy mi servicio	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con las personas a las que doy servicio	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22	Creo que las personas que trato me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 4.

TABLA DE VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN CRITERIOS DE FRAMINGHAM PARA HOMBRES

Estimating Risk of CHD in Men
Wilson, PWF, *Circulation* 1998;97:1837-1847

Step 1			Step 2		
Age			LDL-C		
Years	LDL Pts	Chol Pts	(mg/dl)	(mmol/L)	LDL Pts
30-34	-1	[-1]	<100	<2.59	-3
35-39	0	[0]	100-129	2.60-3.36	0
40-44	1	[1]	130-159	3.37-4.14	0
45-49	2	[2]	160-190	4.15-4.92	1
50-54	3	[3]	≥190	≥4.92	2
55-59	4	[4]			
60-64	5	[5]			
65-69	6	[6]			
70-74	7	[7]			

Step 3			
HDL-C			
(mg/dl)	(mmol/L)	LDL Pts	Chol Pts
<35	<0.90	2	[2]
35-44	0.91-1.16	1	[1]
45-49	1.17-1.29	0	[0]

Step 4					
Blood Pressure					
Systolic (mm Hg)	Diastolic (mm Hg)				
	<80	80-84	85-89	90-99	≥100
<120	0 [0]pts				
120-129		0 [0]pts			
130-139			1 [1]pts		
140-159				2 [2]pts	
≥160					3 [3]pts

Step 5			Step 6			Step 7 (sum from Steps 1-6)	
Diabetes			Smoker			Adding up the points	
	LDL Pts	Chol Pts		LDL Pts	Chol Pts		
No	0	[0]	No	0	[0]	Age	___
Yes	2	[2]	Yes	2	[2]	LDL-C or Chol	___
						HDL-C	___
						Blood Pressure	___
						Diabetes	___
						Smoker	___
						Point total	___

*Note: When systolic and diastolic pressures provide different estimates for point scores, use the higher number

Step 8 (**determine** CHD risk from point total)

CHD Risk			
LDL Pts Total	10 Yr CHD Risk	Chol Pts Total	10 Yr CHD Risk
<-3	1%		
-2	2%		
-1	2%	[<-1]	[2%]
0	3%	[0]	[3%]
1	4%	[1]	[3%]
2	4%	[2]	[4%]
3	6%	[3]	[5%]
4	7%	[4]	[7%]
5	9%	[5]	[8%]
6	11%	[6]	[10%]
7	14%	[7]	[13%]
8	18%	[8]	[16%]
9	22%	[9]	[20%]
10	27%	[10]	[25%]
11	33%	[11]	[31%]
12	40%	[12]	[37%]
13	47%	[13]	[45%]
≥14	≥56%	[≥14]	[≥53%]

Step 9 (compare to average person your age)

Comparative Risk			
Age (years)	Average 10 Yr CHD Risk	Average 10 Yr Hard* CHD Risk	Low** 10 Yr CHD Risk
30-34	3%	1%	2%
35-39	5%	4%	3%
40-44	7%	4%	4%
45-49	11%	8%	4%
50-54	14%	10%	6%
55-59	16%	13%	7%
60-64	21%	20%	9%
65-69	25%	22%	11%
70-74	30%	25%	14%

Key	
Color	Relative Risk
green	Very low
green-yellow	Low
yellow	Moderate
yellow-red	High
red	Very high

* **Hard** CHD events exclude angina pectoris

Low risk was calculated for a person the same age, optimal blood pressure, LDL-C 100-129mg/dl or cholesterol 160-199 mg/dl, HDL-C 45 mg/dl for men or 55 mg/dl for **women, non-smoker, no diabetes.

Risk estimates were derived from the experience of the Framingham **Heart** Study, a predominantly Caucasian population in Massachusetts, USA.

ANEXO 5

TABLA DE VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN CRITERIOS DE FRAMINGHAM PARA MUJERES

Estimating Risk of CHD in Women
Wilson, PWF, Circulation 1998;97:1837-1847

Step 1			
Age			
Years	LDL Pts	Chol Pts	
30-34	-9	[-9]	
35-39	-4	[-4]	
40-44	0	[0]	
45-49	3	[3]	
50-54	6	[6]	
55-59	7	[7]	
60-64	8	[8]	
65-69	8	[8]	
70-74	8	[8]	

Step 2		
LDL-C		
(mg/dl)	(mmol/L)	LDL Pts
<100	<2.59	-2
100-129	2.60-3.36	0
130-159	3.37-4.14	0
160-190	4.15-4.92	2
≥190	≥4.92	2

Step 3			
HDL-C			
(mg/dl)	(mmol/L)	LDL Pts	Chol Pts
<35	<0.90	5	[5]
35-44	0.91-1.16	2	[2]
45-49	1.17-1.29	1	[1]
50-59	1.30-1.55	0	[0]
≥60	≥1.56	-2	[-3]

Step 4					
Blood Pressure					
Systolic (mm Hg)	Diastolic (mm Hg)				
	<80	80-84	85-89	90-99	≥100
<120	-3 [-3]pts				
120-129		0 [0]pts			
130-139			0 [0]pts		
140-159				2 [2]pts	
≥160					3 [3]pts

*Note: When systolic and diastolic pressures provide different estimates for point scores, use the higher number

Step 5		
Diabetes		
	LDL Pts	Chol Pts
No	0	[0]
Yes	4	[4]

Step 6		
Smoker		
	LDL Pts	Chol Pts
No	0	[0]
Yes	2	[2]

Step 7 (sum from Steps 1-6)	
Adding up the points	
Age	___
LDL-C or Chol	___
HDL-C	___
Blood Pressure	___
Diabetes	___
Smoker	___
Point total	___

Step 8 (determine CHD risk from point total)

CHD Risk			
LDL Pts Total	10 Yr CHD Risk	Chol Pts Total	10 Yr CHD Risk
≤-2	1%	[≤-2]	[1%]
-1	2%	[-1]	[2%]
0	2%	[0]	[2%]
1	2%	[1]	[2%]
2	3%	[2]	[3%]
3	3%	[3]	[3%]
4	4%	[4]	[4%]
5	5%	[5]	[4%]
6	6%	[6]	[5%]
7	7%	[7]	[6%]
8	8%	[8]	[7%]
9	9%	[9]	[8%]
10	11%	[10]	[10%]
11	13%	[11]	[11%]
12	15%	[12]	[13%]
13	17%	[13]	[15%]
13	17%	[13]	[15%]
14	20%	[14]	[18%]
15	24%	[15]	[20%]
16	27%	[16]	[24%]
17	32%	[17]	[27%]

Step 9 (compare to average person your age)

Comparative Risk			
Age (years)	Average 10 Yr CHD Risk	Average 10 Yr Hard* CHD Risk	Low** 10 Yr CHD Risk
30-34	<1%	<1%	<1%
35-39	<1%	<1%	1%
40-44	2%	1%	2%
45-49	5%	2%	3%
50-54	8%	3%	5%
55-59	12%	7%	7%
60-64	12%	8%	8%
65-69	13%	8%	8%
70-74	14%	11%	8%

Key	
Color	Relative Risk
green	Very low
green-yellow	Low
yellow	Moderate
yellow-red	High
red	Very high

*Hard CHD events exclude angina pectoris

**Low risk was calculated for a person the same age, optimal blood pressure, LDL-C 100-129mg/dl or cholesterol 160-199 mg/dl, HDL-C 45 mg/dl for men or 55 mg/dl for women, non-smoker, no diabetes.

Risk estimates were derived from the experience of the Framingham Heart Study, a predominantly Caucasian population in Massachusetts, USA.