

Diagnóstico de Salud de los trabajadores de los Centros de
Desarrollo Infantil de la Unidad de Servicios para la Educación
Básica del estado de Querétaro.

Ana Paulina
Ibáñez Pérez



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Ciencias Naturales

Diagnóstico de Salud de los Trabajadores de los Centros
de Desarrollo Infantil de la Unidad de Servicios para la
Educación Básica del Estado de Querétaro.

Trabajo escrito

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestra en Nutrición Clínica Integral

Presenta:

Ana Paulina Ibáñez Pérez

Dirigido por:

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha

Querétaro, Qro. a 24 de octubre del 2020.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Ciencias Naturales
Maestría en Nutrición Clínica Integral

DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LOS CENTROS DE
DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIDAD DE SERVICIOS PARA LA
EDUCACIÓN BÁSICA DEL ESTADO DE QUERÉTARO

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestro en Nutrición Clínica Integral

Presenta:

Ana Paulina Ibañez Pérez

Dirigido por:

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha

SINODALES

Dra. C.S. Blanca Lilia Reyes Rocha
Presidente

Firma

Med. Esp. Felipe de Jesús Dávila Esquivel
Secretario

Firma

Dra. C.S. Juana Elizabeth Elton Puente
Vocal

Firma

Dr. Moisés Pérez Mendoza
Vocal

Firma

Dra. María del Carmen Caamaño Pérez
Suplente

Firma

Centro Universitario.
Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (enero y 2021)
México

RESUMEN

Junto con los cambios en el estilo de vida de la población surgieron nuevos responsables de la enfermedad, como son el estrés y las enfermedades crónicas no transmisibles. Así mismo el trabajo debe ser considerado un determinante en el proceso de salud-enfermedad. El diagnóstico de salud en el trabajo es utilizado para evaluar la situación de salud en la población, actualmente no se cuenta con un análisis del perfil salud-enfermedad, calidad de vida y estilos de vida saludable en los CENDI dependientes de USEBEQ, por lo anterior se estableció como objetivo de este estudio evaluar el perfil salud-enfermedad de dichos trabajadores, y los determinantes psicosociales presentes. Es un estudio descriptivo transversal. Se incluyeron a 64 trabajadores, de edad y sexo indistinto. Se realizó la medición de peso, estatura, índice de masa corporal. Se aplicó una batería de instrumentos para medir variables sociodemográficas, laborales, calidad de vida laboral, estrés laboral, síndrome de Burnout, y perfil de estilos de vida. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de datos y para la relación de las variables de estudio se determinó con la prueba de χ^2 . Los resultados mostraron que el 90.6% de los trabajadores es mujer, 78.1% refiere contar con antecedentes heredofamiliares de enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que el 59.4% refiere no contar con enfermedades diagnosticadas. El 45.3% de los trabajadores tiene sobrepeso, y 26.5% tiene obesidad, siendo en su mayoría mujeres (80%). Se encontró relación estadísticamente significativa ($p < .05$) entre estrés laboral y perfil de estilo de vida ($\chi^2 = 7.723$), y sus dimensiones manejo del estrés ($\chi^2 = 4.587$) y responsabilidad en salud ($\chi^2 = 4.796$); así como entre las dimensiones del síndrome de burnout y estrés laboral, autoactualización (dimensión calidad de vida laboral), tensión arterial alta, perfil de estilos de vida y sus dimensiones soporte interpersonal y manejo del estrés. Se puede concluir que es una población susceptible a los problemas subsecuentes de padecer sobrepeso y obesidad, así como hipertensión y diabetes. **(Palabras clave: diagnóstico de salud, estrés, burnout, centros de desarrollo infantil)**

SUMMARY

Alongside lifestyle changes, new responsible factors for illness arose, which are stress and chronic not transmissible diseases. Likewise, work and its environment must be considered to be a determinant in the process of health - illness. The health diagnosis in the area of work is used to evaluate the situation of health in the population, at present, the CENDI dependent on USEBEQ is not counted by an analysis of the profile health - illness, quality of life, and healthy lifestyles. Therefore, the purpose of this study is to evaluate the health profile of the above-mentioned workpeople, and the psychosocial determinants present. It is a descriptive transverse study. 64 workpeople were included, of indistinct age and sex. Weight, height, and body mass index were measured. A series of instruments were applied to measure sociodemographic and work variables, quality of labor life, labor stress, burnout syndrome, and lifestyle profile. Descriptive statistics were used for the analysis of the information and for the relation of the variables of study it decided with the test of chi2. The results showed that 90.6 % of the workpeople are women, 78.1 % recounts have a family history of chronic not transmissible diseases, whereas 59.4 % recounts not have a previous illness diagnosed. 45.3 % of the workpeople have excess weight, and 26.5 % have obesity, mostly women (80 %). One found a statistically significant relation ($p < .05$) between labor stress and lifestyle profile ($\chi^2=7.723$), and its dimensions with stress ($\chi^2 = 4.587$) and health responsibility ($\chi^2 = 4.796$); as well as between the dimensions burnout syndrome and labor stress, auto-update (dimension quality of labor life), lifestyle profile and its dimensions interpersonal support and handling of stress. It is possible to conclude that it is a population capable of the subsequent problems of enduring excess weight and obesity, as well as hypertension and diabetes.

(Key words: health diagnosis, stress, burnout, daycare centers)

DEDICATORIAS

A mi esposo Guillermo y a mi hija María Emilia, que, a pesar de las adversidades y nuevos retos, estuvieron conmigo en todo momento y me motivaron a seguir adelante cuando más cansada estaba.

A mis padres Omar y Maru, por su apoyo incondicional no solo en esta etapa sino a lo largo de toda mi vida. Y porque nunca dejaron de recordarme que tenía que terminar la tesis.

A mis suegros Guillermo y Ana, que cuidaron diligentemente a mi hija cuando tenía que ir a clases.

A mi hermano, mi cuñada y mi sobrina, que me motivan a ser cada día una mejor persona.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, quien ha forjado mi camino para ser la persona que soy ahora. Por dirigir mis pasos y darme fortaleza, conocimiento y sabiduría a lo largo de mi vida. Al Él solo sea la gloria.

A la Universidad Autónoma de Querétaro, por haberme brindado una educación ejemplar a través de sus excelentes profesores y programas.

A mi directora de tesis, la Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha, por su paciencia, apoyo y confianza.

A mi comité sinodal, por sus consejos y por tomarse el tiempo para enriquecer el presente trabajo.

A la USEBEQ, así como al personal de los CENDI que participaron en este estudio.

A mi familia, que siempre me brindó su apoyo y amor de manera incondicional. Gracias por confiar en mí.

A mis viejos y nuevos amigos, ustedes hicieron la diferencia en todo momento. Gracias por su apoyo, consejos, y tantos buenos momentos juntos.

ÍNDICE

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DEDICATORIAS	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	3
2.1 Salud y Enfermedad	3
2.1.1 <i>Enfermedades crónicas no transmisibles</i>	5
2.1.2 <i>Obesidad</i>	6
2.1.3 <i>Hipertensión arterial</i>	7
2.1.4 <i>Diabetes Mellitus</i>	9
2.2 Salud en el trabajo	11
2.2.a <i>Factores de riesgo psicosociales</i>	11
2.2.b <i>Estrés laboral</i>	12
2.2.c <i>Estrés laboral y Burnout</i>	13
2.3 Diagnóstico de Salud	14
2.4 Diagnóstico de Salud en el Trabajo	15
2.5 Problemas de Salud en el Docente	16
2.6 Características de la educación básica e inicial en México	19
2.7 Problemas de Salud en docentes en México	21
III. OBJETIVOS	24
IV. HIPÓTESIS	25
V. MATERIALES Y MÉTODOS	26
5.1 Tipo y diseño de estudio	26
5.2 Universo y muestra	26
5.3 Criterios de selección	26
5.4 Plan para la recolección de datos	26
5.4.1 <i>Medidas antropométricas, presión arterial y glucosa capilar</i>	27

5.4.2 Estrés laboral	28
5.4.3 Síndrome de Burnout	29
5.4.4 Estilo de vida saludable	30
5.4.5 Calidad de Vida Laboral	31
5.5 Análisis estadístico	32
5.6 Ética del estudio	32
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES	55
VI. REFERENCIAS	57

Dirección General de Bibliotecas UAG

ÍNDICE DE TABLAS

1. Clasificación de obesidad por índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de cintura -----	7
2. Clasificación tensión arterial de acuerdo con las cifras obtenidas en consultorio (mmHg)-----	8
3. Criterios de riesgo y diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) -----	10
4. Valores de referencia y dimensiones evaluadas del instrumento Maslach Burnout Inventory-----	29
5. Valores de referencia generales y por dimensiones del instrumento PEPS-I ---	30
6. Valores de referencia indicadores de riesgo por dimensión del instrumento CVT-GOHISALO. -----	31
7. Características sociodemográficas de los trabajadores (n=64) -----	34
8. Características Laborales de los trabajadores n=64 -----	36
9. Grados de estrés laboral encontrados en los trabajadores-----	45
10. Síndrome de Burnout y dimensiones en los trabajadores-----	47
11. Tabla de contingencia Síndrome de Burnout- Agotamiento Emocional vs Puesto de Trabajo-----	48
12. Perfil de Estilos de Vida y dimensiones en los trabajadores -----	49
13. Relación de las variables de estudio: Estrés Laboral y perfil de estilo de vida con dimensiones. -----	51
14. Relación de las variables de estudio: Síndrome de Burnout y estrés laboral, enfermedades crónicas no transmisibles, calidad de vida laboral y perfil de estilos de vida con dimensiones.-----	52

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Antecedentes heredofamiliares de los trabajadores.	35
2. Antecedentes personales patológicos presentes en los trabajadores	35
3. Presencia de sobrepeso y obesidad por IMC en los trabajadores.....	38
4. Porcentaje de grasa corporal en los trabajadores.....	38
5. Relación circunferencia de cintura/cadera y riesgo cardiovascular en trabajadores	39
6. Calidad de Vida Laboral por Dimensiones	40
7. Puesto vs dimensiones con buena CVL.....	43
8. Puesto vs dimensiones con regular y mala CVL.....	44
9. Presencia de Estrés Laboral por puesto de trabajo	46
10. Grados de Estrés Laboral por puesto de trabajo	46

Dirección General de Bibliotecas UAG

I. INTRODUCCIÓN

La salud tiene como determinantes los procesos sociales en los que se encuentra cada individuo; es por esto que es definida de manera integral por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez” (OMS, 1948).

El estilo de vida es la forma en como los individuos o grupos realizan sus actividades cotidianas y que repercuten en la salud; por ello es que un estilo de vida puede ser promotor de la salud procurando el bienestar, mientras que uno poco considerado saludable se relaciona con factores de riesgo que contribuyen a la presencia de enfermedad (Gamarra, 2010).

Dentro del contexto social de cada individuo, el trabajo debe de ser considerado un determinante en el proceso de salud-enfermedad, ya que se asocia al crecimiento y desarrollo personal, genera valores y afecta también su fisiología (García, 1994).

La calidad de vida laboral (CVL) sugiere que las condiciones en que se realiza el trabajo afectan no solo en su calidad, sino también en el bienestar, la salud, la seguridad, la motivación, el compromiso, la satisfacción y el rendimiento laboral del empleado; y se ve involucrado también en enfermedades laborales (Martínez, 2013; Vázquez, 2017).

Los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales, y los avances en la atención a la salud, han transformado las características de la población mexicana, modificando el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, así como la morbilidad y la mortalidad. Debido al desarrollo y la urbanización hubo cambios en los estilos de vida de la población, y surgieron nuevos responsables de la enfermedad; estos son el estrés, tabaquismo, hipertensión arterial, sedentarismo, alimentación de alta densidad energética, sobrepeso, obesidad y niveles de colesterol elevados (Soto, Moreno y Pabua, 2016).

La Organización Internacional del Trabajo (OTI), reconoce al estrés laboral como una preocupación para el empleador y los trabajadores ya que éste afecta a cualquier trabajador y a cualquier trabajo (Rodríguez, 2009). El estrés ocupacional puede afectar al trabajador en sus respuestas psico-fisiológicas implicadas en patologías y la vulnerabilidad, así como en la vía de toma de decisiones o hábitos adoptando un estilo de vida poco saludable (Chen, Wong y Yu, 2008). Las principales patologías con las que se relaciona el estrés laboral se encuentran las enfermedades cardiovasculares, obesidad y sobrepeso, dislipidemias e hipertensión arterial (Navinés, Martín-Santos, Olivé y Valdés, 2016). Se conoce que el riesgo de contraer trastornos de tipo psíquico y psicosomático en el trabajo es mayor en ciertas áreas profesionales como en los servicios de salud o en área educativa.

Los problemas en salud más importantes en los docentes en América Latina son los asociados a exigencias ergonómicas, los relacionados con enfermedades mentales como estrés y depresión, y las enfermedades crónicas y estacionales (Robalino, 2004).

La educación inicial en México involucra la atención brindada a niños de los 0 a los 5 años con 11 meses, y ésta se otorga en los Centros de Educación Infantil (CENDI) en donde se ve involucrado personal docente, auxiliar, de nutrición y cocina, médico, psicóloga, trabajador social, administrativo e intendencia. Actualmente no se cuenta con un análisis del perfil salud-enfermedad y calidad de vida, así como estilos de vida saludable del personal que labora en dichas instituciones; por lo que al conocer la situación actual se tendría una herramienta valiosa para los tomadores de decisiones en la medida que permita formular alternativas de solución que contribuyan al bienestar de los trabajadores.

Por lo anterior, se planteó llevar a cabo el presente estudio con el propósito de: evaluar el perfil salud-enfermedad de los trabajadores de los CENDIs del estado de Querétaro dependientes de USEBEQ, y los determinantes psicosociales presentes en éste.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Salud y Enfermedad

En el año de 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), plasmó la definición más importante que se tiene con respecto a la salud, que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Se puede decir, por lo tanto, que la salud es un fenómeno multidimensional y multicausal, que, aunque descansa en la competencia médica, se relaciona con la biología, la psicología, la economía y la política; y es un asunto al mismo tiempo individual como colectivo (Alcántara, 2008).

Dado que la salud es multicausal, existen diferentes determinantes que afectan las condiciones de salud individual y como grupo poblacional, las cuales se manifiestan en un periodo de tiempo específico y son el resultado de la interacción de procesos biológicos, sociales, económicos, culturales, tecnológicos e ideológicos, entre otros (OMS, 1948).

La OMS, dentro del marco de “Salud para todos en el 2000”, centra su atención en los aspectos positivos de la salud, en lugar de destacar la enfermedad; en esto proponen asegurar el desarrollo y la plena utilización del potencial físico y mental integral de las personas para disfrutar una vida sana, reducir la mortalidad y la incapacidad, y luchar en contra de la muerte prematura y alargar la esperanza de vida. La OMS contempla las necesidades de la adquisición de un estilo de vida sano, con patrones de conducta, valores y actitudes adaptados para cada individuo en respuesta a su ambiente económico, cultural y social.

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen se conocen como determinantes sociales de la salud. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS-OMS) refiere que “los

determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (OMS, 2010).

Los cambios de estilo de vida y la mayor esperanza de vida en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México.

Salgado-de Snyder y Guerra y Guerra (2014) realizaron un análisis del panorama general de la investigación hecha en México sobre los determinantes sociales en salud, en donde se analizaron 145 artículos del periodo de enero del 2005 a mayo del 2012; en estos se encontraron y dividieron nueve categorías de determinantes que fueron: enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares; enfermedades infecciosas; sistemas de salud como acceso y calidad de los servicios de salud; condiciones de salud y atención a la salud; nutrición y obesidad; pobreza y exclusión social; salud sexual y reproductiva; violencia; y otros en donde se agrupa migración, políticas de salud y programas gubernamentales, condiciones de vida, cultura, valores y medio ambiente.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuyen a la mortalidad por diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad cerebrovascular. Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las dislipidemias, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, una dieta inadecuada y el síndrome metabólico. Este grupo de padecimientos constituyen uno de los mayores retos que enfrentan el sistema de salud debido al gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la aparición en edades cada vez más tempranas, el hecho de que son la causa más frecuente de incapacidad prematura, así como la complejidad y costo elevado de su tratamiento (Córdova-Villalobos et al., 2008; Barba, 2018).

México es uno de los países con mayor prevalencia de síndrome metabólico (36.8%), sobrepeso y obesidad (71.3%) e hipertensión arterial (31.5%). Debido a su cronología, magnitud y extensión, las causas pueden relacionarse con cambios ambientales, modificaciones en la conducta humana en específico, la conducta alimentaria (Moreno et al, 2014; Arroyo, 2008).

2.1.1 Enfermedades crónicas no transmisibles

Los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales, y los avances en la atención a la salud, han transformado las características de la población mexicana, modificando el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, así como la morbilidad y la mortalidad. Debido al desarrollo y la urbanización hubo cambios en los estilos de vida de la población, y surgieron nuevos responsables de la enfermedad; estos son el estrés, tabaquismo, hipertensión arterial, sedentarismo, alimentación de alta densidad energética, sobrepeso, obesidad y niveles de colesterol elevados (Soto, Moreno y Pabua, 2016).

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan un reto para los sistemas de salud, esto debido al gran número de personas afectadas, su contribución a la mortalidad general, su aparición a edades tempranas, son la causa de incapacidad prematura y los altos costes que genera en su tratamiento. Estas enfermedades son un grupo de padecimientos que llevan a los siguientes desenlaces: diabetes, enfermedad cardiovascular y enfermedad vascular cerebral. Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, concentraciones elevadas de lípidos en sangre, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabólico (Córdova et al, 2008).

El surgimiento a nivel mundial de la epidemia de estas enfermedades, lleva a pensar que, dada su cronología, magnitud y extensión, sus causas deben de estar

relacionadas con cambios profundos que modifican la conducta humana, en especial la alimentaria (Arroyo, 2008).

2.1.2 Obesidad

Es una enfermedad multifactorial y compleja; es el resultado del desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía; y es un factor de riesgo para padecer diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades musculo esqueléticas y cardiovasculares (Barba, 2018)

Históricamente, se sabe de la existencia de la obesidad desde el año 40, 000 a. de C.; Hipócrates (460-370 a. de C.) la identificó como un problema de salud, ya que afirmaba que la muerte súbita era más común en personas naturalmente gordos y la asoció con infertilidad y fatigabilidad; sin embargo, hasta el decenio de 1930 fue aceptada por la comunidad científica como una enfermedad. En el año 2000, la OMS definió la obesidad como “una enfermedad mortal, que acorta la vida y produce o agrava diversas enfermedades...siendo una epidemia global”, afectando en el mundo a 350 millones de personas con obesidad y a dos billones con sobrepeso (Córdova, Martínez, Rubio, 2014).

En el año de 1996, se estableció el índice de masa corporal (IMC), que resulta en dividir el peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros. Hoy en día es el indicador más utilizado para identificar la obesidad. Así mismo se utiliza como método más práctico, en la clínica, para medir la grasa intraabdominal mediante la medición de la circunferencia de cintura (Tabla 1) (Moreno et al, 2014).

Tabla 1**Clasificación de obesidad por índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de cintura**

	IMC (kg/m ²)	Clase de obesidad	Riesgo de Enfermedad	
			Hombre <102cm Mujer <88cm	Hombre ≥102cm Mujer ≥88cm
Bajo Peso	<18.5		-	-
Normal	18.5-24.9		-	-
Sobrepeso	25-29.9		Aumentado	Alto
Obesidad	30.0-34.9	I	Alto	Muy alto
	35.0-39.9	II	Muy alto	Muy alto
Obesidad extrema	>40	III	Extremadamente alto	Extremadamente alto

Fuente: Barba Evia, J. R. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 1(65), 4-17.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en México ha aumentado en los últimos 30 años, llevándolo a ocupar actualmente a nivel mundial el segundo lugar en obesidad en adultos y el primero en población infantil. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en el adulto fue de 71.3%, sin embargo, para el año 2018 el porcentaje de adultos de 20 años y más con esta enfermedad fue de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), siendo esta mayor en mujeres con un 76.8% que en hombres con 73% (ENSANUT, 2018).

2.1.3 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo cardiovascular, cerebrovascular y falla renal más importantes. Las complicaciones que se presentan por la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la presión y

el tiempo de evolución de la enfermedad; por lo tanto, si se establece el tratamiento de manera oportuna trae consigo beneficios al prevenir las complicaciones y tener menor riesgo de mortalidad. 95% de las personas que padecen hipertensión arterial no tienen una etiología conocida de su padecimiento, siendo conocido como causa primaria o esencial; sin embargo, ya se tienen identificados factores relacionados con su aparición como son la edad, dietas altas en sodio y grasas saturadas, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, dislipidemias y diabetes (Barba, 2018).

Históricamente, se conoce la HTA desde el año 2600 a. de C., conocida en ese entonces como la enfermedad del pulso fuerte; y fue en el año de 1913, que Janeway le dio el nombre de enfermedad vascular hipertensiva (Córdova, 2014).

Tabla 2
Clasificación tensión arterial de acuerdo con las cifras obtenidas en consultorio (mmHg)

	Presión Sistólica	Presión Diastólica
Presión arterial óptima	<120	<80
Presión arterial subóptima	120-129	80-84
Presión arterial limítrofe	130-139	85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	100-109
Hipertensión Grado 3	>180	>110

Fuente: PROYECTO-NOM-030-SSA2-2017

En México, la HTA tiene una prevalencia de 34.3% en adultos de entre 20 y 69 años, y cerca del 50% de los afectados desconocen que tienen la enfermedad y por lo tanto no reciben tratamiento oportuno. Se estima que del 10 al 15% de las personas que padecen hipertensión tienen hipertensión resistente a fármacos y solo la mitad de los que reciben tratamiento tienen sus cifras tensionales dentro de los rangos establecidos por la Norma Oficial Mexicana y los estándares de la American Heart Association (Barba, 2018; ENSANUT, 2016).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-2017) la clasificación de la hipertensión y la valoración del riesgo se realiza en base a ambas cifras tensionales (Tabla 2). Para establecer el diagnóstico de hipertensión se requiere que cualquiera de las dos mediciones, sistólica o diastólica, supere las cifras consideradas como límites; y se puede, por lo tanto, hablar de personas con hipertensión de predominio diastólico, diastólicos puros, de predominio sistólico o sistólica aislada pura (Barba, 2018).

2.1.4 Diabetes Mellitus

Históricamente, la primera aparición de la diabetes mellitus fue en 1552 a. de C., en el papiro de Ebers, en donde se describe como el orinar el exceso con pérdida de peso. En el año 600 a. de C., fue descrito como una enfermedad que produce orina dulce en exceso. El término mellitus fue añadido por John Rollo en el año de 1789, esto para diferenciarla de otras diabetes con orina sin sabor. En el año de 1871 se inició el tratamiento con dietas individualizadas, al observar la desaparición de glucosuria en los pacientes con bajo racionamiento de comida. Fue en el año de 1889, en donde Minkowki y von Mering, al extirpar el páncreas, vieron que se originaba la enfermedad; y en 1901 Opie la relacionó con la insuficiencia de los islotes de Langerhans. Fue en el año de 1936 cuando se dividió con base a la sensibilidad a la insulina en tipo 1 y 2 por Himsworth (Córdova, 2014).

Es definida como una enfermedad sistémica, crónica, heterogénea, de origen multifactorial, con grados variables de predisposición genética, y con participación de factores ambientales que llevan a hiperglucemia crónica debido a la producción o acción deficiente de insulina, por lo que se afecta el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. El tipo 2 es la más frecuente, y se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre debido a la deficiencia absoluta o relativa de la acción de insulina, que se conoce como resistencia a la insulina; la prevalencia es mayor en adultos y ancianos, sin embargo, ha incrementado la presencia de esta

enfermedad en la población pediátrica (Barba, 2018).

En México la diabetes en adultos mayores de 45 años, constituye la primera causa de mortalidad, de años perdidos por muerte prematura, de años vividos con discapacidad, de años saludables perdidos, de ceguera adquirida en edad productiva, de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y de insuficiencia renal crónica. Así mismo, su detección temprana representa un reto, ya que, en muchos casos al ser diagnosticada, la enfermedad lleva entre siete y diez años de evolución y ya se presentan complicaciones (Barba, 2018).

Tabla 3
Criterios de riesgo y diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM)

Prueba	Riesgo de padecer DM		Diagnóstico
	Bajo	Aumentado	
FPG	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	≥ 126 mg/dl
2h PG (OGTT)	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	≥ 200 mg/dl
Hemoglobina A1c	<5.7%	5.7-6.4%	≥ 6.5%

Fuente: *PROY-NOM-015-SSA2-2018*

FPG, glucosa plasmática en ayuno de por lo menos 8 horas. 2h PG, glucosa en plasma a las dos horas. OGTT, prueba de tolerancia a la glucosa oral.

Como criterios diagnósticos de la diabetes mellitus se utilizan los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, American Diabetes Association) (Tabla 3). La alteración en la tolerancia a la glucosa y niveles elevados de glucosa en sangre en ayuno se consideran como la etapa previa a la historia natural de la diabetes, y en caso de estar alteradas son indicativas de tener un alto riesgo de desarrollar diabetes. La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (NOM-015-SSA2-2010), define un caso probable de diabetes, en una persona que al momento de la detección mediante glucemia capilar se encuentre en ayuno >100mg/dl, o casual de >140mg/dl (Barba, 2018).

2.2 Salud en el trabajo

El trabajo es una actividad humana fundamental que permite transformar la naturaleza en busca de satisfacer necesidades, con el posterior desarrollo de capacidades físicas y mentales; por lo que al analizar la salud de forma integral se debe de considerar cómo el trabajo influye en la salud de las personas (Escalona, 2006).

Con el paso del tiempo, los hombres y las mujeres han estado sometidos a situaciones referidas al trabajo, las cuales implican de manera inevitable una situación de riesgo para la salud o la vida. El riesgo de trabajo representa la probabilidad de accidentarse o enfermarse como consecuencia de la actividad que se realiza o el medio en el cual se permanece durante el desempeño de dicha actividad (Rodríguez et al., 2009).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2015), define las enfermedades laborales como aquella contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. En algunos países, solo se incluye dentro de la definición aquellas enfermedades que se manifiestan por los riesgos físicos, químicos y biológicos; olvidando los riesgos psicosociales y ergonómicos.

2.2.a Factores de riesgo psicosociales

Los factores de riesgo psicosociales son aquellas acciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, y que afectan el bienestar o la salud (física, psíquica y social) del trabajador, como el desarrollo del trabajo (Álvarez, 2006).

A diferencia de otros agentes de riesgo, como lo son los químicos o físicos, los factores de riesgo psicosociales representan un campo de interés, ya que epidemiológicamente se ha mostrado su impacto sobre la salud. Se ha identificado que estos factores de riesgo son condiciones de trabajo estrechamente relacionadas con su organización, y son causa de enfermedad. Se refiere principalmente a ritmos e intensidades de trabajo excesivos, tiempos incontrolables, desconsideraciones y ninguneo, trato injusto, futuro inseguro; en general, e condiciones laborales que no permiten el aprendizaje, el crecimiento y la autonomía de los trabajadores, incapacitándolos para ser seres sociales, creativos, con capacidad para aprender y decidir sobre su vida cotidiana y sobre su futuro (Moncada, 2007).

2.2.b Estrés laboral

Se denomina estrés como aquel estado de activación biológica antihomeostática que se produce cuando el organismo fracasa en sus intentos de adaptarse a las demandas de su entorno inmediato. Las circunstancias que generan estrés pueden derivarse de diversos acontecimientos como problemas laborales, dificultades económicas y amenazas a la salud (Valdés, 2015).

El estrés laboral se define como una respuesta psicobiológica nociva, que se presenta cuando los requisitos de un trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador (Nakao, 2015).

El estrés laboral puede estar relacionado con el trabajo en sí mismo, como la carga laboral o la escasa posibilidad de tomar decisiones; así como con el contexto organizacional o el ambiente laboral, como son escasa comunicación o conflictos interpersonales y las dificultades para conciliar la vida familiar con el trabajo. Este factor de riesgo tiene considerables variaciones individuales, ya que depende de la

personalidad del trabajador, así como los diferentes estilos de su afrontamiento (Montero et al., 2014).

Se ha relacionado con numerosos efectos adversos sobre la salud física y mental por lo que se ha convertido en un problema de salud creciente en los trabajadores. Los mecanismos etiológicos por los que el estrés laboral acaba promoviendo la aparición y la progresión del síndrome metabólico y de enfermedades cardiovasculares puede ser indirectos, con la alteración de estilos de vida saludable y favoreciendo conductas como el tabaquismo, la mala alimentación, o el sedentarismo. Sin embargo, también existen mecanismos directos. Uno de ellos tendría que ver con la inducción de una respuesta inflamatoria a través de la producción de citosinas y reactantes de fase aguda. Una respuesta inflamatoria a un estresor agudo puede ser adaptativa, pero un estado inflamatorio crónico, como el que se presenta en una situación de estrés, puede relacionarse con procesos como el desarrollo de placas de aterosclerosis, que, a la larga, provocarían la aparición de enfermedades cardiovasculares. Una situación de estrés laboral mantenida también puede activar el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) y aumentar la cortisolemia, que favorecería a la larga la aparición de estos trastornos y en especial la hipertensión arterial (Nakata, 2012; Navínes et al., 2007).

2.2.c Estrés laboral y Burnout

Se utilizó por primera vez el término de Burnout en el año de 1974, y fue para describir los síntomas que experimentaba los trabajadores de una clínica para tratar toxicómanos en Nueva York; el cual explicaba el cuadro de proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se presentaban. Y aunque fue descrito primeramente en los profesionales sanitarios, se observó posteriormente en los profesionales docentes y de mediación social, que tenían en común un trabajo basado en la ayuda a otros individuos. El burnout se define como un estado de agotamiento psicobiológico relacionado con el trabajo, por las actividades que

implican cuidado o por la prestación de servicios de ayuda (Freudenberger, 1974; Navinés et al., 2016).

El síndrome de burnout se ha relacionado con síntomas psicossomáticos como son astenia, cefalea, alteraciones gastrointestinales, pérdida de peso y dolor; así como con síntomas psicológico-emocionales, como dificultad de atención y concentración, irritabilidad, pérdida de autoestima, ansiedad e hipotimia, así como síntomas conductuales como mayor propensión a abuso de tranquilizantes, alcohol y otras drogas, absentismo laboral, incumplimiento de horarios, distanciamiento y mayor riesgo de errores profesionales (Montero et al., 2014).

Al comenzar una situación de estrés, el organismo reacciona produciendo una activación en el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal con un aumento en la secreción de cortisol, acompañada de una respuesta inflamatoria con liberación de citosinas. Cuando esta respuesta adaptativa se prolonga en el tiempo, se transforma en una respuesta desadaptativa, y conlleva agotamiento psicobiológico y predispone a enfermedades proinflamatorias, como síndrome metabólico, dolor crónico o enfermedad cardiovascular, acompañada con enlentecimiento, fatiga o depresión (Navinés et al., 2016).

2.3 Diagnóstico de Salud

El diagnóstico de salud es una herramienta en la salud pública que permite identificar las necesidades de la población y los recursos que tiene disponibles para la propuesta de soluciones viables a la problemática (Luz Arenas et al., 2015).

Los tres ejes principales en los que se enfoca el diagnóstico de salud son en primer lugar las necesidades de la población, problemas sociales y de salud-enfermedad (riesgos, morbilidad y mortalidad); en segundo son los determinantes sociales; y en tercer lugar los recursos y servicios (Monreal et al., 2008).

El diagnóstico de salud, se realiza mediante la obtención de datos de todos los factores que permitan determinar cuál es el estado del proceso salud-enfermedad en una población. Los objetivos de mismo son (Tancredi, Ávila, 2006):

- Realizar el reconocimiento del ámbito demográfico, socioeconómico, ambiental, epidemiológico y de organización de los servicios de salud en un lugar determinado.
- Realizar la identificación de los principales problemas de salud existentes en dicho lugar.
- Ayudar a priorizar los problemas de salud.
- Facilitar la posterior toma de decisiones para el desarrollo de programas dirigidos a solucionar los problemas identificados y priorizados, y realizar una posterior evaluación.

2.4 Diagnóstico de Salud en el Trabajo

Considerando a la salud como un fenómeno multifactorial en donde interactúan factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos; se puede establecer una relación estrecha entre la salud y el trabajo, ya que la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que considera los ambientes en los que se desenvuelve la actividad humana. Por tal motivo, incluso la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2014) reitera que “no es el trabajo en sí mismo lo que enferma, enferman las malas condiciones de trabajo”.

La OIT, ha creado un programa SafeWork, que tiene como objetivo crear conciencia sobre las dimensiones y consecuencias de los accidentes laborales, lesiones y enfermedades, además de poner en la agenda internacional la salud y la seguridad de todos los trabajadores; y estimular las acciones prácticas en todos los niveles. Así mismo, este programa incorpora la promoción de la salud en el lugar de trabajo para tratar problemas emergentes, como prevenir el abuso de drogas y alcohol, el estrés relacionado con el trabajo, la violencia, promover espacios libres

de tabaco y estilos de vida saludables (INSHT, 2011).

La OIT en el 2013, señaló que algunos de los riesgos tradicionales en los trabajadores han disminuido, esto por el aumento en la seguridad, en los adelantos tecnológicos y en la mejoría de la normatividad existente; sin embargo, se ha registrado un aumento en nuevos tipos de enfermedades profesionales, los cuales no presentan medidas de prevención, protección y control. Dentro de los riesgos emergentes se encuentran los factores psicosociales. Estos factores de riesgo son un problema global que afecta a todos los países, todas las profesiones y a todos los trabajadores en países desarrollados y en vías de desarrollo (PROY-NOM-035-STPS-2016).

El diagnóstico de salud en el trabajo es utilizado para evaluar la situación de salud de la población, para posteriormente proponer acciones viables y factibles para la solución de problemas de salud existentes (Monreal et al., 2008).

El diagnóstico de salud en el trabajo es un proceso de análisis y síntesis, con metodología científica, que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población trabajadora, incluyendo los daños y problemas de salud, y sus determinantes. Con esta información se pretende identificar y priorizar las necesidades en salud, para posteriormente definir estrategias de intervención (Castillo et al, 2013).

2.5 Problemas de Salud en el Docente

Con lo que respecta a los trabajadores en la educación, el crecimiento económico y la globalización no han tenido un efecto en aumento de la calidad de vida de la ciudadanía; siendo más bien el aumento en la pobreza y en la desigualdad social. La educación se considera un acto que permite al ser humano comprender sus necesidades y potenciar sus fortalezas; por lo que la educación escolar persigue

el cumplimiento de los derechos humanos. Siendo entonces prioridad por parte del estado los factores que intervienen en el ámbito laboral, condiciones de vida del profesorado, identidad y valoración social y su salud frente a su desempeño (Zamora, 2016).

En México, la palabra docente transmite la imagen de un trabajador asalariado, que, a pesar de desempeñar tareas de alta calidad, se encuentra sometido a autoridades burocráticas, cuenta con salarios bajos, pocas prestaciones y jornadas extenuantes. El trabajo del docente no solamente se centra en la enseñanza, también llevan a cabo tareas de orden administrativo, trabajos fuera del su horario laboral, constante actualización y renovación de conocimientos, así como el constante lidiar con padres de familia, la administración de la escuela y los propios compañeros de trabajo. Ya que la labor del docente y de los trabajadores en las escuelas es más de tipo intelectual o de servicios comparándola con otro tipo de labores industriales; éstos tienen una menor exposición a riesgos, pero un alto nivel de exigencia (Rivero& Cruz, 2008). Esteves (2005) señala “La enseñanza puede vivirse con optimismo, y convertirse en una forma de autorrealización profesional, ya que en ella podemos redacción en tercera persona darle sentido a toda una vida. Por otra parte, no es posible esconder la otra cara de la profesión docente: una profesión exigente, a veces físicamente agotadora, sujeta siempre al juicio de un público que con sus preguntas no pone a prueba, no solo en nuestros conocimientos sino también en nuestra propia coherencia personal”.

Las condiciones de trabajo hacen referencia al ambiente dentro de la institución para que, en términos de calidad, higiene, seguridad y salud del trabajador, éste desarrolle sus funciones y evitar riesgo mientras lo desempeña. Se conoce que existe una influencia entre las condiciones de trabajo y la salud del trabajador en su rendimiento laboral; así como que la existencia de procesos saludables o peligrosos en el trabajo pueden beneficiar o afectar a los trabajadores. En el campo de la educación hay pocos estudios sobre dichas condiciones, ya que

se ha visto la docencia como un apostolado o “servicio social” y no fue hasta hace poco que se conceptualizó la docencia como una profesión. Si se ve a la docencia como un apostolado, se puede entender que es un trabajo de sacrificio y renuncia, en donde el trabajo en condiciones inadecuadas, o caminar largas distancias hasta la escuela, contar con recursos didácticos limitados y padecer enfermedades debidas al mismo; eran consecuencias aceptadas para el docente (C et al, 2005).

En el sector docente, refieren Baeur et al. (2007) en un estudio de 949 profesores alemanes, se encuentra que factores como alta carga de trabajo, el tamaño del grupo de clases, falta de apoyo de los compañeros y el mal comportamiento de los alumnos, son los que más influyen en la mala salud de los profesores. Así mismo, la European Trade Union Committee for Education (ETUCE, 2011) encuentra que los factores de estrés para los maestros es la intensidad del trabajo, la sobrecarga de este, el tamaño de la clase y el comportamiento inaceptable de los estudiantes. La presencia de estos factores puede conducir al desgaste, depresión y agotamiento emocional, alto ausentismo, enfermedad, problemas de sueño y enfermedades cardiovasculares.

En Latinoamérica, en un estudio multicéntrico, se encontró que se pueden identificar tres categorías dentro del patrón patológicos de los docentes. Estas son problemas relacionados con exigencias ergonómicas, problemas de salud mental y problemas de salud en general como enfermedades estacionales y enfermedades crónicas. Se encontró que un alto porcentaje de docentes había recibido diagnóstico de estrés, que habían experimentado insomnio, angustia y problemas de concentración; y este desgaste emocional fue confirmado al realizarles una escala de burnout. Y en cuanto a los problemas de salud en general se encontró una asociación entre las enfermedades crónicas y el estilo de vida poco saludable que incluye el sedentarismo, el abuso de tabaco y una dieta inadecuada. Se asume también que los oficios o profesiones en donde la demanda del trabajo es muy alta presentan un riesgo más importante de padecer problemas cardiovasculares

incluyendo la hipertensión arterial (C et al, 2005).

La UNESCO (C et al, 2005) concluyen de manera general en su trabajo que, los docentes destinan gran cantidad de horas a su trabajo contando las horas que utilizan fuera del horario de trabajo, lo cual provoca la invasión de su espacio personal por el trabajo, afectando su tiempo libre y el contacto que tienen con su familia y su tiempo de recreación. Destacan también que, a pesar de que los docentes han recibido diagnóstico de estrés, en la escala de burnout el cansancio emocional y la despersonalización tienen puntajes bajos. Y dentro del perfil patológico se destaca las enfermedades crónicas ya que presentan factores de riesgo importantes como son el grupo etario, sedentarismo, dificultad para mantener buenos hábitos dietéticos, trabajo de alta demanda y poco control, así como bajo soporte social.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, con respecto a las enfermedades en adultos, el 9.4% tiene un diagnóstico de diabetes, siendo esta 0.2% más alta que en la ENSANUT 2012. El 44.5% reporta medición de colesterol en sangre y 28% cuenta con diagnóstico de hipercolesterolemia. También se encontró que la prevalencia de hipertensión arterial fue de 25.5%, con el 58.7% con diagnóstico previo y actual control. En adultos, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 72.5%, siendo estas más altas en el sexo femenino. La prevalencia de obesidad abdominal fue de 76.6%, siendo mayor en mujeres con 87.7% que en hombres con 65.4% y en los grupos de edad de 40 a 79 años en comparación con el grupo de 20 a 29 años. (ENSANUT, 2016).

2.6 Características de la educación básica e inicial en México

En México la educación y las condiciones en que debe de ser otorgado el servicio es un derecho que se establece en los artículos 3ro y 31vo de la

Constitución mexicana y en la Ley General de Educación; con lo que se sostiene que la educación impartida por el Estado debe ser laica, gratuita, democrática y deberá contribuir al desarrollo del alumno. La educación básica obligatoria comprende desde el nivel preescolar, primaria y secundaria (Rodríguez, 2005).

La educación inicial tiene como objetivo contribuir a la formación armónica y el desarrollo equilibrado de los niños desde el nacimiento hasta los 4 años de edad. Ésta se imparte en los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI), esta educación no es obligatoria. Se divide en tres modalidades: escolarizada, semiescolarizada y no escolarizada.

En la modalidad escolarizada, que es la de interés para este estudio, se atiende a la población de sectores urbanos y constituye generalmente una prestación a madres y/o padres trabajadores. Cuenta con un programa educativo y divide a los niños en tres secciones que son (Díaz y Sánchez, 2002):

- Lactantes, de 45 días de nacido a los 2-3 años. La atención que se brinda es por parte de puericultora y asistentes educativos.
- Maternal, atiende a niños de 2 a 4 años por parte de educadoras.
- Preescolar, atiende niños de 4 a 5 años 11 meses por parte de educadoras.
-

Las actividades realizadas en los CENDI son formativas, y el aprendizaje fundamental se encuentra en la convivencia diaria, en las actividades cotidianas que realizan y en la creatividad desarrollada día a día (Díaz y Sánchez, 2002).

La labor formativa del CENDI es responsabilidad de todas las personas que integran la plantilla de trabajadores, y se les conoce como agentes educativos. Siendo las acciones educativas una labor conjunta entre directivos, docentes, asistentes y personal de apoyo; ya que cada uno tiene una función específica que contribuye al desarrollo educativo como a la conservación y el buen funcionamiento

de la institución.

La plantilla de personal se compone por:

- 1 Director(a)
- 2 Secretarias
- 1 médico
- 1 enfermera
- 1 psicólogo
- 1 trabajador Social
- 1 jefe de Área Pedagógica
- 1 Puericultista para cada grupo de lactantes
- 1 educadora para cada grupo de maternas
- 1 educadora para cada grupo de preescolares
- 1 asistente educativa por cada 7 niños en lactantes
- 1 asistente educativa por cada 12 niños en maternas
- 1 asistente educativa por cada grupo de preescolar
- 1 profesor de enseñanza musical
- 1 dietista, Nutriólogo o Ecónomo
- 1 cocinera para alumnos
- 1 cocinera para el personal
- 1 auxiliar de cocina por cada 50 alumnos
- 1 encargado de lactario
- 1 auxiliar de mantenimiento
- 1 auxiliar de lavandería
- 1 auxiliar de intendencia por cada 50 niños
- 1 conserje

2.7 Problemas de Salud en docentes en México

No se encontró literatura con respecto a la problemática en salud en los agentes educativos de la educación inicial en México, por lo que se incluye los

resultados vistos en otros estudios que abordan los problemas de salud en los docentes de la educación básica de México.

En cuanto al perfil sociodemográfico, en un estudio realizado en la ciudad de Guanajuato, en donde se evaluaron a 117 docentes que laboran en 11 escuelas públicas de León, Guanajuato, México; se encontró que los docentes tienen más de 30 años de edad, siendo el promedio de edad de 41 años. El 69% es mujer y el estado civil predominante es casado. El rango de actividad laboral es de 1 a 38 años y el promedio de años de servicio fue de 18 años (Rodríguez, 2005).

Díaz-Cisneros et al (2010), en un estudio observacional, transversal, y retrospectivo sobre la prevalencia de síndrome metabólico en docentes del estado de Guanajuato encontró lo siguiente; el 44% de los docentes participantes fue hombre, con un rango de edad entre los 20 y los 60 años y promedio de 40 años de edad; y se presentó una prevalencia de síndrome metabólico de 32.3% hombres y 26.8% mujeres. Más de 40% de los profesores presentó tres factores de riesgo para el síndrome metabólico, siendo más prevalente la hipertrigliceridemia.

En un estudio realizado en la ciudad de León, Guanajuato, México en donde participaron 117 docentes trabajadores en 11 escuelas públicas de los tres niveles de educación básica; se encontró que las principales enfermedades diagnosticadas por un médico fueron gastritis, insuficiencia venosa en miembros pélvicos, estrés en un 27%, trastornos ginecológicos, resfriados frecuentes, hipertensión arterial en un 13%, enfermedades de columna, colon irritable, depresión en un 9%, disfonía o afonía. Los padecimientos diagnosticados a un menor porcentaje de los participantes se resumen, cistitis, úlcera de estómago o duodeno, lumbago o ciática, enfermedad coronaria 2%, diabetes 2%, reumatismo y neurosis. También se detectó que no existen programas de promoción y prevención de la salud de los docentes en los establecimientos visitados, salvo sugerencias de que acudan al médico y, en ciertos casos, dar las facilidades para que los profesores se ausenten o hagan efectivo sus

permisos económicos (Rodríguez, 2005).

De acuerdo con lo encontrado en varios estudios (Peña y Valerio, 2007; Maslach, 2009; Ávila, Gómez y Montiel, 2010; Castañeda y García de Alba, 2010), las mujeres son el sexo más vulnerable para agotarse emocionalmente por presentar, en su mayoría, una responsabilidad doble; pues cuentan con su trabajo y familia, y son más proclives a presentar síndrome de Burnout o desgaste por estrés.

Pérez-Adame et al (2013) realizaron un estudio sobre el síndrome de Burnout en el personal trabajador de tres estancias infantiles privadas en Morelia, Michoacán, México. Se encontró que las empleadas tenían un rango de edad que iba desde los 19 hasta los 38 años y que solo el 1.7% de las participantes presentó un resultado positivo para el Síndrome de Burnout; encontrándose un caso considerado como muy grave pues presentó un alto puntaje en la dimensión de culpa.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar el perfil salud-enfermedad de los trabajadores de los CENDIs del estado de Querétaro dependientes de USEBEQ, y los determinantes psicosociales presentes en éste.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y de consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) en la población objeto de estudio.
- Determinar el nivel de estrés laboral que tienen los trabajadores.
- Identificar el estilo de vida en salud que tienen los trabajadores.

IV. HIPÓTESIS

Ho

Los trabajadores de los CENDI con mayor estrés laboral presentan más enfermedades crónicas no transmisibles.

Ho

Los trabajadores de los CENDI con mayor estrés laboral presentan menor Calidad de Vida Laboral.

Hipótesis 3

Los trabajadores de los CENDI con mayor estrés laboral se perciben como no saludables; y los trabajadores con menor estrés laboral se perciben como saludables.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo y diseño de estudio

Estudio descriptivo transversal.

5.2 Universo y muestra

El universo estuvo conformado por los trabajadores de los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) dependientes de USEBEQ, del estado de Querétaro (N= 147).

Se realizó un muestreo por conveniencia.

5.3 Criterios de selección

Se incluyó la totalidad de trabajadores adscritos en los CENDI (personal administrativo, cocina, intendencia, asistentes educativas, docentes, psicología, trabajo social y área médica), de edad y sexo indistintos, con o sin enfermedades crónicas no transmisibles.

Se excluyó a los trabajadores que no se encontraran presentes en el momento de la colecta de datos por razones diversas, y aquellos que no aceptaron participar en el estudio.

Se eliminó a los trabajadores que no contestaron el 100% de la batería de instrumentos y aquellos que decidieron retirarse del estudio.

5.4 Plan para la recolección de datos

Previo a la recolección de datos, se gestionaron los permisos correspondientes con las autoridades de USEBEQ, dando acceso a los CENDI ubicados en la ciudad de Querétaro (2) y en la ciudad de San Juan del Río. (1). Posteriormente se realizó un acercamiento con los trabajadores de cada plantel, para darles información sobre los objetivos del estudio, el tipo de participación y los beneficios que obtendrían.

Los trabajadores que aceptaron colaborar con la colecta de datos firmaron el consentimiento informado que contenía una descripción amplia y detallada sobre los objetivos, riesgos y beneficios del estudio, así como los datos de los investigadores responsables del mismo.

La recolección de datos se llevó a cabo en cada uno de los planteles educativos, en horario e instalaciones proporcionadas por las autoridades pertinentes, con el fin de no afectar las actividades docentes ni del personal.

Se aplicó un instrumento que contaba de los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos, laborales, antecedentes heredofamiliares y antecedentes patológicos.
- Cuestionario sobre Calidad de Vida Laboral.
- Cuestionarios estrés laboral (Cuestionario de problemas psicosomáticos) y burnout (Maslach Burnout Inventory, MBI).
- Cuestionario de percepción en salud y estilos de vida saludable (PEPS-I)

Posteriormente, se realizó la valoración física de cada participante, la cual incluyó: valoración antropométrica (peso, estatura, IMC, porcentaje de grasa corporal, y relación cintura/cadera), toma de presión arterial y glucometría capilar casual.

5.4.1 Medidas antropométricas, presión arterial y glucosa capilar

Las mediciones antropométricas incluyeron el peso, la estatura, el IMC, el % de grasa corporal, y la relación cintura cadera.

Se obtuvo el peso, la estatura, contorno de cintura y contorno de cadera con base en la metodología estandarizada de la International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK, 2011). Se utilizó una báscula con OMRON HBF-514C con monitor de composición corporal y un estadímetro portátil SECA 213. El peso fue registrado en kilogramos y la estatura en metros. Todos los datos fueron capturados en una hoja de cálculo de Excel.

Cada trabajador fue clasificado según a sus valores de IMC de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM 008 SSA32016) y se tomó en cuenta sobrepeso al IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y obesidad al IMC igual o mayor a 30 kg/m².

Para la medición de la presión arterial se utilizó un esfigmomanómetro digital OMRON, con brazalete adecuado para la circunferencia de brazo. Se colocó al participante sentado con buen soporte en su espalda, con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón, con las piernas sin cruzar y se realizó la medición de acuerdo con la técnica descrita en la Norma Oficial Mexicana (NOM 030 SSA 2009). Se clasificó como hipertensión arterial a los participantes con presión arterial sistólica, diastólica o ambas mayor o igual a 140/90 mmHg. Los datos se capturaron en milímetros de mercurio y en categorías como óptima (<120/<80 mmHg), normal (120 a 129/ 80 a 84 mmHg), fronteriza (130 a 139/ 85 a 89 mmHg), hipertensión 1 (140 a 159 / 90 a 99 mmHg), hipertensión 2 (160 a 179/ 100 a 109 mmHg), hipertensión 3 ($\geq 180/\geq 110$ mmHg) e hipertensión sistólica aislada ($\geq 140/<90$ mmHg).

La glucosa capilar se tomó a los participantes no importando el periodo de ayuno, siendo ésta una toma casual. Se utilizó un medidor de glucosa capilar Accu Check Performa. Se realizó la medición con tiras reactivas nuevas, así como lancetas estériles nuevas para cada participante. Se capturaron los resultados en mg/dl. Para la detección de diabetes mellitus se consideró positivo un resultado >100 mg/dl en ayuno o casual >140mg/dl.

5.4.2 Estrés laboral

Se midió el estrés laboral con el cuestionario de problemas psicosomáticos, el cual permite conocer en qué grado el trabajador padece los síntomas más comunes asociados al estrés.

Cuenta con 12 ítems, en donde el sujeto de estudio tiene que seleccionar de los síntomas el grado experimentado en los últimos 3 meses mediante una escala de Likert de 1 al 6 en donde 1 es nunca y 6 con mucha frecuencia. Los resultados se obtienen estableciendo la suma total del puntaje obtenido y se categoriza el estrés como desde sin estrés (12-24), estrés leve (25-36), estrés medio (37-48), estrés alto (49-60) y estrés grave (61-72) (estrés laboral, s.f.).

5.4.3 Síndrome de Burnout

Se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory el cual evalúa los sentimientos y pensamientos del sujeto con relación a su interacción con el trabajo. Cuenta con 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos. Evalúa las siguientes dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Se considera positivo con la presencia de altas puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización; así como bajas puntuaciones en realización personal (Tabla 4).

Tabla 4

Valores de referencia y dimensiones evaluadas del instrumento Maslach Burnout Inventory

Dimensiones	Preguntas a evaluar	Rango de Puntaje		
		Bajo	Medio	Alto
Cansancio Emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	5,10, 11, 15, 22	0-5	6-9	10-30
Realización Personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	0-33	34-39	40-56

Cuenta con una confiabilidad con Alpha de Cronbach de 0.658 para toda la escala, 0.835 en agotamiento emocional, 0.407 en despersonalización y 0.733 en realización personal en el trabajo (Aranda Beltrán et al., 2016).

5.4.4 Estilo de vida saludable

Se realizó el cuestionario de PEPS-I o perfil de estilo de vida, el cual cuenta de Nola Pender (1996). Cuenta con 48 reactivos en una escala de Likert de 1 al 4 en donde 1 es nunca y 4 rutinariamente. Se da un valor mínimo de 48 y uno máximo de 192, y a mayor puntuación mejor estilo de vida. Evalúa las siguientes dimensiones: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y auto actualización (Tabla 5).

El instrumento se ha utilizado en población México-americana con un alpha de Cronbach global de 0.93 y para las subescalas de 0.7 a 0.87 (Espinoza, 2016).

Tabla 5

Valores de referencia generales y por dimensiones del instrumento PEPS-I

	Clasificación	
	Saludable	No Saludable
General	121-192	48-120
Nutrición	16-24	6-15
Ejercicio	14-20	5-13
Responsabilidad en Salud	26-40	10-25
Manejo del estrés	18-28	7-17
Soporte Interpersonal	18-28	7-17
Autoactualización	33-52	13-32
Puntaje total: 192.		

5.4.5 Calidad de Vida Laboral

La calidad de vida es un concepto subjetivo, y se relaciona con la percepción de las personas acerca de su vida, en el sentido de si se sientes realizadas con sus propias expectativas y proyectos (González et al., 2010)

La calidad de vida en el trabajo es definida por González (2007) como “un concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las siguientes necesidades personales: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre”.

Las condiciones en que se realiza el trabajo inciden no solo en la calidad del mismo, sino en el bienestar, la salud, la seguridad, la motivación, el compromiso, la satisfacción y el rendimiento laboral del empleado; y de la misma manera repercute en las disfunciones como el ausentismo, rotación laboral, accidentabilidad y enfermedades laborales (Vazquez et al., 2017).

Tabla 6.

Valores de referencia indicadores de riesgo por dimensión del instrumento CVT-GOHISALO.

Dimensión	Rango
Soporte institucional para el trabajo	0-16
Seguridad en el trabajo	0-15
Integración al puesto de trabajo	0-22
Satisfacción por el trabajo	0-31
Bienestar logrado a través del trabajo	0-33
Desarrollo Personal	0-18
Administración del tiempo libre	0-12

Para medir la calidad de vida laboral se utilizó el instrumento de CVT-GOSIHALO, el cual cuenta con 74 ítems que evalúan siete dimensiones: soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal, y administración del tiempo libre (Tabla 6). Cuenta con una confiabilidad de 0.95 con alpha de Cronbach (González et al., 2010).

5.5 Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con estadística descriptiva e inferencial utilizando el paquete estadístico SPSS Statistics v25.0.

Para las variables continuas se utilizó medias y desviaciones estándar; y para las variables categóricas se utilizaron frecuencias.

Se utilizó la prueba estadística de χ^2 para determinar la relación entre las variables principales.

5.6 Ética del estudio

Este protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Naturales con el número de registro 94FCN2017.

Esta investigación se realizó en apego al Reglamento de la Ley General de Salud en material de investigación (LGS, 2014).

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se contó con la participación de 64 trabajadores de los tres CENDI del estado de Querétaro, que corresponde al 42.6% de la plantilla total de trabajadores (n=150), los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. No hubo participantes eliminados.

6.1 Características Sociodemográficas

Los resultados corresponden a 64 trabajadores, el 9.4% (6) fueron hombres y el 90.6% (58) mujeres, con una edad mínima de 21 años y máxima de 67 años ($\bar{x}=42 \pm 11.9$), siendo el 60.9% mayor de 40 años y los rangos de edad predominantes de 40 a 49 años (29.7%) y de 50 a 59 (23.4%). De las mujeres, el rango de edad predominante fue de 40 a 49 años (27.5%), seguido de los rangos de edad de 20 a 29 años y de 50 a 59 años (24.1% cada uno). De los hombres el 50% se encuentran en el rango de edad de 40 a 49 años.

El estado civil predominante fue casado con 45.3% (29), conformado por mujeres en el 86.2% y en 13.7% por hombres. En cuanto a escolaridad, el 39.1% cuenta con educación universitaria, seguido de 37.5% con bachillerato. 21.9% secundaria y 1.6% primaria. (Tabla 7)

El 78.1% (50) de los trabajadores refiere contar con antecedentes heredofamiliares de importancia, siendo los más frecuentes la Diabetes mellitus (29.9%) e hipertensión arterial (27.2%). La Gráfica 1 muestra los antecedentes que se presentaron con mayor frecuencia en los trabajadores.

En lo que respecta a los antecedentes personales patológicos en los trabajadores, se encontró que 59.4% (38) no cuenta con ninguna enfermedad diagnosticada al momento del estudio. Con respecto a los hombres, 33.3% (2) cuentan con diagnóstico previo de obesidad y diabetes mellitus respectivamente. El 41.4% (24) de las mujeres presentan un diagnóstico previo, siendo el de mayor frecuencia el sobrepeso (61.2%), seguido de hipertensión arterial (25.8%). El resto de los antecedentes personales patológicos se muestran en la Gráfica 2.

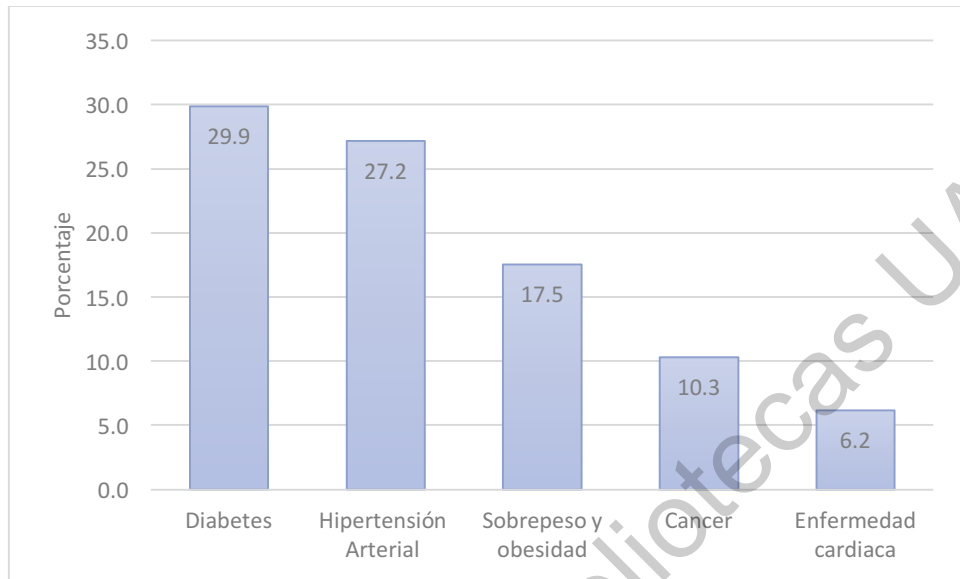
De acuerdo a un estudio realizado en León, Gto. en 117 docentes de los tres niveles de educación básica de 11 escuelas públicas, se encontró que las principales enfermedades diagnosticadas fueron gastritis (36%), estrés (27%), hipertensión arterial (13%), colon irritable (13%), enfermedad coronaria (2%) y diabetes (2%), entre otras (C et al., 2005).

Así mismo, los resultados obtenidos en cuanto a diagnóstico de hipertensión arterial fueron hasta 6 puntos porcentuales por debajo de lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 (INSP, 2018), que señala una prevalencia de 18.4%, siendo mayor en mujeres (20.9%) que en hombres (15.3%).

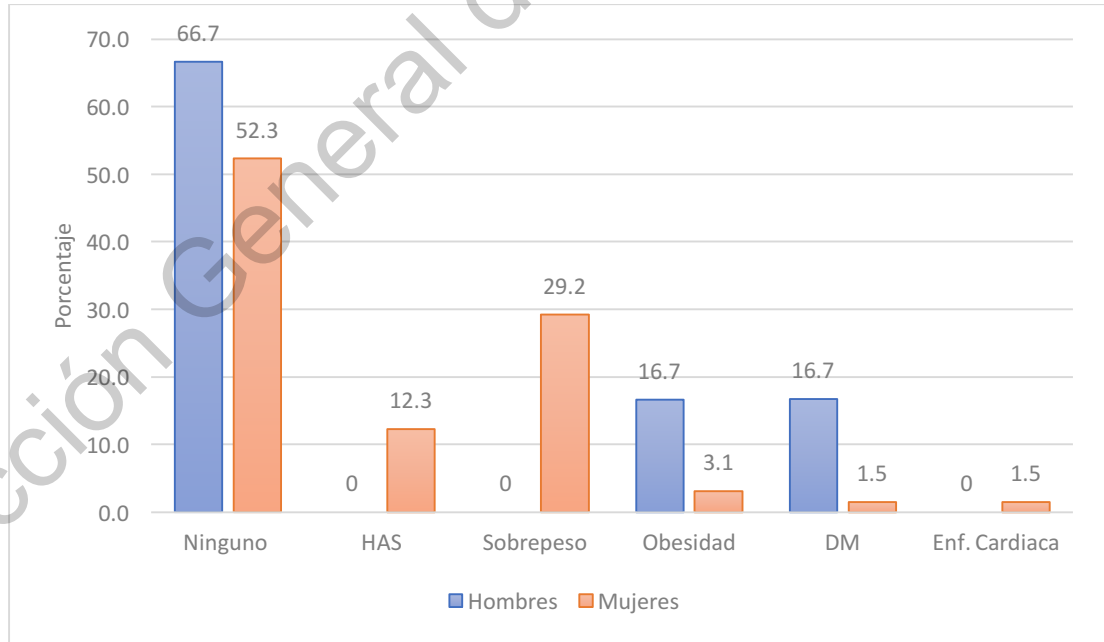
La ENSAUT 2018 también informa que el 10.3% de los mexicanos cuentan con el diagnóstico previo de diabetes, siendo mayor en mujeres (11.4%) que en hombres (9.1%), lo anterior no se observa en la población de estudio ya que la presencia de dicha enfermedad fue mayor.

Tabla 7
Características sociodemográficas de los trabajadores (n=64)

		<i>fx</i>	%
	Mujeres	58	90.6
	Hombres	6	9.4
	Casado	29	45.3
	Soltero	25	39.1
Estado Civil	Divorciado	8	12.5
	Viudo	2	3.1
	Primaria	1	1.6
Nivel Educativo	Secundaria	14	21.9
	Bachillerato	24	37.5
	Universidad	25	39.1



Gráfica 1.
Antecedentes heredofamiliares de los trabajadores.



Gráfica 2.
Antecedentes personales patológicos presentes en los trabajadores

6.2 Características Laborales

En cuanto a las características laborales se preguntó sobre antigüedad laboral, puesto de trabajo y tipo de contratación.

En cuanto a antigüedad laboral, esta abarcó un rango general de 3 meses a 32 años, siendo el mismo rango que ocupan las mujeres mientras que los hombres tienen un rango de 2 a 24 años de antigüedad. El promedio general de años laborando en la institución es de 12.4 años; sin embargo, el 42.2% (27) tiene una antigüedad laboral de entre los 0 a 5 años, siendo este el rango de mayor frecuencia.

Tabla 8
Características Laborales de los trabajadores n=64

		Mujeres		Hombres	
		<i>fx</i>	%	<i>fx</i>	%
Tipo de Contratación	Plaza Base	48	82.2	5	83.3
	Contrato Provisional	10	17.2	1	16.7
Puesto de Trabajo	Directivo	2	3.4	-	-
	Docente	10	17.2	-	-
	Auxiliar Educativo	12	20.7	2	33.3
	Administrativo	34	58.6	4	66.7
Antigüedad Laboral	0-5 años	25	43.1	2	33.3
	6-10 años	7	12.1	2	33.3
	11-15 años	3	5.2	-	-
	16-20 años	1	1.7	-	-
	21-25 años	12	20.7	2	33.3
	26-30 años	9	15.5	-	-
	31-36 años	1	1.7	-	-

En lo que refiere al puesto de trabajo, de los 64 participantes, el 59.4% son administrativos, seguido del 21.9% auxiliares educativos, 15.6% docentes y el 3.1% directivos. El 82.8% cuenta con nombramiento de plaza base, y el resto se

encuentra con contratos provisionales, es decir, como interinos. El personal interino, está conformado en 90.9% por mujeres, 54.4% son auxiliares educativas, en un rango de edad mayoritario de 20 a 29 años (54.4%) y con un tiempo de laborar en la institución menor a 5 años (90.9%). La Tabla 8 muestra en detalle las características laborales.

6.3 Hallazgos Antropométrico y clínicos

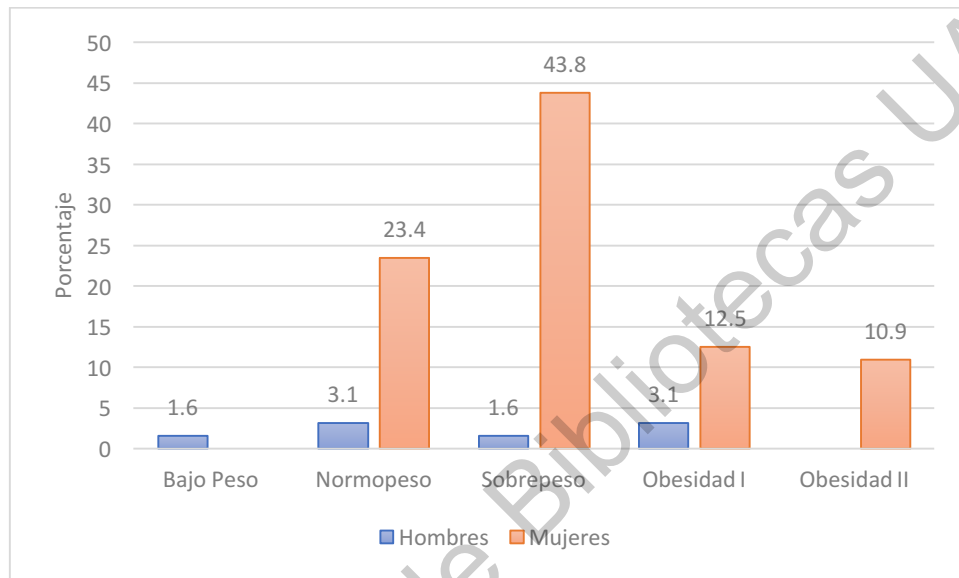
Los resultados obtenidos para la presencia de sobrepeso de obesidad por IMC se muestran en el Gráfico 3.

Se encontró que el 45.3% (29) de los trabajadores tienen sobrepeso, de los cuales el 96.5% (28) es mujer; en cuanto a obesidad grado I y II se obtuvo el 15.6% y 10.9% respectivamente, siendo igualmente en su mayoría mujeres con 80% (8) y 100% (7) respectivamente; el 26.6% obtuvo un IMC en rangos de normalidad siendo 88.2% mujeres y 11.7% hombres; solo una persona obtuvo un IMC por debajo de rangos de normalidad, el cual fue hombre.

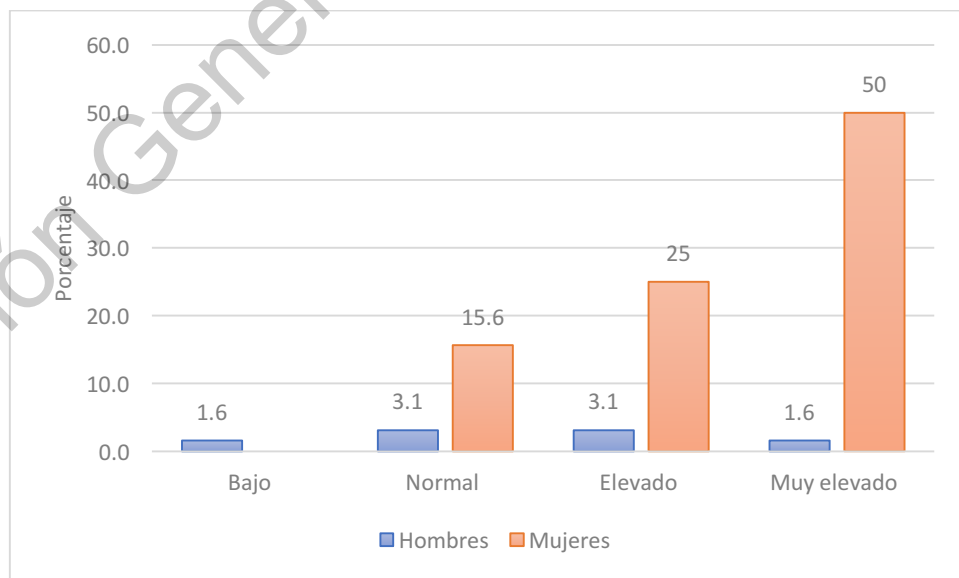
En lo que respecta a sobrepeso y obesidad, se sabe que a nivel nacional en el 2018 el porcentaje de adultos de 20 años y más con estos diagnósticos era de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), siendo este mayor en mujeres 76.8% (sobrepeso 36.6%, obesidad 40.2%) que en hombres 73% (sobrepeso 42.5%, obesidad 30.5%). La presencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población de los trabajadores de los CENDI fue de 71.8%, 3.4 puntos porcentuales por debajo de la nacional (INSP, 2018), sin embargo, fue más alta la presencia de sobrepeso que de obesidad.

En cuanto a grasa corporal (Gráfica 4), más de la mitad de los trabajadores cuentan con grasa corporal elevada para su edad y sexo, con un 28.1% y 51.6% para elevado y muy elevado respectivamente. El 50% de los hombres se encuentran

con grasa corporal elevada o muy elevada; en cuanto a las mujeres, el 82.7% cuenta con grasa corporal elevada o muy elevada, siendo de 55.1% muy elevada.

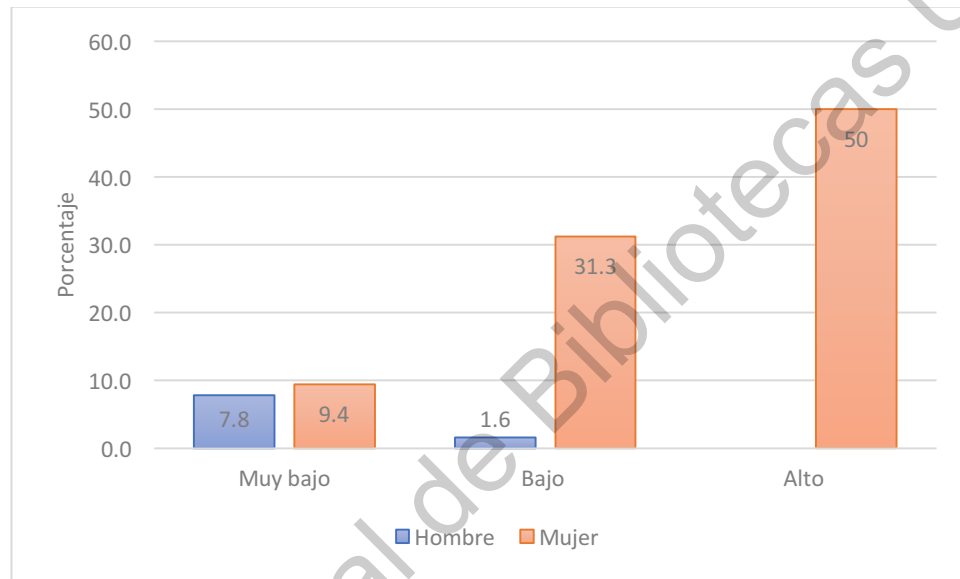


Gráfica 3.
Presencia de sobrepeso y obesidad por IMC en los trabajadores



Gráfica 4.
Porcentaje de grasa corporal en los trabajadores

Con lo que respecta a la relación cintura cadera y su clasificación en cuanto al riesgo cardiovascular, el 50% de los trabajadores obtuvieron alto riesgo y el resto bajo (32.8%) y muy bajo riesgo (17.2%). De los trabajadores con alto riesgo, el 100% es mujer. El 100% de los hombres se encuentran en un riesgo cardiovascular bajo o muy bajo (Gráfica 5).

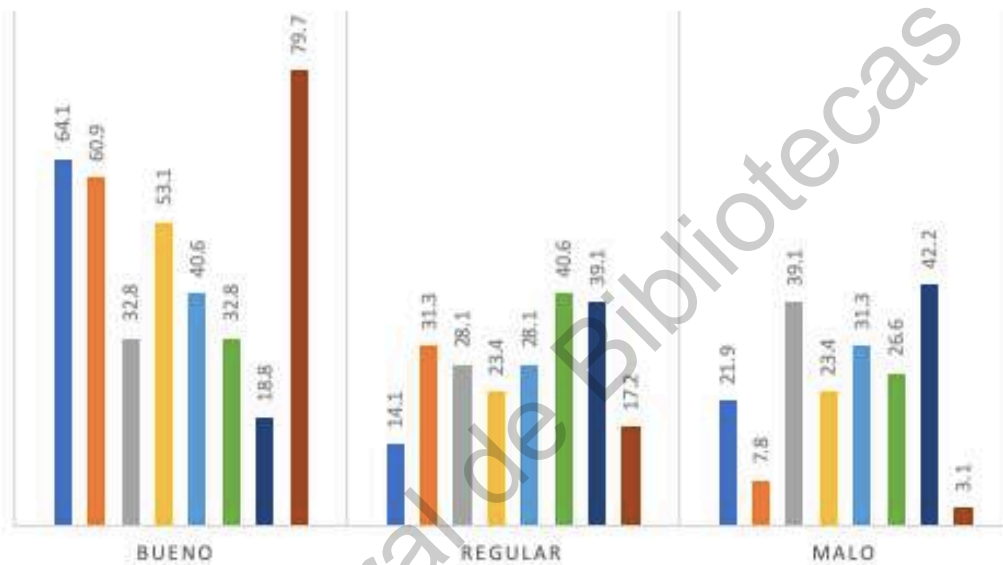


Gráfica 5.
Relación circunferencia de cintura/cadera y riesgo cardiovascular en trabajadores

En lo que refiere a tensión arterial, la media de tensión arterial sistólica fue 123 mmHg (± 17.5 , min 91, max 178) y de tensión arterial diastólica de 71mmHg (± 10.6 , min 48, max 94). En cuanto a presencia de hipertensión arterial se encontró que 50% de los hombres obtuvo presión sistólica elevada aislada, el resto se mantuvo con una tensión arterial óptima o normal. Las mujeres, por su parte, se encontraron con tensión arterial óptima y normal el 66.9% (30), el 15.5% (9) se encontró con tensión arterial fronteriza, y el resto con cifras que clasifican como hipertensión arterial tipo I e hipertensión arterial sistólica aislada (15.5%, 9).

Los resultados obtenidos con la glucometría capilar fueron como sigue: la media obtenida fue de 106 (± 22.5 , min 80, máx 230). El 100% (6) de los hombres y 96.6% (56) obtuvieron glucosas con riesgo bajo para padecer diabetes mellitus.

6.4 Calidad de vida laboral



Nivel de calidad de Vida Laboral

■ SIT ■ ST ■ IPT ■ SAT ■ BLT ■ DP ■ ATL ■ Global

SIT- Soporte institucional para el trabajo
 ST- Seguridad en el trabajo
 IPT- Integración al puesto de trabajo
 SAT- Satisfacción en el trabajo
 BLT- Bienestar logrado a través del trabajo
 DP- Desarrollo Personal
 ATL- Administración de Tiempo Libre

n=64

Área del gráfico

Gráfica 6
Calidad de Vida Laboral por Dimensiones

Se obtuvo que la Calidad de Vida Laboral fue buena en el 79.5% (51) de los trabajadores, lo que nos señala que la percepción de los trabajadores con respecto a la Calidad de Vida es alta en esta organización, sin embargo, prevalece un área de oportunidad. La Gráfica 6 muestra los resultados obtenidos en cada dimensión. Las dimensiones con una percepción buena de la calidad de vida fueron Soporte institucional para el trabajo (64.1%, 41), Seguridad en el trabajo (60.9%, 39), Satisfacción en el trabajo (53.1%, 34) y Bienestar logrado a través del trabajo (40.6%, 26). Con estas dimensiones con una percepción alta, se considera a los trabajadores como personas con actividades claras, acordes con su motivación, perfil profesional o puesto. Trabajadores que cuentan con un alto grado de satisfacción en los procedimientos del trabajo y que está comprometidos con la misión de la institución, y que están satisfechas con el progreso personal, social y económico que han obtenido por su trabajo (González et al., 2010).

Las dimensiones que obtuvieron una percepción baja de calidad de vida laboral fueron Integración al puesto de trabajo (39%, 25) y Administración del tiempo libre (42.2%, 27). La dimensión de Desarrollo personal obtuvo una percepción regular (40.6%, 26). Los trabajadores con estas dimensiones con calidad percibida como baja o regular se caracterizan por ser personas que expresan su inconformidad con el cumplimiento de los objetivos de la institución, se desmotivan con facilidad y responsabilizan a los demás de los fracasos laborales. Así mismo, son trabajadores que prolongan su jornada laboral y suelen llevar trabajo a casa, y su descanso o recreación se ven afectados; muestran laxitud en sus tareas, no importándoles el tiempo que les lleve realizarlas ni su cumplimiento, lo que los pone en riesgo nutricional y emocional al incorporar a su vida algunas adicciones o tener conflictos interpersonales. En cuanto al desarrollo personal, es una dimensión que expresa el nivel de riesgo en la insatisfacción personal, son trabajadores opositoristas a retos y metas institucionales (González, 2010).

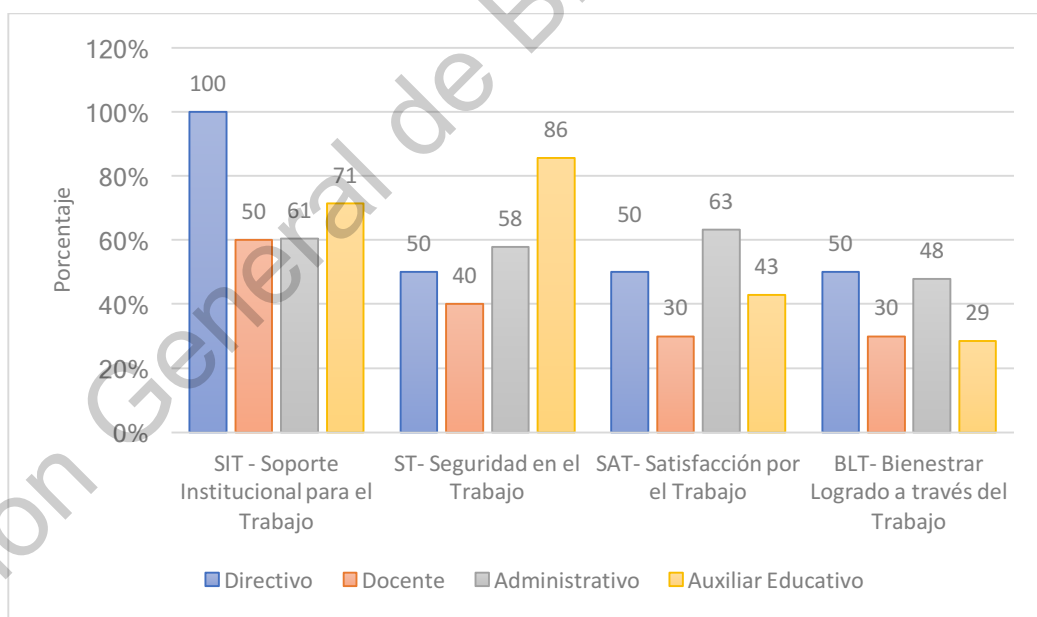
Con lo que respecta a los hombres, se obtuvo que tienen una percepción buena de la Calidad de vida laboral con un 66.7% (4). Las dimensiones con valoración alta para los hombres fueron, Seguridad en el trabajo (66.6%), Satisfacción por el trabajo (66.6%), y Bienestar logrado a través del trabajo (50%); quedando con una valoración media y baja las dimensiones de Soporte Institucional para el trabajo (66.6%), integración al puesto de trabajo (66.6%), desarrollo personal del trabajo (83.3%) y administración del tiempo libre (83.3%). Las mujeres obtuvieron una buena calidad de vida laboral 81% (47) a nivel global, las dimensiones con una percepción buena para las mujeres fueron, soporte institucional (67.2%), seguridad en el trabajo (60.3%), satisfacción por el trabajo (51.7%), bienestar logrado a través del trabajo (39.6%); y con una valoración media y baja quedaron las dimensiones de Integración al puesto de trabajo (74.1%), desarrollo personal del trabajo (74.1%), y administración del tiempo libre (81%).

De acuerdo con un estudio realizado en profesores universitarios en Querétaro (Vázquez-Mata et al., 2017), se obtuvo a nivel global una CVL alta en el 64.2% de los profesores, siendo las dimensiones con calidad baja Integración al puesto de Trabajo, afectando mayormente a hombres (78%) y las dimensiones con alta CVL fueron Soporte Institucional para el Trabajo y Seguridad en el trabajo con 88.7% y 84.9% respectivamente. La dimensión que no mostró concordancia con los hallazgos obtenidos en este estudio fue Administración del tiempo libre, la cual se encontró con un nivel de CVL alto.

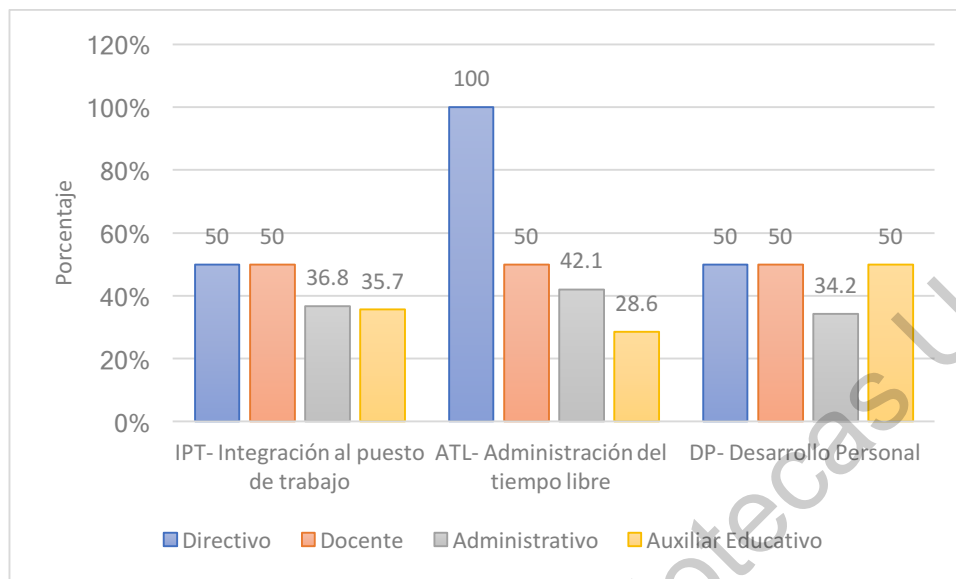
La Gráfica 7 muestra que el 100% (2) del personal directivo tiene buena calidad de vida laboral en la dimensión de Soporte institucional para el trabajo y el 50%(1) en la dimensión de Bienestar logrado a través del trabajo. El 85.7%(12) del personal auxiliar tiene una buena calidad de vida laboral en la dimensión de Seguridad en el trabajo. El 63.2%(24) del personal administrativo tiene una buena calidad de vida en la dimensión de Satisfacción por el trabajo.

La Gráfica 8 muestra el comportamiento de los trabajadores en cuanto a su puesto de trabajo y las dimensiones del instrumento de calidad de vida laboral que obtuvieron una percepción regular y baja de la misma.

Se puede observar que el 50% de los directivos, docentes y auxiliares educativos percibieron de manera regular su calidad de vida laboral en cuanto a la dimensión de Desarrollo personal. En cuanto a las dimensiones con una percepción baja de la calidad de vida laboral, se observó que el 100% de los directivos les falta una buena administración del tiempo, lo que los caracteriza por jornadas prolongadas, llevar trabajo a casa y afecta su descanso y recreación. Y el 50% de los directivos y docentes presentan una baja percepción de la calidad de vida en la dimensión de integración al puesto de trabajo.



Gráfica 7
Puesto vs dimensiones con buena CVL



Gráfica 8
Puesto vs dimensiones con regular y mala CVL

6.5 Estrés laboral

En cuanto a estrés laboral se encontró que el 70.3% (45) de los trabajadores presentan un grado de estrés, estando presente en hombres en el 66.6% (4) y en mujeres 70.7%(41). De los trabajadores con estrés, el 57.8% (26) fue en grado leve, seguido de grado medio con 28.9% (13). Solo el grupo de mujeres presentaron grados de estrés alto y muy alto o grave con 9.8%(4) y 4.9% (2) respectivamente (Tabla 9).

La Gráfica 9 muestra que el 100% (2) de los trabajadores que ocupan el puesto de directivos tienen estrés, seguido de los auxiliares educativos con 71.4%(10).

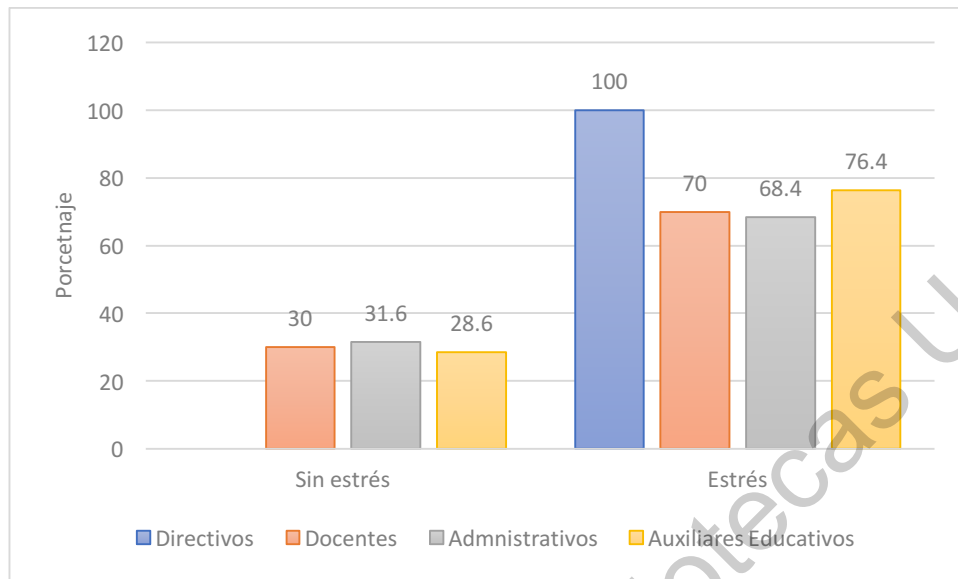
En la Gráfica 10 se muestra el grado de estrés presente por puesto de trabajo. El 10% (1) de los docentes y el 2.6% (1) de los trabajadores en puesto

administrativo presentaron un grado de estrés grave. El 100% (2) de los directivos obtuvieron un grado de estrés leve.

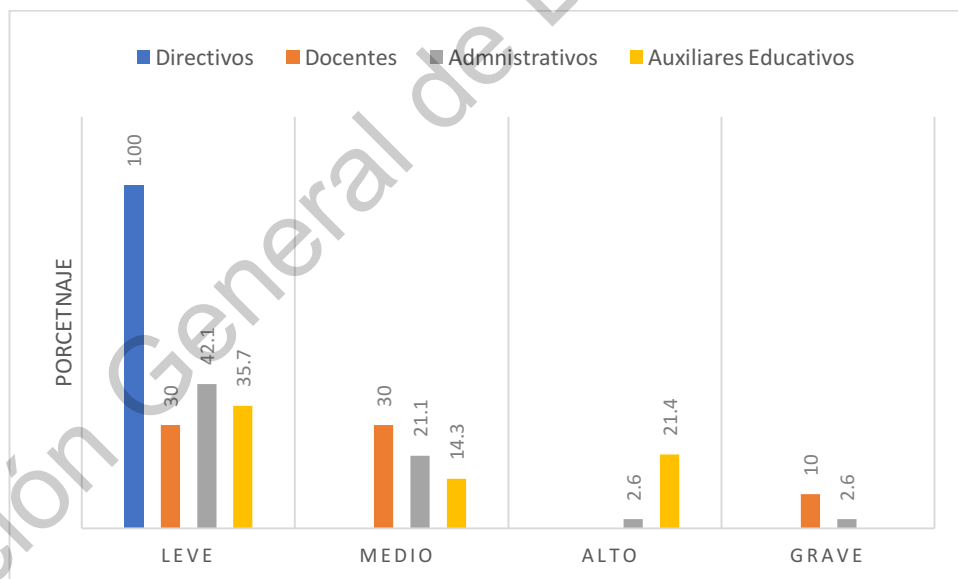
Tabla 9.
Grados de estrés laboral encontrados en los trabajadores

	General n=64		Hombre n=6		Mujeres n=58	
	fx	%	fx	%	fx	%
Sin estrés	19	27.7	2	33.3	17	29.3
Estrés	45	70.3	4	66.6	41	70.7
Leve	26	57.8	3	75	23	56.1
Medio	13	28.9	1	25	12	29.3
Alto	4	8.9			4	9.8
Grave	2	4.4			2	4.9

De acuerdo al Childcare Health Program de California (Alkon et al, 2006), se encontró que el 35% de los cuidadores refiere que el trabajo de supervisar y cuidar niños es estresante o muy estresante, y señalan que los síntomas más frecuentes en dichos cuidadores son la tensión muscular (cuello, hombros y espalda), problemas gastrointestinales, cefalea, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, automedicación con alcohol, cafeína y otras drogas, así como dificultad para concentrarse. Esto se puede relacionar con los auxiliares educativos que presentan la mayor sintomatología por estrés, y en general los resultados observados en los trabajadores de los CENDI señala que el doble de trabajadores presenta sintomatología de estrés.



Gráfica 9
Presencia de Estrés Laboral por puesto de trabajo



Gráfica 10
Grados de Estrés Laboral por puesto de trabajo

6.6 Síndrome de Burnout

Tabla 10
Síndrome de Burnout y dimensiones en los trabajadores

	General n=64				Hombre n=6				Mujer n=58			
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente	
	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%
Agotamiento Emocional	26	40.6	38	59.4	2	33.3	4	66.7	24	46.4	34	58.6
Despersonalización	23	35.9	41	64.1			6	100	23	39.7	35	60.3
Realización Personal	34	53.1	30	46.9	2	33.3	4	66.7	32	55.2	26	44.8
Burnout	2	3.1	62	96.9			6	100	2	3.4	56	96.6

El Síndrome de Burnout se presentó en el 3.1% (2) de los trabajadores, siendo estas mujeres. El agotamiento emocional se encontró presente en el 40.6%(26) de los trabajadores, evalúa el desgaste, la pérdida de energía, agotamiento y fatiga tanto física como psíquica. En cuanto a la despersonalización que evalúa actitudes de frialdad y distanciamiento hacia otras personas, especialmente los beneficiarios del propio trabajo, con irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo, se encontró en el 35.9% (23). Y la baja realización personal que mide la presencia de respuestas negativas hacia uno mismo y el trabajo, baja autoestima, baja productividad e incapacidad para soportar la presión se encontró en el 46.9% (30). El resto de resultados se muestran en la Tabla 10.

En un estudio realizado en 301 maestros a nivel primaria de Guadalajara, Jalisco, se encontró que el 80% de los maestros mostraba evidencia de Síndrome de Burnout; mostrando altos niveles de agotamiento emocional (25.9%), baja realización personal (21.6%) y altos niveles de despersonalización (5.6%). Solamente el 20.6% de los maestros no mostraron presencia de síndrome de Burnout en ninguna de las áreas del Maslach Burnout Inventory (Beltran et al., 2003). Esto muestra una mayor afectación en los trabajadores involucrados en el cuidado de lactantes, maternas y preescolares.

Pérez-Adame et al. (2013), en un estudio realizado en Morelia, Michoacán en 58 empleados de tres estancias infantiles, encontraron que 1.7% presentó síndrome de Burnout, encontrando solo un caso como muy grave. También concluyeron que las mujeres son el sexo más vulnerable para agotarse emocionalmente por su doble responsabilidad (trabajo y familia), así como las más proclives a desarrollar el síndrome.

El puesto de trabajo que ocupan las personas positivas a Burnout fue de Auxiliar Educativo. El 100% de los directivos, docentes y personal administrativo fue negativo al Síndrome de Burnout. En cuanto a la dimensión de Agotamiento Emocional, ésta estuvo presente en el 100%(2) de directivos y 50% (5) de docentes. Las dimensiones de despersonalización y realización personal estuvieron presentes y ausente, respectivamente, en el 64.3% (9) de los Auxiliares educativos.

Tabla 11
Tabla de contingencia Síndrome de Burnout- Agotamiento Emocional vs
Puesto de Trabajo

		Puesto de Trabajo				Total	
		Directivo	Docente	Administrativo	Auxiliar		
Agotamiento Emocional	Bajo	fx	0	5	27	6	38
		%	0%	50%	71.1%	42.9%	59.4%
	Medio	fx	0	3	2	4	9
		%	0%	30%	5.3%	28.6%	14.1%
	Alto	fx	2	2	9	4	17
		%	100%	20%	23.7%	28.6%	26.6%
Total	fx	2	10	38	14	64	

Estos resultados fueron parecidos a lo reportado por Saltijeral y Ramos-Lira (2015), en un estudio realizado en docentes a nivel secundaria, en donde observaron que éstos no presentaron puntajes elevados de Burnout, pero si moderados en Agotamiento emocional, seguidos de baja realización personal.

6.7 Perfil de estilo de vida saludable

Se clasificaron los resultados en saludable y no saludable, encontrando a nivel general que el 70.3% de los trabajadores perciben tener un estilo de vida saludable, siendo 70.7% de las mujeres y 66.7% de los hombres que se perciben saludables. Los resultados de acuerdo a sexo y dimensiones se encuentran en la Tabla 12.

Se encontró que en la dimensión en donde se encuentra mayor percepción saludable marcada son Autoactualización con 92.2% (100% hombres, 91.3% mujeres) y Soporte Interpersonal con 82.8% (66.6% hombres, 84.4% mujeres); estas dimensiones se refieren a que los trabajadores tienen propósito en la vida, buscan desarrollo profesional y a que mantienen relaciones positivas con otras personas incluyendo en un sentido de intimidad.

Las dimensiones de Nutrición y Manejo del estrés también tuvieron un porcentaje mayor como saludables sin embargo lo fueron en un 56.4% y 53.1% respectivamente. Estas dimensiones se refieren, en cuanto a nutrición a establecer patrones de alimentación y selección de alimentos y en cuanto a manejo del estrés a reconocer fuentes de estrés y acciones contra él.

Tabla 12
Perfil de Estilos de Vida y dimensiones en los trabajadores

Dimensiones		General n=64		Hombres n=6		Mujeres n=58	
		fx	%	fx	%	fx	%
Nutrición	Saludable	28	43.8	3	50	33	56.9
	No Saludable	36	56.3	3	50	25	43.1
Ejercicio	Saludable	27	42.2	3	50	24	41.4
	No Saludable	37	57.8	3	50	34	58.6
Responsabilidad en Salud	Saludable	24	37.5	2	33.3	22	37.9
	No Saludable	40	62.5	4	66.7	36	62.1
Manejo del Estrés	Saludable	34	53.1	4	66.7	30	51.7

	No Saludable	30	46.9	2	33.3	28	48.3
Soporte Interpersonal	Saludable	53	82.8	4	66.7	49	84.5
	No Saludable	11	17.2	2	33.3	9	15.5
Autoactualización	Saludable	59	92.2	6	100	53	91.4
	No Saludable	5	7.8			5	8.6
Global	Saludable	45	70.3	4	66.7	41	70.7
	No Saludable	19	29.7	2	33.3	17	29.3

Las dimensiones con una percepción no saludable son Responsabilidad en Salud en un 62.5% (66.7% hombres, 62.1% mujeres) y Ejercicio en 57.8% (50% hombres, 59.6% mujeres). Estas dimensiones se refieren en cuanto a responsabilidad en salud a tener y aceptar el control de su bienestar; y en cuanto a ejercicio a adherirse a un patrón regular de actividad. Esto nos demuestra que los trabajadores se perciben como saludables, pero no por la salud misma, ya que no muestran responsabilidad sobre ella.

De acuerdo al ENSANUT 2018 (INSP, 2018) el 29% de los adultos mayores de 20 años realizan menos de 150 minutos a la semana de actividad física, lo que se refleja con el 57.8% de trabajadores que se perciben como no saludables en esta área. En cuanto a nutrición, la ENSANUT 2018 indica que el 85.8% de los adultos mayores de 20 años consumen bebidas no lácteas endulzadas, que forman parte de los alimentos no recomendados, mientras que su consumo de verduras y frutas es de 44.9% y 49.7% respectivamente, lo que se ve reflejado igualmente en los resultados de percepción saludable, pero en ocasiones no sabiendo tomar las decisiones correctas en cuanto a los alimentos recomendados o no.

6.8 Relaciones entre las variables principales

Se realizó la prueba estadística de chi cuadrada, la cual asume que la distribución de las variables es normal, entre las variables principales.

Al relacionar la presencia o ausencia de estrés laboral con enfermedades crónicas no transmisibles (presencia/ausencia), calidad de vida laboral (buena/mala), y perfil de estilo de vida y sus dimensiones (saludable/no saludable), solo se encontró significancia estadística ($p < .05$) con esta última variable. Los resultados se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13

Relación de las variables de estudio: Estrés Laboral y perfil de estilo de vida con dimensiones.

Variable	Relación	chi ²
	Estrés laboral y Perfil de Estilo de Vida.	7.723 **
Estrés Laboral	Estrés Laboral y Manejo del Estrés.	4.587 *
	Estrés Laboral y Responsabilidad en Salud.	4.796 *

* valores significativos $p < .05$, **valores muy significativos $p < .01$, *** valores altamente significativos $p < .001$

Se observó que 5.3% (1) de los trabajadores que no presentaron síntomas de Estrés Laboral se perciben como No Saludables; mientras que 94.7% (18) de los trabajadores con síntomas de Estrés Laboral se percibieron como No Saludables.

En cuanto a la relación de estrés laboral y Manejo del Estrés, se observó que los trabajadores que no muestran síntomas de estrés laboral se perciben con un Manejo del estrés saludable en el 41.2% (14), y los trabajadores que tienen síntomas de estrés laboral se perciben como No saludables en su manejo del estrés en un 83.3% (25). Los indicadores que mide esta dimensión son relajación, fuentes de tensión y meditación o control de estrés; se puede inferir que independientemente de la percepción en Salud que tenga un trabajador, si su manejo del estrés no es el correcto mostrará síntomas de estrés laboral.

En lo que se refiere a la relación entre estrés laboral y Responsabilidad en Salud, se observó que los trabajadores que se perciben como No Saludables en esta dimensión, muestran mayores síntomas de estrés laboral (83.3%, 25) que los trabajadores que se perciben como saludables (54.2%, 13). Los trabajadores con baja asistencia médica, despreocupación por su salud o la falta de asistencia a programas educativos muestran mayor sintomatología de estrés laboral.

La Tabla 14 muestra el valor de χ^2 que fue estadísticamente significativo ($p < .05$) encontrado en la relación entre Síndrome de Burnout y sus dimensiones, con síntomas de estrés laboral, enfermedades crónicas no transmisibles (presencia/ausencia), calidad de vida laboral (buena/mala), y perfil de estilo de vida y sus dimensiones (saludable/no saludable).

En cuanto a la relación Agotamiento Emocional y estrés laboral, el 84.2% (16) de los trabajadores que no presentan síntomas de estrés laboral, no tienen agotamiento emocional; mientras que el 51.1%(23) de los trabajadores con síntomas de estrés tienen agotamiento emocional presente.

Tabla 14

Relación de las variables de estudio: Síndrome de Burnout y estrés laboral, enfermedades crónicas no transmisibles, calidad de vida laboral y perfil de estilos de vida con dimensiones.

Variable	Relación	χ^2
Síndrome de Burnout	Agotamiento Emocional y Estrés Laboral.	6.91**
	Realización Personal y Estrés Laboral.	7.263**
	Realización Personal y Perfil de Estilo de Vida.	7.799**
	Realización Personal y Soporte Interpersonal.	10.343 **
	Realización Personal y Manejo del Estrés.	8.883 **

* valores significativos $p < .05$, **valores muy significativos $p < .01$, *** valores altamente significativos $p < .001$

El agotamiento emocional es la falta de energía y la sensación de que se han agotado los recursos emocionales, puede ir acompañada de tensión y frustración; se ha descrito como si los trabajadores no hubieran dormido en absoluto (insomnio) (Maslach y Leiter, 1997). De acuerdo con Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), junto con el agotamiento emocional aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio junto con la manifestación de síntomas físicos y emocionales.

En cuanto a la relación de Despersonalización y Autoactualización, los trabajadores con una percepción No saludable en la dimensión de autoactualización muestran despersonalización en el 80% (4). El 67.8% (40) de los trabajadores con una percepción Saludable en Autoactualización no tienen despersonalización.

Cuando un trabajador tiene autoactualización, tienen un propósito en la vida y busca su desarrollo personal. La despersonalización es cuando un trabajador evita involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja, y desarrolla actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que atiende y los colegas de trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). La relación que tienen estas dos variables es comprensible, ya que si un trabajador muestra poco involucramiento emocional con las personas con las que trabaja, también presentará algún grado de afectación a nivel personal, de autoestima, optimismo, crecimiento y satisfacción personal.

La falta de realización personal, es una dimensión del Maslach Burnout Inventory que alude a la sensación de que no se están obteniendo logros del trabajo, y el trabajador se autocalifica de forma negativa; su presencia habla de sentimiento de insuficiencia y de baja autoestima en el trabajador (Bakker, 2002).

El 57.8% (26) de los trabajadores con sintomatología de estrés laboral tienen Realización Personal baja; mientras que el 78.9%(15) de los trabajadores sin síntomas de estrés muestran alta realización personal. El 75% (9) de los trabajadores con tensión arterial elevada presentan baja Realización Personal. Esto pudiera significar que cuando un trabajador se percibe como insuficiente en su trabajo y con baja autoestima, esto repercute en su salud mostrando sintomatología de estrés laboral incluyendo la elevación de la tensión arterial.

En lo que respecta a la relación encontrada entre la Realización Personal y el Perfil de estilo de vida, se observó que el 73.7% (14) de los trabajadores con una percepción en todo el instrumento como No Saludable, presentaron una baja realización personal, y el 64.4%(29) de los trabajadores con una percepción Saludable presentaron una realización personal alta. El 90.9% (10) de los trabajadores que se perciben como No saludables en la dimensión de Soporte Interpersonal tienen baja Realización Personal. El soporte interpersonal bajo caracteriza a personas que tienen problemas para expresar sus problemas y sentimientos con personas cercanas, lo cual se puede aunar a un trabajador que tiene baja autoestima con respecto a su trabajo.

En cuanto a la relación entre la Realización Personal y la dimensión de manejo del estrés (PEPS-I) se observó que el 66.7%(20) de los trabajadores con una percepción no saludable en esta dimensión presentaron baja realización personal; y el 71% (24) de los trabajadores que se perciben como saludables, tuvieron alta realización personal. Las personas con una percepción saludable sobre manejo del estrés reconocen las fuentes de estrés y las acciones que deben de tomar en contra de él.

V. CONCLUSIONES

Posterior al análisis de los hallazgos y de la literatura revisada, los trabajadores de los Centros de Desarrollo Infantil dependientes de USEBEQ son una población que representa claramente el panorama en salud que vive México. Es una población susceptible a los problemas subsecuentes de padecer sobrepeso y obesidad, así como hipertensión y diabetes.

Al ser trabajadores que prestan un servicio, tanto a los niños que son llevados para su cuidado y educación, como los padres de familia y directivos, se encuentran con una gran carga emocional que, si no es bien llevada y dirigida, puede llevarlos a presentar problemas de estrés laboral y Síndrome de Burnout.

Esto puede verse reflejado igualmente al obtener tan poca respuesta y participación por parte del personal, ya que no podían dejar de realizar sus actividades para contestar la batería de instrumentos y no se nos proporcionó un tiempo adicional fuera del tiempo de trabajo.

Cabe señalar que, aunque es una población que en su mayoría se percibe como saludable, la dimensión de los estilos de vida saludables que mayor porcentaje presentó como no saludable fue responsabilidad en salud. Lo cual nos indica que el estilo paternalista de Salud en nuestro país ha llevado a las personas a responsabilizar a otros por algo que es propio. El no sentirse saludable con respecto al ejercicio es indicativo que los trabajadores no dan tiempo a las actividades que les permitirán tener una mejor salud. En cuanto a la dimensión de Nutrición, más de la mitad de los trabajadores se percibe como saludable, sin embargo, muchas veces esa percepción no va seguida del conocimiento necesario para la toma de decisiones que no afecten su salud.

En cuanto al estrés laboral y el síndrome de burnout, se puede concluir que lo que más afecta a los trabajadores de estas instituciones es la falta de autoestima y el hecho de sentir realizados sus logros a través del trabajo.

Con lo que respecta a las hipótesis planteadas, se encontró relación entre la dimensión de realización personal y tensión arterial elevada. No se encontró relación con significancia estadística entre el estrés laboral y el Síndrome Burnout y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Esto puede ser por el simple hecho de que la salud se ve influenciada por la totalidad de su entorno y los determinantes en salud que tenga a su alrededor, siendo el trabajo uno de ellos, puede ser que no sea el principal que haya afectado a las personas con este tipo de padecimientos.

En cuanto a la segunda hipótesis, se rechazó ya que no se encontró relación con significancia estadística entre el estrés laboral y la calidad de vida laboral. La Calidad de Vida Laboral fue mayormente buena, sin embargo, la dimensión de Administración del tiempo libre fue la que obtuvo un mayor porcentaje de calidad baja, lo que nos hace pensar que los trabajadores llevan cargas de trabajo a sus casas, lo que les impide tener un estilo de vida más saludable, como la realización de ejercicio o momentos de relajación y manejo del estrés.

En cuanto a la tercera hipótesis planteada, se acepta ya que se pudo observar que los trabajadores que tenían baja realización personal se vieron mayormente afectados en su percepción en salud de manera global. Esto indica que al ser personas que se autoanalizan de manera negativa, probablemente vean su entorno fuera del trabajo de la misma manera negativa.

VI. REFERENCIAS

Alcántara Moreno, Gustavo (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 9(1),93-107.[fecha de Consulta 12 de Septiembre de 2020]. ISSN: 1317-5815. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=410/41011135004>

Alkon, A, et al. (2006) Staff Health in Early Care and Education Programs. 2006. California Training Insitute. CCHP. https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra181/f/9_CCHC_Staff_Health_0606.pdf

Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., & Salazar Estrada, J. G. (2016). Reliability and validation of the scale Maslach Burnout Inventory (Hss) in workers in western México. Salud Uninorte, 32(2), 218-227. <https://doi.org/10.14482/sun.32.2.8828>

Arenas-Monreal, Luz, Cortez-Lugo, Marlene, Parada-Toro, Irene, Pacheco-Magaña, Lilian E, & Magaña-Valladares, Laura. (2015). Population health diagnosis with an ecohealth approach. Revista de Saúde Pública, 49, 78. Epub October 30, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005842>

Arroyo, P. (2008). La alimentación en la evolución del hombre: su relación con el riesgo de enfermedades crónico degenerativas. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 65, 431-440. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086d.pdf>

Bakker, A.; Demfrouiti, E. Y Schaufeli, W. (2002) “ Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey : An internet study”, Anxiety, Stress and Coping, Vol. 15, N° 3, pgs. 245 – 260

Barba Evia, J. R. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 1(65), 4-17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>

Beltrán, Carolina & Pando-Moreno, Manuel & Partida, Nidia & Rodríguez, María. (2003). Síndrome de Burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Guadalajara. *Investigación en Salud*. V. 0-

C, M. R., Körner, A., & Unesco. Regional Office for Education in Latin America and the Caribbean. (2005). *Condiciones de trabajo y salud docente*. UNESCO Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe.

Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Córdova- Pluma, V. H., Castro-Martínez, G., Rubio-Guerra, A., & Hegewisch, M. E. (2014). Breve crónica de la definición del síndrome metabólico. *Medicina Interna de México*, 30, 312-328. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim143k.pdf>

Córdova-Villalobos, J. Á., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., León-May, M. E. . d. e., Admon, L., & Aguilar-Salinas, C. A. (2008). Las enfermedades crónicas no

transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública de México, 50(5), 419-427. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000500015>

Espinoza- Cardenas, Lucía del Rosario (2016). Estilo de vida del profesional de enfermería perteneciente a la micro red de San Vicente Cañete (Tesis de licenciatura). Universidad de San Martín de Porres - Facultad de Obstetricia y Enfermería, Lima, Perú.

Estrés laboral. (s. f.). IMSS. Recuperado 12 de septiembre de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>

Freudenberger, H.J. (1974), Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, 30: 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

García Carretero, M. Á., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Delgado, J. M., & O'Ferrall González, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. Adicciones, 28(4), 194. <https://doi.org/10.20882/adicciones.775>

González R, Hidalgo G, Salazar J. & Preciado M. (2010). Elaboración y validación del instrumento para medir la calidad de vida en el trabajo "CVT-GOHISALO". Ciencia & Trabajo, 12(36), 332-340.

HEATHERTON, T. O. D. D. F., KOZLOWSKI, L. Y. N. N. T., FRECKER, R. I. C. H. A. R. D. C., & FAGERSTROM, K. A. R. L.-O. L. O. V. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Addiction, 86(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>

Instituto Nacional de Salud Pública (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. México.

Ippolito-Shepherd, J., Cerqueira, M. T., & Ortega, D. P. (2005). Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Americas. *Promotion & Education*, 12(3-4), 220-229. <https://doi.org/10.1177/10253823050120030139>

Martínez L, Oviedo O. & Luna C. (2013). Condiciones de trabajo que impactan en la vida laboral. *Salud Uninorte*, 29(3), 542-560.

Maslach A, C. Y Leiter, P. (1997) "The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress And What to do About it", Jossey- Bass Inc. Publishers, San Francisco, California, E.U.A.

Maslach, C.; Leiter, P. Y Schaufeli (2001) "Job Burnout", *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, pgs. 397- 422

McGrath, B. J., & Huntington, A. D. (2007). The Health and Wellbeing of Adults Working in Early Childhood Education. *Australasian Journal of Early Childhood*, 32(3), 33-38. <https://doi.org/10.1177/183693910703200306>

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Ministerio de Educación, & Instituto Nacional de Educación Tecnológica, Organización Internacional del Trabajo. (2014). Salud y seguridad en el trabajo (SST). Aportes para una cultura de la prevención (1.a ed.) [Libro electrónico]. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_248685.pdf

Moncada, S., Llorens, C., Gimeno, X., & Font, A. (2007). Exposición laboral a riesgos psicosociales en la población asalariada española. *Revista Estado de*

la Cuestión, 35-45.
<http://istas.net/descargas/Exposici%C3%B3n%20laboral%20a%20los%20riesgos%20psicosociales%20en%20la%20poblaci%C3%B3n.pdf>

Monreal, L. A., Delgado, N. S., Trujillo, A. C., Social, I. N. D. D., & Instituto Nacional de Desarrollo Social (México). (2008). Experiencias de acercamiento comunitario y participación de la población en salud. Instituto Nacional de Desarrollo Social.

Moreno-Altamirano, L., García-García, J. J., Soto-Estrada, G., Capraro, S., & Limón-Cruz, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 77(3), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.07.002>

Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Piva Demarzo, M. M., Gascon, S., & García-Campayo, J. (2014). Coping with Stress and Types of Burnout: Explanatory Power of Different Coping Strategies. *PLoS ONE*, 9(2), e89090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089090>

Nakao, M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-4>

Nakata A. (2012). Psychosocial job stress and immunity: a systematic review. *Methods in molecular biology (Clifton, N.J.)*, 934, 39–75. https://doi.org/10.1007/978-1-62703-071-7_3

Navinés, R., Martín-Santos, R., Olivé, V., & Valdés, M. (2016). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146(8), 359-366. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.11.023>

Organización Internacional del Trabajo (OIT)(2015) . La definición de los accidentes de trabajo. Disponible en: http://white.oit.org.pe/ssos/documentos/cobertura_riesgos/secsoc/anexoii.html

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>. Recuperado 12 de septiembre de 2020, de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Sin editorial. Recuperado 12 de septiembre de 2020, de https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

Pérez-Adame, E., Fulgencio-Juarez, M., & González-Zepeda, A. P. (2013). Burnout en personal de estancias infantiles y su relación con las habilidades y conocimientos requeridos para el puesto. Revista de Educación y Desarrollo, 23, 5-12. https://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Externos/2013_Perez_Adame_et_al.pdf

Rivero Rodríguez, Luis Fernando, & Cruz Flores, Cecilia. (2008). Trastornos psíquicos y psicosomáticos: problemática de salud actual de los docentes mexicanos. Salud de los Trabajadores, 16(2), 73-86. Recuperado en 13 de septiembre de 2020, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382008000200003&lng=es&tlng=es.

Rodríguez, C. A., International Training Centre of the ILO., International Labour Organization, International Training Centre of the ILO., & International Labour Organization. (2009). Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo. OIT.

Rodríguez, M. (2009). Psychosocial factors of labor risk ¿new times, new risks? *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, 2(3), 127-141. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/lainet/lainetv2n3/v2n3-6.pdf>

Salgado-de Snyder, V. N., & Guerra y Guerra, G. (2014). Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Pública de México*, 56(4), 393. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i4.7360>

Saltijeral, M. T., & Ramos-Lira, L. (2015). Identificación de estresores laborales y burnout en docentes de una secundaria para trabajadores del Distrito Federal. *Salud mental*, 38(5), 361-369. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.049>

Soto-Estrada, Guadalupe, Moreno-Altamirano, Laura, & Pahua Díaz, Daniel. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(6), 8-22. Recuperado en 12 de septiembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008&lng=es&tlng=es.

Trinidad Rodríguez, I., Fernández Ballart, J., Cucó Pastor, G., Biarnés Jordà, E., & Arija Val, V.. (2008). Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 242-252. Recuperado en 13 de septiembre de 2020, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300011&lng=es&tlng=es.

Vázquez-Mata, C. A., Martínez-Martínez, D. N., Reyes-Rocha, B. L., & Mendoza-Ayala, M. A. (2017). Calidad de Vida Laboral en Docentes de Educación Superior. Jóvenes en la Ciencia., 3(2), 17-21.
<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1412>

Dirección General de Bibliotecas UAG

APÉNDICE

Dirección General de Bibliotecas UAQ