



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
ESPECIALIZACION EN SALUD EN EL TRABAJO**

**TESIS**

*FACTORES LABORALES Y FAMILIARES ASOCIADOS A SINDROME DE  
QUEMARSE POR EL TRABAJO Y SU REPERCUSION EN LA PREVALENCIA DE  
ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS EN PERSONAL MEDICO DE UNA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ESTADO DE MEXICO*

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN SALUD EN EL TRABAJO

PRESENTA:

**ALINE CRISTOBAL MOLINA**

TUTOR DE TESIS:

DR. EN S. P. HORACIO TOVALÍN AHUMADA  
M. EN C. MARLENE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

JURADO

DR. EN S. P. HORACIO TOVALÍN AHUMADA  
M. EN C. MARLENE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ  
ESP. EN S EN EL T. ALMA MARÍA BARRAGÁN LEGARIA  
LIC. MARÍA TERESA ROMERO ESPINOSA  
ING. JUAN ALFREDO SÁNCHEZ VÁZQUEZ

México, D.F. Marzo del 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco por sobre todas las cosas a mi familia, por su paciencia, apoyo incondicional y comprensión en el entender de mi vocación. Daniel, Daniela, Edwin, Monserrat , Raquel y Virginia.

Agradezco a mis Profesores Horacio Tovalín Ahumada y Marlene Rodríguez Martínez, por su tolerancia, comprensión y motivación para concluir una etapa de mi vida académica profesional.

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I.- RESUMEN.....	3
II.-INTRODUCCION.....	5
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
IV.-MARCO TEÓRICO.....	7
V.-OBJETIVO E HIPÓTESIS.....	16
VI.-METODOLOGÍA.....	17
VII.-RESULTADOS.....	20
VIII.-DISCUSION Y RESULTADOS.....	31
IX.-RECOMENDACIONES.....	31
X.- BIBLIOGRAFIA.....	32
XI.-ANEXOS.....	33

## I RESUMEN

**Objetivo.** Es identificar los factores laborales y familiares asociados a Síndrome de Quemarse por el trabajo y su repercusión en la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas en personal médico de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México.

**Material y métodos.** Estudio transversal, que se llevo a cabo en una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México, donde participaron 27 médicos y 24 asistentes medicas de conformidad, a los cuales se le aplico el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) ( que evalúa ilusión, desencanto, desgaste y culpa por el trabajo) y el Cuestionario de Tensión Laboral de donde se encontró la prevalencia de Enfermedades Crónico Degenerativa Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, Diabetes Mellitus, Depresión, Alergias, Gastritis.

**Resultados.** El total de la población de muestra es de 51 trabajadores de la salud, de los cuales el 68.6% es del sexo femenino, el 31.4% masculino, el 54.9% son casados y el 19.6% son unión libre, el 29.4% de nivel posgrado, el 52.9% son médicos y el 47.1% son asistentes medicas, el 51% son del turno vespertino, el 49% matutino, el 80.4% no tiene otro trabajo, el 94% contratación tipo base, el 80.4% son estresantes y el 19.6% no estresantes.

En el análisis de Ilusión se encontró que los trabajadores de contratación tipo interinato (66.7%) tiene mayor porcentaje de la Dimensión Ilusión Baja con una relación significativa de (.004) y en grupo de hasta 7 años de antigüedad 31.3% tienen mayor porcentaje Ilusión Baja con una relación significativa de (.011).

En el análisis de la dimensión por Desgaste se encontró que los trabajadores de tipo de contratación interinato 33.3% tienen desgaste patológico con una diferencia significativa de (.055), así como los trabajadores de escolaridad preparatoria 14.3% con una diferencia significativa de (.054).

En el análisis con la dimensión por desencanto se encontró que el grupo de edad de 21 a 38 años 25% presento desencanto patológico con una diferencia significativa de (0.35).

En el análisis de culpa se encontró a los trabajadores del sexo femenino 28% mayor porcentaje de Culpa Patológica con una diferencia significativa de (.081) así como los de escolaridad preparatoria 57.1% Culpa Patológica con una diferencia significativa de (0.89).

Se encontró una prevalencia de Hipertensión Arterial del (17.6%), Hipercolesterolemia (13.7%), Hipertrigliceridemia (27.5%), Diabetes Mellitus (5.9%) Depresión (9.8%), Alergias (15.7%) y Gastritis (15.7%).

También se encontró que la tensión arterial alta (33.3%) tiene mayor porcentaje de Ilusión Media por el trabajo con una relación significativa de (.070)

Se encontró que tiene Desgaste Alto los que presentan Depresión (60.0%) con una diferencia significativa de (.009) También se encontró que tiene Desgaste Alto y Medio los que padecen Gastritis (50.0%) con una diferencia significativa de (0.84).

En cuanto a Desencanto por el trabajo se encontró que la Frecuencia Cardíaca alta (60.0%) tiene diferencia significativa de (.008).

Por último se encontró Culpa Patológica los trabajadores de riesgo cintura cadera (66.7%) con una relación significativa de (0.23) y Culpa Media en Frecuencia Cardíaca (60%) con diferencia significativa (.061).

Se encontró una asociación significativa estadísticamente en SQT severo y la prevalencia de Depresión (40.0%) con una diferencia significativa de (.041). En la prevalencia de cintura cadera (33.3%) con una diferencia significativa de (.034) frecuencia cardíaca alta (30%) con una diferencia significativa de (.049)

**Conclusiones.** Se encontró una asociación estadísticamente significativa en SQT severo en relación con Enfermedades Crónico Degenerativas como la Depresión, Obesidad e Hipertensión Arterial.

Palabras clave: Síndrome de Quemarse por el trabajo; SQT; Burnout, Enfermedades Crónico Degenerativas; ECD; Índice de Masa Corporal; IMC;

## II INTRODUCCION

El estrés de origen (psicosocial) laboral y familiar traen como consecuencia el Síndrome de Burnout o SQT (Síndrome de Quemarse por el Trabajo) a las personas en su entorno laboral que a su vez repercute en su salud (integridad física y mental), así como viéndose afectada las organizaciones y las familias de nuestra sociedad. En los últimos años se han mencionado distintos estudios nacionales e internacionales de este síndrome sin embargo no existen datos precisos de prevalencia, respecto a la población en general y no se ha difundido de manera importante en nuestra legislación o en los medios de comunicación social, por ello, es de mi interés el identificar, evaluar, tratar, eliminar o controlar y prevenir el proceso de estrés así como los factores laborales y familiares relacionados en él y la repercusión de efectos nocivos para la salud, trayendo consecuencias a las que se pudiera enfrentar un trabajador con Burnout van desde una reducción de la calidad y calidez del trabajo, violencia laboral, problemas familiares, entre ellos divorcios, familias desintegradas, problemas psicosomáticos llegando hasta un posible suicidio el ausentismo no programado y el presentismo en el trabajo, la disminución de los accidentes laborales, enfermedades laborales, tal importancia para mejorar la salud de cuerpo y mente, la calidad y calidez en el área laboral, la superación personal, la integración familiar del personal mejoras del ámbito sociedad y la mejora de las organizaciones en estudio.

El estrés en el trabajo se ha considerado como un desequilibrio entre las demandas del ambiente laboral y la capacidad del individuo para responder. El estrés psicológico significa que se pone énfasis en como la persona percibe, interpreta o da significado el evento para activar su fisiología y expresar una conducta (Lazarus y Folkman, 1984).

### III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad nuestro mundo laboral ha presentado diversos cambios económicos, políticos, sociales, naturales transformando importantemente en las últimas décadas en nuestra sociedad. Trayendo así, los nuevos cambios en los puestos de trabajo de las organizaciones y un desequilibrio en la respuesta de los trabajadores logrando nuevos riesgos laborales (psicosociales), entre ellos el síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo), cuya prevalencia se ha ido incrementando y fomentando el interés de realizar investigación.

Existen estudios previos que han investigado la prevalencia del Síndrome de Burnout, en diversos tipos de profesionales de la salud, sobre todo en hospitales o unidades de medicina familiar, incluyendo personal administrativo, médicos no familiares, médicos familiares y generales, enfermeros, trabajadoras sociales, asistentes medicas etc. sin embargo existen pocos estudios que exploren la repercusión de este síndrome sobre prevalencia de enfermedades crónico degenerativas.

Por lo cual es de suma importancia determinar la prevalencia en este tipo de población, así como los factores relacionados con este Síndrome en la Unidad de Medicina Familiar

La pregunta a resolver sería: ¿Cuales factores laborales y familiares se asocian con la presencia del SQT y cuál es la repercusión de este sobre la prevalencia de Enfermedades Crónico Degenerativos en personal de salud de una UMF del Estado de México?



## IV MARCO TEORICO

### IV.1 Síndrome de Burnout, Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT).

Es en los años 70s cuando fue introducido el (SQT). Es Herbert Freudenberger en EEUU quien, en (1974) que lo define como la experiencia de agotamiento, decepción y perdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo de personas en la prestación de servicios como consecuencia de su experiencia laboral diaria. Sin embargo, fue Maslach (1977), quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos describiendo un fenómeno de agotamiento de trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para personas, en lo que se denominó trabajadores de servicios humanos profesionales que mantienen un contacto constante y directo con personas que son beneficiarias del propio trabajo: docentes, servicios sociales, sanitarios, fuerzas de orden público. Definición más aceptada por Maslach y Jackson, que desde una perspectiva psicosocial comenzaron a estudiar e identificar las distintas condiciones de trabajo que conducen al burnout “es un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, el cual lleva a extenuación y distanciamiento emocional con los beneficiarios de su trabajo” (Maslach,1977) completada como una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización (Maslach y Jackson,1981) y más recientemente como “un tipo de respuesta debida a estresores emocionales e interpersonales crónicos debida al trabajo” (Kleiber y Enzmann, 1990, Schaufeli, Marek, 1993, Maslach, 1999). (Mariana, 2005)

El SQT se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado 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. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general en profesionales de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización. (Gil-Monte, 2003)

Desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización en el trabajo y a la relación con las personas a las que atienden los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de si mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizadas debido a un endurecimiento afectivo. (Gil-Monte, 2003)

El SQT debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismos de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional-organización. (Gil-Monte 2003)

Gil-Monte y cols. (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Varcárcel, 1998) señalan que cuando fallan las estrategias de afrontamiento se crea la respuesta desarrollada como sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante estos sentimientos, el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Ocasionado el estrés laboral crónico tendrá consecuencias nocivas para la salud del individuo en forma de enfermedad con alteraciones psicosomáticas, alteraciones cardiorrespiratorias, cefaleas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc. Y para la organización accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.

La definición del estrés contiene implícitamente la idea de una fuerza coercitiva que actúa sobre una persona, la cual queriendo contrarrestarla, se fatiga o agota. Estos factores de estrés pueden provocar reacciones psicológicas y fisiológicas. Lo cual puede producir efectos subjetivos como ansiedad, agresividad, apatía aburrimiento, irritabilidad o efectos sobre el comportamiento como propensión a accidentes, consumo de medicamentos, bulimia o agitación. Ausentismo Cefaleas erupciones cutáneas, dorsalgias o incluso coronopatias. (NTP, 704).

Los estresores surgen de un gran número de factores, que se pueden ubicar en el ambiente externo del individuo (ruido, condiciones de temperatura no adecuadas, condiciones peligrosas de trabajo, etc.), en forma de ambiente social (muerte de familiares, divorcio, deudas, despido, etc.); pero también pueden estar ubicados en el ambiente interno del individuo (ideología, dolor, hambre, etc.). Sin embargo, para que estos estresores desencadenen una respuesta de estrés deben de ser percibidos como estresantes por el sujeto, esto es, el sujeto debe interpretar que van a tener

consecuencias desagradables o penosas para él en caso de que no se modifiquen. Así pues, no es tanto la circunstancia la que determina la respuesta de estrés, si no que tanto la considera el sujeto como una demanda amenazante y difícil de controlar (Gil-Monte, 1997).

El estrés laboral es un fenómeno extendido que ha generado un inmenso interés por las graves consecuencias que tiene sobre la salud, el bienestar psicológico y físico del individuo (Lazarus y Folkman, 1984), como así sobre las organizaciones dado el aumento de ausentismo, abandono, rotación y deterioro del servicio ofrecido (Peiró y Salvador, 1993).

Si bien el estrés laboral se encuentra en cualquier trabajo o profesión, el síndrome del *burnout* es propio de ciertas profesiones y tiene características específicas que lo diferencian del agotamiento físico o emocional producido por el estrés en general.

Existen referencias al *burnout* en otras profesiones que no necesariamente implican el trato directo con personas (Leiter y Schaufeli, 1996), aunque no es la perspectiva más extendida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define de forma simple como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción".

Sin embargo la definición que describe mejor el concepto en cuanto al ámbito psicológico, es la de Gil-Monte "el estrés se define como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en donde el fracaso en hacer frente a las demandas tiene consecuencias percibidas importantes". (Gil-Monte, 1997).

Los componentes esenciales y definatorios del SQT (de acuerdo a Maslach y Jackson, 1981), incluyen: **Agotamiento emocional**: constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, de no poder dar más de sí en el ámbito profesional. **Despersonalización**: hace referencia a una serie de actitudes de aislamiento y pesimismo que aparecen como mecanismos de defensa y que se traducen en distanciamiento de los compañeros de trabajo y de los "clientes" (pacientes), lo que origina una deshumanización en las relaciones, un desprecio hacia el entorno; incluso actitudes de cinismo y una tendencia a culpar a los demás de las propias frustraciones laborales. **Sentimientos de baja realización personal**: el profesional siente que las demandas laborales exceden su capacidad lo que da lugar una tendencia a la autoevaluación negativa y a no valorar sus propios logros profesionales. En ocasiones surge el efecto contrario, una sensación errónea de omnipotencia y de incremento de capacidades, esfuerzos, intereses y dedicación al trabajo y los demás.

El SQT modelo tradicional:

- 1.-Deterioro cognitivo (desencanto profesional, fracaso, pérdida de ilusión, baja realización personal en el trabajo, baja eficiencia profesional e impotencia).
- 2.-Deterioro afectivo (agotamiento/desgaste emocional y físico cansancio fatiga).
- 3.-Deterioro actitudinal (indolencia despersonalización cinismo y deterioro relación con pacientes y/o familiares).

Existe un cuarto elemento que evoluciona el concepto original de Maslach aporta una visión más amplia, la variable “culpa” que forma parte de una de las etapas principales en el desarrollo de este Síndrome, consolidada por Gil-Monte en el 2005, hacen relación a este cuarto componente (Gil- Monte, 2005).

Se encuentran perfiles en el SQT: perfil 1 presenta baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. El perfil 2 es un problema más serio que involucra el sentimiento de culpa (determina la gravedad del fenómeno) (Marucco et al., 2008; Gil-Monte, 2007),

### Fisiopatología y proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout

Dada la presencia de estresores laborales, el individuo trata de crear una serie de estrategias de afrontamiento que deben de ser efectivas para manejar la respuesta al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores, puesto que los sujetos deben tratar diariamente con dicha fuente de estrés. Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas inicialmente no resultan exitosas, conlleva fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los clientes (pacientes) y con sus familiares. Por ello, la respuesta desarrollada son sentimientos de fallo cognitivo (por ejemplo, pérdida de la ilusión por el trabajo, baja realización personal) y emocional (por ejemplo desgaste psíquico, agotamiento emocional). Ante estos sentimientos el sujeto desarrolla actitudes de indolencia y despersonalización como nueva forma de afrontamiento. Lo cual completa la triada que define al síndrome de Burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997).

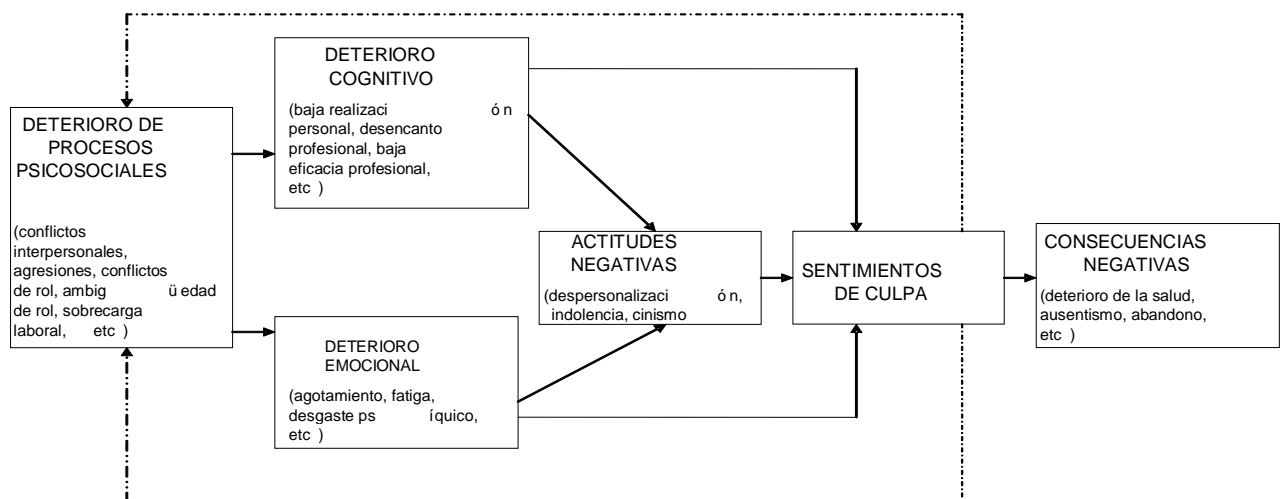


Figura 1. Fisiopatología del síndrome de Burnout (Gil-Monte, 2005).

### Dimensiones del SQT

Maslach y Jackson (1981) identifican las siguientes dimensiones:

Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja realización personal
-----------------------	--------------------	---------------------------

Gil Monte et.al (2005) identifica cuatro dimensiones:

**Ilusión por el trabajo:** deseo de la persona de lograr metas en relación a su trabajo, que percibe como atractivo y que le acarrea satisfacciones personales.

**Desgaste psíquico:** agotamiento emocional y físico en relación al contacto diario con personas que presentan problemas.

**Indolencia:** actitudes de cinismo y de indiferencia hacia las personas que reciben el servicio. Insensibilidad hacia los problemas de las personas.

**Culpa:** estos sentimientos se han identificado como un síntoma característico de quienes desarrollan el *burn out* (Gil Monte, 2003).

Factores desencadenantes: Se definen como aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral:

Dentro del ambiente físico del trabajo, existen estresores importantes como el nivel de ruido, las vibraciones, las características de la iluminación, así como la temperatura y las condiciones climatológicas en las que hay que trabajar, o las condiciones higiénicas del lugar de trabajo, toxicidad de los elementos que hay que manejar en el puesto y la disponibilidad del espacio físico para desempeñar el trabajo, aparecen descritos como elementos del ambiente físico de trabajo desencadenantes de estrés laboral. Las demandas estresantes del puesto de trabajo como la rotación de turnos, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros o la sobrecarga laboral, pueden desencadenar el síndrome de quemarse por el trabajo. En cuanto a los contenidos del puesto de trabajo, existen variables como la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la retroalimentación (feed back) recibida sobre el desempeño o la identidad de las tareas que realiza, pueden llegar a ser una fuente importante de estrés crónico que contribuya al desarrollo del síndrome de Burnout (Gil-Monte, 1997).

Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera: Un rol se define como un conjunto de expectativas y demanda sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición. El denominado estrés del rol, está integrado básicamente por dos disfunciones de rol: ambigüedad y conflicto de rol. La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto experimenta con respecto al mismo rol que desempeña. En cambio, el conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias, el sujeto recibe dos o más expectativas de uno o varios miembros de la organización que no puede satisfacer simultáneamente porque resultan contradictorias entre sí, aunque sería importante satisfacerlas. Tanto la ambigüedad como el conflicto de rol se asocian con sentimientos de baja realización personal, agotamiento y despersonalización. En cuanto a las relaciones interpersonales, la asociación de relaciones interpersonales de carácter formal en el trabajo, por necesidades de las tareas, es significativa con relación a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que las relaciones de carácter informal aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo. La falta de cohesión del grupo también se ha asociado a la presencia del síndrome de Burnout en los

trabajadores. La falta de seguridad en el puesto de trabajo así como la falta de oportunidades de promoción se asocian positivamente con sentimientos de agotamiento emocional (Gil-Monte, 2005). Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales:

La tecnificación de las relaciones interpersonales cliente-profesional favorece en gran medida actitudes de despersonalización en la atención propiciando un trato de frialdad e indiferencia hacia los usuarios de la organización. De la misma forma problemas de carácter ético asociados al uso continuado de instrumentos tecnológicos pueden afectar el sistema emocional de los profesionales aumentando sus sentimientos de agotamiento emocional. Las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización) también han sido identificadas como variables desencadenantes del síndrome de Burnout. En cuanto al clima organizacional, el síndrome de Burnout se asocia positivamente con falta de participación en la toma de decisiones, falta de autonomía y falta de apoyo social por parte de los supervisores. De la misma forma se ha demostrado que, tanto el apoyo técnico como el apoyo emocional ofrecido por compañeros y supervisores disminuyen los sentimientos de quemarse por el trabajo y la ausencia de apoyo social puede ser considerada como un estresor laboral con importantes efectos sobre el síndrome (Gil-Monte, 2005).

### **Factores facilitadores del síndrome de Burnout.**

Como facilitadores del síndrome de Burnout se encuentran aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto (Gil-Monte, 2005).

Variables socio demográficas: 1. Sexo, en cuanto al género se encuentran datos acerca de que varones puntúan más alto en la despersonalización que las mujeres, y por el contrario, para las escalas de agotamiento emocional y realización personal las mujeres obtienen mayores puntajes que los varones, para los que existen diversas teorías: algunas especialidades tienden a causar más ansiedad y limitaciones en las doctoras, como la cirugía ortopédica, en la que se piensa que un hombre fuerte es más adecuado para ella, una segunda fuente de estrés en las doctoras es la "fragmentación", término indicado por Goode (1960), y que es el resultado de llevar dos o más roles importantes, como el de ser esposa, madre y doctora, finalmente, una tercera fuente de estrés es un conflicto interno de valores, siendo la culpa, la preocupación y la crisis de identidad las consecuencias de no sentir éxito en ambos roles.(\*), 2. Edad: existe discrepancia con respecto a esta variable, sin embargo varios estudios, entre ellos el de Maslach y Jackson (1986) coinciden en que el rango de edad en que los individuos presentan mayor puntuación en la escala de Burnout, es de 30 a 40 años. 3. Estado civil, aunque se ha asociado la presencia del Síndrome con las personas que no tienen pareja estable, no hay un acuerdo unánime: parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables (Atance, 1997), Sin embargo, como lo mencionan Rodríguez y cols (2003), el aspecto realmente importante es el apoyo socioemocional que recibe el trabajador por parte de familiares y especialmente de su pareja como factor protector en el desarrollo del síndrome de Burnout. 4. El número de hijos, es un factor que, aparentemente refleja mayor madurez psicológica en los trabajadores, y funge como protección, hacia el desarrollo del síndrome, ya que evita que los trabajadores se involucren en exceso con el trabajo (Gil-Monte, 1997). 5. Variables de personalidad: los profesionales más proclives a quemarse por el trabajo son sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas,

obsesivos y entusiastas. Así mismo cierto número de estudios presentan que los sujetos con personalidad tipo A, baja auto confianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia sensaciones y actitudes de quemarse por el trabajo, mientras que los sujetos con “personalidad resistente” (hardniess) las experimentan con menos frecuencia (Gil-Monte, 1997). 7. Estrategias de afrontamiento, los resultados de los trabajos experimentales reflejan que, los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema, presentan menos sentimientos de quemarse por el trabajo que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción. 8. Apoyo social: la falta de apoyo social, aunada a la alta carga de estrés, refleja niveles altos en la escala de agotamiento emocional y despersonalización (Gil-Monte, 1997). (3)

En el diagnóstico el “Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI)”, es el cuestionario más usado con una propuesta de corte por medio de uso de percentiles para cada dimensión (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo), sin embargo se han descrito problemas psicométricos de este instrumento.

Es por ello que, Gil-Monte propone el (CESQT) que supera las deficiencias del MBI y presenta cuatro dimensiones (ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa), instrumento que ha obtenido buenos resultados de validez y fiabilidad (Olivares et al., 2009; Marrueco et al., 2007; Olivares et al., 2007) y validado en diferentes países (España, Portugal, México, Argentina, Chile), superando insuficiencias psicósomáticas de la adaptación al español de otros instrumentos usados para evaluar el fenómeno, así como en todas las escalas han alcanzado valores de fiabilidad de alfa de Cronbach adecuados (Olivares et al. , 2009; Gil-Monte et al. , 2010).

La versión para evaluar el síndrome en profesionales de la salud está formada por 20 ítems que se valoran con una escala de frecuencia para que los individuos indiquen en qué grado de experimentan cada una de las situaciones descritas en los elementos de la escala. Se aplican en un rango de 5 adjetivos que van de “nunca” (0) a “todos los días” (4) en donde se explora: 1. Ilusión por el trabajo (esta dimensión es la única donde los ítems están formulados en forma positiva de tal manera que puntuaciones bajas en esta dimensión indican altos niveles en el SQT) con 5 ítems, 2. Desgaste psíquico, con 4 ítems, 3. Indolencia, con 6 ítems y 4. Culpa, con 5 ítems (Olivares et al., 2009).

En un estudio comparativo E. Álvarez Gallegos, L. Fernández Ríos 1991 mencionan la importancia de los componentes personales (aun poco estudiados) en la aparición del Burnout, la decisiva influencia de la formación profesional en la que se cometen errores que incrementan las falsas expectativas, donde existe una desconexión endémica entre los conocimientos teóricos y su aplicación, con una ausencia de la adquisición de habilidades frente al estrés laboral, las condiciones del trabajo son poco cuidadas y no se les da la importancia que tienen, importando más los intereses productivos de la institución que la satisfacción de los trabajadores., menciona que los estudios coinciden en la importancia de conocer la situación individual, del equipo o de la organización profesional de los distintos servicios humanos, para introducir cambios que les alivien de experiencias emocionales negativas derivadas de su trabajo y concluyen en que a pesar de los obstáculos este tema abre un campo a la reflexión sobre las consecuencias del contacto directo con la gente, y a la revisión constante de actitudes y expectativas por parte de los profesionales de los servicios humanos.

## Descripción del centro de trabajo

La unidad de Medicina Familiar en cuestión pertenece a la Delegación Oriente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social Zona Reyes colindando con delegaciones y municipios: (Tláhuac, Milpa Alta, Xochimilco y Chalco, teniendo cobertura en 100 colonias, con un tiempo de llegada a la unidad que varía entre 15 minutos y 120 minutos.

La unidad cuenta con una población derechohabiente total de 80,436 según control de prestaciones de la unidad, esto es entonces que  $(80,436/30 \text{ consultorios} = 2,681 \text{ derechohabientes})$ , esta es la población que cada consultorio en promedio debe atender con respecto al número de consultas otorgadas por la unidad, la cual es de 13,839 por mes de acuerdo al último reporte de ARIMAC (área de información médica y archivo clínico) de la unidad a febrero 2010). Por lo tanto  $13,839/29 \text{ consultorios} = 477.2$  y esto entre los días laborados que son 22 días, entonces  $477.2/22 = \text{consultas en promedio por día}$ . El promedio de atención médica por hora es de 3.90 a 4.4 consultas. De mayor intensidad a la atención en las primeras 2 horas de la jornada laboral. El grupo de edad con mayor demanda de consulta es el de 20-59 años de edad, predominando el grupo de mujeres, el 82% de la población adscrita en la unidad se encuentra en el D.F. , el grado de alfabetismo de la población adscrita a esta unidad médica es para las mujeres un 90% y unidad; 2008, 2011).

El personal de salud es un conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, con el objetivo de generen acciones en el campo de la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud. El primer nivel de atención es el sitio de entrada al sistema de salud institucional.

### Perfil de puesto Medico Familiar

Recibe al paciente y acompañante o familiar, registra en la SIMF (Sistema de Informática en Medicina Familiar) los datos que se generen al otorgar la atención médica al paciente (en sus diferentes grupos de edad así como a mujeres embarazadas), provenientes del interrogatorio, la exploración física, signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura. Los resultados de los auxiliares de diagnóstico, la exploración física, el diagnóstico presuntivo en plan terapéutico que considere medidas de higiene y dieta, medicamentos y capacidad del paciente para el desempeño de sus actividades habituales, uso de oxígeno domiciliario, continuidad de la atención en otra instancia institucional.

Determinar altas laborales forma parte del protocolo para dictamen de pensión, riesgo de trabajo, secuelas, verifica en cartilla de salud acciones de acuerdo a grupo etario correspondiente y refiere por medio de formatos internos a los servicios necesarios como son: radiográficos, laboratorios, trabajo social , medicina preventiva, atención médica continua, curaciones, estomatología, planificación Familiar, enfermera materno infantil, nutrición y dietética medicina física y rehabilitación, medicina del trabajo.

Comunica a la asistente médica el tipo de exploración física a realizar para que prepare al paciente y le solicita que lo asista. Requisita en caso de que sea receta manual por triplicado y entrega en original y copia al paciente, en caso de prescripción de incapacidad temporal para el trabajo, y consentimiento informado en caso de aceptar la paciente método de planificación familiar). Requisita el consentimiento informado y aplica



método de planificación familiar, propicia la corresponsabilidad y el auto cuidado del paciente, realiza acciones educativas con el paciente y familia en su salud y manejo de la enfermedad, identifica urgencias y envía al servicio de urgencias y/o envía a atención medica continua.

Asistente Medica: solicita por medio de vale en central de equipos y esterilizado (CEYE) el equipo, instrumental y material necesario para la exploración física, recibe en primera instancia el paciente, informa al paciente el procedimiento a realizar y solicita su colaboración para la medición de peso, talla y temperatura, registra actividades en registro de atención integral de la salud (RAIS) o en SIMF.

Acompaña al paciente al servicio de atención medica continua, en caso de referencia a otro nivel de atención institucional informa en forma clara y sencilla sobre los trámites administrativos correspondientes y sobre la ubicación de la unidad de referencia, otorga cita subsecuente por indicación del médico familiar en el día indicado o más próximo posible disponible y lo registra en la agenda, recibe y registra en la cartilla de salud del paciente, la fecha y la hora de la cita y la regresa al paciente (también otorga citas de primera vez o subsecuentes por vía telefónica) previa información y sensibilización de la importancia del cumplimiento de su cita, glosa al expediente clínico los formatos como referencia-contrareferencia, vigilancia prenatal y riesgo reproductivo, emitidos del médico al paciente.

Informa al paciente en forma clara y sencilla sobre la ubicación del servicio del laboratorio clínico y de radiodiagnóstico, en caso de visita domiciliaria entrega al médico formato de solicitud, devuelve a CEYE el equipo completo de termometría, limpio y ordenado. así como el equipo no utilizado durante el proceso de la atención médica y rescata el vale a central de equipos, regresa las sabanas clínicas a ropería y rescata vale de ropa hospitalaria, entrega el original y copia del formato del registro de actividades de atención integral de la salud RAIS (cuando existe falla de SIMF) lo entrega a la coordinadora de asistentes médicas y resguarda la segunda copia en su servicio durante 30 días.

## V OBJETIVO E HIPOTESIS

OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
<p>Identificar los factores laborales y familiares asociados al Síndrome de Quemarse por el Trabajo en personal de salud de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México.</p> <p>Asociar la presencia de SQT y la prevalencia de Enfermedades Crónico Degenerativas en personal médico.</p>	<p>La mayor antigüedad, la jornada laboral mayor a 8 hrs y la contratación interina se asociarán con los porcentajes más altos de SQT.</p> <p>La presencia de SQT moderado se asocia con el incremento de la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas.</p>
OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS
<p>Conocer la prevalencia del SQT en personal médico de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México.</p>	<p>Habrá una alta prevalencia de SQT en el personal médico.</p>
<p>Determinar cuáles son los principales factores laborales y familiares adversos en personal médico de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México.</p> <p>Conocer la prevalencia y tipo de ECD del personal médico de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México.</p>	<p>Los factores laborales adversos serán la demanda de trabajo, tener más de 1 trabajo y realizar guardias.</p> <p>Los factores familiares adversos serán porcentajes altos de divorcios.</p>
<p>Asociar el tipo y número de ECD con la severidad del SQT personal médico de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México.</p>	<p>El tipo de ECD que presentarán el personal médico serán: hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad depresión siendo la más prevalente la hipertensión.</p>
<p>Analizar si la violencia y el estrés percibido se asocian con la prevalencia de SQT y ECD.</p>	
<p>Proponer estrategias para minimizar estos factores asociados al SQT personal médico de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México.</p>	

## VI METODOLOGÍA

### **Diseño.**

Es un estudio Transversal y descriptivo

**Universo de estudio:** El total de la población de médicos y asistentes de una unidad de medicina familiar del estado de México.

Criterios de inclusión: Médicos Familiares y generales que trabajen en una unidad de medicina familiar del estado de México, Cualquier sexo, Cualquier edad, Cualquier tipo de contratación: base o interinato.

Criterio de exclusión: Médicos generales y familiares que no aceptaron participar en el estudio, Que no se encontraban laborando en la UMF en el momento del estudio (por vacaciones, incapacidades, licencias, permisos, etc.).

Criterios de eliminación: Quienes no hayan contestado más del 20% de los ítems de la encuesta.

Ubicación temporal y espacial: El estudio se realizó en un periodo 5 meses durante el año 2010; en una unidad de medicina familiar del estado de México.

**Variable dependientes:** SQT y enfermedades crónico degenerativas.

**Variables independientes:** Los factores laborales relacionados son: trabajar por tipo de contrato interinato (los 08) o base, antigüedad, tener más de un trabajo, tipo de trabajo (médicos o asistentes), turno(matutino o vespertino).

**Variables independientes intervinientes:** Los factores familiares son: Estado civil, Edad, número de hijos, tensión arterial, estrés percibo, índice de masa corporal (IMC).

Tabla . Definición de las variables

Tipo	Variable	Descripción breve	Escala de medición
	Edad	Años de vida	Escala cuantitativa discreta
	Sexo	Masculino o femenino( genero)	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0.Femenino 1. Masculino
	Estado Civil	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo, separado	Escala cualitativa nominal 1.soltero 2.casado 3.unión libre 4.divorciado 5.viudo 6.separado
	Número de hijos	Cantidad de hijos del personal de salud.	Escala cuantitativa discreta
	Enfermedades crónicas	Especifica si el trabajador padece de alguna enfermedad crónica. Hipertensión arterial,hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, depresión, alergias, gastritis.	Escala cualitativa nominal dicotomica:  0.No 1. Si

### Variables laborales

Variable	Descripción breve	Escala de medición.
Personal medico	Trabajador de la salud asistencial.	Escala cualitativa nominal

---

Turno:	Horario de labores del trabajador, matutino, vespertino.	Escala cualitativa nominal: 1matutino 2vespertino
Antigüedad:	Tiempo que ha laborado en su puesto	Escala cuantitativa discreta: se mide en meses o años
Tipo de contrato:	Forma de contratación interinato o base	Escala cualitativa nominal  1 Interino (08) 2 base

---

### **Descripción de las actividades:**

- Realizar cronograma de actividades
- Elaboración de la carta de consentimiento para la colaboración del estudio.
- Transcripción de la encuesta de condiciones de trabajo y salud
- Aplicación de las encuestas al personal de salud con firma de su consentimiento
- Aplicar somatometría de los encuestados
- Captación de la información en una base de datos:
- Realizar análisis de datos

Instrumentos para la captura de la información: Instrumento cuestionario de condiciones de trabajo y salud y cuestionario CESQT.

### **Consideraciones éticas de este estudio:**

Se trata de un estudio, que cumplirá con los principios de la Declaración de Helsinki, y los artículos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos referentes a las investigaciones en humanos. Todos los participantes serán informados de la confidencialidad de los resultados de la encuesta, previo consentimiento escrito y de que la información solo será manejada por la investigadora.

## VII RESULTADOS

Se estudió a un grupo de 51 trabajadores de la salud de una unidad de medicina familiar del Estado de México, se mostrarán primero las características Socio Demográficas y Generales de la muestra, las dimensiones del SQT y sus variables, la prevalencia de Enfermedades Crónico Degenerativas y su relación.

### 1.- Características Socio demográficas y Generales de la Muestra

El total de la muestra estudiada fue de 51 trabajadores, de los cuales el 68.6 % es del sexo femenino y el 31.4% del sexo masculino. **(Tabla 1).**

**Distribución de la población por Sexo, Tabla 1**

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	16	31.4
	Femenino	35	<b>68.6</b>
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

El 54.9 % son casados y el 9.8% son solteros. **(Tabla 2).**

**Distribución de la Población por Estado Civil Tabla 2**

		Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Soltero	5	9.8
	Casado	28	<b>54.9</b>
	Unión Libre	10	19.6
	Divorciado	5	9.8
	Separado	3	5.9
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

El 29.4% pertenece al nivel de Posgrado, el 25.5% a nivel profesional. **(Tabla 3).**

**Distribución de la Población por Escolaridad Tabla 3**

		Frecuencia	Porcentaje
Grado de estudios	Secundaria	9	17.6
	Preparatoria	7	13.7
	Técnico	7	13.7
	Profesional	13	25.5
	Posgrado	15	<b>29.4</b>
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

El 52.9% del personal son Médicos y el 47.1% Asistentes Médicos. **(Tabla 4).**

**Distribución de la Población por Puesto de Trabajo Tabla 4**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Categoría</b>	Médicos	27	<b>52.9</b>
	Asistentes	24	47.1
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

El 51% pertenece al turno vespertino y el 49% al turno matutino, el 84% no tiene un segundo trabajo, el 94.1% son de tipo de contratación de Base y el 5.9% son de tipo de contratación Interinato. De estos el 80.4% son Estresantes y el 19.6% No Estresante. **(Tabla 5).**

**Distribución de la Población por Turno, Segundo Trabajo, Tipo de Contratación y Tensión Laboral. (Tabla 5).**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Turno</b>	Matutino	25	49.0
	Vespertino	26	<b>51.0</b>
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>
<b>Segundo Trabajo</b>	No	41	<b>80.4</b>
	Si	10	19.6
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>
<b>Tipo de Contratación</b>	Interinato	3	5.9
	Base	48	<b>94.1</b>
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>
<b>Tensión Laboral</b>	Estresante	41	<b>80.4</b>
	No estresante	10	19.6
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

## **2. Los porcentajes de las Variables (SQT) y características laborales de la muestra**

### **A) Ilusión por el Trabajo.**

En el análisis con la dimensión de ilusión, se encontró que tienen **mayor porcentaje de ilusión baja** los médicos, los que trabajan en el turno vespertino, (15.4%) los hombres (25%), los solteros y en unión libre (20%), de escolaridad profesional (30.8%), los que tienen 0 hijos y 4 hijos (25%), los no estresantes (20%), de edad entre 21 a 38 años (25%), aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas.

También se encontró que tienen **mayor** porcentaje de ilusión baja los de tipo de contratación interinato el (66.7%) con una relación significativa de (.004). **(Tabla 6)**.

**Contrato Ilusión por el Trabajo-SQT, Tabla 6**

		Ilusión por el Trabajo-SQT			Total
		Baja	Media	Alta	
<b>Contrato</b>	Interinato	2	0	1	3
		<b>66.7%</b>	.0%	33.3%	100.0%
	Base	4	36	8	48
		8.3%	75.0%	16.7%	100.0%
<b>Total</b>		6	36	9	51
		11.8%	70.6%	17.6%	100.0%

También se encontró que tienen **mayor** porcentaje de Ilusión baja los del grupo de antigüedad hasta 7 años (31.3) con una relación significativa de (.011). **(Tabla 7)**.

**Grupo Antigüedad Ilusión por el Trabajo-SQT, tabla 7.**

		Ilusion por el Trabajo-SQT			Total
		Baja	Media	Alta	
<b>GRUPO POR ANTIGÜEDAD</b>	Hasta 7 años	5	10	1	16
		<b>31.3%</b>	62.5%	6.3%	100.0%
	De 8 a 12años	1	15	2	18
		5.6%	83.3%	11.1%	100.0%
	Más de 12	0	11	6	17
		.0%	64.7%	35.3%	100.0%
<b>Total</b>		6	36	9	51
		11.8%	70.6%	17.6%	100.0%

## **B) DESGASTE POR EL TRABAJO**

En el análisis con la dimensión por desgaste, se encontró que tienen **mayor porcentaje de desgaste patológico** las asistentes de (4.2%), los de turno matutino (4.0%), los hombres (6.3%), los casados (7.1%), los que tienen 2 hijos (7.7%), los estresantes (4.9%), los de 21 a 38 años de edad (6.3%) y los de hasta 7 años de antigüedad (6.3%), aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas

También en el análisis se encontró que tienen un desgaste patológico los de contrato interinato (33.3) % con una diferencia significativa de (.055). **(Tabla 8)**.



**Grupo contrato y Desgaste Psíquico-SQT, Tabla 8.**

		Desgaste Psíquico-SQT				Total
		Bajo	Medio	Alto	Patológico	
Contrato	Interinato	1	1	0	1	3
		33.3%	33.3%	.0%	33.3%	100.0%
	Base	8	29	10	1	48
		16.7%	60.4%	20.8%	2.1%	100.0%
Total		9	30	10	2	51
		17.6%	58.8%	19.6%	3.9%	100.0%

También se encontró que tienen un desgaste patológico los de escolaridad preparatoria (14.3%) con una diferencia significativa de (.054). (Tabla 9)

**Grupo escolaridad y Desgaste Psíquico-SQT, Tabla 9.**

		Desgaste Psíquico-SQT				Total
		Bajo	Medio	Alto	Patológico	
Escolaridad	Secundaria	1	6	2	0	9
		11.1%	66.7%	22.2%	.0%	100.0%
	Preparatoria	0	6	0	1	7
		.0%	85.7%	.0%	14.3%	100.0%
	Técnico	4	2	1	0	7
		57.1%	28.6%	14.3%	.0%	100.0%
Profesional	3	8	1	1	13	
	23.1%	61.5%	7.7%	7.7%	100.0%	
Posgrado	1	8	6	0	15	
	6.7%	53.3%	40.0%	.0%	100.0%	
Total		9	30	10	2	51
		17.6%	58.8%	19.6%	3.9%	100.0%

### C) DESENCANTO POR EL TRABAJO

En el análisis con la dimensión por desencanto, se encontró que tienen un **mayor porcentaje de desencanto patológico**, los médicos (11.1%), los vespertinos (11.5%), los masculinos (12.5%), los solteros (20.0%) los de escolaridad profesional (15.4%) los que no tienen hijos (25.0%), los de interinato (33.3%) los estresantes (9.8%) y los de hasta 7 años de antigüedad (12.5%) , aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas.

También se encontró que tienen un **mayor porcentaje** de desencanto patológico los de grupo de edad de 21 a 38 años (25.0%) con una diferencia significativa de .035. (Tabla 10).

### Grupo edad y Desencanto Profesional-SQT, tabla10

		Desencanto Prof-SQT				Total	
		Bajo	Medio	Alto	Patológico		
Grupo edad	21 a 38		3	5	4	4	16
			18.8%	31.3%	25.0%	25.0%	100.0%
	39- 48		1	13	4	0	18
			5.6%	72.2%	22.2%	.0%	100.0%
	mas de 48		4	10	3	0	17
			23.5%	58.8%	17.6%	.0%	100.0%
Total			8	28	11	4	51
			15.7%	54.9%	21.6%	7.8%	100.0%

#### D) CULPA POR EL TRABAJO

En el análisis con la dimensión por CULPA, se encontró que tienen un **mayor** porcentaje de Culpa patológica las asistentes (29.2%), los del turno matutino (24.0%), de unión libre (40.0%) los que tienen 4 hijos(50%), los de base (25%) los de tipo estresante (26.8%) ,de entre 39-48 años de edad (38.9%),los de antigüedad 8 a 12 años (27.8%), aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas.

También se encontró la presencia de **culpa patológica** los de sexo femenino (28.6%) con una diferencia significativa de (.081). **(Tabla 11)**

Grupo sexo y Culpa-SQT, Tabla 11.

		Culpa-SQT			Total	
		Media	Alta	Patológico		
Sexo	Masculino		6	8	2	16
			37.5%	50.0%	12.5%	100.0%
	Femenino		18	7	10	35
			51.4%	20.0%	28.6%	100.0%
Total			24	15	12	51
			47.1%	29.4%	23.5%	100.0%

También se encontró una mayor frecuencia de la presencia de **culpa alta o patológica** los de escolaridad preparatoria (57.1%) con una relación significativa de 0.89 **(tabla 12)**.

Grupo Escolaridad- Culpa-SQT, tabla 12

		Culpa-SQT			Total	
		Media	Alta	Patológico		
Escolaridad	Secundaria		6	2	1	9
			66.7%	22.2%	11.1%	100.0%
	preparatoria		2	1	4	7
			28.6%	14.3%	57.1%	100.0%
	Técnico		5	0	2	7
			71.4%	.0%	28.6%	100.0%
profesional		7	4	2	13	

		53.8%	30.8%	15.4%	100.0%
	Posgrado	4	8	3	15
		26.7%	53.3%	20.0%	100.0%
<b>Total</b>		24	15	12	51
		<b>47.1%</b>	<b>29.4%</b>	<b>23.5%</b>	<b>100.0%</b>

### 3- Prevalencia de Enfermedades

Hipertensión Arterial tabla 13					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	42	82.4	82.4	82.4
	Si	9	17.6	17.6	100.0
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Hipercolesterolemia tabla 14					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	44	86.3	86.3	86.3
	Si	7	13.7	13.7	100.0
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Hipertrigliceridemia tabla 15					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	37	72.5	72.5	72.5
	Si	14	27.5	27.5	100.0
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Diabetes Mellitus tabla 16					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	48	94.1	94.1	94.1
	Si	3	5.9	5.9	100.0
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Depresión tabla 17					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	46	90.2	90.2	90.2
	Si	5	9.8	9.8	100.0
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

ALERGIAS tabla 18					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	43	84.3	84.3	84.3
	Si	8	15.7	15.7	100.0
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

GASTRITIS tabla 19					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	43	84.3	84.3	84.3
	Si	8	15.7	15.7	100.0
	<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

#### 4. Enfermedades y SQT

##### 4.1 Ilusión por el Trabajo-SQT

Tuvieron mayor relación con la Ilusión Baja, la Obesidad grado 2, (16%), los no Hipertensos (14.3%), los no tienen Hipercolesterolemia (13.6%), ni Hipertrigliceridemia (13.5%), no Diabéticos (12.5%), sin Depresión (13.0%), sin Alergias (14.0%), sin Gastritis (14.0%), con Riesgo Alto de Cintura Cadera (16.7%) y con Frecuencia Cardiaca alta (30.0%), aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas.

También se encontró una mayor relación de la Ilusión Baja con la Tensión Arterial alta (33.3%), tiene menor porcentaje de ilusión media con una relación significativa de (.070). (Tabla 20).

ilusión por el trabajo y Tensión arterial Tabla 20						
			Tensión Arterial			Total
			Normal	Pre hipertensión	Hipertensión	
Ilusion por el Trabajo-SQT	Baja	Recuento	1	4	1	6
		%	3.8%	21.1%	16.7%	11.8%
	Media	Recuento	21	13	2	36
		%	80.8%	68.4%	33.3%	70.6%
	Alta	Recuento	4	2	3	9
		%	15.4%	10.5%	50.0%	17.6%
<b>Total</b>		Recuento	26	19	6	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## 4.2 Desgaste Psíquico

En el análisis con la dimensión por Desgaste se encontró mayor asociación con: Obesidad Grado 2,( 8.0%), Hipertensión Arterial Alta (4%), con Hipercolesterolemia (14.3%), Hipertrigliceridemia (7.1%), no Diabéticos (4.2%), con Alergia (12.5%), con riesgo alto Cintura Cadera (8.3), Frecuencia Cardiaca Alta ( 20%) , Tensión arterial Alta (16.7%), tienen mayor porcentaje de desgaste patológico, aunque no hubo diferencias estadísticas significativas.

Se encontró una relación de los que tienen un Desgaste Alto con la Depresión (60 %) con una diferencia significativa de (.009). (Tabla 21)

Grupo Depresión Desgaste Psíquico-SQT, Tabla 21					
			Depresion		Total
			No	Si	
Desgaste Psíquico-SQT	Bajo	Recuento	8	1	9
		%	17.4%	20.0%	17.6%
	Medio	Recuento	30	0	30
		%	65.2%	.0%	58.8%
	Alto	Recuento	7	3	10
		%	15.2%	60.0%	19.6%
	Patológico	Recuento	1	1	2
		%	2.2%	20.0%	3.9%
Total		Recuento	46	5	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%

También se encontró una diferencia cercana a lo significativo entre los que tienen un desgaste alto y Gastritis (50%) de (0.063). Tabla 22.

Grupo Gastritis desgaste Psíquico-SQT, Tabla 22					
			GASTRITIS		Total
			No	Si	
Desgaste Psíquico-SQT	Bajo	Recuento	9	0	9
		%	20.9%	.0%	17.6%
	Medio	Recuento	26	4	30
		%	60.5%	50.0%	58.8%
	Alto	Recuento	6	4	10
		%	14.0%	50.0%	19.6%
	Patológico	Recuento	2	0	2
		%	4.7%	.0%	3.9%
Total		Recuento	43	8	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%

## 4.3 Desencanto por el trabajo

Tienen mayor asociación con el desencanto alto: La Obesidad grado 1 (11.8%), con Hipertensión Arterial Alta (22.2%), con Hipercolesterolemia (42.9%), Hipertrigliceridemia (28.6%), Diabetes Mellitus (33.3%), Depresión (60%), alergias (25%), Gastritis (50%), Riesgo Alto de Cintura Cadera (33.3%), Tensión Arterial (16.7%), aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Se encontró que el desencanto y la Frecuencia Cardiaca alta (60%) tienen una diferencia significativa de (.008), (tabla 23).

Grupo Frecuencia Cardiaca Desencanto -SQT Tabla 23.						
			Frecuencia Cardiaca			Total
			Normal	Baja	Alta	
Desencanto Profesional-SQT	Bajo	Recuento	7	0	1	8
		%	18.4%	.0%	10.0%	15.7%
	Medio	Recuento	25	1	2	28
		%	65.8%	33.3%	20.0%	54.9%
	Alto	Recuento	3	2	6	11
		%	7.9%	66.7%	60.0%	21.6%
	Patológico	Recuento	3	0	1	4
		%	7.9%	.0%	10.0%	7.8%
Total		Recuento	38	3	10	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

#### 4.4 Culpa

Tiene un asociación la culpa patológica con la: Obesidad Grado 1 (35%), los que no tienen Hipertensión Arterial (26.2%) con Hipercolesterolemia (42.9%), con Hipertrigliceridemia (42.9%), Diabetes Mellitus (33.3%), Depresión (40.0%), No alérgicos (25.6%), Gastritis (25.0%), Tensión Arterial (33.3%).

Se encontró una asociación de la culpa alta o patológica con: el riesgo alto cintura cadera (66.7%) con una relación significativa de (.023) tabla 24.

Grupo cintura-cadera culpa-SQT, Tabla 24							
			Cintura cadera				Total
			riesgo bajo	moderado	Alto	99	
Culpa-SQT	Media	Recuento	13	8	3	0	24
		%	50.0%	66.7%	25.0%	.0%	47.1%
	Alta	Recuento	6	1	8	0	15
		%	23.1%	8.3%	66.7%	.0%	29.4%
	Patológico	Recuento	7	3	1	1	12
		%	26.9%	25.0%	8.3%	100.0%	23.5%
Total		Recuento	26	12	12	1	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

También se encontró en una asociación de la culpa media con una frecuencia cardiaca alta (60%), con una relación significativa de (.061), (tabla 25).

Grupo frecuencia cardiaca culpa-SQT, Tabla 25						
			Frecuencia cardiaca			Total
			Normal	Baja	Alta	
Culpa-SQT	Media	Recuento	17	1	6	24
		%	44.7%	33.3%	60.0%	47.1%
	Alta	Recuento	11	0	4	15
		%	28.9%	.0%	40.0%	29.4%
	Patológico	Recuento	10	2	0	12
		%	26.3%	66.7%	.0%	23.5%
Total		Recuento	38	3	10	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

#### 4.5 SQT-Global

En el análisis se asocian con la presencia de **SQT Severo**: Obesidad grado 2 (12.0%), Hipertensión Arterial (11.1%), Hipercolesterolemia (14.3%), Hipertrigliceridemia (14.3%), Diabetes Mellitus (33.3%), Gastritis (12.5%), Alergias (37.5%), SQT alto, y Tensión Arterial (50%) SQT moderado, aunque no hubo diferencias significativas.

También se encontró la asociación de SQT alto y severo con Depresión (40.0%) con una diferencia significativa de (.041), Tabla 26.

SQT y Depresión Tabla 26					
			Depresión		Total
			No	Si	
SQTGlobal	Bajo	Recuento	8	1	9
		%	17.4%	20.0%	17.6%
	Moderado	Recuento	24	0	24
		%	52.2%	.0%	47.1%
	Alto	Recuento	11	2	13
		%	23.9%	40.0%	25.5%
	severo	Recuento	3	2	5
		%	6.5%	40.0%	9.8%
Total		Recuento	46	5	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%

También se encontró la presencia de SQT alto con riesgo alto cintura cadera (33.3%), con una diferencia significativa de (.034) tabla 27.

Cintura Cadera- SQT Tabla 27							
		Cintura Cadera				Total	
		riesgo bajo	moderado	alto	99		
SQT Global	Bajo	Recuento	6	3	0	0	9
		%	23.1%	25.0%	.0%	.0%	17.6%
	Moderado	Recuento	12	7	5	0	24
		%	46.2%	58.3%	41.7%	.0%	47.1%
	Alto	Recuento	7	2	4	0	13
		%	26.9%	16.7%	33.3%	.0%	25.5%
	Severo	Recuento	1	0	3	1	5
		%	3.8%	.0%	25.0%	100.0%	9.8%
Total		Recuento	26	12	12	1	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Se encontró una asociación de la presencia SQT alto (40%) severo (30%) con la frecuencia cardiaca alta con una diferencia significativa de (.049). (Tabla 28).

Frecuencia Cardiaca-SQT Tabla 28						
			Frecuencia cardiaca			Total
			Normal	Baja	Alta	
SQTGlobal	Bajo	Recuento	8	0	1	9
		%	21.1%	.0%	10.0%	17.6%
	Moderado	Recuento	20	2	2	24
		%	52.6%	66.7%	20.0%	47.1%
	Alto	Recuento	9	0	4	13
		%	23.7%	.0%	40.0%	25.5%
	severo	Recuento	1	1	3	5
		%	2.6%	33.3%	30.0%	9.8%
Total		Recuento	38	3	10	51
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## VIII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente estudio se identificó que las hipótesis generales que se cumplieron fueron las siguientes; 1). Los trabajadores con mayor antigüedad laboral y 2). Tipo de contratación interina, se asocian a los porcentajes más altos de SQT, 3). La presencia de SQT moderado se asocia con el incremento de la prevalencia de Enfermedades Crónicas Degenerativas, siendo la depresión la de mayor porcentaje, y La hipótesis específica que se cumplió fue la alta prevalencia de SQT en personal médico.

De acuerdo con los resultados de otros autores mencionan que los profesionales sanitarios tienen altos niveles de tensión entre la gente que ejerce, en el origen de estas tensiones existen aspectos diversos relevantes como lo son: los motivos ideológicos que les impulsaron a elegir la profesión, el hecho de que el trato directo con los pacientes y sus familiares suele ser emocionalmente exigente para el trabajador, la naturaleza de la enfermedad de los pacientes les hace enfrentarse en ocasiones, con fracaso terapéutico o con un mal pronóstico 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, este problema suele estar presente en el modelo médico jerarquizado y por ello dentro de los síntomas destacados en estos profesionales suelen ser abuso de fármacos, alcohol y tabaco, desarrollo de enfermedades cardíacas y tentativas de suicidio.

En cuanto a las variables más significativas relacionadas con el SQT que se encontraron en este estudio destacan el ser del sexo femenino (68%), de acuerdo al estudio de Maslach y Jackson (1985) las mujeres sobrellevan mejor los conflictos laborales que los hombres. En mi estudio encontré al sexo femenino 28% con mayor porcentaje en la dimensión por culpa patológica., en la variable estado civil predominó los casados en un 54% se menciona que los casados favorecen a solucionar problemas, en la variable escolaridad los de nivel posgrado 29.4% no se presentó relevancia, sin embargo los trabajadores de escolaridad preparatoria 14.3% presentaron mayor porcentaje de desgaste patológico así como culpa patológica. La variable de tipo de contratación interinato presentó mayor porcentaje en ilusión baja y desgaste patológico. En cuanto a la edad los de 21 a 38 años de edad presentaron desgaste patológico, y la variable antigüedad hasta 7 años presentó mayor porcentaje de ilusión baja.

Mi estudio confirma la relación estadísticamente significativa en la presencia de SQT se asocia con el incremento de Enfermedades Crónicas Degenerativas.

Cuando se padece de SQT en los trabajadores, es de suma importancia que se implementen estrategias de intervención, y de acuerdo a los estudios de la literatura es importante conocer la patología identificarla y reconocerla Apoyo social, Apoyo organizacional,. Apoyo familiar, Condiciones de trabajo más flexible, Rotación de tareas, Pausas para la salud o descansos a mitad de jornada, Capacitación continua al personal trabajador, evitar doble turno laboral, tolerancia (dependerá del tipo de personalidad de cada individuo), cursos de motivación, trabajo en equipo, validar los compromisos cumplidos, son algunas de las estrategias que se sugieren en la unidad en estudio.



## X BIBLIOGRAFIA

- Atance M. J. Aspecto epidemiológico del Síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. España, 1997:71 (3) 293-303.
- Armand G, Daniel F., Rosa S., et-al El burnout Percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios:prevalencia y factores asociados;España 2008.
- Bernardo M.J,Raquel R.C., Eva E. Dpto de Psicología Biologica y de la Salud Universidda Autonoma.Madrid publicado en : Ansiedad y Estrés, 2001.
- E.Alvarez Gallegos, L. Fernandez Rios El Síndrome de Burnout o el Desgaste Profesional revisión de estudios.Rev Asoc.Esp. Neuropsiq. Vol. XI, N.º 39,1991.
- Freundenbergger, H, staff burnout Journal of social Issues 1974; 30:159165
- Fernando A.;Martha E.; Estres Agotamiento Profesional (burnout) y salud en profesores de acuerdo a su tipo de contrato. Universidad Autonoma de Morelos,2009.
- Gil-Monte PR, JM. Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse. Madrid:Editorial Síntesis; 1997.
- Gil Monte PR. La Evaluación y Diagnostico del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) Taller impartido en el 1er Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo”. Morelos, 2006.
- Gil-Monte; J.A. Garcia-Juescas; E.Núñez;N. Carretero;M.D.Roldán; M.Caro. Validez Factorial del Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, Universidad de Investigación Psicosocial de la conducta Organizacional (UNIPSIKO) Universidad de Valencia, 2006.[www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).
- Gil –Monte ;Síndrome de Quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de tomás?, Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones-2003.
- Fildago M.; NTP 705 Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout consecuencias evaluación y prevención, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Fildago M.; NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I) definición y proceso de generación, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Maslach,C. y Jackson, S.E. (1981).Maslach Burnout Inventory (2ª ed.).
- Maslach,C y Jackson,S.E. Maslach BURNOUT Inventory Manual. Palo Alto.
- Organización Panamericana de la Salud. Estudio Comparativo de las Condiciones de Trabajo de la Salud en Argentina, Brasil, Costa Rica,Perú 2010.
- LAZARUS, R.S Y S. FOLKMAN (1984), Stress, Appraisal and Coping, Nueva York, Springer Publishing Company.
- Silvana A. Savia HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año V, Número 8, V1 (2008), pp. 121- 138, [www.hologramatica.com.ar](http://www.hologramatica.com.ar) o [www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica](http://www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica) ISSN 1668-5024127.
- Melamed S.; Arie S.; Sharon T.; Itzhak S., Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: prospective study of apparently healthy employed persons,Psychosomatic medicine ,2006.

## XI ANEXOS

Anexo 1.



### TRABAJO Y SALUD CARDIOVASCULAR”

**LEA LO SIGUIENTE Y SI ESTÁ DE ACUERDO PONGA SU NOMBRE Y FIRMA**

*Firma de consentimiento:*

El abajo firmante manifiesto libre y voluntariamente que estoy de acuerdo en proporcionar esta información para el estudio de la FES Zaragoza, UNAM “**Relación del Estrés por el Trabajo y la salud cardiovascular de los trabajadores**”, cuyo objetivo consiste en conocer la frecuencia de este problema laboral en diferentes grupos de trabajadores y examinar su relación con indicadores de salud cardiovascular de los trabajadores.

Estoy consciente que los procedimientos consisten en contestar un cuestionario, tomarme la presión arterial, mi peso, talla y proporcionar una muestra de saliva; estos procedimientos no implican ningún riesgo para mi persona.

A algunos trabajadores se les solicitará además de forma voluntaria una muestra de sangre de 10 ml., para conocer cuáles son mis niveles de lípidos y otros elementos en mi sangre. Si doy la muestra de sangre se me entregará un reporte individual de mis resultados y recomendaciones para mejorar mi salud. Este procedimiento solo puede causar una ligera molestia o moretón en el sitio de toma de la muestra.

Los responsables del estudio se comprometen a respetarán mi confidencialidad y utilizar esta información para promover condiciones saludables en mi sitio de trabajo.

Es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que tenga una repercusión personal o laboral. También puedo solicitar información adicional a los responsables. Los responsables del estudio no proporcionarán sin mi consentimiento mi información personal a ninguna otra persona u organismo.

Al final del estudio los responsables me entregarán un reporte de los resultados generales obtenidos.

Para cualquier aclaración podré ponerme en contacto en cualquier momento con el responsable del proyecto, Dr. Horacio Tovalín Ahumada en la FES Zaragoza de la UNAM, al 56 23 07 08 ext. 106.

Nombre y Firma del trabajador:

Fecha:

Nombre y Firma del entrevistador1:

## CUESTIONARIO DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD-CONACYT/UNAM1

1. Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_ 2. Tiene otro trabajo: (Si) (No)
3. Nombre: \_\_\_\_\_ 4. Sexo: (Masc.) (Fem.) 5. Edad (años): \_\_\_\_\_
6. Edo. Civil: (Soltero) (Casado) (Unión Libre) (Divorciado) 7. Escolaridad: (Prim) (Sec) (Pre) (Tec) (Profe)(Posg)
- (Viudo) (Separado)
8. Número de hijos \_\_\_\_\_ 9. Dirección personal (Indicar Delegación y CP): \_\_\_\_\_
10. Antigüedad en el trabajo (años): \_\_\_\_\_ 11. Antigüedad puesto(años): \_\_ 11b. Otro trabajo: Si No
12. Turno: Mañana ( ) Tarde ( ) Noche ( ) Mixto ( ) 13. Contrato: Interinato ( ) Base ( ) Confianza ( )

- **TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE ES CONFIDENCIAL.**
- **LA INFORMACION PERSONAL NO SERA ENTREGADA A LA ADMINISTRACION.**
- **ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA MEJORAR SU TRABAJO.**
- **POR FAVOR TRATE DE CONTESTAR LO MÁS CERCANO A SU SITUACION LABORAL Y DE SALUD.**

### 14. POR FAVOR INDIQUE QUE TAN FATIGADO (CANSADO) SE SIENTE EN ESTE MOMENTO.

No fatigado	Poco fatigado	Algo Fatigado	Muy fatigado
1	2	3	4

### LEA CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA SOBRE SU ESTABILIDAD LABORAL, MARQUE CON UNA X

#### DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:

15. ¿Qué tan estable es su empleo?	1. Estable y regular	2. Es Temporal	3. Hay despidos frecuentes	4. Es temporal y hay muchos despidos frecuentes
16. ¿Con qué frecuencia estuvo en una situación cercana a que le despidieran?	1. No estuve en esa situación	2. Pocas Veces	3. Algunas veces	4. Frecuentemente
17. ¿Qué tan probable es que usted pierda su empleo en los próximos dos años?	1. Nada Probable	2. Poco probable	3. Algo probable	4. Muy probable

### ELIGE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SOBRE SU TRABAJO:

	No, Estoy Totalmente en Desacuerdo	Estoy en Desacuerdo	Estoy de Acuerdo	Sí, Estoy Totalmente de Acuerdo
18. En mi trabajo necesito aprender cosas nuevas	1	2	3	4
19. Mi trabajo implica muchas actividades repetitivas (que se repiten)	1	2	3	4
20. Para mi trabajo tengo que ser creativo/a (proponer cosas nuevas)	1	2	3	4
21. En mi trabajo puedo tomar muchas decisiones por mi mismo/a	1	2	3	4
22. Mi trabajo requiere de mucha habilidad (conocimiento, experiencia)	1	2	3	4
23. Tengo mucha libertad para decidir cómo hacer mi trabajo	1	2	3	4
24. Existe variedad (son distintas) en las actividades que realizo en mi trabajo	1	2	3	4
25. Mis opiniones cuentan mucho en mi trabajo	1	2	3	4
26. En mi trabajo tengo la oportunidad de desarrollar mis propias habilidades	1	2	3	4
27. Tengo que trabajar muy rápido	1	2	3	4
28. Tengo que trabajar muy duro	1	2	3	4
29. No se me pide que realice una cantidad excesiva de trabajo	1	2	3	4
30. Tengo suficiente tiempo para terminar mi trabajo	1	2	3	4
31. La seguridad en mi empleo es buena (es estable)	1	2	3	4

32. En mi trabajo tengo que responder a órdenes contradictorias, no claras	1	2	3	4
	No, Estoy Totalmente en Desacuerdo	Estoy en Desacuerdo	Estoy de Acuerdo	Sí, Estoy Totalmente de Acuerdo
33. Mi jefe se preocupa del bienestar del personal a su cargo	1	2	3	4
34. Mi jefe presta atención a lo yo que digo	1	2	3	4
35. Mi jefe ayuda a que el trabajo se realice	1	2	3	4
36. Mi jefe es bueno para lograr que se trabaje bien en equipo	1	2	3	4
37. Mis compañeros de trabajo son competentes para hacer su labor	1	2	3	4
38. Mis compañeros de trabajo se interesan en mí, como persona	1	2	3	4
39. Mis compañeros de trabajo son amigables	1	2	3	4
40. Mis compañeros de trabajo ayudan a que el trabajo se realice	1	2	3	4

**ELIJA UNA SOLA OPCIÓN PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SOBRE EL RECONOCIMIENTO A SU LABOR:**

	Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca
41. En mi trabajo mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	4	3	2	1	0
42. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario	4	3	2	1	0
43. En mi trabajo me tratan injustamente	0	1	2	3	4
44. Pienso que el reconocimiento que recibo en mi trabajo por mi desempeño es adecuado	4	3	2	1	0

**PIENSE CON QUÉ FRECUENCIA TIENE LAS SIGUIENTES IDEAS SOBRE SU TRABAJO:**

	Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
45. Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
46. No me apetece hacer ciertas cosas de mi trabajo.	0	1	2	3	4
47- Estoy harto/a de mi trabajo.	0	1	2	3	4
48. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
49. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
50. Me siento decepcionado/a por lo que es mi trabajo.	0	1	2	3	4
51. Creo que merezco algo mejor que este trabajo.	0	1	2	3	4
52. Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
53. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
54. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
55. Hay momentos en los que me gustaría desaparecer de mi trabajo.	0	1	2	3	4
56. Me siento agobiado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
57. Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
58. Pienso que estoy estancado/a y no progreso en mi	0	1	2	3	4

trabajo.					
	Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
59. Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
60. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
61. Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
62. Me siento desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
<b>63. Me siento ilusionado/a por mi trabajo.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>64. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>65. Creo que algunas cosas que hago en mi trabajo no sirven para nada.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>66. Pienso que la institución/empresa me está utilizando.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**A CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE SITUACIONES QUE PUEDEN HABER OCURRIDO EN SU TRABAJO INDIQUE CON QUE FRECUENCIA LE HAN OCURRIDO:**

	No ocurrido	ha	Pocas veces	Es frecuente	Muy frecuente
67. No dejan que se exprese	0		1	2	3
68. Critican su trabajo	0		1	2	3
69. Lo evitan	0		1	2	3
<b>70. Prohíben a otros que se le hable</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>71. Crean rumores falsos sobre usted.</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>72. Lo agreden los usuarios, trabajadores u otras personas</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

**INDIQUE CON QUE FRECUENCIA TIENE CONFLICTOS EN SU TRABAJO**

	Nunca	Raro algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
73. Tiene conflictos con su supervisor/a	0	1	2	3	4
74. Tiene conflictos con sus compañeros/as	0	1	2	3	4
<b>75. Tiene conflictos con otras personas</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>76. Tiene conflictos con la dirección del centro</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>77. Tiene conflictos con otros trabajadores del centro</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**LA SIGUIENTE PREGUNTA ES PARA PERSONAS QUE CONVIVAN CON ALGUIEN (PAREJA, HIJOS, PADRES...) SI VIVE SOLO/A, NO LA CONTESTE. ELIJA SOLO UNA RESPUESTA**

78. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?	
-Hago la mayor parte de las tareas familiares y domésticas	4
-Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas	3
-Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas	2
-Sólo hago tareas muy puntuales	1
-No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas	0

	Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca
79. Si no puedo hacer el trabajo doméstico ¿Las tareas domésticas se quedan sin hacer?	4	3	2	1	0
80. Cuando estás en el trabajo, ¿Piensas en las tareas domésticas y familiares?	4	3	2	1	0
81. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en el trabajo y en casa a la vez?	4	3	2	1	0

#### DURANTE SU TRABAJO SE EXPONE A:

82. Ruido excesivo (es difícil escuchar a otros)	1. Si	2. No
83. Mala iluminación	1. Si	2. No
84. Puede oler o usa sustancias irritantes o molestas	1. Si	2. No
85. Existe mucho polvo	1. Si	2. No
86. Debe tomar o mover objetos pesados	1. Si	2. No
87. Mantiene posturas incómoda durante su trabajo	1. Si	2. No
88. Tienen periodos cortos de descanso	1. Si	2. No
89. Su sitio de trabajo es inadecuado o peligroso	1. Si	2. No

#### ELIGE UNA OPCIÓN PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

90. ¿Qué tipo de medio de transporte utiliza durante el día? (puede marcar más de uno):	1. A pié ( ) 2. Microbús ( ) 3. Metro ( ) 4. Auto propio ( )	5. Metrobús ( ) 6. Taxi ( ) 7. Trolebús ( ) 8. Bicicleta ( )
91. ¿Cuánto tiempo tarda en transportarse de ida de su hogar a su trabajo?		
92. ¿Su casa está sobre una calle o avenida con tránsito intenso?	1. Si	2. NO
93. ¿Su casa es cercana a alguna fábrica o taller?	1. Si	2. NO
94. ¿Su casa es cercana a alguna gasolinera?	1. Si	2. NO

#### 95. POR FAVOR INDIQUE CUAL CONSIDERA QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN ESTE MOMENTO.

Muy mala	Mala	Buena	Excelente
1	2	3	4

#### INDIQUE CON QUÉ FRECUENCIA LE SURGE O SIENTE LO SIGUIENTE.

	Mejor de lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor
96. Se ha sentido perfectamente bien y con buena salud				
97. Ha sentido la necesidad de tomar un vitamínico	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
98. Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
99. Ha sentido la sensación de estar enfermo/a	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
100. Ha padecido dolores de cabeza	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
101. Ha tenido sensación de opresión o pesadez en la cabeza o que la cabeza le va a estallar.	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
102. Ha tenido oleadas de calor o escalofríos	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
103. Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
104. Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un jalón toda la noche	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
105. Se ha notado constantemente agobiado/a y en	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

<b>tensión</b>	absoluto	habitual	que lo habitual	que lo habitual
<b>106. Se ha sentido con los nervios de punta y malhumorado/a</b>	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>107. Ha tenido pánico sin motivo</b>	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>108. Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima</b>	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>109. Se ha notado nervioso/a y apunto de “explotar” constantemente</b>	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>110. Ha logrado mantenerse ocupado/a y activo/a</b>	Más activo de lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>111. Le cuesta más tiempo hacer las cosas</b>	Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
<b>112. Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo bien las cosas</b>	Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
<b>113. Se ha sentido satisfecho/a con las maneras de hacer las cosas</b>	Más satisfecho	Aproximadamente lo mismo.	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho que lo habitual
<b>114. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida.</b>	Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
<b>115. Se ha sentido capaz de tomar decisiones.</b>	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
<b>116. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?</b>	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
<b>117.¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b>	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>118. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b>	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>119. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b>	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>120. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</b>	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>121. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b>	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>122. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b>	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>123. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b>	Claramente no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES FRASES E INDIQUE QUÉ TANTO SE AJUSTAN A COMO ACTÚA ANTE SUS PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA (casa, trabajo, escuela, familia, etc.).**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
<b>124. Acostumbro acumular mis problemas porque me es difícil resolverlos prontamente</b>	1	2	3	4	5
<b>125. Cargo con mis problemas y a veces con los de los demás, aunque eso me afecte</b>	1	2	3	4	5
<b>126. Acostumbro pedir consejo a familiares, amigos o a mi pareja para resolver aquellos problemas que no puedo solucionar solo/a.</b>	1	2	3	4	5
<b>127. Pienso que los problemas por más difíciles que sean, tienen solución.</b>	1	2	3	4	5
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca



128. No planeo la solución de un problema, sólo dejo que ocurra algo que me ayude a solucionarlo.	1	2	3	4	5
129. Pienso que estar abierto/a a varias opiniones para resolver un problema tiene mejor resultado que centrarse sólo en una.	1	2	3	4	5
130. Cualquier solución puede funcionar para resolver los problemas	1	2	3	4	5
131. Yo creo que los problemas son consecuencia de nuestros errores y hay que aceptarlos.	1	2	3	4	5
<b>132. Para resolver un problema hay que reflexionar mucho y planear la mejor solución.</b>	1	2	3	4	5
<b>133. Un problema se resuelve cuando se es consciente de qué lo originó o causó.</b>	1	2	3	4	5
<b>134. Busco solucionar los problemas que se me presentan.</b>	1	2	3	4	5
<b>135. Para solucionar un problema busco el apoyo de familiares y amigos</b>	1	2	3	4	5
136. Considero que me merezco los problemas que me pasa.	1	2	3	4	5
137. Tener un problema me altera emocionalmente.	1	2	3	4	5
138. Cuando tengo un problema evito enfrentarlo directamente.	1	2	3	4	5
139. Creo que cada problema tiene sólo una solución.	1	2	3	4	5
<b>140. Me imagino cómo solucionar los problemas, pero no llevo a cabo esas soluciones.</b>	1	2	3	4	5
<b>141. Mis problemas se producen porque otras personas los provocan</b>	1	2	3	4	5
<b>142. Mis problemas se producen porque yo los provocho</b>	1	2	3	4	5

**INDIQUE SI UN MÉDICO O PSICÓLOGO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE LOS PASADOS 12 MESES**

Enfermedad	Diagnosticada por un médico o psicólogo		Enfermedad	Diagnosticada por un médico o psicólogo	
	Si	No		Si	No
143. Hipertensión arterial (Presión alta)	Si	No	154. Ansiedad	Si	No
144. Cardiopatía isquémica (Infarto)	Si	No	155. Migraña	Si	No
145. Diabetes Mellitus	Si	No	156. Alcoholismo	Si	No
146. Colesterol elevado	Si	No	157. Accidentes de tránsito	Si	No
147. Triglicéridos elevados	Si	No	<b>158. Accidente de trabajo</b>	Si	No
<b>148. Cirrosis hepática</b>	Si	No	<b>159 Violencias (asalto, agresión, etc.)</b>	Si	No
<b>149. Asma bronquial</b>	Si	No	<b>160. Úlcera, gastritis, duodenitis</b>	Si	No
<b>150. Bronquitis Crónica</b>	Si	No	161. Cáncer (¿Cuál?):	Si	No
<b>151. Alergias</b>	Si	No	162. Problemas sexuales	Si	No
<b>152. Fatiga</b>	Si	No	163. Otra enfermedad ¿cual?):	Si	No
<b>153. Depresión</b>	Si	No			
SI USTED CONSIDERA QUE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES SE RELACIONA CON SU TRABAJO <b>MÁRQUELA CON UN CÍRCULO EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS</b> A TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS O MOLESTIAS					
<b>164. Infecciones vías respiratorias,</b>	Si	No	171. Dolor en mano-muñecas	Si	No
<b>165. Otitis media</b>	Si	No	172. Dolor en brazos	Si	No
<b>166. Conjuntivitis</b>	Si	No	<b>173. Dolor en piernas</b>	Si	No
<b>167. Gastritis, úlcera, colitis</b>	Si	No	<b>174. Dificultad para conciliar el sueño</b>	Si	No
168. Dolor de cabeza intenso	Si	No	<b>175. Angustia sin razón alguna</b>	Si	No
169. Dolor de cuello	Si	No	<b>176. Sentirse estresado</b>	Si	No
170. Dolor de espalda	Si	No		Si	No

**DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES USTED SE INCAPACITÓ Y DEJÓ DE TRABAJAR POR 4 O**



<b>MÁS DÍAS A CAUSA DE:</b>		
177. Enfermedad general	Si	No
178. Enfermedad de trabajo	Si	No
179. Accidente de trabajo	Si	No
180. Accidente de trayecto (de transporte)	Si	No
181. Accidente no de trabajo	Si	No

<b>POR FAVOR INDIQUE SI DURANTE EL ÚLTIMO MES HA REALIZADO ESTAS ACTIVIDADES</b>		
182. Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte	SI	NO
183. Fuma	SI	NO
184. Toma bebidas con alcohol	SI	NO
185. Toma café normal (con cafeína)	SI	NO
<b>186. ¿Cuántos días a la semana hace ejercicio:</b>		
<b>187. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?:</b>		
<b>188. ¿Cuántas bebidas con alcohol toma a la semana?</b>		
<b>189. ¿Cuántas tazas de café normal toma al día?</b>		

<b>POR FAVOR INDIQUE LA CALIDAD DE SU SUEÑO</b>				
	Nunca	Rara Vez	Frecuente	Muy Frecuente
190. Duerme 6 o menos horas al día	1	2	3	4
191. Duerme mal y se levanta cansado	1	2	3	4
192. Le cuesta trabajo dormirse o se despierta en varias ocasiones durante la noche	1	2	3	4
193. Se mantiene con sueño durante el día.	1	2	3	4
194. Utiliza pastillas para dormir	1	2	3	4
195. Ronca	1	2	3	4

<b>ENCUANTO A LA RELACIÓN DE SU TRABAJO CON SU FAMILIA INDIQUE:</b>							
	Nunca (Ninguna vez)	Casi Nunca (Pocas veces al año)	Algunas veces (Una vez al mes o menos)	Regularmente (Pocas veces al mes)	Bastantes veces (Una vez a la semana)	Casi siempre (Pocas veces por semana)	Siempre (Todos los días)
196. Se lleva trabajo a su casa	0	1	2	3	4	5	6
197. Las demandas de su trabajo interfieren con su vida familiar	0	1	2	3	4	5	6
198. Las necesidades de su familia interfieren con su trabajo	0	1	2	3	4	5	6

**INDIQUE CUANTAS VECES O CON QUE FRECUENCIA SE HA SENTIDO ASÍ:**

	Nunca (Ninguna vez)	Casi Nunca (Pocas veces al año)	Algunas veces (Una vez al mes o menos)	Regularmente (Pocas veces al mes)	Bastantes veces (Una vez a la semana)	Casi siempre (Pocas veces por semana)	Siempre (Todos los días)
<b>199. En mi trabajo me siento lleno de energía</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>200. Me siento fuerte y vigoroso en mi trabajo</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>201. Estoy entusiasmado con mi trabajo</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>202. Mi trabajo me inspira</b>	0	1	2	3	4	5	6
203. Por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
204. Soy feliz cuando estoy absorto (metido) en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
205. Estoy orgulloso del trabajo que hago	0	1	2	3	4	5	6
206. Estoy inmerso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
207. Me “dejo llevar” (me absorbe) por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6

**Sobre su higiene bucal por favor indique lo siguiente:**

208. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?		
209. ¿Usa enjuague bucal?	Si	No
210. ¿Usa hilo dental?	Si	No
211. ¿Padece de inflamación y/o dolor de las encías?	Si	No
<b>212. Al cepillarse, ¿presenta sangrado?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>213. ¿Se le ha roto o dañado algún diente?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>214. ¿Le falta algún diente?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>215. ¿Usa puente o piezas postizas?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>216. ¿Le han diagnosticado enfermedad periodontal</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>

**¡Muchas gracias por su participación!**

**Sus respuestas servirán para proponer mejoras a sus condiciones de trabajo.**

Por favor revise si contestó todas las preguntas

<b>LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SERÁ ANOTADA POR EL ENTREVISTADOR.</b>			
<b>217. Peso Kg.:</b>	<b>218. Talla m.:</b>	<b>219. Cintura cm.:</b>	<b>220. Cadera cm.:</b>
<b>221. Frecuencia cardiaca:</b>	<b>222. Presión Diastólica Media:</b>	<b>223. Presión Sistólica Media:</b>	