



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICO
FAMILIAR:

**ASOCIACION DE MOBBING CON SINDROME METABOLICO EN PERSONAL
DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.45 EN SAN
LUIS POTOSI**

PRESENTA:

MAYRA MARGOT RENTERIA REYES

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARIA TERESA AYALA JUAREZ

COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF 45

CO – ASESORES:

ASESOR CLÍNICO

DR. LUIS FERNANDO GUERRERO HERRERA

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

ASESOR ESTADÍSTICO

DR. HECTOR GERARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ

INVESTIGADOR EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

MARZO 2021



AUTORIZACIONES

DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL.

Jefa de Investigación y Postgrado clínico de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

DRA. LORRAINE TERRAZAS RODRIGUEZ

Coordinador Auxiliar de Educación en Salud, I.M.S.S.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

MARZO 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO DE TESIS:

ASOCIACION DE MOBBING CON SINDROME METABOLICO EN PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.45 EN SAN LUIS POTOSI

No. De Registro:

R-2020-2402-082

PRESENTA:

MAYRA MARGOT RENTERIA REYES

ASESORES	FIRMAS
DIRECTOR Dra. Maria Teresa Ayala Juarez Asesor metodologico	
CO-DIRECTORES Dr. Luis Fernando Guerrero Herrera Asesor Clínico	
Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez Asesor Estadístico	

SINODALES	FIRMAS
DRA. LORRAINE TERRAZAS RODRIGUEZ PRESIDENTE	
DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS SECRETARIO	
DRA. DORA MARIA BECERRA LOPEZ VOCAL	

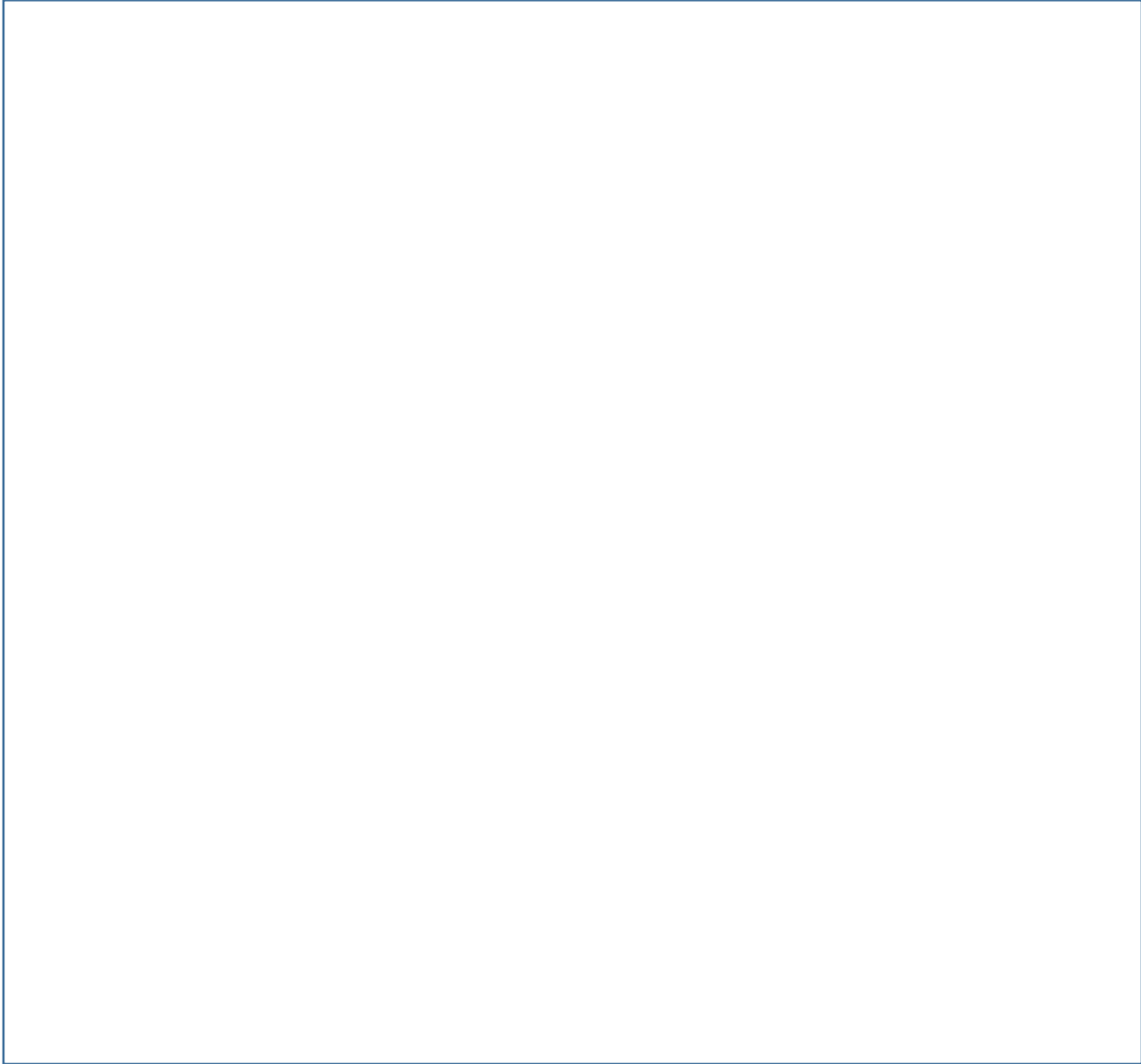
DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL. Jefa de Investigación y Postgrado clínico de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.	DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ Coordinadora de la Especialidad en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.
--	--



AUTORES:



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar





DEDICATORIA:

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mi madre Ruth Rentería Reyes, mi segunda madre Sandra Rentería Reyes y a mi hermana Ruth Alejandra Vallejo Rentería, que me han brindado su apoyo incondicional durante este recorrido llamado residencia.

Muchos de estos logros se los debo a ustedes entre los que incluye este. Me formaron con reglas y algunas libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis metas y anhelos.

Gracias Familia, las amo.



AGRADECIMIENTOS.

Familia, amigos y personales especiales en mi vida, son un conjunto de seres queridos, benefactores de inimaginables circunstancias como ser humano.

No podía sentirme más amena con la confianza puesta sobre mi persona, especialmente cuando he contado con su mejor apoyo desde que tengo memoria.

Quiero agradecer en especial a todo el personal de enfermería de la UMF 45 quien participo en este proyecto.

También quiero agradecer a mis asesores la Dra. Tere, Dr. Flori, Dr. Héctor, Dr. Guerrero, que me guiaron durante esta idea; así como la Dra. Doris a quien debo gran parte de mi aprendizaje.

Este nuevo logro es en gran parte a ustedes; he logrado concluir con éxito este proyecto de vida, que al principio parecía interminable.

A todos mis más sinceros agradecimientos y felicitaciones por todo el conocimiento, paciencia y trabajo de equipo para lograr producir todo lo que aquí se presenta.



Resumen

“ASOCIACION DE MOBBING CON SINDROME METABOLICO EN PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45 EN SAN LUIS POTOSI”

Rentería Reyes MM¹, Ayala Juárez MT², Guerrero Herrera LF³, Hernández Rodríguez HG⁴

¹ Residente de la especialidad de Medicina Familiar, ² Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 45, ³ Médico Psiquiatra, docente de la UASLP, ⁴Maestría en Salud Pública UASLP, profesor de la Facultad de Medicina

Introducción

El mobbing es un término que describe un comportamiento individual o grupal donde se establecen relaciones de acoso y hostigamiento entre 2 o más integrantes de un equipo. Se caracteriza por ser recurrente y sistemática, al menos 1 vez por semana y durante un tiempo de más de 6 meses, sobre otra persona en el lugar de trabajo.

Antecedentes

La prevalencia del mobbing varía dependiendo del instrumento aplicado, así como de la muestra pero este va desde 47% al 91.5% y estos han vivido al menos algún tipo de experiencia de mobbing.

Entre los factores de riesgo relacionados con el acoso se encuentran el sexo femenino, origen étnico, ser extranjeros, rolar turnos, etc.

El mobbing en los trabajadores de la salud (enfermería) puede incrementarse por el síndrome metabólico y se caracteriza por la coexistencia de perjuicios, como el sobrepeso y la obesidad abdominal, diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial, los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, las cuales tienen relación directa con las condiciones específicas del trabajo y la forma como este es organizado, lo cual ha incrementado las enfermedades comunes a la población en general.

Objetivo: Determinar la prevalencia del mobbing y su asociación del Síndrome Metabólico en el personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No.45 en San Luis Potosí.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal, de asociación cruzada, previo consentimiento informado, se aplicó cuestionario de la Escala Cisneros modificada y determinó la presencia de mobbing en el personal de enfermería, además se tomaron mediciones antropométricas, presión arterial y extracción sanguínea para medir glucemia en ayunas, colesterol y triglicéridos.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Recursos: Área física Unidad de Medicina Familiar 45 IMSS, Humanos: médico tesista y asesores, personal de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social

San Luis Potosí. Materiales: diversos materiales de oficina, cuestionarios y equipo de cómputo.

Financiamiento: Esta investigación se realizó con los recursos propios del investigador y de los laboratorios del Instituto Mexicano de Seguro Social

Factibilidad: Este estudio es factible ya que en la Unidad de Medicina Familiar 45 IMSS de San Luis Potosí, se cuenta con personal de enfermería de diferentes turnos adscritos a la Unidad por lo que se cuenta con el recurso humano e insumos médicos para la realización de este protocolo de investigación.

Experiencia de Grupo: Los asesores cuentan con la experiencia necesaria para la realización y publicación de estudios de investigación.

Tiempo de Realización del proyecto: 2 meses

RESULTADOS

Se realizó una muestra de 40 personas de enfermería donde el 82.5% fueron del sexo femenino y 17.5% hombres. Destacando el turno matutino con un 47.7%, vespertino 43.1% y 9% del nocturno. Las edades se encuentran en su mayoría de 41 a 50 años. Los resultados de quienes vivieron alguna experiencia de mobbing fue del 42.5% y el 57.5% no lo sufrieron. Las enfermeras que padecen síndrome metabólico fue un 15%(6) y el restante 85%(34) no presento SM. De este porcentaje solo una persona tenía asociación de mobbing con SM que equivale al 16.6% de la población de enfermería. En consecuencia, tenemos una correlación de Pearson $r=-0.22$ y una $p=0.17$ con significancia estadística ($p=0.08$, a una cola).

CONCLUSIONES

En conclusión, por el método del coeficiente de Pearson, no es posible afirmar que existe correlación entre el mobbing y el síndrome metabólico para el personal de enfermería estudiado, los resultados, al parecer tienden a que haya menor frecuencia de SM en las que salieron con "Mobbing positivo"; o sea que el Mobbing se muestra como un "factor protector" para SM.

Palabras clave: mobbing, acoso laboral, enfermería, Síndrome Metabólico, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus.

INDICE

DEDICATORIA:	7
AGRADECIMIENTOS.....	8
1. MARCO TEORICO	15
1.1INTRODUCCION	15
1.2ANTECEDENTES	17
1.3 MARCO CONCEPTUAL	21
CUADRO 1. CONCEPTOS DE <i>MOBBING</i>	23
1.3.1 LAS CAUSAS DEL MOBBING	24
1.3.2. LOS OBJETIVOS DEL MOBBING	25
CUADRO 2. ALGUNOS EJEMPLOS DE MOBBING: ^{4,38}	25
1.3.3. LOS ACTORES Y EL ESCENARIO DEL MOBBING	26
CUADRO 3 TIPOLOGIA DE LAS VICTIMAS DE MOBBING. ¹	27
1.3.4. EL ENTORNO DONDE SE PRESENTA EL MOBBING	27
1.3.5. FASES DEL MOBBING	28
1.3.6. TIPOS DE MOBBING	29
1.3.7. CONSECUENCIAS DEL MOBBING	29
CUADRO 4 CAMBIOS DE UNA SITUACION DE ACOSO.....	30
1.3.8. LA ESCALA CISNEROS	32
1.4 SINDROME METABOLICO	33
1.4.1 DEFINICION	33
1.4.2. FISIOPATOLOGIA	35
FIGURA 1. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL SINDROME METABOLICO.....	35
1.4.3 HISTORIA	36
1.4.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS	37
CUADRO 7 COMPONENTES DEL SINDROME METABOLICO SEGÚN SU DEFINICION.....	38
CUADRO 8 COMPARACION DIAGNOSTICA DEL SINDROME METABOLICO.....	39
2. JUSTIFICACION	40
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
4. OBJETIVOS.....	42
4.1 OBJETIVO GENERAL	42



4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	42
5. HIPÓTESIS DE TRABAJO	42
5.1 HIPÓTESIS NULA	42
5.2 HIPÓTESIS ALTERNA	42
6. MATERIAL Y METODOS	43
6.1 TIPO DE ESTUDIO	43
6.2 UNIDAD DE ESTUDIO:	43
6.3 UNIDAD DE INVESTIGACION:	43
6.4 LIMITE DE TIEMPO:	43
6.5 TIPO DE MUESTRA:	43
6.6 TAMAÑO DE MUESTRA:	43
6.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN	43
6.7.1 Criterios de Inclusión	43
6.7.2 Criterios de Exclusión	43
6.7.3 Criterios de Eliminación	44
6.8 VARIABLES:	44
6.9 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	45
7. ASPECTOS ETICOS.....	46
8. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	47
8.1 HUMANOS	47
8.2 INVERSION TOTAL DEL PROYECTO	48
8.3PRESUPUESTO	48
TABLA DE PRESUPUESTO	48
8.4 UNIDAD ADMINISTRACION FINANCIERA	48
8.5 LOCALIZACION GEOGRAFICA	48
9. EN CASO PERTINENTE ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	48
10. RESULTADOS.....	48
10.1ANALISIS ESTADISTICO	49
10.2 GRAFICAS	50
Gráfica 1x. Análisis de la cantidad de enfermeras(os) según su estatus de participación en el estudio.	50
Gráfica 2x. Análisis por edad para el personal de enfermería.	51
Gráfica 3x(a). Análisis por sexo del personal de enfermería.	52

Gráfica 3x(b). Análisis con relación a la jornada de trabajo del personal de enfermería.	53
Cuadro 1x. Estadísticos descriptivos para el peso, talla y el índice de masa corporal (IMC) del personal de enfermería.	53
Gráfica 4x. Histogramas para los resultados del peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia abdominal del personal de enfermería.	54
Gráfica 5x. Categorización del Índice de Masa Corporal (IMC) del personal de enfermería.	55
Cuadro 2x. Estadísticos descriptivos para la circunferencia abdominal en relación con el sexo del personal de enfermería	55
Gráfica 6x(a). Porcentajes de la obesidad central para la totalidad de la población estudiada	56
Gráfica 6x(b). Porcentajes de la obesidad central en relación al sexo para la totalidad de la población estudiada	57
Gráfica 7x(a). Resultados para la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica del personal de enfermería.	58
Cuadro 3x. Estadísticos descriptivos para la tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD)	58
Gráfica 7x (b) Resultados de los histogramas para la tensión arterial sistólica (TAS) y Tensión arterial Diastólica (TAD)	59
Gráfica 8x (a). Resultados para la prevalencia de diabetes mellitus (DM) en el personal de enfermería.	60
Cuadro 4x. Estadísticos descriptivos para la glucosa anormal en ayunas	60
Gráfica 8x (b) Resultados de los niveles de glucosa en ayunas en mg/dl	61
Gráfica 8x(c) circular de Glucosa Anormal en Ayunas en personal de Enfermería	62
Gráfica 9x. Resultados para la prevalencia de la dislipidemia en el personal de enfermería.	63
Cuadro 5x. Estadísticos descriptivos para el colesterol, para lipoproteínas de alta (HDL), baja (LDL) y muy baja densidad (VLDL), así como para los triglicéridos del personal de enfermería.	63
Gráfica 10x Análisis para el colesterol > 200 ml/dL en el personal de enfermería.	64
Gráfica 11x Análisis para los triglicéridos > 150mg\dl en el personal de enfermería	65
Gráfica 11x. Histogramas para los resultados de los triglicéridos y para las proteínas de alta (HDL), baja (LDL) y muy baja densidad (VLDL) en el personal de enfermería.	66

Gráfica 12x. Circular del Análisis para HDL en el personal de enfermería.....	67
Gráfica 13x. Resultados de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) para (a) la totalidad de la población estudiada y (b) al analizarla según el sexo del personal de enfermería.	68
Gráfica 14x. La prevalencia del SM en el personal de enfermería.	69
Grafica 15x. Análisis de la totalidad de la población de enfermería con las variables del síndrome metabólico	70
Cuadro 6x. Análisis de las combinaciones de las variables relacionadas con el síndrome metabólico (SM) del personal de enfermería.	71
Gráfica 16x. Análisis de la prevalencia para el personal de enfermería.....	72
Cuadro 7x. Estadísticos descriptivos para los resultados del mobbing.....	73
Gráfica 17x. Resultados de mobbing.....	74
Cuadro 8x. Tabla de contingencia para la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico.....	75
Cuadro 9x. Resultados para la prueba de Chi-cuadrada para la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico en el personal de enfermería.	76
Cuadro 10x. ANOVA para el modelo de regresión de la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico.....	77
Gráfica 18x. Gráfica de dispersión con la regresión lineal para la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico.....	78
11. DISCUSION.....	79
12. CONCLUSIONES	82
13. LIMITACIONES.....	83
14. SUGERENCIAS.....	83
15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	84
16. ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
16.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	¡Error! Marcador no definido.
16.2 ANEXO DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	¡Error! Marcador no definido.
16.3 ANEXO DE ESCALA CISNEROS.....	¡Error! Marcador no definido.
16.4 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	¡Error! Marcador no definido.
16.5 CARTA DE AUTORIZACION POR COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION	¡Error! Marcador no definido.

TITULO DEL PROYECTO O PROTOCOLO DE INVESTIGACION

*“ASOCIACION DE MOBBING CON SINDROME METABOLICO EN
PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.
45 EN SAN LUIS POTOSI”*

1. MARCO TEORICO

1.1 INTRODUCCION

El ser humano desde tiempos ancestrales ha sido un punto clave para la organización y desarrollo en el campo laboral en todas las áreas de su desempeño. En el área de salud sigue siendo un pilar para el éxito de los tratamientos médicos, y durante la vida laboral han pasado por varios procesos de cambios, entre esto destaca el aumento y/o la persistencia del acoso psicológico laboral o mobbing durante las jornadas de trabajo.¹

El mobbing es una palabra que describe una actuación individual o de grupo en el que se implantan relaciones de acoso y hostigamiento entre dos o más integrantes de una unidad de trabajo. Tal contexto provoca un ambiente de hostilidad y violencia entre acosador y víctima, que daña y puede llegar a perjudicar en forma irreversible el buen desempeño y la salud de los trabajadores.¹

Leynman (1996) definió a este fenómeno como aquel en que una persona o grupo de personas ejecutan violencia psicológica extrema, desprovista de ética, de *forma sistemática y recurrente, al menos una vez por semana y durante un tiempo prolongado de más de seis meses*, sobre otro individuo en el lugar de trabajo, con el objetivo de abatir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, alterar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que esa persona o personas acaben cediendo el lugar de trabajo.^{1,2}

El mobbing es un fenómeno complicado que combina aspectos psicológicos, sociales, éticos y jurídicos con repercusiones culturales, económicas y políticas, por

lo tanto, por lo que hay que explorar las características de las personas en el ambiente que se desenvuelven.¹

Existen herramientas de diagnóstico tales como LIPT-60(Leymann Inventory Psico Terror,) Ivapt-Pando (Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el trabajo), el NAQ(Negative Acts Questionnaire) y la escala CISNEROS (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) que accederán a elaborar medidas de prevención que aporten control para mejorar la salud laboral y la productividad del personal que trabaja en ella, es decir en el capital humano de la organización.³

El instrumento de CISNEROS® consta de 43 preguntas que evalúan conductas de acoso en el entorno laboral.⁴

El mobbing en el trabajo, en términos generales, tiene consecuencias sobre la víctima a nivel psicológico, social y económico, por lo que es importante tomar en cuenta este fenómeno dentro de la organización.¹ Dicho fenómeno se reconoce como una problemática individual y social que demanda una regulación laboral adecuada para su prevención.

Los cambios socioculturales y políticos, se tiene transformando los aspectos laborales de los individuos. La organización dentro de las empresas está en continuo cambio, lo que se refleja en la salud de la clase trabajadora.⁵

El mobbing en los trabajadores de la salud puede incrementar por el Síndrome metabólico y se caracteriza por la coexistencia de perjuicios, como el sobrepeso y la obesidad abdominal, diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial, los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, las cuales tienen relación directa con las condiciones específicas del trabajo y la forma como este es organizado, acrecido de las enfermedades comunes a la población en general.⁵

Las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas el Síndrome metabólico (SM), tienen afectaciones en sus áreas laborales y aspectos personales.⁵ El mobbing y los problemas cardiovasculares son dos factores que influyen de manera certera y significativa en el desempeño laboral, los signos y síntomas causados por las variables mencionadas se evidencian mediante malestares de tipo físico, cognitivos,

psicológicos y sociales, por tanto, el sujeto que padece la enfermedad o el tipo de “acoso” mencionado, se encuentra predispuesto a que en distintas áreas de la vida pueda verse afectado de forma negativa.⁶ Herrera (2017) encontró que la mayoría de la población se encuentra con edades productivas laboralmente hablando, de esta población estudiada cuentan con padecimientos degenerativos, sin embargo no hace una asociación sin estos factores contribuyen a su actividad laboral.⁷

1.2 ANTECEDENTES

Leymann (1990), introdujo el término “*mobbing*” en los años ochenta, como una peculiaridad en las áreas laborales que tiene que ver con maltrato psicológico. Konrad (1991) utilizó por primera vez el término “*mobbing*” al referirse al ataque de un grupo de animales gregarios que acosaban un animal solitario de mayor tamaño. Heinemann (1992), en Suecia, atraído en la conducta social infantil, utilizó el término de Konrad para asemejar un comportamiento altamente destructivo de pequeñas pandillas de niños, en la mayoría de los casos dirigido en contra de un único niño. Marie France Hirigoyen (1999) es precursora en el estudio del acoso moral en Francia. Al principio de sus publicaciones encabezó el *mobbing* en el entorno familiar y la organización a nivel general en su país. Eirnasen (2000) revela que el *mobbing* se produce cuando en un periodo de tiempo, alguien es objeto de constantes acciones negativas por parte de una o varias personas, y por diversas razones se enfrentan a dificultades persistentes para defenderse de las mismas. Al mismo tiempo González de Rivera (2000), en España, desarrolla un trabajo en el maltrato psicológico en las instituciones de manera teórica y de campo. Más tarde Piñuel y Zavala (2001) en España, encuentra que el fenómeno ocurre en las organizaciones de su país, y estudia las posibles relaciones de causa-efecto en el *mobbing* en diversas estructuras laborales. Sin embargo, Barón (2004) opina que el poder y la negociación son medios en el *mobbing*, para adquirir poder, siendo este un elemento causal del acoso laboral.¹

Ribeiro (2012), en Brasil encontró que el 27% (61) de los empleados de la salud presentaron estrés sin asociación con SM. ⁵

Olivares (2012) en Perú realizaron un estudio de la población económicamente activa en Bolivia y Ecuador. El instrumento aplicado fue el inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-Pando). Encontrando una prevalencia de violencia psicológica del 94.8% en Bolivia y 89.3% en Ecuador, comparada con el 83.3% en Chile, 86.6% en México y 86.2% en España. La intensidad de violencia se refirió en un 13.2% en Bolivia, 17.9% en Ecuador, México 8.5%, Chile 17.9% y España 9.4%. El 3.8% de los hombres sufren acoso psicológico en el trabajo a nivel medio y alto mientras que las mujeres presentan un 6.4%, no existiendo diferencia significativa por cuestión de género.⁸

Gutiérrez Strauss (2013) en Barranquilla, Colombia encontró que IVAPT-Pando mostró ser un instrumento adecuado para la evaluación de la violencia psicológica y el mobbing en trabajadores de Colombia, los trabajadores pertenecían al comercio establecidos, con un año de antigüedad en el trabajo y contaban con un supervisor.⁹

Molero Jurado (2014) en una revisión sistemática de Acoso laboral entre el personal de enfermería y psicología, encontrando 96 publicaciones y seleccionando 18 de estas. Los resultados muestran una prevalencia de acoso entre del 17-20%. Se identificaron factores de riesgo: <30 años, poca experiencia laboral, trabajar en determinadas unidades o turnos. Las consecuencias para las trabajadoras fueron: problemas psicológicos, aprovechamiento bajo, y conductas sociales alteradas.¹⁰

La evidencia internacional propone una alta prevalencia de mobbing contra el personal de enfermería por un alto índice de vulnerabilidad. La diversidad de la operatividad hospitalaria, así como las malas condiciones del trabajo y la negativa discrepante de la organización; pueden precipitar la aparición del acoso laboral.¹⁰

Arellano (2015), en Ecuador, realizó un estudio sobre la posible relación entre mobbing y estrés laboral, evaluando a 93 trabajadores administrativos aplicándose el inventario IVAPT-PANDO; con edad promedio de 31 años, con predominio de

hombres de 39.8%, el 97.8% declaró violencia psicológica; sobre el Acoso Psicológico (mobbing), el 92.4% mostraron que es nulo o bajo; y solo 7 trabajadores presentaron presencia media y alta; acerca del estrés, el 54.8 % reporto estrés-alto; como conclusión no hubo asociación demostrativa con los aspectos sociodemográficos y violencia psicológica, mobbing y estrés; sin embargo se halló una asociación baja, pero estadísticamente significativa, con el mobbing y estrés laboral ($p < 0.05$).¹¹

Pando Moreno (2016) en su publicación realizado con trabajadores de países iberoamericanos, este estudio comparativo exploratorio del comportamiento de la violencia psicológica en donde participaron 3,210 trabajadores aplicando el instrumento IVAPT-PANDO. Los resultados obtenidos fueron que el sexo femenino predominó con un 60.9%, un 51.8% en mayores de 35 años, 44.6% casados, 71.4% con estudios por debajo de la licenciatura y el 27.4% de turno matutino. Considerando que los niveles de violencia psicológica más altos se observaron en trabajadores en Perú (79.8%) continuado por Bolivia (76.8%) y Costa Rica (74.8%), lo que significa que en estos tres países más del 70% habían sido víctima de alguna forma de mobbing. Si mencionamos la intensidad de violencia psicológica, Costa Rica ocupó el primer lugar, República Dominicana en segundo lugar y España en tercer lugar. Y en referencia a la prevalencia del psicológico la mayor se observó en trabajadores costarricenses, seguidos de peruanos y chilenos.²

Molero Jurado (2016) menciona que las organizaciones cerradas tienen mayor probabilidad de presentar acoso laboral, estas tienen repercusiones para ambas partes, es decir el trabajador, su entorno social y la empresa.¹⁰

En Lima, Perú del 2019 Damas Casani y colaboradores seleccionó aleatoriamente a 290 trabajadores del Hospital María Auxiliadora, a los cuales se les aplicó el cuestionario FINDRISC y realizó tamizaje de prueba de la tolerancia a la glucosa con 75gr, clasificando en euglucémico y disglucemia (que incluyen prediabetes y/o diabetes) según criterios de la Asociación Americana de la Diabetes (ADA) con

resultados de El 74.5% fue del sexo femenino, 71% tuvo una edad > 45 años, el 75% tenía sobrepeso-obesidad y 90% obesidad abdominal. El 20% presentó disglucemia, asociada con la edad, índice de masa corporal y antecedente de hiperglicemia.¹³

Cardona (2020) en Colombia se realizó un estudio con el objetivo de establecer si existe correlación entre positiva *Mobbing* y datos de hipertensivos, en su reporte no se encontró dicha asociación, en embargo si existe acoso laboral, ambientes inadecuados y estrés.⁶

Acosta (2003) en Jalisco se ejecutó un estudio en trabajadores administrativos de un Centro Universitario, dicha investigación a través del instrumento LIPT-60; de una muestra de 175 trabajadores, con predominio de mujeres con el 67.7% y el 32.4% hombres. Conforme a los resultados, el 86% del personal declararon estar expuestos al acoso.¹⁴

Palacios (2006) en Ciudad de México realizaron el estudio “Sobrepeso y obesidad en personal de salud de una unidad de medicina familiar”, en 207 trabajadores de salud (médicos familiares, estomatólogos, enfermeras, asistentes médicas, trabajadoras sociales y laboratoristas, adscritos a una UMF. Dentro de sus resultados se encontró a los participantes con sobrepeso y obesidad (46%), el sexo masculino fue el más afectado (54%) y el grupo de edad de los mayores de 50 años (57%). Cabe destacar que los médicos familiares y estomatólogos mostraron frecuencias mayores (58%)¹⁵

Palacios Rodríguez (2010) y colaboradores efectuaron un estudio de 90 trabajadores de la salud de una UMF. Se emplearon los criterios del ATP III, donde el 40 % presentó síndrome metabólico, con predominio en el sexo femenino.¹⁶

Aldave (2013) en la Ciudad de México realizó un estudio en siete hospitales públicos, con un total de 280 entrevistados. Aplicando la adaptación del cuestionario original (LIPT-60) de Leymann, con un predominio del 66% en mujeres y el 34% de hombres, con edades de 31 a 45 años. Los servicios administrativos presentan un

mayor índice de acoso a deferencia de los servicios medicos, lo que traduce la presencia de este comportamiento sin importar el área en la que se encuentre el trabajador.¹⁷

Medina (2013) en la Ciudad de México encontró que el sexo femenino está más expuestos a este comportamiento, sin importar la escolaridad, en relación con sexo masculino, cabe mencionar que los trabajadores con baja apreciación de su imagen tienen mayor probabilidad de sufrir acoso.¹⁸

Herrera (2017), en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, un estudio se analizaron 76 hombres y mujeres para evaluar la relación entre la calidad dietética y adiposidad con el riesgo de síndrome metabólico en una población adulta joven entre 20 a 29 años. Donde se encontró una prevalencia de 14.5%; con una probabilidad de síndrome metabólico se elevó 8.3% por cada centímetro de circunferencia cintura y un 15.6% por cada kg/m² de aumento de IMC. Concluyendo que los índices de adiposidad predijeron mejor el síndrome metabólico.¹⁹

En el personal de salud parece ser especialmente predominante el acoso, pues en ella ocurre con mayor frecuencia respecto a otros centros de trabajo,²⁰ ya que se ha reportado que de 47 a 91.5% del personal de salud han sufrido por lo menos una experiencia de este tipo. No exentando al personal de enfermería como de los primeros lugares de vivir este tipo de experiencias. Entre los factores relacionados con el acoso se encuentran el sexo, el origen étnico y ser extranjeros.²¹

1.3 MARCO CONCEPTUAL

El mobbing es una palabra que *describe una conducta individual o de grupo en el que se establecen relaciones de acoso y hostigamiento entre dos o más integrantes de un equipo de trabajo*. Lo que puede afectar y causar daños a los trabajadores.¹

La definición de *the European Agency for Safety and Health at Work* el acoso moral: *...en el trabajo se describe por la repetición de una serie de actuaciones irracionales dirigidos hacia un trabajador o grupo de trabajadores que generan un riesgo para su salud y seguridad...¹*

En el ámbito laboral, definimos *Mobbing*:

...como el continuo y intencionado maltrato verbal y moral que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objetivo de lograr su aniquilación o destrucción psicológica y a obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos ilegales, ilícitos, o ajenos a un trato respetuoso o humanitario y que atentan contra la dignidad del trabajador.⁴

La Unión Europea (el 14 de mayo del 2001) definió oficialmente el acoso moral en el trabajo como “*es el comportamiento negativo entre compañeros o entre los superiores o inferiores jerárquicos, a causa del cual, el afectado es objeto de acoso y agresión sistemático durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o efecto de aislarlo*”.^{22,}

La Organización Internacional en el Trabajo (OIT) en el 2001 puntualiza el *Mobbing* como: la expresión de “acoso laboral” como:

*...la acción verbal o psicológica de índole sistemática, repetida o persistente por la que, en el lugar de trabajo o vínculo con el trabajo, una persona o un grupo de personas hiere a una víctima, la humilla, ofende o amedrenta.*²²

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en 2009 define *Mobbing* como:

...la exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más individuos por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica). Dicha

exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud.²²

El siguiente cuadro 1 resume algunos de los conceptos del *Mobbing* estudiado a través de los años, así como su variabilidad de términos:

CUADRO 1. CONCEPTOS DE *MOBBING*

Cuadro 1. Autores, términos y definiciones del fenómeno Mobbing ²⁰

Autor	Término	Definición
Brodsky (1976)	Harassment	• Intentos repetidos y persistentes por parte de una persona de atormentar, agotar, frustrar o lograr una reacción de otra persona; es un trato que se caracteriza por la provocación persistente, la presión, el enfrentamiento, la intimidación u otros modos de comportamiento que causan incomodidad a otra persona.
Thylefors (1987)	<i>Scapegoating</i>	Una o más personas, durante un periodo de tiempo, son expuestas de modo repetitivo a acciones negativas por parte de uno o más individuos.
Matthiesen, Raknes y Rökkum (1989)	<i>Mobbing</i>	• Una o más conductas y reacciones duraderas y repetidas de una o más personas dirigidas a una o más personas de su grupo de trabajo
Leymann (1990)	• <i>Mobbing</i> • <i>Psychological terror</i>	• Comunicación no ética y hostil dirigida de modo sistemático por una o más personas principalmente hacia una persona.
Kile (1990)	• <i>Health endangering leadership</i>	• Actos de humillación y acoso continuos de larga duración por parte de un superior y que son expresados abiertamente o de modo encubierto
Wilson (1991)	• <i>Workplace trauma</i>	• La desintegración de la autoestima del empleado como resultado del tratamiento continuo, real o percibido, deliberadamente maligno o malévolo por parte de un empleado o superior.
Adams (1992)	• <i>Bullying</i>	• Crítica continua y abuso personal en público o en privado, con el fin de humillar y degradar a una persona.
Ashforth (1994)	• <i>Petty tyranny</i>	• Un líder utiliza su poder sobre los demás mediante la arbitrariedad y el "autobombo", despreciando a los subordinados, mostrando escasa consideración, utilizando un estilo basado en la fuerza para la resolución de conflictos, impidiendo la iniciativa y utilizando castigos no contingentes.
Björkqvist, Österman y Hjelt-Bäck (1994)	• <i>Harassment</i>	• Actividades repetidas con el fin de causar sufrimiento psicológico (aunque algunas veces también físico) dirigido hacia uno o más individuos, que no son capaces de defenderse por sí mismos.
Vartía (1996)	• <i>Harassment</i>	• Situaciones en las que una persona es expuesta repetidamente y durante cierto tiempo a acciones negativas por parte de una o más personas.
Moran Astorga (2002)	• <i>Mobbing</i>	• El maltrato persistente, deliberado y sistemático de varios miembros de una organización, hacia un individuo con el objetivo de aniquilarlo psicológica y socialmente y de que abandone la organización.
Barón Duque (2003) la sociedad.	• <i>Mobbing</i>	• Frustración del fin de las relaciones laborales, como consecuencia del uso sistemático de la violencia psicológica en una organización de trabajo, contra una o varias personas, que ven alterados los presupuestos subjetivos de la causa y el objetivo de su contrato, así como su auto identificación biopsicosocial, poniendo en peligro su salud, la de su entorno familiar y, finalmente, la de sociedad

Fuente: M. C. Sáez & M. García-Izquierdo (2005). *Violencia psicológica en el trabajo: Mobbing*. Madrid: Psicología Pirámide, pp. 191-204.

A pesar de la existencia de diversas definiciones, la mayoría de ellas tienen en común cuatro elementos: ^{23,24,25,38}

- 1) Que preexista la expresión de comportamientos psicológicamente agresivos,
- 2) Que se manifiesten de un modo repetido y duradero,
- 3) Que tengan el propósito de generar un daño y
- 4) Que los comportamientos psicológicamente agresivos sean reales y no susceptibles del individuo.

La consumación habitual suele consistir en que la víctima se retira de la organización de manera voluntaria o forzosa. Así mismo, se ha encontrado que la elevada violencia psicológica está asociada a estrés laboral, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación, trastornos del sueño e incluso alteraciones musculo esqueléticas. ²⁶

En enfermería se tiene un ambiente donde se labora con una carga laboral elevada, lo que condiciona que el personal se enfrenta a situaciones estresantes que demandan por parte de los pacientes, pero no siempre el efecto es el esperado, y esto puede dar como resultado una insatisfacción por parte del personal de salud.

1.3.1 LAS CAUSAS DEL MOBBING

Las investigaciones de Piñuel y Zavala establecen que los celos y la envidia que sienten los acosadores son la causa más frecuente del *mobbing*. La víctima suele ser envidiada por poseer rasgos que lo hacen sobresalir, con ello logra un mejor desempeño en su ámbito laboral.¹

Otra causa del *mobbing* puede ser cuando el trabajador no tiene afinidad por uno o varios miembros de la empresa o bien la falta de interacciones con los directores del área.

Al igual que la adecuada funcionalidad familiar también es puede ser motivo de deseo por aquellas miembros de la organización que no la tienen.¹

Las personas con este tipo de acoso tienen características distintivas (experiencia profesional, edad, estatus socioeconómico y nivel educativo) a diferencia de sus compañeros y esto las hace el blanco para el acoso. Dichas diferencias son empleadas para culpabilizar y manipular al trabajador, echándole la culpa a este mismo. Si se denota el culpable, la organización puede distraer el cargo de la culpabilidad y/o pudiera llegar a una solución. De esta manera se rompería el ciclo del acoso laboral. Quien tiene el poder de hostigar y dañar a un trabajador, sin contradecir, el resto del personal lo identificará, respetará y acatará sin poner resistencia. El objetivo de esto es crear pánico y psico terror laboral entre los miembros de la organización.¹

1.3.2. LOS OBJETIVOS DEL MOBBING

El *mobbing* pretende destruir la resistencia de la víctima y forzarla o coaccionarla a abandonar su trabajo. Y esto lo conseguirá a través de disminuir su rendimiento desempeño mediante trampas, desequilibrando emocional, psicológicamente y mentalmente con argumentos en su contra como por ejemplo intimidando, reduciendo, aplanando, amedrentando, etc.⁴

Y es así como se le acusa al trabajador de bajo rendimiento, poca productividad, ausentismo o bien de conductas erráticas, todo ello como producto de la desestabilización a la que se le ha sometido.

Las técnicas para aniquilar psicológicamente al trabajador son diversas; pueden ser muy perspicaces, cautelosas, hasta muy sutiles, de tal manera que los demás trabajadores no puedan identificarlo. Como se mencionó lo que se busca es agobiar, calumniar y atacar en el trabajo para así aislar, estigmatizar y amenazar a la víctima^{1,38}

CUADRO 2. ALGUNOS EJEMPLOS DE MOBBING:^{4,38}

Cuadro 2. Ejemplos de Mobbing

- Gritar, chillar, avasallar o insultar a la víctima cuando está sola o en presencia de otras personas.
- Asignarle objetivos o proyectos con plazos que se saben inalcanzables o imposibles de cumplir, y tareas que son manifiestamente inalcanzables en ese tiempo.
- Quitarle áreas de responsabilidad clave, ofreciéndole a cambio tareas rutinarias, sin interés o incluso ningún trabajo que realizar («hasta que se aburra y se vaya»)

<ul style="list-style-type: none">• Ignorarlo o excluirlo, hablando sólo a una tercera persona presente, simulando su no existencia (ninguneándolo) o su no presencia física en la oficina o en las reuniones a las que asiste («como si fuera invisible»).• Retener información crucial para su trabajo o manipularla para inducirle a error en su desempeño laboral, y acusarle después de negligencia o faltas profesionales.
<ul style="list-style-type: none">• Extender por la empresa rumores maliciosos o calumniosos que menoscaban su reputación, su imagen o su profesionalidad.• Infravalorar o no valorar en absoluto el esfuerzo realizado, mediante la negativa a reconocer que un trabajo está bien hecho o la renuencia a evaluar periódicamente su trabajo.• Ignorar los éxitos profesionales o atribuirlos maliciosamente a otras personas o a elementos ajenos a él, como la casualidad, la suerte, la situación del mercado, etc.• Criticar continuamente su trabajo, sus ideas, sus propuestas, sus soluciones, etc., caricaturizándolas o parodiándolas.• Castigar duramente cualquier toma de decisión o iniciativa personal en el desempeño del trabajo como una grave falta al deber de obediencia debida a la jerarquía.• Ridiculizar su trabajo, sus ideas o los resultados obtenidos ante los demás trabajadores.• Animar a otros compañeros a participar en cualquiera de las acciones anteriores mediante la persuasión, la coacción o el abuso de autoridad.• Invadir la privacidad del acosado interviniendo su correo, su teléfono, revisando sus documentos, armarios, cajones, etc., sustrayendo maliciosamente elementos clave para su trabajo.
Fuente: Elaboración propia, con base en el material de los autores citados.

1.3.3. LOS ACTORES Y EL ESCENARIO DEL MOBBING

Está compuesta por dos partes el acosador y la víctima.

- a) El Acosador: es aquella(s) persona(s) que provoca el mobbing, tratando de lograr un objetivo que es la de ajustar la conducta laboral del acosado. Existen conductas ventajosas que llegan a considerarse patológicas, de carácter psicótico y enmarcarlo en perfiles enfermizos. Ejemplo Síndrome del mediocre inoperante activo, la tendencia al maquiavelismo, el locus de control interno, etc.¹

Las emociones y los sentimientos del ser humano son factores que determinan en gran medida a la conducta y desde el punto de vista moral y ético, estos pueden ser negativos o positivos. Estas conductas pueden llegar a ser actos agresivos y son secundarias al miedo, el enojo, la envidia o los celos. Hay que recordar que la agresión es la posible respuesta ante el miedo.¹

- b) La víctima: No existe un perfil que predisponga a una persona a ser víctima, esto significa que cualquier persona, en cualquier momento puede ser víctima. Leymann señala que la personalidad del acosado no es un factor

que lo haga propenso a sufrir el mobbing. ¹ Y Matthiesen y Einarsen consideran que una de las variables involucradas en el fenómeno es la inteligencia emocional.

CUADRO 3 TIPOLOGIA DE LAS VICTIMAS DE MOBBING.¹

Cuadro 3. Tipología de las víctimas de mobbing ¹

González de Rivera (2000)	Piñuel y Zabala (2001, p58)	Hirigoyen (1999, pp63-69)
<ul style="list-style-type: none"> • Los envidiables. Personas brillantes y atractivas • Los vulnerables. Individuos con alguna peculiaridad o defecto • Los amenazantes. Individuos activos 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada ética, honradez y rectitud, así como un alto sentido de la justicia • Autónomas, independientes y con iniciativa • Altamente capacitadas por su inteligencia y aptitudes, que destacan por su brillantez profesional • Populares, líderes informales entre sus compañeros o con carisma de líderes de grupo • Con un alto sentido cooperativo y de trabajo en equipo • Con elevada empatía, sensibilidad, comprensión del sufrimiento ajeno e interés por el desarrollo y el bienestar de los demás • Con situaciones personales o familiares altamente satisfactorias y positivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con escrúpulos que tiene tendencia natural a culparse • Persona transparente que... • Persona vital

Fuente: Elaboración propia, con base en el material de los autores citados.

1.3.4. EL ENTORNO DONDE SE PRESENTA EL MOBBING

En toda organización hay un sistema de jerarquías, donde uno decide que hay que hacer, por una parte, alguien dirige y organiza y otros revisan que se cumplan. En este sentido alguien de la organización tendrá que buscar e instaurar su autoridad y demostrar que la tiene.

En un área laboral sana se busca que el equipo de trabajo tenga un ambiente sano para poder desarrollarse de forma adecuada.

El Mobbing se presenta cuando existen exceso de trabajo, falta de actividades de interés, jerarquías muy cuadradas, liderazgos rígidos, entre otras. El hacer caso

omiso de estas situaciones por parte de los compañeros provoca que se presente esta entidad hacia los trabajadores.

Es ineludible luchar contra el mobbing que afecta y tiene como resultado profusas alteraciones en el ámbito biosicosocial.²⁷

1.3.5. FASES DEL MOBBING

Leymann refiere que el mobbing suele desarrollarse en una evolución temporal prototípica, por lo que describe 4 fases por las que pasa un trabajador que cursa con acoso laboral y son:

1. Fase de Iniciación o de conflicto:

- a. El origen de esta fase son los conflictos interpersonales que se vuelven conflictos escalonados, la persona presenta confusión. El sujeto espera apoyo y aceptación de la empresa y no se explica el porqué de la violencia. La víctima percibe un brusco empeoramiento de su relación con otra u otras personas, y habitualmente no sabe a qué atribuirle. Esta fase es muy corta, por lo que aún no se considera Mobbing. ^{1,22,38}

2. Fase de Estigmatización (persecución sistemática)

- a. En la que existe recurrencia de las actitudes hostiles, algunas de ellas descritas en el LIPT (*Leymann Inventory of Psychological Terrorization*) ocasionando que se estigmatice a la víctima, generando así conductas de evitación o negación. ^{1,22,38}

3. Fase de Intervención desde la empresa (o de superiores)

- a. Desde un nivel jerárquico superior se puede actuar de dos maneras: *positivamente*; avivando la comunicación, consintiendo un cambio de are laboral, o *negativamente*; retardando a resolución del conflicto, o prescindir de sus servicios, etc.

Si la resolución es negativa se considera que la empresa fue cómplice de los objetivos del acosador. En esta fase comienza a sentirse aislada la víctima y comienzan algunos brotes depresivos. Ante la insistencia de presión del acoso, la persona se repliega en sí misma y

se dispone a soportar lo necesario, la víctima ha entrado a la espiral del mobbing.^{1,22,38}

4. Fase de Exclusión de la vida laboral

- a. En esta el trabajador presenta secuelas secundarias a las conductas de hostigamiento que recibió, además permanece excluido definitivamente del ámbito laboral.^{1,22,38}

1.3.6. TIPOS DE MOBBING

En la literatura se describen que en la mayoría de los expertos coinciden en la existencia de tres tipos de acoso según el lugar que ocupan los protagonistas del mobbing:

a) *La descendente:*

- a. Conocida como bossing, es la situación más habitual en la que el acosador tiene una situación privilegiada a la víctima.^{12,22}

b) *La ascendente:*

- a. Se trata del acoso psicológico sufrido por personas que ostentan rangos jerárquicos superiores que se ven agredidos por subordinados. Habitualmente se produce cuando esta persona se incorpora a la empresa procedente del exterior y sus métodos no son aceptados por los trabajadores, o el puesto era deseado por alguno de ellos.^{12,22}

c) *La horizontal:*

- a. Cuando el acoso se da entre los mismos niveles jerárquicos.^{12,22}

1.3.7. CONSECUENCIAS DEL MOBBING

En diversos estudios que se han realizado, se ha visto que el Mobbing tiene consecuencias para la víctima y se presenta en tres distintos niveles: para la víctima, para la organización y para el núcleo familiar, social y la comunidad.

a) Para la víctima existen consecuencias a tres niveles:

1. Nivel psíquico: aparecen ansiedad, depresión, irritabilidad y una sintomatología similar al burnout y al trastorno de estrés postraumático (TEPT) como recuerdos dolorosos del evento traumático o evitación de situaciones que recuerden a la experiencia.

Aparecen sentimientos de culpa y desvalorización personal, una disminución de la autoestima y de la creatividad; además se vuelven más desconfiados y hostiles. Así como también problemas de atención y memoria .^{1,20}

CUADRO 4 CAMBIOS DE UNA SITUACION DE ACOSO

Cuadro 4. cambios una situación de personalidad tras una situación de acoso^{1,20}

Nueva personalidad predominante obsesiva	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hostil y suspicaz hacia el entorno • Sentimiento crónico de nerviosismo o de encontrarse en peligro • Fijación compulsiva en el propio destino en un grado que excede la tolerancia de los que la rodean, hecho que provoca el aislamiento y la soledad de la víctima • Hipersensibilidad respecto a las injusticias cometidas con otras personas, en una forma compulsiva
Nueva personalidad predominante depresiva	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de vacío y de desesperanza • Incapacidad crónica para disfrutar o sentir placer con nada • Elevado riesgo de presentar conductas adictivas
Nueva personalidad predominante resignada	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social voluntario • La víctima no se siente parte de la sociedad • La víctima muestra una actitud cínica hacia el mundo

Fuente: Piñuel y Zavala I. (2001). Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Madrid: Sal Terrea p. 173

2. Nivel físico: en el que aumentan las manifestaciones somáticas (cefalea, dolor muscular, problemas gastrointestinales y alteraciones del apetito, así como trastornos sexuales y del sueño). CUADRO 5 EFECTOS DEL ACOSO LABORAL^{1,22}

3. Nivel social: en el que la víctima se aísla o se torna agresiva en su entorno.

4. Nivel Laboral: también tiene consecuencias negativas en el aspecto

b) Para la organización en el ámbito laboral

c) Para el núcleo familiar, social y para la comunidad.²²

Cuadro 5. Efectos del acoso laboral sobre la salud del trabajador afectado^{1,20}

Efectos cognitivos e hiperreacción psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • Olvidos • Dificultad para concentrarse • Decaimiento/depresión • Apatía, falta de iniciativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud/nerviosismo/ agitación • Agresividad/ ataques de ira • Sentimientos de inseguridad • Hipersensibilidad a los retrasos • Irritabilidad
Síntomas de desajuste del Sistema Nervioso Autónomo	<ul style="list-style-type: none"> • dolores de pecho • sudoración • sequedad de boca • palpitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • sofocos • sensación de falta de aire • hipertensión/ hipotensión arterial neuralmente inducida
Síntomas de desgaste físico producido por un estrés mantenido por mucho tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • dolores de espalda y lumbares 	<ul style="list-style-type: none"> • dolores musculares • dolores cervicales
Trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • dificultad para conciliar el sueño • sueño interrumpido 	<ul style="list-style-type: none"> • despertar temprano
Cansancio y debilidad	<ul style="list-style-type: none"> • fatiga crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • desmayos • temblores

Fuente: Piñuel y Zavala I. (2001). *Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Madrid: Sal Terrea p. 154

Se ha observado que las víctimas del mobbing les generan alteraciones psicosomáticas y diversas psicopatologías, relacionando entre un 10 y 20% de los suicidios anuales en donde existe el antecedente de acoso psicológico en el trabajo.¹⁸

En una investigación de tipo documental se obtuvo que el mobbing es uno de los más graves factores de riesgos psicosocial, como elemento de accidentes laborales; ya que en este proceso se ocasionan graves daños físicos, emocionales y psicológicos en el trabajador acosado de manera intencional y deliberada provocando autolesiones o suicidio.²⁸

El *mobbing* afecta la economía, para las empresas el consumo es de 18.9 millones de euros por perdidas horas-hombre, mientras que la (OIT) sitúa al *mobbing* como

el principal motivador de estrés y ansiedad, y en 7% a nivel mundial, en Latinoamérica está presente desde 3.5 al 25.37%, siendo más frecuente en el sector salud y educación los más sensibles. En nuestro medio está presente en el 14% de los trabajadores administrativos, y el sexo femenino es el más afectado.¹⁸

La agencia Europea de Seguridad y Salud en el año 2000, llevo a cabo una encuesta de la población activa entre todos los países de la Unión Europea, resultando algunos factores de riesgo psicosociales en la salud ocupacional considerados como prioritarios, entre estos destacaban: patológicas causadas por estrés, ansiedad, violencia laboral, acosos o intimidación y siendo la causante de una quinta parte de los problemas de salud asociados con el trabajo, de los cuales una cuarta parte implicaba dos o más semanas de ausencia laboral además de ser dos veces superior en los sectores de educación, servicios sociales y servicios de salud.^{29,30}

El Financial Times reporta que se ve “una clara tendencia al alza en amenazas, acoso e intimidación contra los trabajadores, expresiones que afectan a más del 10% de la fuerza laboral de Europa, por ejemplo (...) Situación que podría generar costos de entre 0.5% y 3.5% del Producto Interno Bruto (PIB) de los países, en la forma de ausentismo, incapacidad por enfermedad y menor productividad”.²

1.3.8. LA ESCALA CISNEROS

En el año 2000 el Profesor Iñaki Piñuel, con el objetivo de evaluar no solo el mobbing en el entorno laboral de las organizaciones sino también las consecuencias, construyó el barómetro CISNEROS, primera herramienta empleada para medir el acoso psicológico en España; mide 43 conductas de acoso psicológico con una escala de valore de 0(nunca) a 6 (todos los días). Diseñada en idioma castellano por Iñaki Piñuel. Incluye mayor diversidad de conductas de acoso que otras escalas de medida y ha sido utilizada en numerosas ocasiones, tanto a nivel sectorial como multisectorial. Permite además identificar la procedencia del acoso para cada conducta, diferenciando entre acoso psicológico proveniente de los jefes, compañeros o subordinado.^{4,22}

La escala Cisneros ofrece tres índices:

a) El número total de estrategias de acoso (NEAP): nos informan del número total de estrategias de acoso sufridas.

b) Índice Global de acoso psicológico (IGAP): índice global del grado de acoso sufrido.

c) Índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso (IMAP): nos indica la intensidad promedio de las estrategias de acoso sufridas.

Por último, la escala incluye un ítem adicional de respuesta dicotómica si/no (ítem 44) que recoge la percepción subjetiva del encuestado para calificar un caso como Mobbing “En el lapso de los últimos seis meses, ¿ha sido usted víctima de por lo menos alguna de las anteriores formas de maltrato psicológico de manera continuada (con una frecuencia de más de 1 vez por semana)?”. Con una alfa de Cronbach de 0.97.^{4,22}

1.4 SINDROME METABOLICO

1.4.1 DEFINICION

Síndrome Metabólico (SM): Se define como un conjunto de anormalidades bioquímicas, fisiológicas y antropométricas, que ocurren simultáneamente y pueden dar oportunidad o estar ligadas a la resistencia a la insulina y/o sobrepeso u obesidad central, que aumentan el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular o ambas. Sus componentes fundamentales son: obesidad abdominal, prediabetes o diabetes mellitus tipo 2, hipertensión o presión arteriales fronteriza y dislipidemia (hipertrigliceridemia y/o HDL bajo).³¹

El SM tiene gran trascendencia puesto que ayuda a valorar el riesgo cardiovascular.³²

Resistencia a la insulina: alteración en la acción biológica de la insulina (disminución) en los diferentes tejidos (muscular, hepática y adiposa), y provoca una hiperinsulinemia compensatoria. Cuando el organismo no puede conservar esta respuesta de hiperinsulinemia, se desarrolla la DM2. Pero en el caso contrario, si la

hiperinsulinemia se sostiene, se desarrollan una serie de alteraciones, principalmente de tipo metabólico, que aumentan el riesgo de sufrir ECV. ^{31,33}

Diabetes mellitus tipo 2: enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina. ^{31,35}

Prediabetes: persona con estado metabólico intermedio entre el estado normal y la diabetes. El término se aplica a los casos tanto de Glucosa Anormal en Ayunas (GAA), como a los de Intolerancia a la Glucosa (ITG).³¹

Hipertensión arterial sistémica: al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento continuo de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes > 140/90 mmHg, en caso de demostrar enfermedad cardiovascular o diabetes > 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal > 125/75 mmHg.³⁴

Sobrepeso y obesidad: se puede definir como un aumento en el porcentaje de grasa corporal total, por encima de un valor estándar, que refleja a nivel celular un aumento en el número y/o tamaño de los adipocitos, comprende toda una serie de mecanismos biológicos (genéticos, hormonales, inmunológicos, etc.), psicológicos y sociales, que la hacen un fenómeno complejo.³³

Índice de masa corporal: se calcula al dividir el peso en kg sobre la talla en metros al cuadrado ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$) Clasificación según el IMC: >18.5 a ≤ 24.9 peso normal, ≥ 25 a ≤ 29.9 sobrepeso, ≥ 30 obesidad. ^{31,33}

Dislipidemia: alteración de la concentración normal de los lípidos en la sangre; persona que obtenga un nivel de colesterol total ≥ 200 mg/dL; triglicéridos ≥ 150 mg/dL o C-HDL < 40 mg/dL.³¹

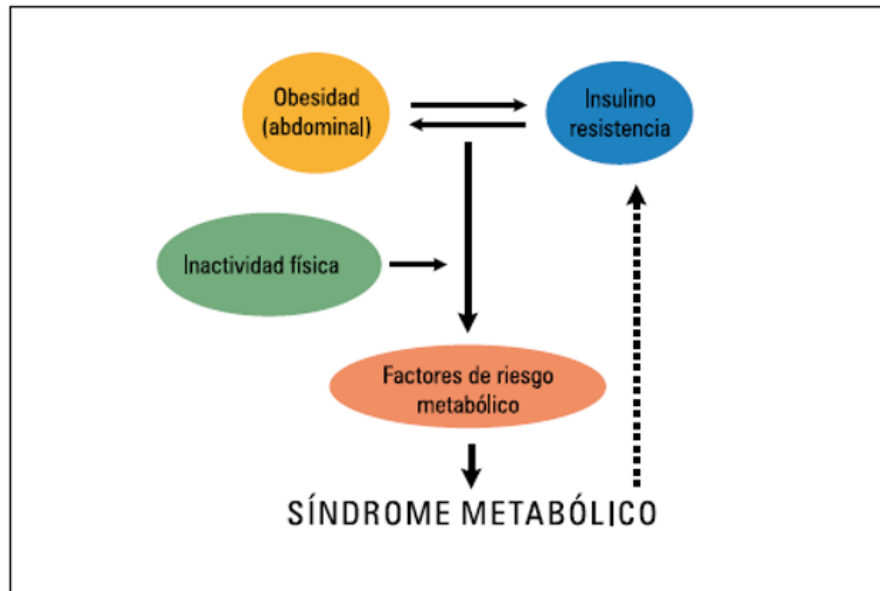
Enfermedad Cardiovascular prematura: aparición de manifestaciones de enfermedad cardiovascular en hombres menores de 55 años o mujeres menores de 65 años.³¹

1.4.2. FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología del SM ha sido muy cuestionada a lo largo de la historia, debido a que la patogénesis tiene múltiples orígenes, pero se ha observado que tienen en común la obesidad, el estilo de vida sedentario, una dieta desequilibrada, combinada con factores genéticos que se interrelacionan entre sí,³⁶ además se le ha asociado con una gran variedad de patologías como lo son el Hígado Graso, colelitiasis, apnea obstructiva del sueño, artritis gotosa, síndrome depresivo, lipodistrofias, síndrome de ovario Poliquístico, entre otras.³⁶

Una de las principales bases para la fisiopatología es la insulino-resistencia que a su vez genera el aumento de la presión arterial, elevación de la glucosa en ayunas, aumento de triglicéridos, disminución de HDL, así como la obesidad abdominal. La relación entre la obesidad abdominal e insulino-resistencia ha surgido como el factor desencadenante del síndrome (figura 1). La obesidad abdominal, involucra un aumento y acumulo grasa visceral (depositado principalmente en hígado, músculo y páncreas) por lo que tendrá mayor relación en el desarrollo del SM.³²

FIGURA 1. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL SÍNDROME METABÓLICO



Esta grasa visceral involucra la formación de adipocinas en el tejido, que a su vez favorecen estados pro inflamatorios y protrombóticos, por lo cual van a contribuir al desarrollo de insulino-resistencia, hiperinsulinemia, modificación en la fibrinólisis y disfunción Endotelial. La adiponectina (un tipo de adipocina) se encuentra disminuida, dicho ambiente genera la elevación de los niveles de triglicéridos, apolipoproteína B, VLDL, LDL y la disminución de HDL, contribuyendo al estado aterotrombotico caracterizado por la inflamación de la adiposidad visceral.³²

Es indudable que el SM, se trata de anomalías relacionadas, combinada de factores genéticos y factores de riesgo como el estilo de vida, que favorecen el desarrollo de este síndrome.³²

1.4.3 HISTORIA

Los primeros estudios sobre los factores de riesgo para eventos cardiovasculares sucedieron a través de estudios de población de Framingham.³³ Pero en siglos previos hacia el año de 1490-1468 a.C. se reveló que la Reina- faraón Hatshepsut padeció DM, obesidad y cáncer.³⁷ Sushruta (600 a.C) en India asoció la DM con la obesidad y alteraciones cardíacas y sugirió la actividad física como tratamiento.³⁷ Morgani (1761) identificó la asociación entre la obesidad intraabdominal,

metabolismo anormal y aterosclerosis excesiva.³³ Apollinaire Bouchardat (1875) en la época moderna hace la primera referencia de DM y obesidad. Es hasta 1929 que Neubauer hace la asociación entre hipertensión arterial y Diabetes mellitus así mismo Hitzenberger en Viena al terminar la primera guerra mundial.³⁷ Al igual que Paulescu (1920) donde discute que la gente obesa se vuelve glucosúrica.³⁵ Es en 1923 que Kylin describe la presencia de hipertensión, hiperglicemia y gota.³³ Vague(1947) informa que la obesidad corporal superior (ginecoide y androide) se asocia con anomalías metabólicas (Diabetes mellitus, aterosclerosis, gota y formación de cálculos de ácido úrico)^{33,37} Reaven(1963) describe en pacientes no diabéticos con infarto de miocardio previo, glucosas basales mayores, tolerancia a la glucosa alterada e hipertrigliceridemia comparados con controles.³¹ Hanefeld y Leonhardt (1981) acuñaron el término “síndrome metabólico” y Vague utilizó el término “obesidad diabetógena” al presentarse en el Quinto Congreso de Obesidad.³⁷ Nuevamente Reaven (1988) estudio varios factores de riesgo (dislipidemia, hipertensión, hiperglicemia) se predisponían a estar juntos, llamándolo “síndrome X”, y reconoce que es un factor de riesgo múltiple para la enfermedad cardiovascular. Posteriormente lo llama Síndrome de resistencia a la insulina ya que lo asocia como la base del Síndrome X.³³ Serjenston y Zimmet (1991) propusieron el término “síndrome X plus”, cuando al mismo tiempo existe hiperuricemia, sedentarismo y edad avanzada. En este punto los diversos nombres entran en conflicto y surgió la necesidad de establecer bases en común.³⁷ La OMS (1998) introdujo el término síndrome metabólico como entidad diagnóstica con criterios definidos.³³ y la ATP III (2001) se convirtió en la definición más utilizada.³³

1.4.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Los criterios diagnósticos planteados para síndrome metabólico son diversos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), International Diabetes Federation (IDF), National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (ATP III) y la American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) han propuesto sus criterios diagnósticos o componentes del síndrome metabólico Tabla 7.

Utilizar diferentes definiciones para el diagnóstico, en las cuales los componentes o criterios diagnósticos no son los mismos, podría condicionar una variación en la prevalencia del SM en una población, según una u otra definición.³²

CUADRO 7 COMPONENTES DEL SINDROME METABOLICO SEGÚN SU DEFINICION

CUADRO 7. COMPONENTES DEL SINDROME METABOLICO CONSIDERANDO SU DEFINICION, SEGUN LA NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM ADULT TREATMENT PANEL III (ATP III), ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS (AACE), INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF).

	ATP III	OMS	AACE	IDF
TRIGLICERIDOS MAYOR O IGUAL A 150 MG/DL	X	X	X	X
HDL MENOR DE 40 MG/DL EN VARONES Y 50 MG/DL EN MUJERES	X	X	X	X
PRESION ARTERIAL MAYOR DE 130/85 MMHG	X	X	X	X
INSULINO RESISTENCIA (IR)		X		
GLUCOSA EN AYUNAS MAYOR DE 100 MG/DL	X		X	X
GLUCOSA 2 H: 140 MG/DL			X	
OBESIDAD ABDOMINAL	X			X
INDICE DE MASA CORPORAL ELEVADO		X	X	
MICROALBUMINURIA		X		
FACTORES DE RIESGO Y DIAGNOSTICO	3 más IR	Más de 2	Criterio clínico	Obesidad abdominal

FUENTE: SÍNDROME METABÓLICO: CONCEPTO Y APLICACIÓN. JUAN CARLOS LIZARZABURU ROBLES

El año 2009, representantes de la IDF y de American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute (AHA/NHLBI) - Guías del ATP III discutieron la diferencia entre las definiciones del síndrome metabólico, creando Harmonizing the Metabolic Syndrome, donde se consideró al perímetro abdominal como uno más de los componentes diagnósticos del SM, no siendo prioridad su presencia para el diagnóstico y considerando la población y el país específico para la definición del corte de perímetro abdominal.³² La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) en 2010 publicó el beneplácito de “Epidemiología, Diagnóstico, Prevención y Tratamiento del Síndrome Metabólico en Adultos”, basada en estudios en América Latina, estimando al perímetro abdominal de corte para diagnóstico de síndrome metabólico en varones con más de 94 cm y mujeres con más de 88 cm de cintura

siendo el resto de criterios vigentes similares a los propuestos por Harmonizing the Metabolic Syndrome ³² Cuadro 8.

CUADRO 8 COMPARACION DIAGNOSTICA DEL SINDROME METABOLICO³²

Cuadro 8. Comparación del diagnóstico de síndrome metabólico según ALAD y Harmonizing the Metabolic Syndrome.

Componentes	Harmonizing the Metabolic Syndrome	ALAD
Obesidad abdominal	Incremento de la circunferencia abdominal: definición específica para la población y país	Perímetro de cintura ≥ 94 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres
Triglicéridos altos	> 150 mg/dL (o en tratamiento con hipolipemiente específico)	> 150 mg/dL (o en tratamiento hipolipemiente específico)
cHDL bajo	< 40 mg/dL en hombres o < 50 mg/dL en mujeres (o en tratamiento con efecto sobre cHDL)	< 40 mg/dL en hombres o < 50 mg/dL en mujeres (o en tratamiento con efecto sobre cHDL)
Presión arterial elevada	PAS ≥ 130 mmHg y/o PAD ≥ 85 mmHg o en tratamiento antihipertensivo	PAS ≥ 130 mmHg y/o PAD ≥ 85 mmHg o en tratamiento antihipertensivo
Alteración de la regulación de la glucosa	Glicemia en ayunas ≥ 100 mg/dL o en tratamiento para glicemia elevada	Glicemia anormal en ayunas, intolerancia a la glucosa, o diabetes
Diagnostico	3 de los 5 componentes propuestos	Obesidad abdominal + 2 de los 4 restantes

Fuente: Síndrome metabólico: concepto y aplicación. Juan Carlos Lizarzaburu Robles

Los criterios de ATP III contienen una serie de características que las diferencian de las anteriores, por ser más completa, con una mayor atención a la atención primaria, además de evaluar el riesgo para la selección de factores de riesgo para pacientes susceptibles de una intervención clínica, manejo clínico de los factores de riesgo cardiovasculares.

2. JUSTIFICACION

La administración moderna considera que al talento humano el elemento más trascendente que pueden establecer el éxito o el fracaso de las empresas ya sean estas del sector público o privado. La literatura mundial reporta que existe un predominio de violencia laboral en los sectores de la salud, siendo el personal de enfermería el grupo más vulnerable.¹⁷

Existe una estrecha relación entre el acoso laboral y enfermedades cardiovasculares además existe una asociación con trastornos de la ansiedad, depresión, de la conducta alimentaria lo que pudiera generar un descontrol en dichas enfermedades.⁶ Los factores de riesgo asociados al Síndrome Metabólico están relacionados estrechamente con los estilo de vida, entendido como un “conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud”.³⁶

También se ha vinculado la aparición de síntomas psicossomáticas como afectación del estado emocional, perdida de la confianza, fatiga, sentimientos depresivos y ausentismo laboral que afectan negativamente en la productividad y el aprendizaje en el ámbito académico.

El hostigamiento y el maltrato son conductas intimidantes persistentes que se ejercen contra una persona; en la práctica laboral, son aceptadas y justificadas en todos los niveles de formación y propias de la cultura hospitalaria.

Existen estudios realizados internacional y nacionalmente que muestran la existencia de maltrato y hostigamiento, pero existe pocos estudios que asocien el mobbing laboral con el síndrome metabólico por lo que se requiere conocer la

frecuencia y algunos tipos de acoso psicológico laboral, de esta manera se investiga las conductas de acoso que son experimentadas por el personal de enfermería.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas el mobbing ha adquirido importancia como un riesgo psicosocial emergente generando un elevado impacto psicológico, psicosomático y social por su alta frecuencia y larga duración del comportamiento hostil dentro de las organizaciones generando una inestabilidad laboral.¹⁸ La diversidad de términos para referirse a un mismo fenómeno genera confusiones al estudiarlo y justifica la necesidad de esclarecer el concepto.²⁹

La población en general es susceptible de padecer este fenómeno, pero en el área del personal de enfermería lo vuelve más sensible por el ambiente hostil, lo que genera síntomas psicosomáticos, ansiedad, depresión o descontrol de las enfermedades crónico-degenerativas, aumentando el riesgo cardiovascular, disminución del rendimiento laboral, ausentismo laboral^{6,18}

Es notable que la mayor parte de las condicionantes del SM, son factores de riesgo modificables y altamente sensibles a medidas de prevención y tratamiento, tales como la reducción de peso para el control de la mayoría de los padecimientos.³⁶

En México existen insuficientes investigaciones para conocer la magnitud del mobbing.

A nivel mundial se reporta entre el 3.5% y 79.7 % de acoso laboral, sin embargo, esto es variable por la diversidad de instrumentos que se utilizan para medir dicho comportamiento.^{8,9,14}

La asociación del mobbing y el síndrome metabólico son dos factores que influyen de sobremanera en la actividad laboral, con presentaciones clínicas muy variadas que aunado al Síndrome metabólico presentaran aumento del riesgo cardiovascular de la población estudiada.

Se observó que existe relación estrecha entre el estrés y mobbing, como un determinante en la salud del trabajador. Por lo tanto, los trabajadores se ven más expuestos a situaciones de acoso con afectaciones a nivel físico, psicológico y emocional.⁶ Al realizar este estudio nos permitirá identificar la prevalencia de mobbing con las características asociadas con el Síndrome metabólico en trabajadores de la salud. Es necesario continuar investigaciones que permitan reconocer el impacto y magnitud del acoso laboral como una problemática laboral y social para su prevención.

El fenómeno se reconoce como una problemática individual y social que demanda una regulación laboral adecuada para su prevención. Lo que no hace preguntarnos: *¿CUAL ES LA ASOCIACION DEL MOBBING Y EL SINDROME METABOLICO CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.45 EN SAN LUIS POTOSI?*

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

-Determinar la asociación de mobbing y síndrome metabólico en personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 en San Luis Potosí.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la prevalencia del mobbing en el personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No.45 en San Luis Potosí.

-Investigar las principales características clínicas y sociodemográficas de la muestra representativa del personal de enfermería de la UMF No.45, en San Luis Potosí

-Identificar cual es la asociación más prevalente de mobbing con respecto a prediabetes, Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia en el personal de enfermería de la UMF No.45 en San Luis Potosí.

5. HIPÓTESIS DE TRABAJO



5.1 HIPÓTESIS NULA

No existe asociación de mobbing y Síndrome Metabólico en el personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí.

5.2 HIPÓTESIS ALTERNA

Existe asociación de mobbing y Síndrome Metabólico en el personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal, de asociación

6.2 UNIDAD DE ESTUDIO:

Personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí.

6.3 UNIDAD DE INVESTIGACION:

Personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No.45 de San Luis Potosí.

6.4 LIMITE DE TIEMPO:

Dos meses

6.5 TIPO DE MUESTRA:

Se realiza muestreo por conveniencia y se tomará al total del personal de enfermería.

6.6 TAMAÑO DE MUESTRA:

Será por conveniencia, ya que por permiso e incapacidad de contingencia Covid se muestrearán a 40 personas del personal de enfermería.

6.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.7.1 Criterios de Inclusión

- Personal de enfermería adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí
- Que acepten participar en el estudio previa firma de consentimiento informado.

- Cualquier sexo
- Cualquier turno
- Mayores de 18 años
- Periodo de antigüedad mínima de 6 meses

6.7.2 Criterios de Exclusión

- Personal de enfermería de otras unidades de medicina familiar
- Personal que se encuentre de convenio, tiempo extra, de incapacidad o con permiso covid.
- Personal que se encuentre laborando menos de 6 meses

6.7.3 Criterios de Eliminación

- Personal de enfermería adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.45 que respondan de manera incompleta la escala Cisneros.
- Personal de enfermería adscrito a la Unidad de Medicina Familiar que deseen retirarse.

6.8 VARIABLES:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA	FUENTE DE INFORMACION
Mobbing	Dependiente	Es aquel comportamiento individual o de grupo en el que se establecen relaciones de acoso y hostigamiento entre dos o más integrantes de un equipo de trabajo. Tal situación provoca un clima de hostilidad y violencia entre acosador y víctima que dificulta y puede llegar a deteriorar en forma irreversible el buen desempeño y la salud de los trabajadores	Presencia de la enfermedad de acuerdo con la aplicación del cuestionario utilizado en el estudio.	1.Diagnostico 2.no diagnostico	Dicotómica	ESCALA CISNEROS

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA	FUENTE DE INFORMACION	
Síndrome Metabólico	Independiente	Es el conjunto de anomalías bioquímicas, fisiológicas y antropométricas, que ocurren simultáneamente y pueden dar oportunidad o estar ligadas a la resistencia a la insulina y/o sobrepeso u obesidad central, que incrementan el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular o ambas. Sus componentes fundamentales son: obesidad abdominal, prediabetes o diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial o presión arterial fronteriza y dislipidemia (hipertrigliceridemia y/o HDL bajo).	Todo paciente que presente al menos tres de las siguientes enfermedades: sobrepeso u obesidad, prediabetes o diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia o HDL bajo	ATP II 1. Obesidad central 2. Prediabetes o diabetes 3. Triglicéridos 4. Presión arterial alta 5. HDL Colesterol bajo	Hombr es >102 cm. Mujeres >88 cm Glucosa en ayuno >100 mg/dL (incluidos pacientes con DM) >150 mg/dL >135 y >85 mmHg Hombr es: <40 mg/dL Mujeres <50 mg/dL	Nominal	Resultados de los Laboratorios obtenidos en extracción sanguínea

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA	FUENTE DE INFORMACION
Sexo	Independiente	Condición orgánica que distingue a los machos y a las hembras	Genero de asignación al nacimiento al nacimiento del encuestado	1.Femenino 2.Masculino	Dicotómica	Hoja de recolección de datos
Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio	1.18-30 2.31-40 3.41-50 4.51-60 5.mas de 60	Nominal	Hoja de recolección de datos
Jornada de trabajo	Independiente	Es toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas.	Todo trabajador cuyo horario de trabajo se ajuste a un régimen de trabajo por turnos.	1=matutino 2=vespertino 3=nocturno 4=jornada acumulada	Nominal	Hoja de recolección de datos
Personal de enfermería	Independiente	Persona técnica/o superior que ha adquirido competencia científico- técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente, embarazada, adulto y adulto mayor), la familia y la comunidad en los tres niveles de atención.	Persona física que presta al instituto un trabajo personal subordinado, en términos de un contrato.	1=si 2.= no	dicotómica	Hoja de recolección de datos

6.9 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

1. Diseño del protocolo
2. Búsqueda de información bibliográfica.

3. Revisión por el comité de Investigación y de ética.
4. Buscar el registro
5. Envió a plataforma SIRELCIS para la obtención de número de registro
6. Autorización por la directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 en San Luis Potosí
7. Aplicar la Escala Cisneros al personal de Enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No 45 de San Luis Potosí.
8. Medición de niveles de Glucosa, Colesterol y Triglicéridos además de antropometría.
9. Análisis y Obtención de resultados estadísticos de cada una de las variables
10. Redacción de discusión, conclusiones y recomendaciones para la investigación.
11. Presentación de tesis
12. Se publicarán los resultados en revista

INSTRUMENTO

La escala Cisneros (*Cuestionario Individual sobre PSicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales*) es un instrumento de medida para evaluar las conductas del mobbing.

7. ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se realizará de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo 17 capítulo III,VI,VIII,17 bis, 18 y 21.

El protocolo cumple con las consideraciones emitidas en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y su última revisión en la 52 Asamblea General de Edimburgo, Escocia Octubre del 2000 y las pautas internacionales para la investigación médica relacionada a seres humanos



adoptada por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Organizaciones Internacionales con seres humanos.

Respecto al Capítulo 1, artículo 17, fracción II se aborda el tipo de riesgo que implica la investigación, es un estudio de investigación con riesgo mínimo dado, se llevara a cabo la aplicación de un cuestionario, se cuantificarán las medidas antropométricas y extracción de sangre por punción venosa, por lo que pudiera existir un hematoma o infección en sitio de punción.

Respecto al Artículo 21 previo a la explicación del objetivo del estudio, se solicitará el consentimiento informado de los sujetos de investigación y de acuerdo a la fracción I, IV, VI, VII, VIII, se aclararan las dudas que surgieran al momento de la entrevista en cada una de las preguntas del instrumento. La información proporcionada se manejará en forma confidencial, no se registrarán los nombres de los participantes.

En relación con el capítulo segundo que habla acerca de las investigaciones en comunidades, se consideraran los artículos: 28, 29, 30, 31 y 32.

También por el tipo de estudio experimental y los procedimientos que se llevaran a cabo, el protocolo se apegara a los lineamientos de capítulo III y V considerando sus artículos completos.

Así como su base en dos principios: beneficencia y respeto a la dignidad humana, el protocolo de investigación se someterá al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

8. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

8.1 HUMANOS

- Investigador principal
- Asesor Metodológico y Clínico.
- Asesor Estadístico.

- Personal de enfermería de la Unidad Medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de dos meses.

8.2 INVERSION TOTAL DEL PROYECTO

Estudio autofinanciable y colaboración de los laboratorios del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación San Luis Potosí

8.3 PRESUPUESTO

TABLA DE PRESUPUESTO

Inversión total del proyecto		
Material	Pieza	Costo
Computadora Portátil	1	\$5000
Hojas	500	\$100
Copias	500	\$500
Plumas	30	\$150
Impresora	1	\$1500
Cartuchos de tinta negra	1	\$500
Traslado y transportación	---	\$750
Total		\$8500

8.4 UNIDAD ADMINISTRACION FINANCIERA

Aportados por el investigador principal: equipo de cómputo, impresiones y copias de formatos de recolección de datos, hojas de consentimiento informado, etc.

8.5 LOCALIZACION GEOGRAFICA

Unidad Médica Familiar No. 45 del Instituto Mexicano de Seguro Social de San Luis Potosí, S.L.P.

9. EN CASO PERTINENTE ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

Este estudio no cuenta con aspectos de bioseguridad

10. RESULTADOS

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el Comité local de investigación y ética con el número de registro R-2020-2402-082 se firmó previamente el

consentimiento informado, posteriormente se decidió a la aplicación de la Escala Cisneros, la evaluación de medidas antropométricas, así como el llenado de la hoja de recolección de datos, se les indicó el día de la obtención de los laboratorios con indicaciones bien establecidas sobre la recepción de estos. Se recabaron los resultados, en seguida su captura y análisis.

10.1 ANALISIS ESTADISTICO

Se tomó la información obtenida y se procedió a la codificación de las variables.

Después se elaboró una base de datos en el programa Excel.

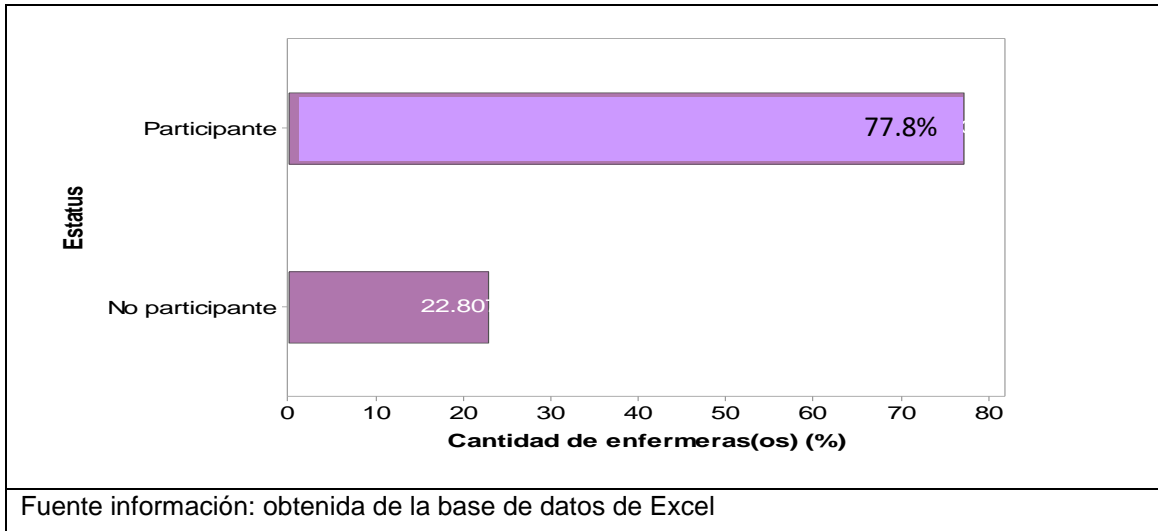
El procesamiento de los datos se realizó por medio del paquete estadístico Minitab18, en el cual se obtuvo el análisis estadístico descriptivo e inferencial.

La estadística descriptiva se utilizó para analizar los datos generales de la población de estudio, así como para las características clínicas y sociodemográficas recabadas. Las variables cualitativas se analizaron por medio de frecuencias y porcentajes; mientras que las variables cuantitativas se analizaron por medio de la media y su desviación estándar.

El análisis por medio de la prueba de Chi-cuadrada se utilizó para conocer la asociación entre las variables desde un enfoque categórico; mientras que el coeficiente de correlación de Pearson y el modelo de regresión se utilizaron para evaluar la asociación entre las variables desde un enfoque cuantitativo. El nivel de significancia utilizado en todos los casos fue de $\alpha = 0.05$.

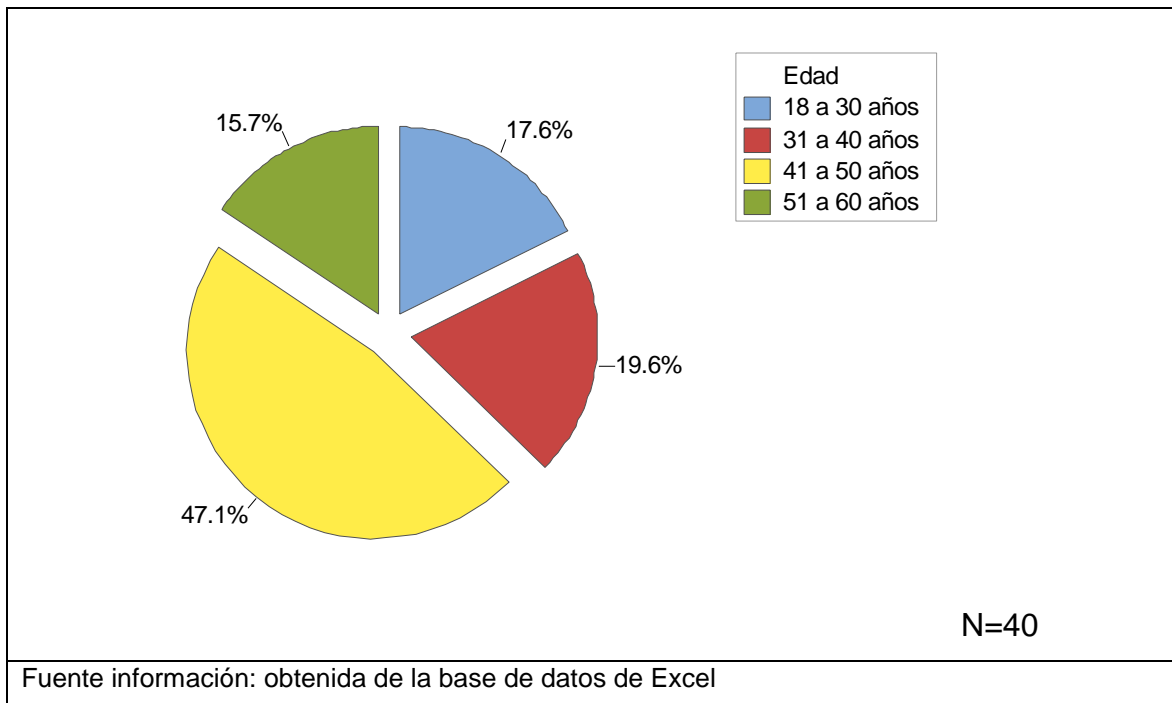
10.2 GRAFICAS

Gráfica 1x. Análisis de la cantidad de enfermeras(os) según su estatus de participación en el estudio.



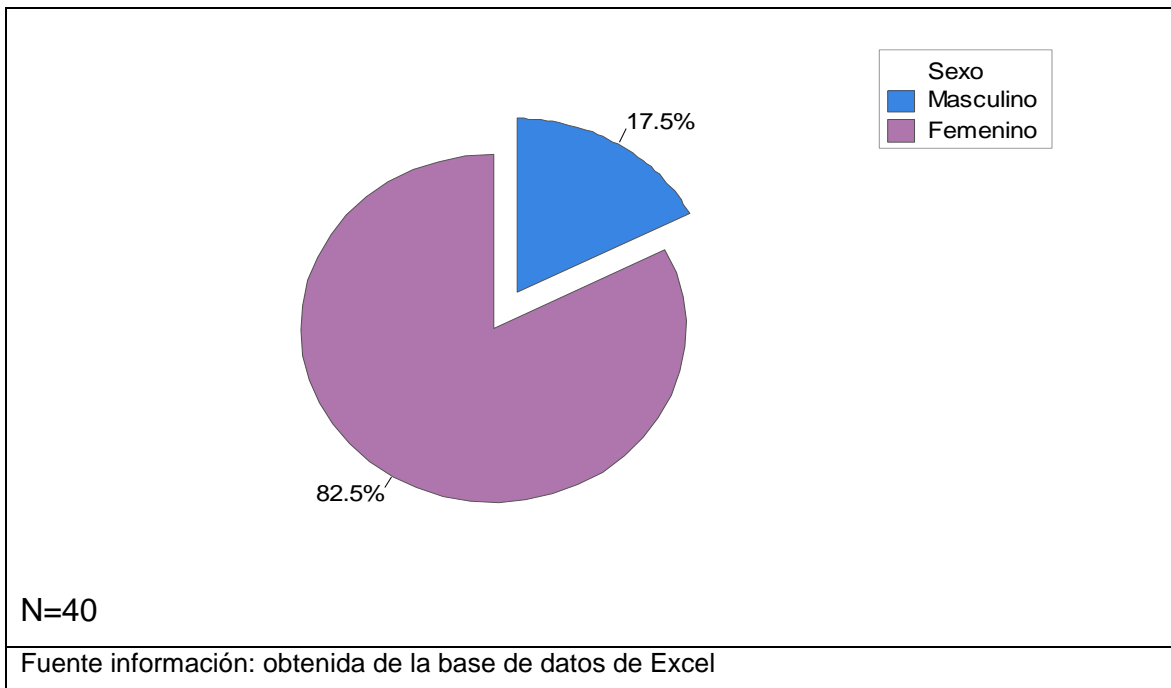
La población de estudio de la presente investigación fue de 57 sujetos del personal de enfermería adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí, de los cuales, el 77.2%(40) participó en la presente investigación y el 22.8% (17) restante se eliminaron porque decidieron no participar en el estudio, se encontraban de permiso, comisión o incapacidad. (Gráfica 1x).

Gráfica 2x. Análisis por edad para el personal de enfermería.



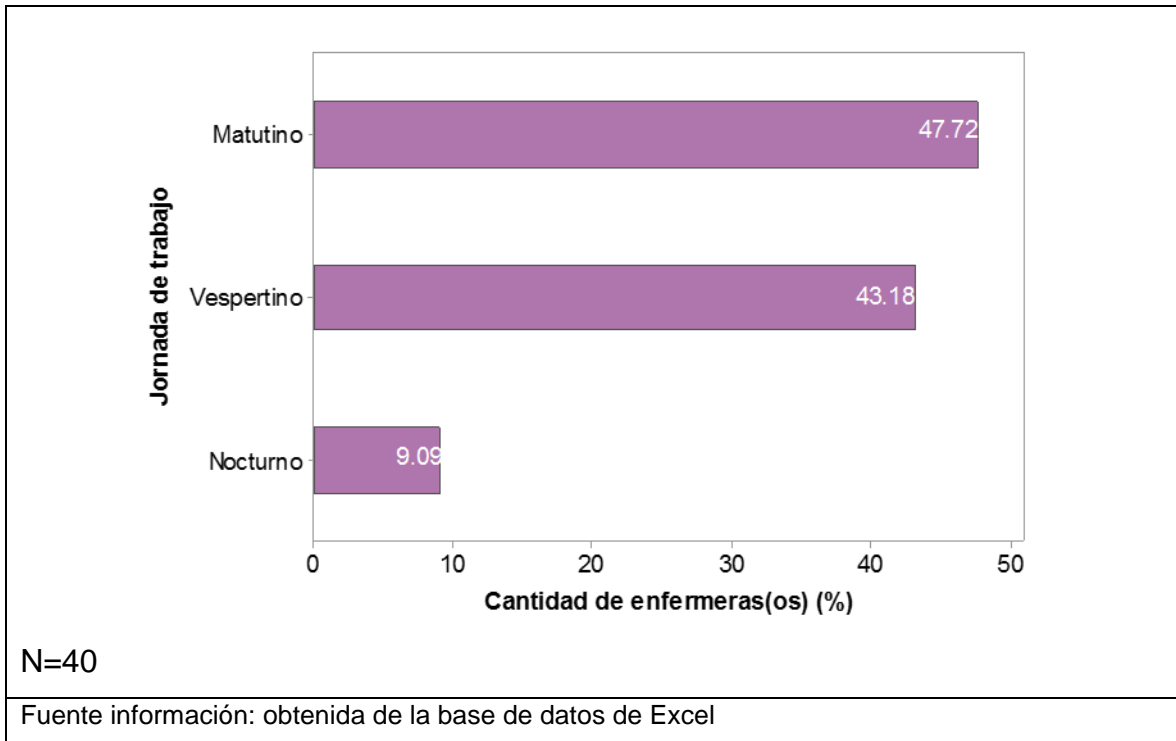
La Gráfica 2x presenta el análisis por edades de la población. Del análisis se observó que la edad entre 41 a 50 años predominó entre el personal de enfermería con un 47.1%. La edad de la población de estudio tiene una media \pm desviación estándar (DE) de 41.6 ± 9.2 años.

Gráfica 3x(a). Análisis por sexo del personal de enfermería.



La Gráfica 3x(a) presenta el análisis por sexo para esta investigación. El análisis indica que el 82.5% de los sujetos de estudio fueron mujeres y el restante del 17.5% pertenecen al sexo masculino.

Gráfica 3x(b). Análisis con relación a la jornada de trabajo del personal de enfermería.



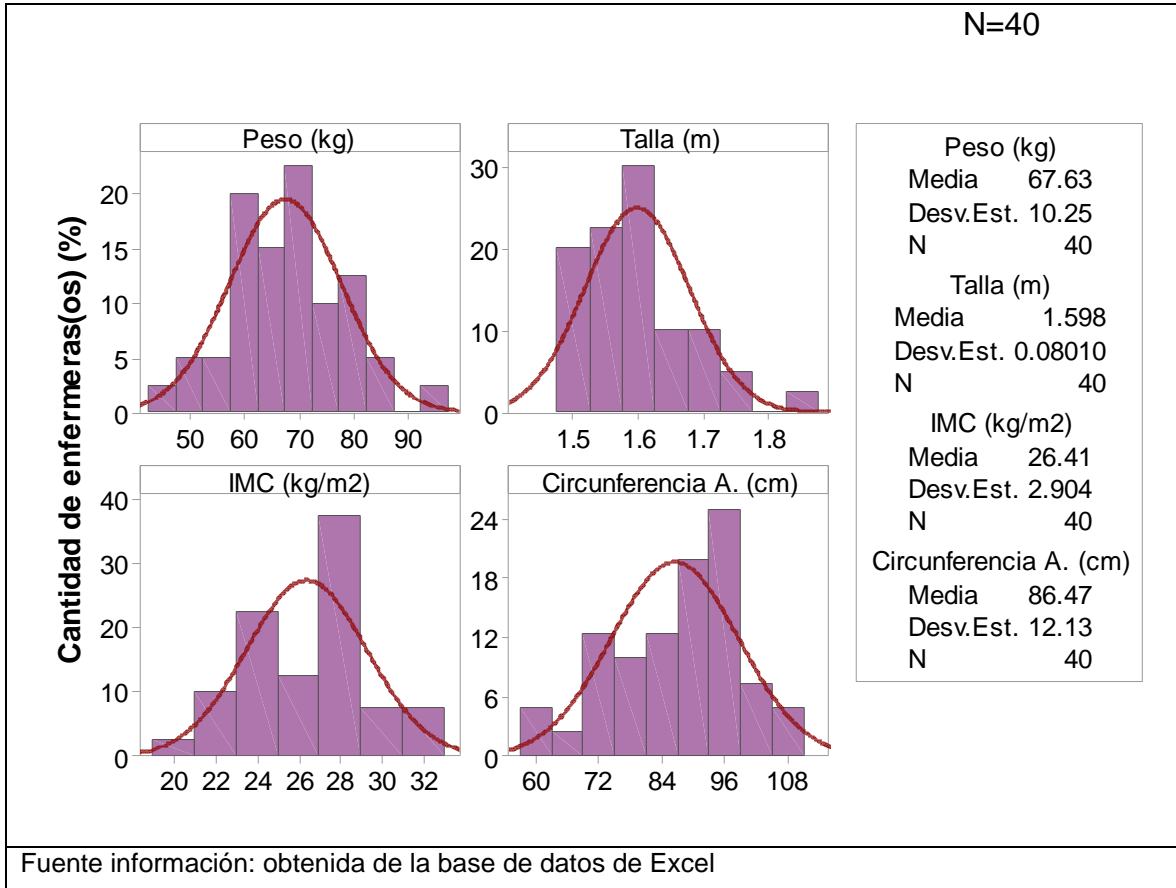
Por otra parte, la Gráfica 3x(b) muestra los resultados para el análisis con relación a la jornada de trabajo del personal de enfermería. Se puede observar que el turno matutino, vespertino y nocturno, representan el 47.7%, 43.2% y el 9.1% en la población de estudio, no participaron los de jornada acumulada por lo cual no se agregan en la gráfica

Cuadro 1x. Estadísticos descriptivos para el peso, talla y el índice de masa corporal (IMC) del personal de enfermería.

Variable	N	Media	D.E.	Mínimo	Mediana	Máximo
Peso (kg)	40	67.63	10.25	43.50	67.75	95.00
Talla (m)	40	1.5980	0.0801	1.4800	1.5900	1.8700
IMC (kg/m ²)	40	26.406	2.904	19.859	27.126	32.462
Circunferencia abdominal (cm)	40	86.47	12.13	60.00	90.00	110.00

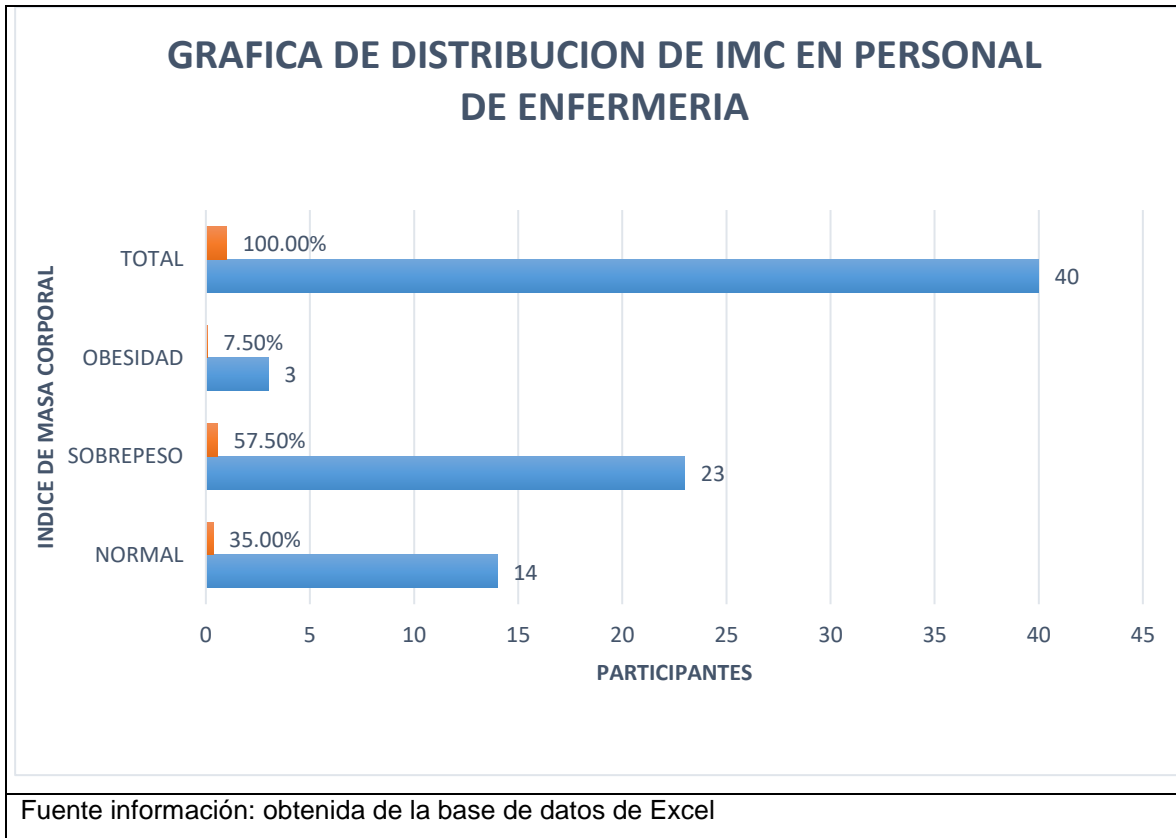
N: tamaño de muestra. D.E.: desviación estándar.

Gráfica 4x. Histogramas para los resultados del peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia abdominal del personal de enfermería.



La Gráfica 4x presenta los histogramas con los resultados para la evaluación del peso, la talla, el IMC y la circunferencia abdominal. En análisis del personal de enfermería muestra que el peso, la talla, el IMC y la circunferencia abdominal tiene una media \pm DE de 67.6 ± 10.3 kg, 1.6 ± 0.08 m, 26.4 ± 2.9 kg/m² y 86.5 ± 12.1 cm, respectivamente.

Gráfica 5x. Categorización del Índice de Masa Corporal (IMC) del personal de enfermería.



Así mismo, la Gráfica 5x muestra la categorización de los resultados del IMC. Para el personal de enfermería, el análisis muestra que los sujetos con un peso normal, obesidad y sobrepeso representan el 35.0%, 7.5% y el 57.5%, respectivamente.

Cuadro 2x. Estadísticos descriptivos para la circunferencia abdominal en relación con el sexo del personal de enfermería

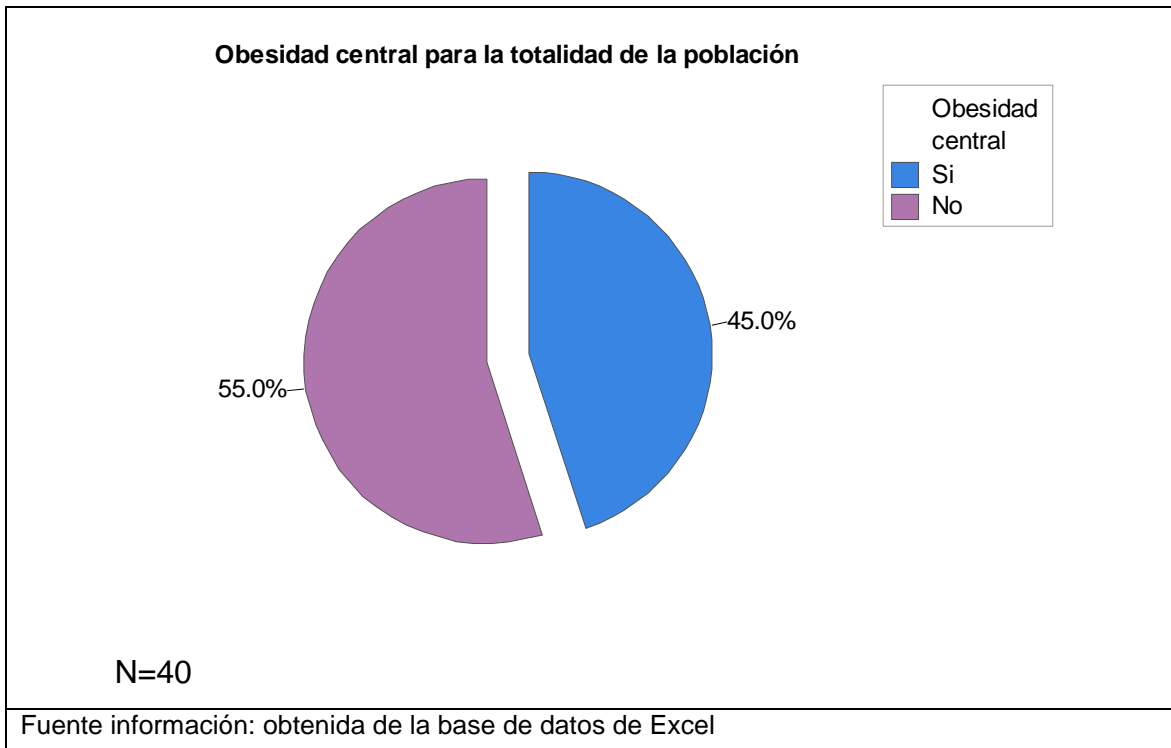
Variable	Sexo	N	Media	D.E.	Mínimo	Mediana	Máximo
Circunferencia Abdominal (cm)	F	34	86.09	12.75	60.00	89.50	110.00
	M	6	88.67	8.29	75.00	90.00	100.00

N: tamaño de la muestra. D.E.: Desviación estándar. F: femenino. M: masculino.

El Cuadro 2x presenta los estadísticos descriptivos para la circunferencia abdominal en relación con el sexo. La media \pm DE de la circunferencia abdominal para las

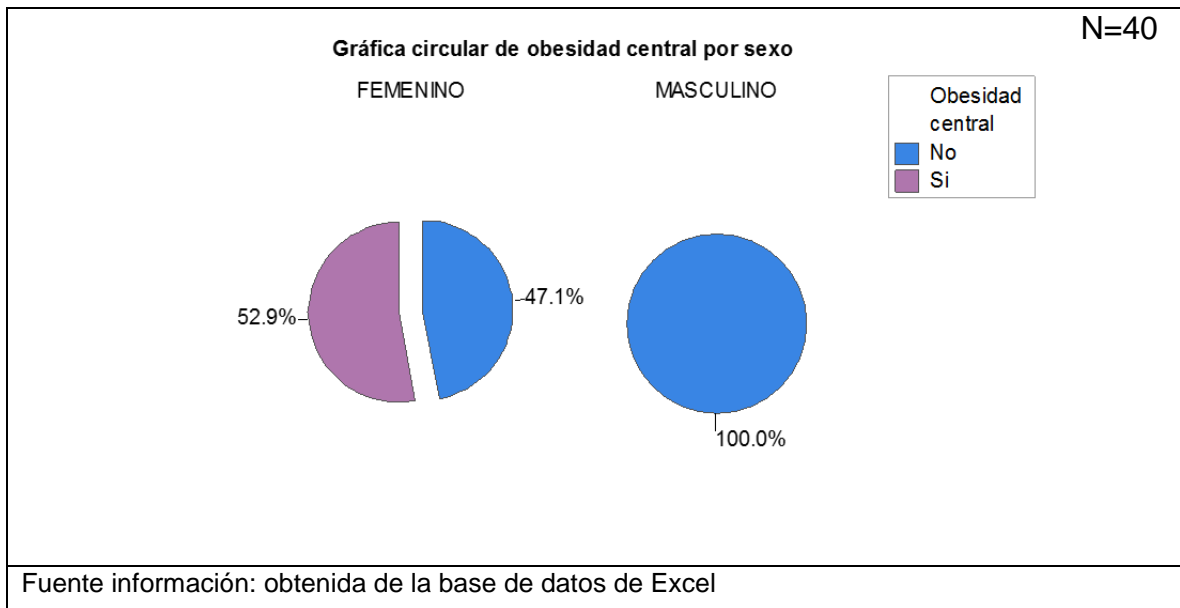
enfermeras y los enfermeros fue de 86.1 ± 12.8 cm y 88.7 ± 8.3 cm, respectivamente.

Gráfica 6x(a). Porcentajes de la obesidad central para la totalidad de la población estudiada



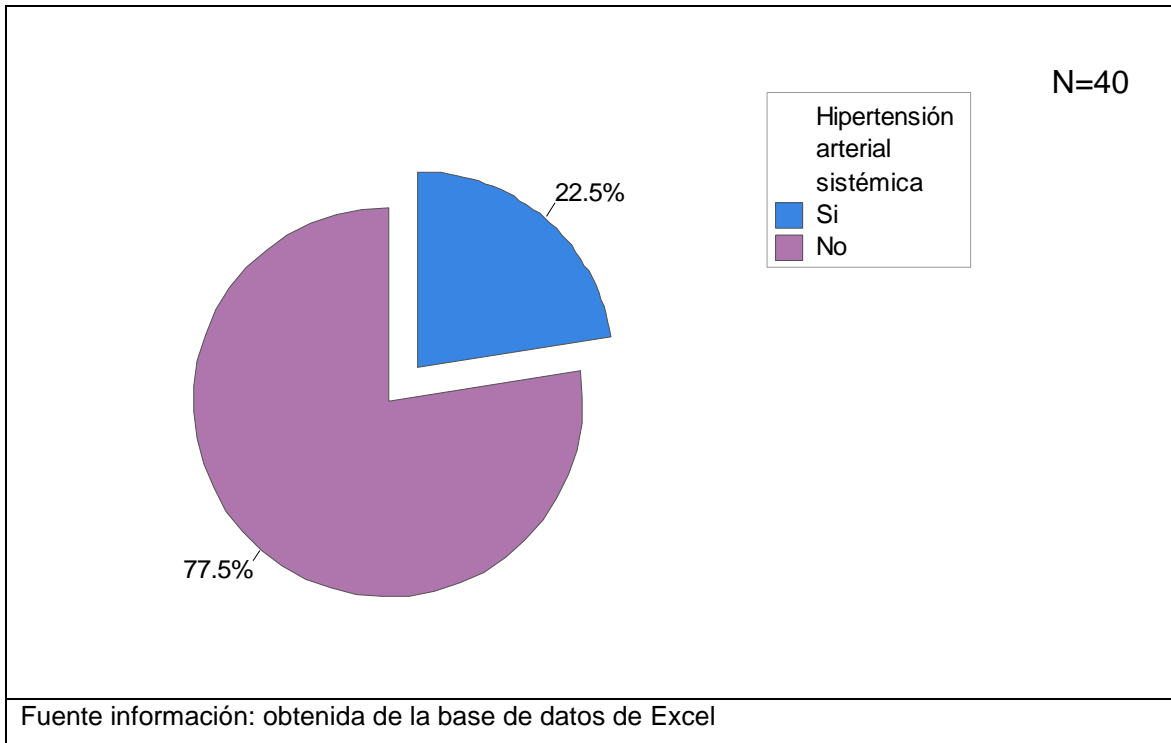
La Gráfica 6x(a) muestra el análisis por obesidad central obtenida mediante los resultados de la circunferencia abdominal en el personal de enfermería. El análisis de la población en general indica que la prevalencia de la obesidad central fue del 55.0%.

Gráfica 6x(b). Porcentajes de la obesidad central en relación al sexo para la totalidad de la población estudiada



Cabe señalar que ningún enfermero presentó un valor de circunferencia abdominal superior de 102 cm; mientras que el 53.0% de las enfermeras obtuvieron un valor superior de 88 cm (Gráfica 6x(b)).

Gráfica 7x(a). Resultados para la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica del personal de enfermería.



Asimismo, la Grafica 7x(b) presenta los resultados para la hipertensión arterial sistémica del personal de enfermería. El análisis muestra una prevalencia del 22.5% en la población de estudio.

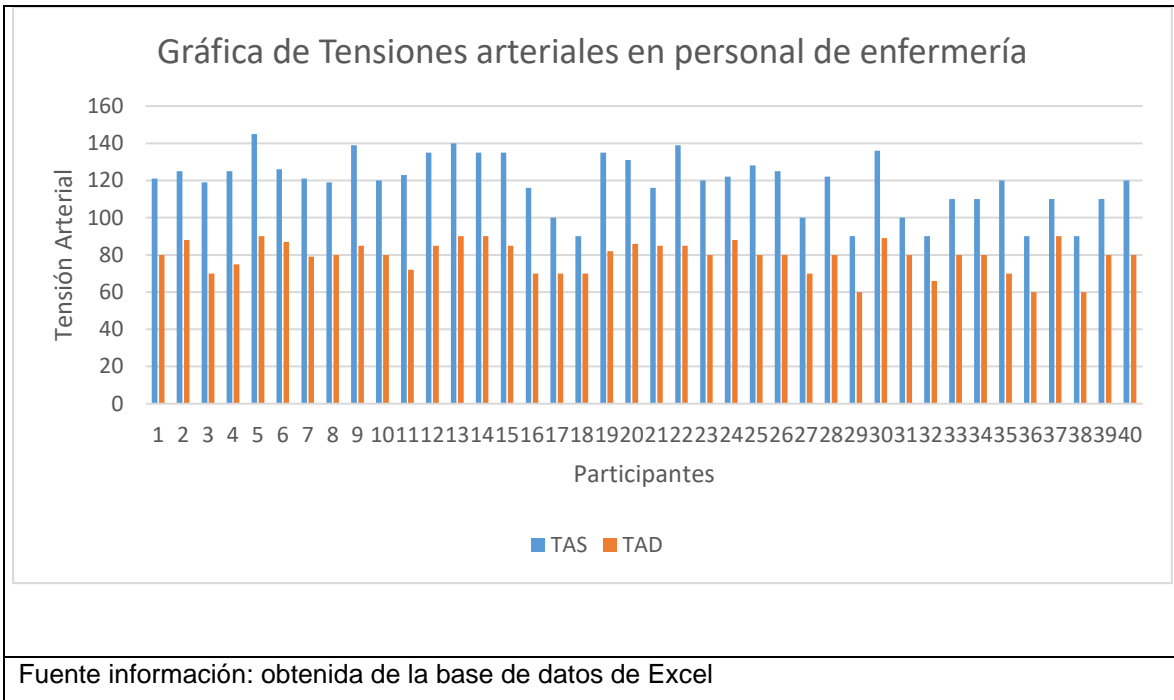
Cuadro 3x. Estadísticos descriptivos para la tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD)

Variable	N	Media	D.E.	Mínimo	Mediana	Máximo
TAS (mmHg)	40	118.70	15.43	90.00	120.50	145.00
TAD (mmHg)	40	78.92	8.57	60.00	80.00	90.00

N: tamaño de la muestra. D.E.: Desviación estándar.

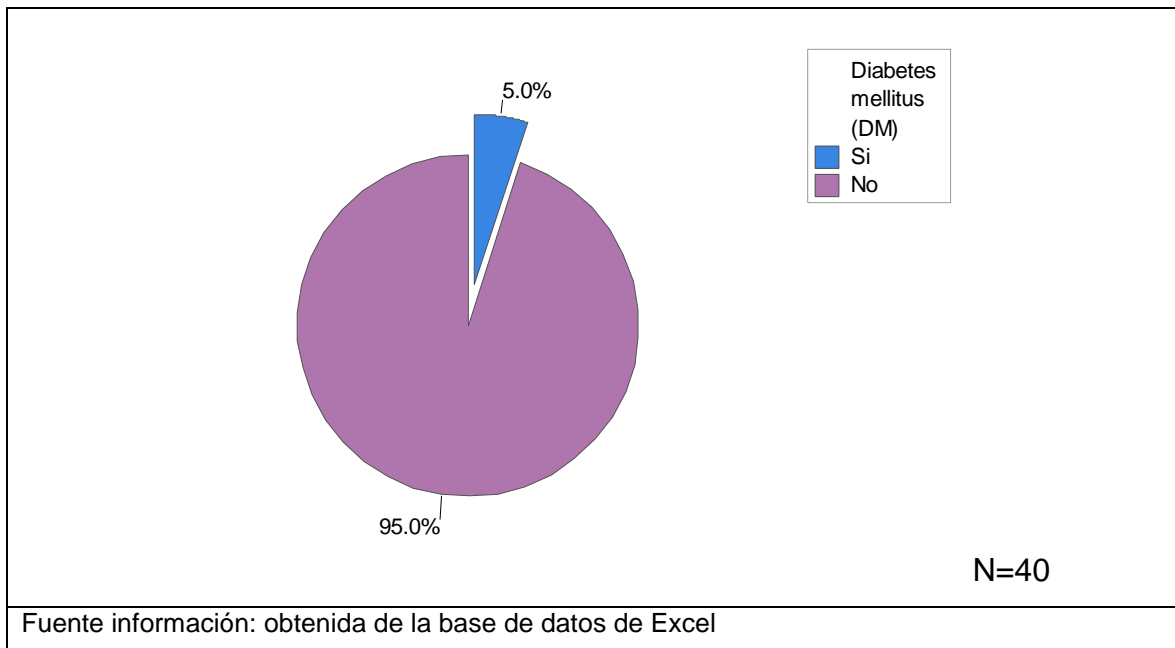
El Cuadro 3x contiene media, Desviación estándar, la mediana, así como el mínimo y el máximo de la TAS y la TAD

Gráfica 7x (b) Resultados de los histogramas para la tensión arterial sistólica (TAS) y Tensión arterial Diastólica (TAD)



La Gráfica 7x(b) describe los histogramas para la tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), las cuales presentan una media \pm DE de 118.7 ± 15.4 mmHg y 118.7 ± 15.4 mmHg, respectivamente. De igual manera la Tensión Arterial sistólica máxima se encontró en 145mmHg y de la Tensión Arterial Diastólica fue de 90mmHg, por lo que se puede concluir que son pocas las cifras con descontrol.

Gráfica 8x (a). Resultados para la prevalencia de diabetes mellitus (DM) en el personal de enfermería.



La Gráfica 8x(a) presenta los resultados para prevalencia de diabetes mellitus del personal de enfermería, la cual fue de tan sólo el 5%, del total del personal de enfermería por lo que el restante se encuentra en parámetros normales menores de 100mgdl

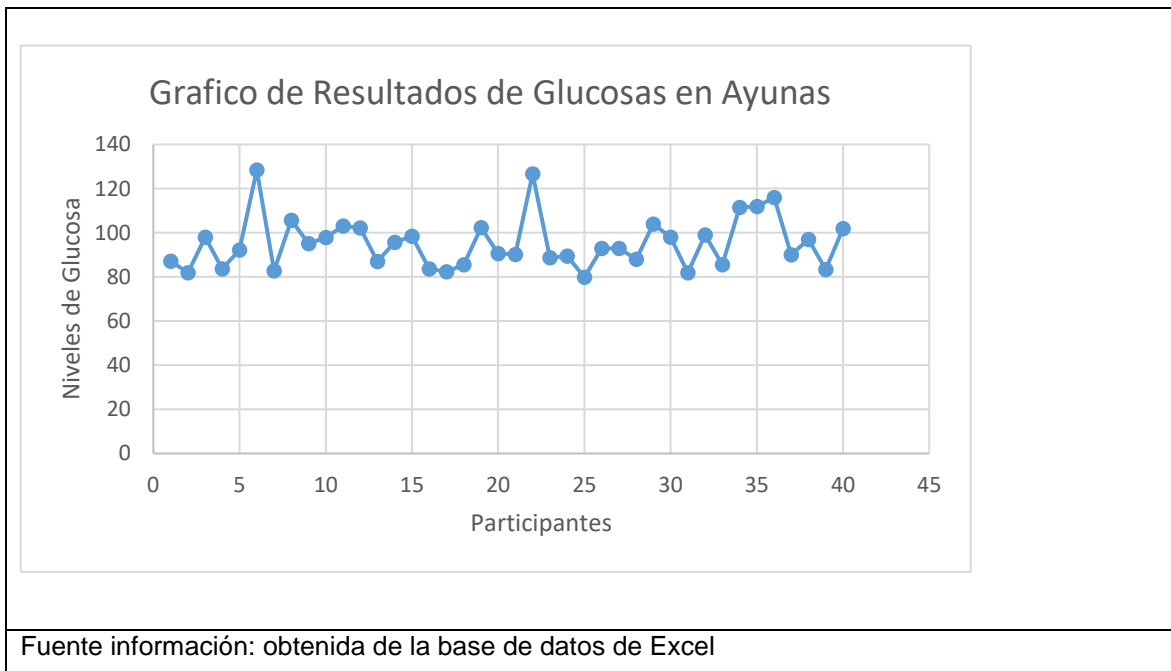
Cuadro 4x. Estadísticos descriptivos para la glucosa anormal en ayunas

Variable	N	Media	D.E.	Mínimo	Mediana	Máximo
Glucosa (mg/dL)	40	95.34	11.74	79.90	92.95	128.50

N: tamaño de la muestra. D.E.: desviación estándar.

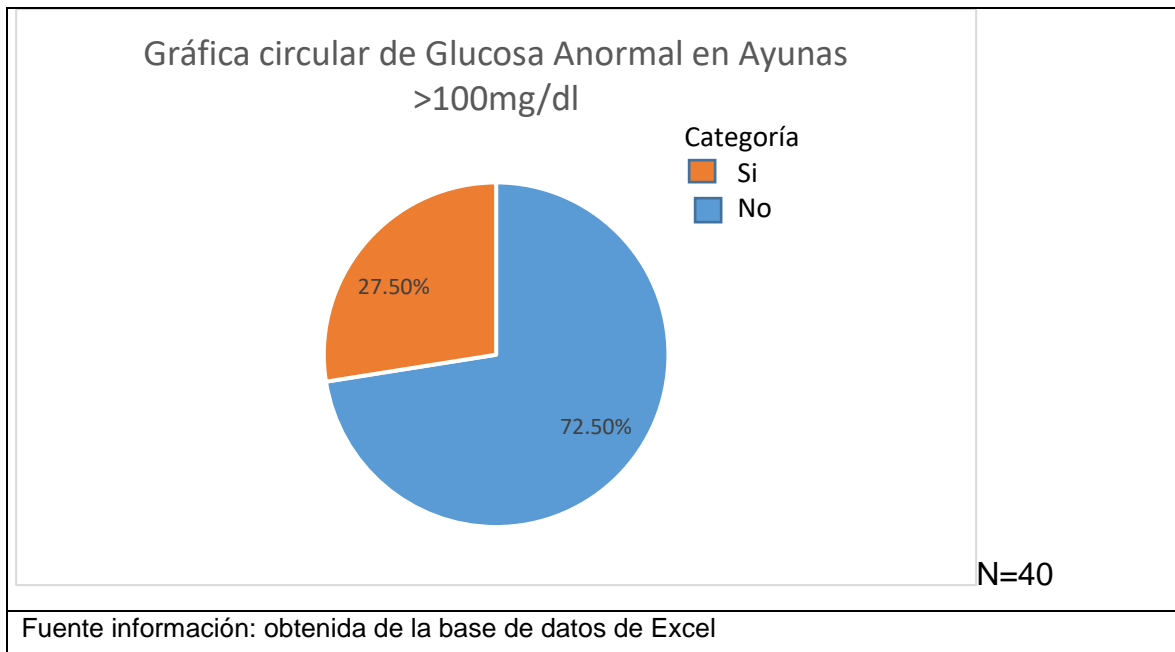
El cuadro 4x nos describe la estadística descriptiva de la glucosa en Ayunas de la muestra de 40 participantes, siendo esta la media \pm DE de 95.3 ± 11.7 de 95.3, con un máximo de 128.5 por lo que por definición operacional cumple criterios para diabetes mellitus.

Grafica 8x (b) Resultados de los niveles de glucosa en ayunas en mg/dl



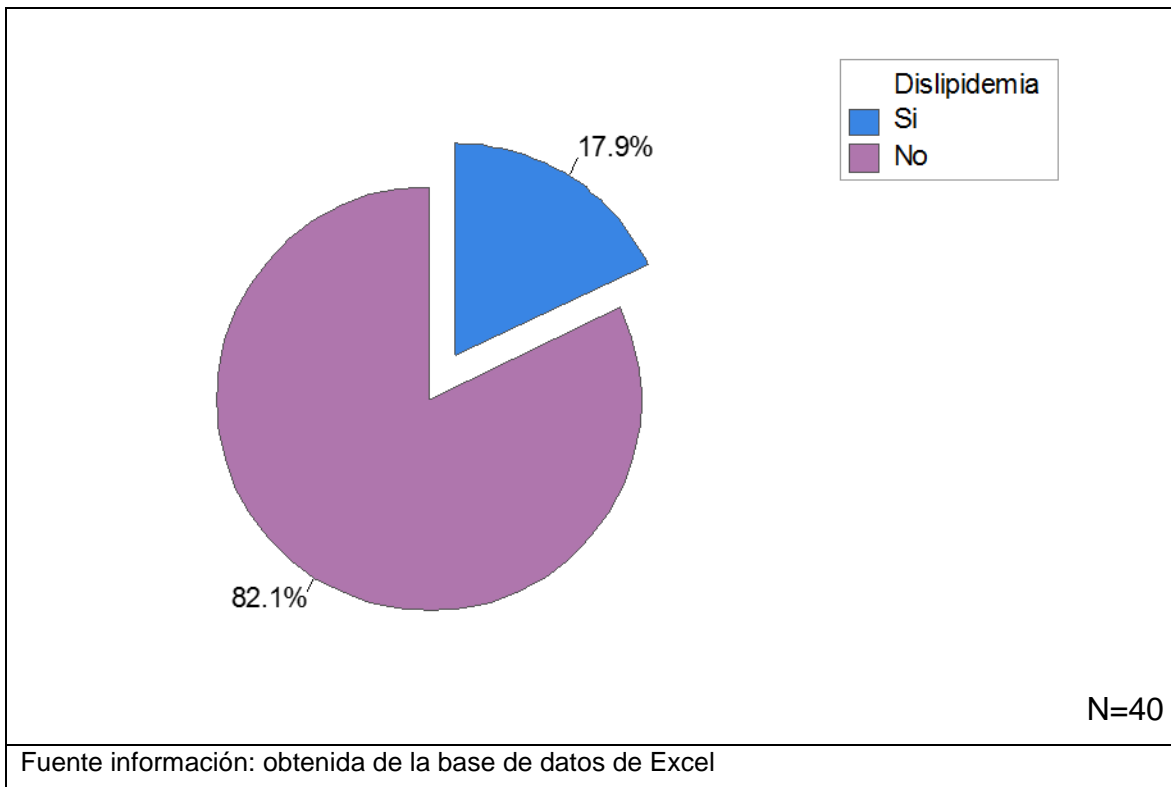
Así mismo se presenta que del 5% que presenta alteración de la glucosa en ayunas se representa con 11 sujetos que equivale al 12.5%, mientras que el 87.5% restante obtuvo parámetros menores a 100mgdl.

Gráfica 8x(c) circular de Glucosa Anormal en Ayunas en personal de Enfermería



En la gráfica 8x(c) podemos observar la glucosa Anormal en ayunas, categorizándose en un 27.5% de las pacientes estudiadas y el 72.5% con cifras normales.

Gráfica 9x. Resultados para la prevalencia de la dislipidemia en el personal de enfermería.



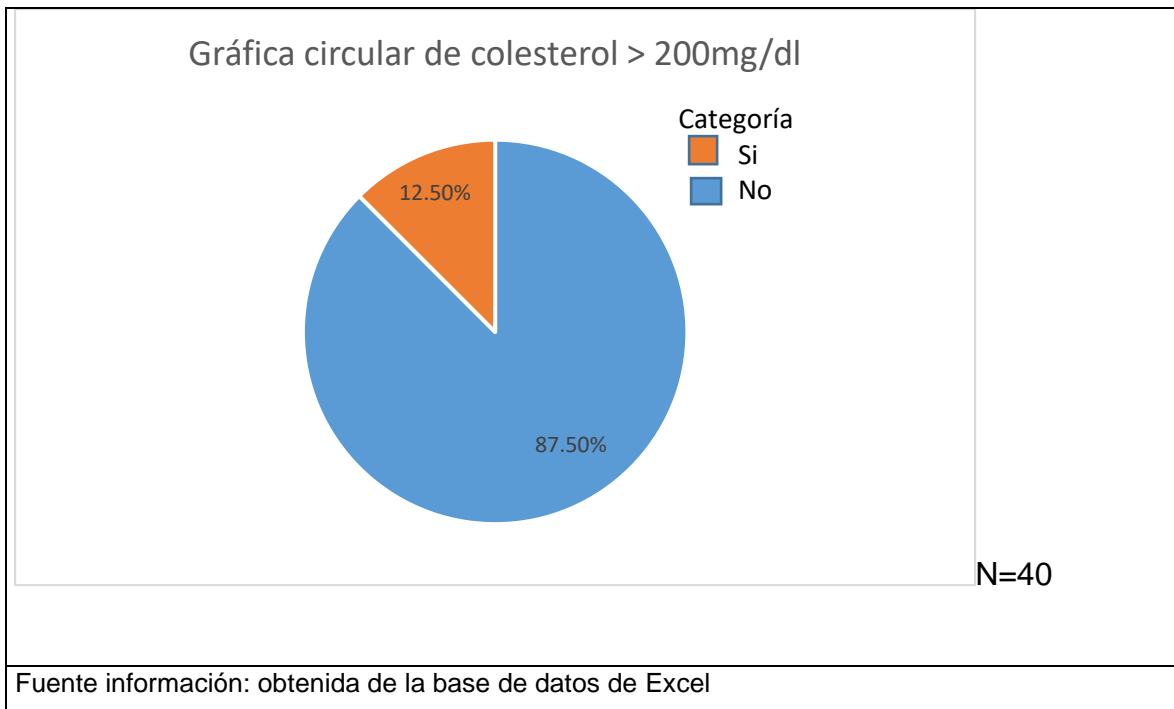
La Gráfica 9x presenta los resultados para la prevalencia de dislipidemia en el personal de enfermería, la cual fue del 17.9%.

Cuadro 5x. Estadísticos descriptivos para el colesterol, para lipoproteínas de alta (HDL), baja (LDL) y muy baja densidad (VLDL), así como para los triglicéridos del personal de enfermería.

Variable	N	Media	D.E.	Mínimo	Mediana	Máximo
Colesterol (mg/dL)	40	166.53	29.44	115.00	163.50	236.80
HDL (mg/dL)	40	44.12	11.75	27.20	41.00	82.70
LDL (mg/dL)	40	82.36	27.82	39.90	74.00	156.00
VLDL (mg/dL)	40	34.78	14.45	14.64	32.15	72.40
Triglicéridos (mg/dL)	40	172.30	58.97	73.20	155.55	362.00

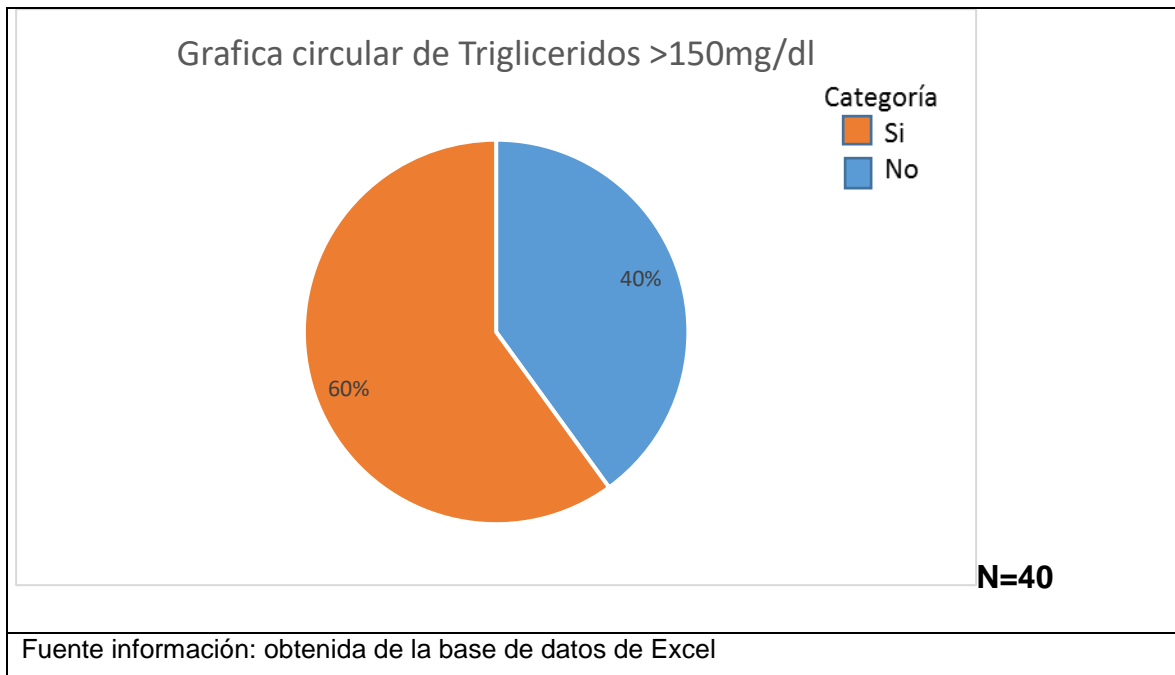
N: tamaño de la muestra. D.E.: desviación estándar. HDL: lipoproteínas de alta densidad. LDL: lipoproteínas de baja densidad. VLDL: lipoproteínas de muy baja densidad.

Gráfica 10x Análisis para el colesterol > 200 ml/dL en el personal de enfermería.



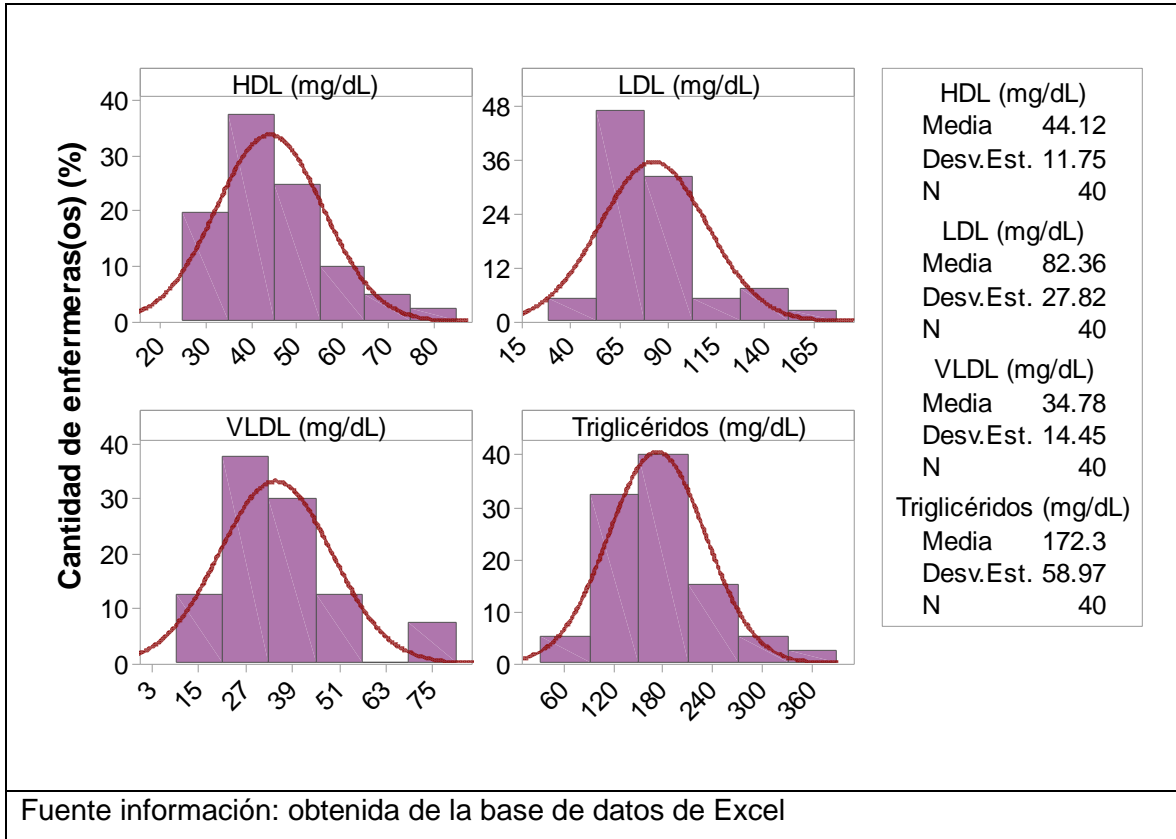
Esta gráfica nos permite observar que el 12.5% de la población presento alteración del colesterol mayor de 200mgdl en el personal de enfermería mientras que el 87.5% se encontró por debajo de los valores límites.

Gráfica 11x Análisis para los triglicéridos > 150mg/dl en el personal de enfermería



Esta gráfica circular nos permite apreciar El análisis indica que el 60.0% presentó un valor de triglicéridos mayor que 150 mg/Dl, mientras que el porcentaje restante (40%) se encontró en cuantificación normal. Debido a que este es uno de los criterios para el síndrome metabólico esto aumenta la probabilidad de padecerlo.

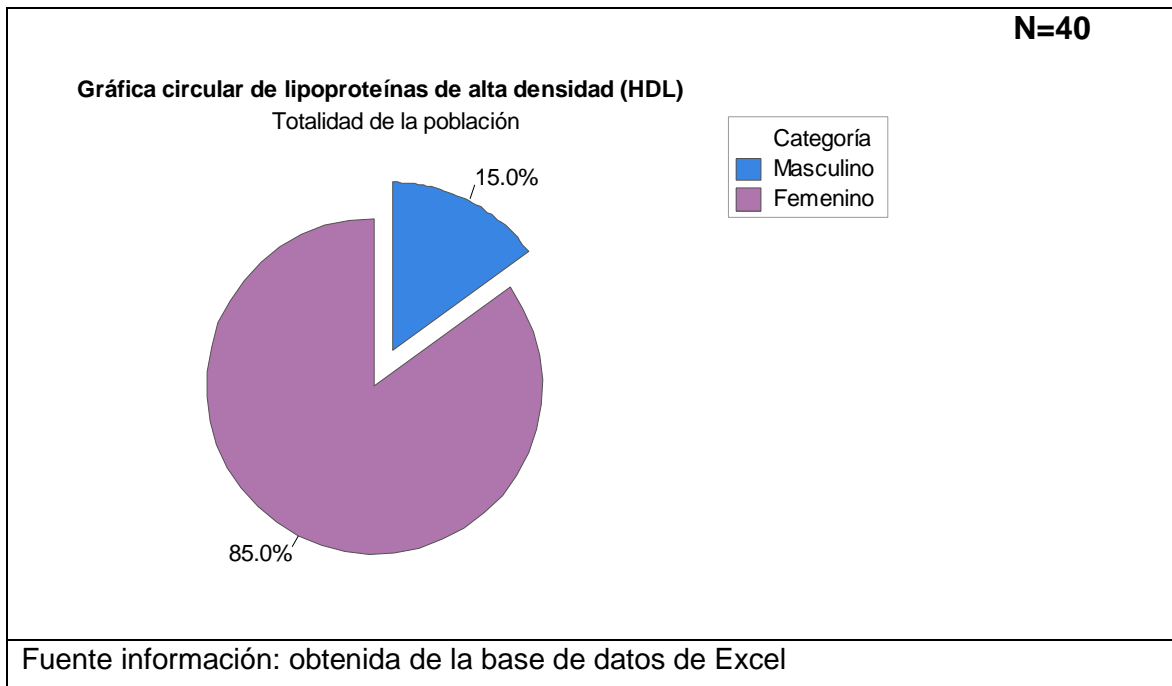
Gráfica 11x. Histogramas para los resultados de los triglicéridos y para las proteínas de alta (HDL), baja (LDL) y muy baja densidad (VLDL) en el personal de enfermería.



Fuente información: obtenida de la base de datos de Excel

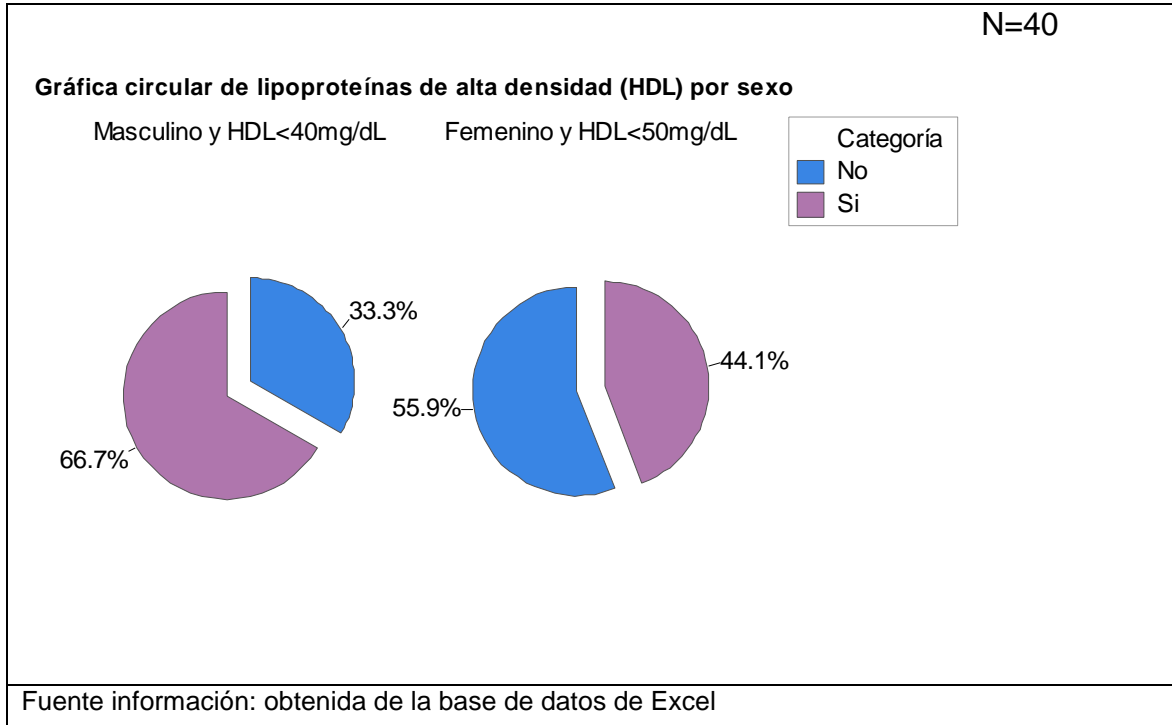
La Gráfica 11x presenta los histogramas para los resultados de las lipoproteínas de alta (HDL), baja (LDL) y muy baja densidad (VLDL), así como para los triglicéridos en el personal de enfermería. El análisis muestra que las HDL, LDL, VLDL y los triglicéridos tienen una media \pm DE de 44.1 ± 11.8 , 82.4 ± 27.8 , 34.8 ± 14.5 y 172.3 ± 59.0 mg/dL.

Gráfica 12x. Circular del Análisis para HDL en el personal de enfermería



La Gráfica 12x muestra el análisis de HDL con relación al sexo para la totalidad de la población de estudio. Este análisis indica que el 85.0% de la población en la que se determinó el valor de las HDL fueron mujeres y el 15.0% fueron hombres.

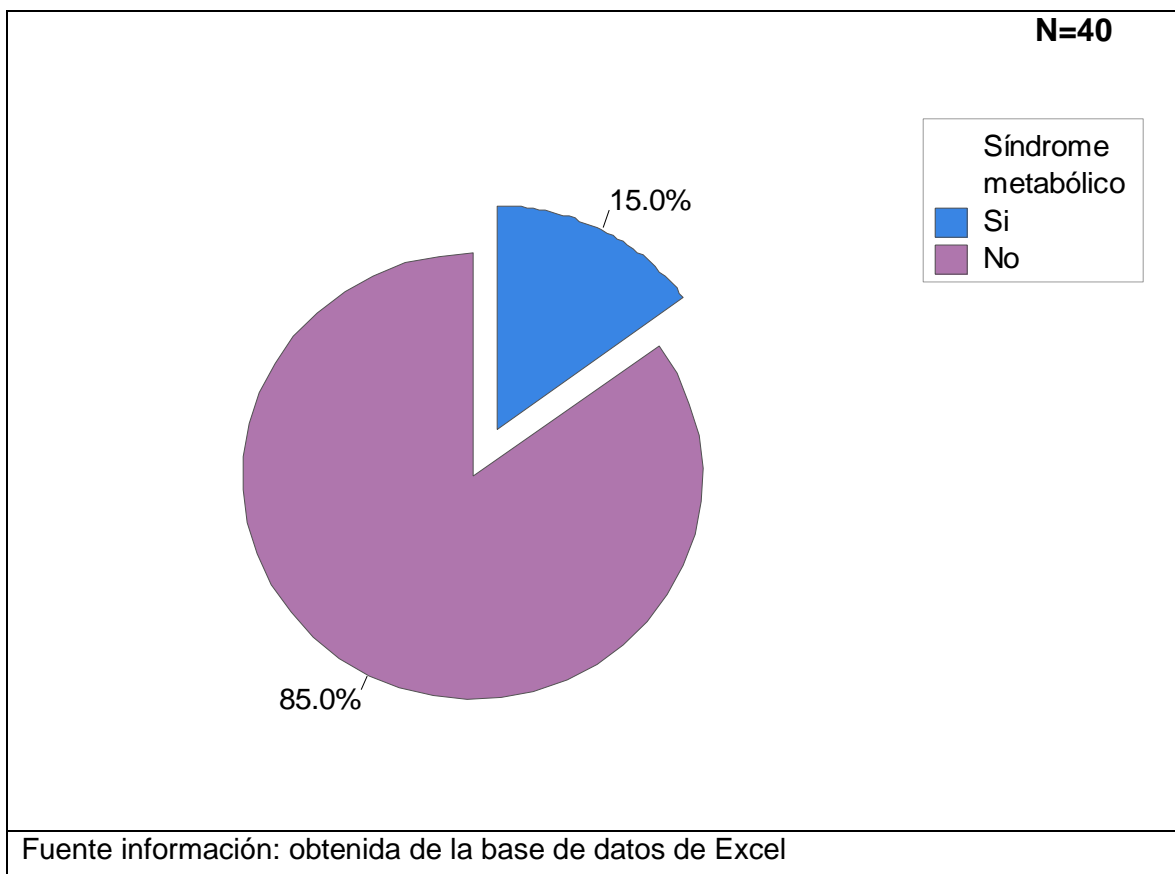
Gráfica 13x. Resultados de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) para (a) la totalidad de la población estudiada y (b) al analizarla según el sexo del personal de enfermería.



En la Gráfica 13x, se puede observar que en dicho grupo de enfermeras, el 44.1% presentó un valor de las HDL < 50 mg/dL; mientras que en el grupo de enfermeros, el 66.7% obtuvo un valor de las HDL < 40 mg/dL.

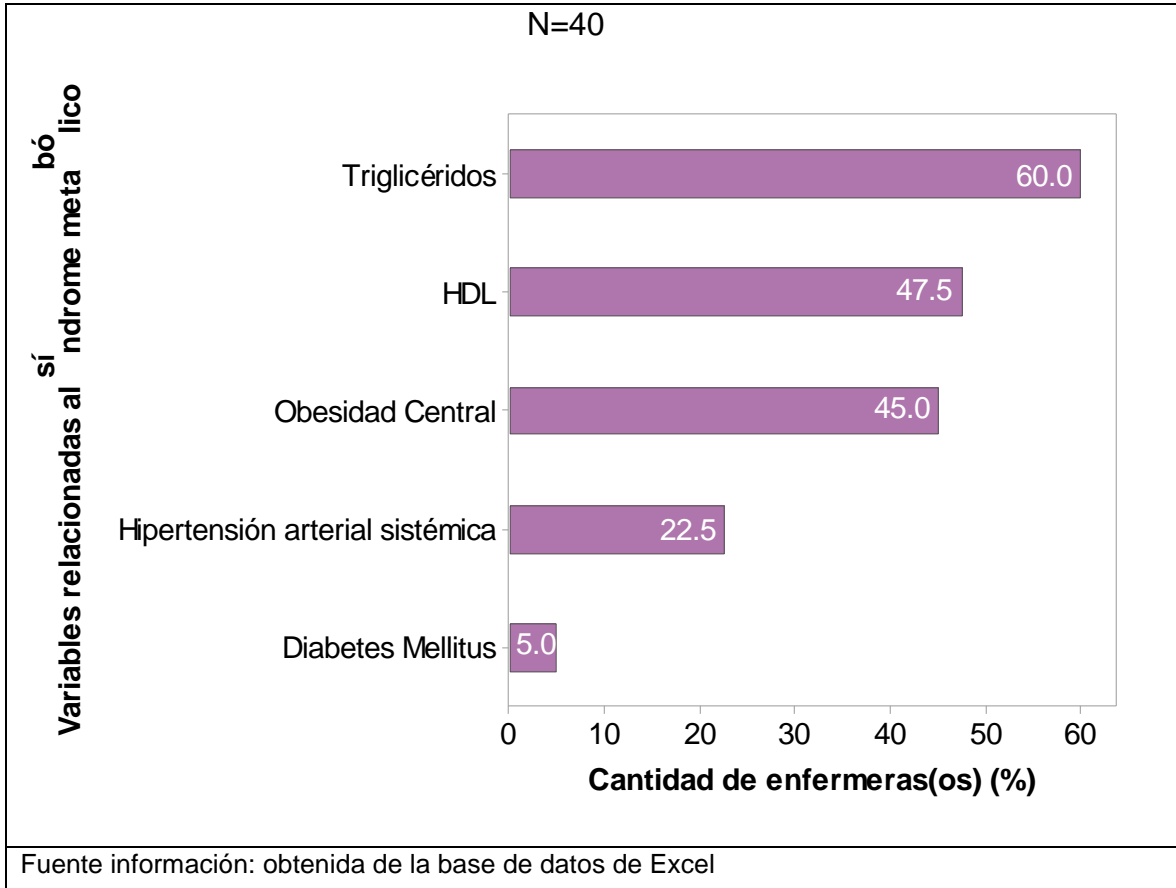
Con la finalidad de obtener la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en el personal de enfermería, se analizaron los resultados de cinco variables: obesidad central, presencia de diabetes mellitus (DM), valor de los triglicéridos, resultados de hipertensión arterial sistémica (HAS) y valor de las lipoproteínas de alta densidad (HDL). Para determinar la presencia del SM, se consideró a todo paciente con al menos tres de las enfermedades relacionadas a las cinco variables antes mencionadas y con base en los criterios correspondientes.

Gráfica 14x. La prevalencia del SM en el personal de enfermería.



La Gráfica 14x presenta los resultados para el SM, en la cual se observa que la prevalencia fue del 15.0% con respecto de la totalidad del personal de enfermería estudiado

Grafica 15x. Análisis de la totalidad de la población de enfermería con las variables del síndrome metabólico



La Gráfica 15x presenta el análisis para la totalidad de la población del personal de enfermería y en relación con las cinco variables de interés. De esta gráfica se destaca que el 60% de la población estudiada presentó problemas en los triglicéridos (>150 mg/dL), los cuales podían encontrarse de manera aislada o en combinación con dos o más de las variables.

Adicionalmente, el Cuadro 6x muestra el análisis de las combinaciones de variables relacionadas con la prevalencia del SM para el personal de enfermería en esta investigación. Cabe destacar que el 30% del personal de enfermería con SM mostró simultáneamente problemas de obesidad central, triglicéridos y de lipoproteínas de alta densidad.

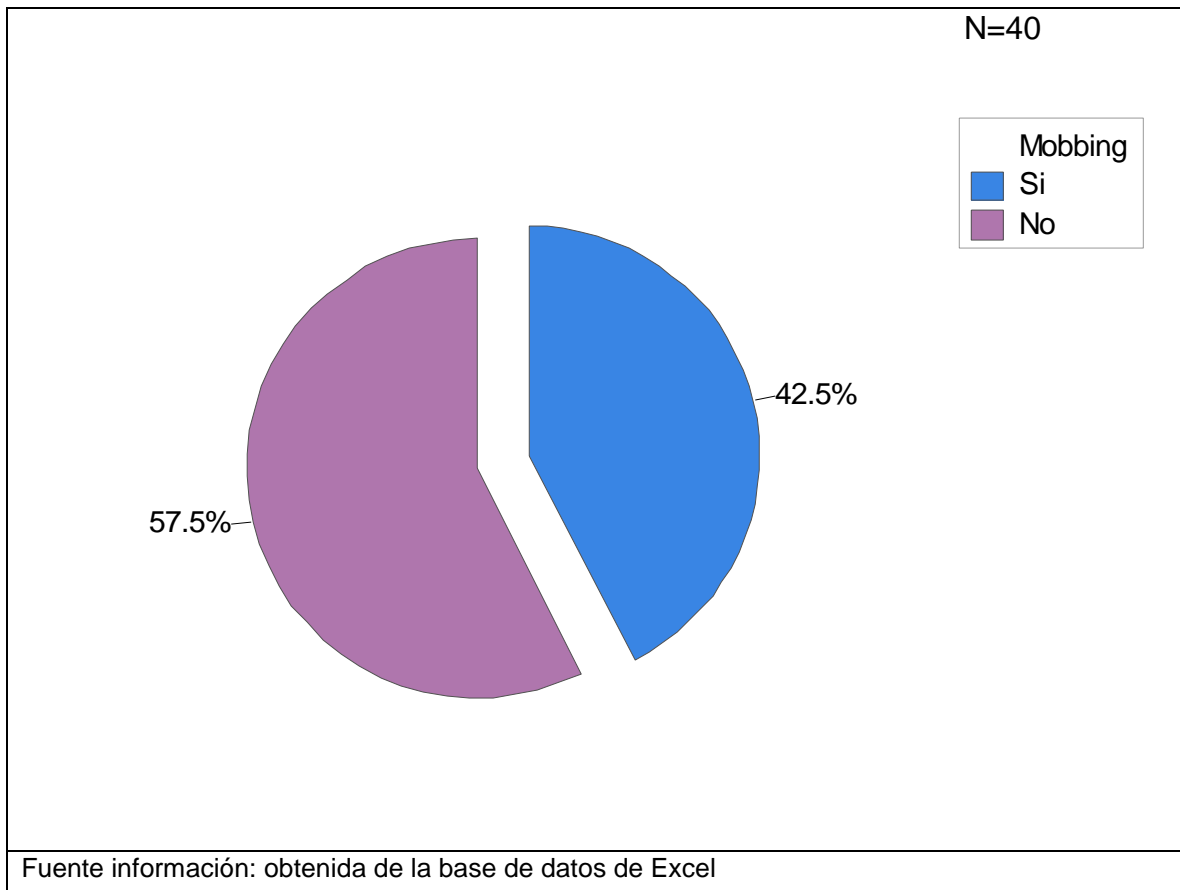
Cuadro 6x. Análisis de las combinaciones de las variables relacionadas con el síndrome metabólico (SM) del personal de enfermería.

Variables relacionadas con las enfermedades del SM	Porcentaje (%) [*]
Obesidad central, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica	10.00
Obesidad central, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica, Triglicéridos	10.00
Obesidad central, Hipertensión arterial sistémica, HDL	10.00
Obesidad central, Triglicéridos, Hipertensión arterial sistémica	20.00
Obesidad central, Triglicéridos, Hipertensión arterial sistémica, HDL	20.00
Obesidad central, Triglicéridos, HDL	30.00

HDL: Lipoproteínas de alta densidad.

*Los porcentajes fueron obtenidos con relación en la población que presentó el síndrome metabólico

Gráfica 16x. Análisis de la prevalencia del mobbing para el personal de enfermería.



En la Gráfica 16x. Por otra parte, los resultados que muestra el estudio sobre la prevalencia del mobbing para el personal de enfermería, representado por el 42.5% que ha tenido alguna situación de acoso laboral, a diferencia del 57.5% que no ha presentado mobbing.

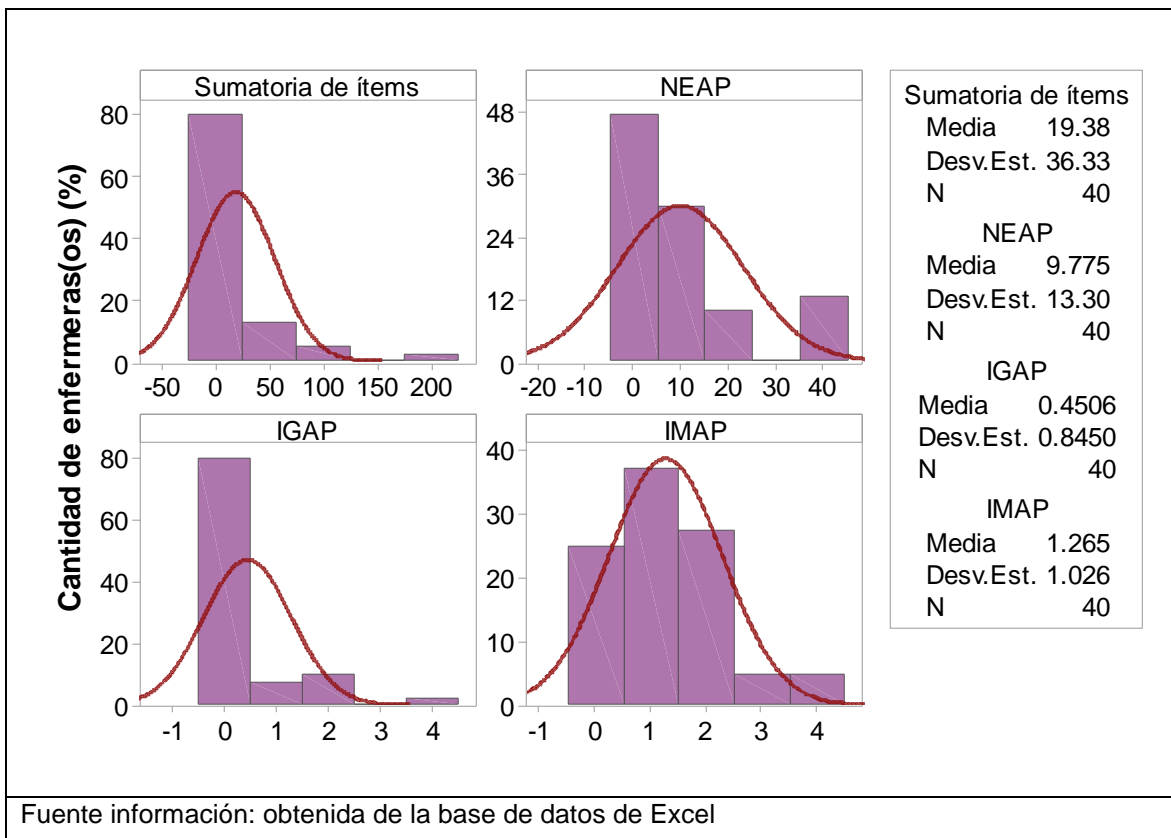
Adicionalmente, el Cuadro 7x presenta los estadísticos descriptivos para la suma de los ítems del instrumento utilizado, el NEAP, el IGAP y el IMAP.

Cuadro 7x. Estadísticos descriptivos para los resultados del mobbing con relación a la suma de ítems, número total de estrategias de acoso (NEAP), el índice global de acoso psicológico (IGAP) y el índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso (IMAP).

Variable	N	Media	D.E.	Mínimo	Mediana	Máximo
Sumatoria de ítems	40	19.38	36.33	0.00	7.50	189.00
NEAP	40	9.78	13.30	0.00	5.00	42.00
IGAP	40	0.451	0.845	0.000	0.174	4.395
IMAP	40	1.265	1.026	0.000	1.292	4.500

N: tamaño de la muestra. D.E.: desviación estándar.

Gráfica 17x. Resultados de mobbing en relación con: (a) la sumatoria de ítems, el número total de estrategias de acoso (NEAP), el índice global de acoso psicológico (IGAP), el índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso (IMAP)



Fuente información: obtenida de la base de datos de Excel

El histograma de la suma total de los ítems obtenidos mediante la escala de Cisneros, muestra que la población de estudio obtuvo una media \pm DE de 19.4 ± 36.3 para la sumatoria de ítems, cuando la puntuación total es de 258 puntos (Gráfica 17x).

Con respecto del número total de estrategias de acoso (NEAP), el índice global de acoso psicológico (IGAP) y el índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso (IMAP), la Gráfica 17x muestra también los histogramas para la población de estudio.

De este análisis se concluye que el Número total de estrategias de acoso (NEAP) tiene una media de \pm DE de 9.8 ± 13.3 comparado con los resultados de la media que es de 20 se encuentra en un nivel más bajo. Recordando que este nos informa

del número total de estrategias de acoso sufridas y en la escala nos presenta 43 formas de acoso.

En el caso del Índice global de acosos psicológico (IGAP) presento una media \pm DE 0.5 ± 0.8 comparada con los valores de referencia de 1,23. Teniendo presente que este nos indica un índice global del grado de acoso sufrido

Y por último el Índice Medio de las estrategias de acoso (IMAP) tienen una media \pm DE 1.3 ± 1.0 . Este índice nos indica la intensidad promedio de las estrategias de acoso sufridas. Si comparamos el valor medio de los resultados para interpretarlos que son de 2,80 de igual manera podemos observar que se encuentra por debajo de lo esperado.

Finalmente, para determinar si existe correlación entre los resultados obtenidos para el mobbing y el síndrome metabólico en el personal de enfermería, desde un enfoque categórico, se utilizó la prueba de Chi-cuadrada (X^2), con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

El Cuadro 8x presenta la tabla de contingencia resultante para el presente caso, la cual contiene las frecuencias observadas y las esperadas. Se puede observar la diferencia entre ambas frecuencias.

Cuadro 8x. Tabla de contingencia para la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico

		Tipo de frecuencia	Mobbing		Total
			No	Si	
Síndrome metabólico	No	Observada	18	16	34
		Esperada	19.550	14.450	
	Si	Observada	5	1	6
		Esperada	3.450	2.550	
Total			23	17	40

El Cuadro 9x presenta los resultados de la prueba de Chi-cuadrada para la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico. Se puede observar que, en este caso, el valor de la Chi-cuadrada no es significativo al nivel de 0.05, ya que el valor de $p=0.165$; por lo tanto, no es posible aceptar la hipótesis de investigación de que existe relación entre las variables de mobbing y del síndrome metabólico.

Cuadro 9x. Resultados para la prueba de Chi-cuadrada para la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico en el personal de enfermería.

	Valor de Chi-cuadrada	GL	Valor p^*
Chi-cuadrada de Pearson	1.928	1	0.165

GL: grados de libertad.

* Nivel de significancia $\alpha=0.05$.

De igual manera, si se adopta un enfoque cuantitativo, la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico se puede analizar mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r). Para un nivel de significancia de $\alpha=0.05$, el análisis mostró que el coeficiente Pearson tiene un valor de $r=-0.220$; no obstante, el valor $p=0.173$, por lo que es posible que la relación negativa baja resultante entre las variables se deba a la aleatoriedad de los datos. En conclusión, por el método del coeficiente de Pearson, no es posible afirmar que existe correlación entre el mobbing y el síndrome metabólico para el personal de enfermería estudiado. Con esto se cumple con el objetivo general de la presente investigación, corroborándose la hipótesis nula.

El Cuadro 10x muestra el análisis de varianza para este modelo de regresión.

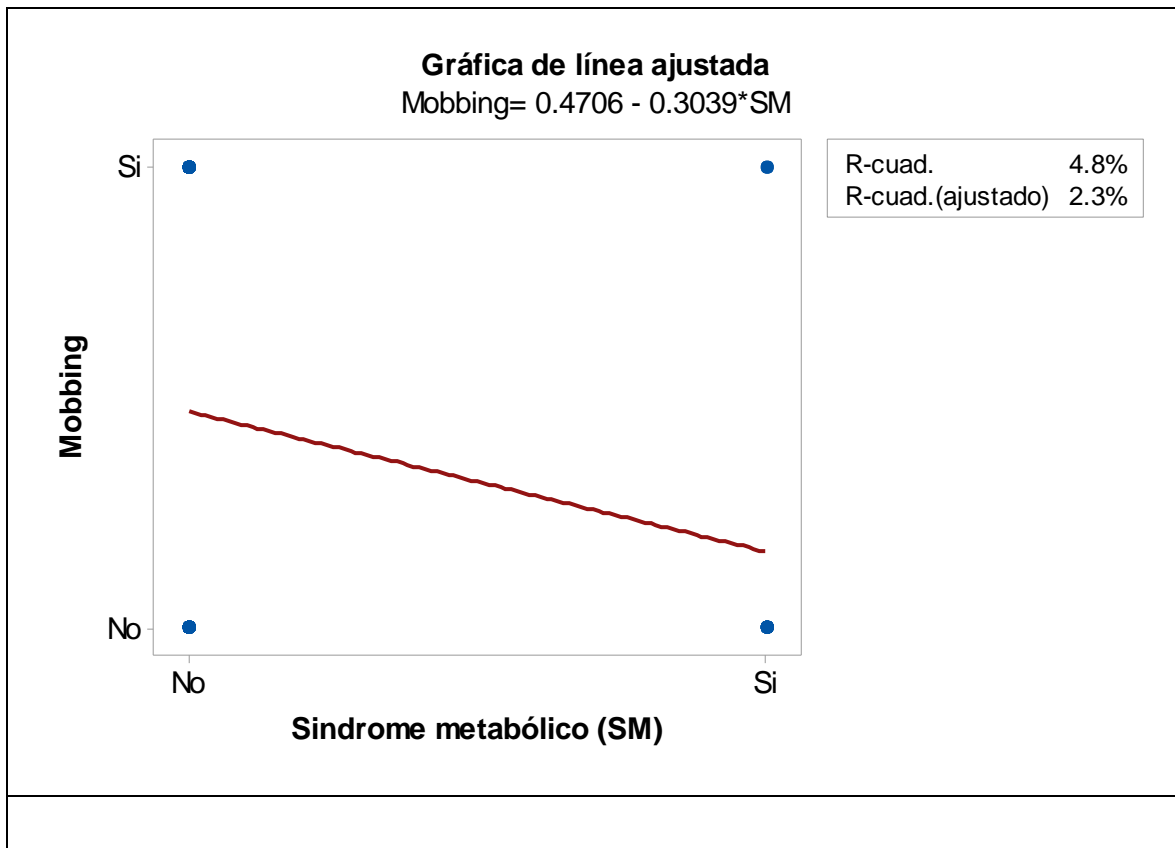
Cuadro 10x. ANOVA para el modelo de regresión de la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico.

Fuente de variación	GL	SC	MC	Valor F	Valor p*
Regresión	1	0.47108	0.471078	1.92	0.173
Error	38	9.30392	0.244840		
Total	39	9.77500			

GL: grados de libertad. SC: suma de cuadrados. MC: media cuadrática.

* Nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Gráfica 18x. Gráfica de dispersión con la regresión lineal para la asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico.



La gráfica de dispersión muestra la regresión lineal asociada al coeficiente de Pearson obtenido, donde el coeficiente de determinación (R-cuadrado o r^2) es de 4.8% (Gráfica 18x). El comportamiento de los datos en esta gráfica muestra la evidente falta de asociación entre las variables.

Al analizar la correlación entre los resultados del mobbing y las variables de obesidad central, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, lipoproteínas de alta densidad y triglicéridos, tampoco se encontró asociación en ninguno de los casos al nivel de significancia de 0.05 (Cuadro 11x), tanto para un enfoque categórico como cuantitativo. Esto se corresponde con los resultados obtenidos para la relación de mobbing-síndrome metabólico. Con este análisis se cumple con la totalidad de los objetivos específicos de la presente investigación.

Cuadro 11x. Resultados de correlación entre la variable de mobbing, obesidad central, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, lipoproteínas de alta densidad y triglicéridos.

Variable	Mobbing		
	Coeficiente de correlación de Pearson (r)		Prueba Chi-cuadrada (X ²)**
Obesidad central	r	-0.066	Chi-cuadrada de Pearson 0.175
	Valor p*	0.685	Valor de p* 0.676
Hipertensión arterial sistémica (HAS)	r	-0.221	Chi-cuadrada de Pearson 1.954
	Valor p*	0.171	Valor de p* 0.162
Dislipidemia	r	-0.130	Chi-cuadrada de Pearson 0.674
	Valor p*	0.425	Valor de p* 0.412
Diabetes Mellitus (DM)	r	-0.197	Chi-cuadrada de Pearson 1.556
	Valor p*	0.223	Valor de p* >0.05
Lipoproteínas de alta densidad (HDL)	r	-0.109	Chi-cuadrada de Pearson 0.474
	Valor p*	0.504	Valor de p* 0.491
Triglicéridos	r	0.083	Chi-cuadrada de Pearson 0.273
	Valor p*	0.612	Valor de p* 0.601

* Nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

** Todas las pruebas de Chi-cuadrada alcanzaron 1 grado de libertad.

11.DISCUSION

En el análisis del mobbing en este trabajo de investigación mostró una prevalencia del 42.5%, comparado con Olivares Alvarez en 2012 donde se presentaron tasas de 94.8% en Bolivia, 89.3% en Ecuador, 83.3% en Chile, 86.3% en México y 86.2% España. A diferencia de Molero Jurado en 2014 mostraron una prevalencia de acosos en enfermería del 17 al 20%. Sin embargo, Medina Gómez en su estudio

(2013) en la Ciudad de México encontró una prevalencia de mobbing del 36%. A diferencia de Acosta Fernández (2003) en Guadalajara notifico una prevalencia del 86%, atribuyéndose al tamaño de la muestra ya que los otros estudios fueron muestras más grandes.

Ortiz Solís en 2015 en su estudio observó que la intensidad de violencia psicológica, Costa Rica ocupó el primer lugar, República Dominicana y España en tercer lugar. Mientras que para el acoso psicológico en el trabajo las cifras (3.5% en Bolivia y 6.1% en Ecuador) son inferiores a todos los reportes obtenidos; México 8.5%, Chile 17.9% y España 9.4%, utilizando el instrumento (IVAPT). Evaluando con nuestro estudio el nivel del índice medio de la intensidad de las estrategias de acoso fue más bajo de 1.26 %, quizás debido a que las áreas administrativas mostraron más incidencia a comparación del personal operativo como lo es el de enfermería.

Molero Jurado (2014), Identificó factores de riesgo como la edad inferior de 30 años, sexo femenino corta trayectoria profesional o trabajar en determinadas jornadas o turnos lo hacían más susceptibles para padecer mobbing. Sin embargo, Pando Moreno en sus resultados obtenidos fueron que el sexo femenino fue el más frecuente en un 60.9%, un 51.8% en mayores de 35 años, 44.6% casados, 71,4% con estudios por debajo de la licenciatura y el 27,4% de turno matutino. Esto reafirma en el estudio que el sexo femenino (82.5%) y el turno matutino (47.7%) fueron un factor de riesgo como lo mencionamos en la bibliografía.

Ribeiro (2012), presentó un 38.1% de Síndrome metabólico y contrastando con este estudio la prevalencia del síndrome metabólico es del 15% (equivalente a 6 personas) en el personal de enfermería y de este el 16.6% vivió algún tipo de mobbing, al igual se puede explicar que el porcentaje de incidencia es más baja debido a que la muestra de la población fue menor.

Palacios (2006) en su estudio de sobrepeso y obesidad en personal de salud, dentro de sus resultados se encontró a los participantes con sobrepeso y obesidad (46%), el sexo masculino fue el más afectado (54%) y el grupo de edad de los mayores de

50 años (57%). Como resultado del estudio demuestra un 35% peso normal, un 57.5% de sobrepeso, y un 7.5% de obesidad, indicándonos que nuestra población se encuentra en un punto medio para pasar a la normalidad o entrar a algún grado de obesidad y de que se puede hacer medidas de prevención.

Damas Casani (2019) selecciono aleatoriamente a 290 trabajadores de la salud y se les realizo tamizaje de glucosa, clasificando en euglucemico y disglucemico (prediabetes y diabetes) con resultados en donde el 74.5% fue del sexo femenino, 71% tuvo una edad > 45 años, el 75% tenía sobrepeso-obesidad y 90% obesidad abdominal. El 20% presentó disglucemia, asociada con la edad, índice de masa corporal y antecedente de hiperglicemia. El análisis demostró que el 27.5% presentaron una glucosa anormal, aunado con el sobrepeso esto aumenta el riesgo de presentar cifras elevadas de glucosas.

Cardona Perdomo (2020) ejecuto un estudio, correlacional con el fin de determinar si existe relación entre mobbing positivo y presencia de sintomatología de crisis hipertensivas, obteniendo como resultado que no existe presencia de mobbing pero si hay estrategias de acoso laboral y los participantes perciben a su organización es generadora de estrés laboral y ambiente hostil. Sin embargo, esta investigación demostró la presencia de un 22.5% de hipertensión arterial una mediana de TAS 120.50 D.E.15.43 y TAD de 80 D.E. 8.57 debido a que presentan factores de riesgo como lo son los genéticos y el estilo de vida que se observó que es muy de moderada actividad física (47.5%); además dentro de los malos hábitos como lo es el tabaquismo con un 17.5% de prevalencia.

Palacios Rodríguez (2010) Se utilizaron los criterios del Adult Treatment Panel III. Con resultados del 40 % presentó síndrome metabólico, más frecuente en mujeres (42 %) y en el grupo de edad de 40 a 49 años (47 %). En el caso del Síndrome metabólico se observó mayor prevalencia de hipertrigliceridemia, seguido de aumento de HDL, obesidad central, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Así mismo el porcentaje de mobbing fue del 42.5% en el personal de enfermería, rango que alcanza como lo menciona la bibliografía.

Y hablando de la asociación de mobbing con síndrome metabólico a través del coeficiente de Pearson $= -0.220$ y un valor de $p = 0.173$ por lo que es posible que la relación negativa baja resultante entre las variables se deba a la aleatoriedad de los datos. La gráfica de dispersión muestra la regresión lineal asociada al coeficiente de Pearson obtenido, donde el coeficiente de determinación (R-cuadrado o r^2) es de 4.8%. El comportamiento de los datos demuestra la evidente falta de asociación entre las variables.

El método del coeficiente de Pearson, nos permite afirmar que no existe correlación entre el mobbing y el síndrome metabólico para el personal de enfermería estudiado. Con los resultados, al parecer tienden a que haya menor frecuencia de SM en las que salieron con "Mobbing positivo"; o sea que el Mobbing se muestra como un "factor protector" para SM debido a que los pacientes estudiados que presentaron mobbing tienen menor riesgo de padecer síndrome metabólico.

12. CONCLUSIONES

La Escala Cisneros es un instrumento válido en contenido con una fiabilidad elevada para ser aplicado a una mayor población de enfermeras para que tenga más significancia estadística $\alpha = 0.05$ en la muestra con un resultado de análisis y nos corrobora que no hay asociación entre nuestras variables.

Debido a los análisis indican que no hay ninguna asociación entre el mobbing y el síndrome metabólico, ni entre el mobbing y ninguna de las variables asociadas al síndrome metabólico que se estudiaron individualmente, se sugiere que en el futuro esta relación ya no se estudie. Es probable que otras variables relacionadas con el síndrome metabólico resultarán sin relación con respecto del mobbing.

Con esto se cumple con el objetivo general de la presente investigación, corroborándose la hipótesis nula. Y reafirmamos que el mobbing es más una alteración psicológica, mental y/o psiquiátrica y el Síndrome metabólico es meramente metabólico con alteraciones cardiovasculares principalmente.

13. LIMITACIONES

Una de las limitaciones que encontró en el estudio fue la contingencia Covid 19 ya que no se encontraban todo el personal de enfermería y hubiera sido más representativo e interesante el estudio de investigación con toda la población.

Otra limitante es que aún se desconoce el término mobbing pero ya dando la explicación del significado fue más fácil.

También otra limitante que se encontró es que, para la extracción de sangre para los laboratorios, se perdieron varias citas por que no cumplieron con el ayuno solicitado o porque se les olvidó la cita.

14. SUGERENCIAS

Aplicar la Escala Cisneros como una de las herramientas para determinar el mobbing a una población más representativa ya sea de médicos becarios, médicos de base, personal administrativo, asistentes, etc.

No hacer más estudios sobre la asociación entre mobbing y síndrome metabólico.

Destacar la escasa producción científica sobre el tema y la necesidad de desarrollar instrumentos, que permitan una evaluación ajustada de las conductas de intimidación y acoso, entre profesionales de la enfermería.

Se deben buscar otras variables que puedan estar asociados con el mobbing como lo es el trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, síndrome de burnout, estrés laboral, trastorno del sueño, trastorno de la conducta alimentaria debido a la que en la bibliografía sobresalen dichos trastornos.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Trujillo Flores, M.M., Valderrabano Almegua, M.L. & Hernández Mendoza, *Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas*. R. (2007). *Rev. Innovar* Vol. 17 No.29 pag 71-92.
2. Pando Moreno, Manuel, Aranda Beltrán, Carolina, Salazar Estrada, José Guadalupe, Torres López, Teresa M. Prevalencia de violencia psicológica y acoso laboral en trabajadores de Iberoamérica. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [en línea]. 2016, 21 (1), 39-45 [fecha de consulta 16 de junio de 2020]. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29248180004>
3. Gutiérrez Strauss AM, Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Parra Osorio L, “Determinación del mobbing y Validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT) para Colombia” *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (3): 525-533
4. Ángel M. Fidalgo e Iñaki Piñuel, *La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing*, Universidad de Oviedo y Universidad de Alcalá. *Psicothema* 2004 Vol.16 No.4 pp 615-624
5. Ribeiro, R. P., Marziale, M. H. P., Martins, J. T., Ribeiro, P. H. V., Robazzi, M. L. D. C. C., & Dalmas, J. C. (2015) “Prevalencia del Síndrome Metabólico entre trabajadores de enfermería y su asociación con estrés ocupacional, ansiedad y depresión” *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 435-440.
6. Cardona Perdomo, Lina Marcela Rueda Sotello, Maria Camila Velasquez Mancera, Dayana Katherine Psicólogo Relación entre el mobbing y la presencia de sintomatología en crisis hipertensa en empleados de Villavicencio <http://hdl.handle.net/11634/21720> <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/21720>
7. Herrera Giro ML, Acosta Gonzalez M, Dueñas Herrera A., Armas Rojas N. Prevalencia de la hipertensión arterial en trabajadores de una institución de salud. *Rev Cub* (2017) Volumen 23, No 2

8. Olivares Álvarez DM, Pando Moreno M, Aranda Beltrán C. “Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-Pando) para Bolivia y Ecuador”. LIBERABIT: Lima (Perú) 2012; 18(1): 27-36
9. Gutiérrez Strauss AM, Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Parra Osorio L, “Determinación del mobbing y Validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT) para Colombia” Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (3): 525-533
10. Molero Jurado M.M., Pérez-Fuentes M.C., Gázquez Linares J.J.. Acoso laboral entre personal de enfermería. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Ago 16] ; 13(2): 114-123. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200114&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.001>.
11. Arellano Yopez María Fernanda Mobbing y su posible relación con los niveles de estrés laboral en el área administrativa de una empresa de Telecomunicaciones (2015) <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/1375>
12. Hernández, V. C. (2018). Mobbing entre personal de enfermería. *Revista Enfermería CyL*, 10(2), 36-45.
13. Damas Casani, L. N. (2019). Frecuencia de disglucemia en trabajadores del Hospital María Auxiliadora identificados por cuestionario FINDRISC y prueba tolerancia a la glucosa. Lima–Perú 2015.
14. Acosta Fernández M, Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Aldrete Rodríguez. El acoso moral en el trabajo en los empleados del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. 2005(7):16-23
15. Palacios-Rodríguez RG, Munguía-Miranda C, Ávila-Leyva A. Sobrepeso y obesidad en personal de salud de una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(5):449-453.
16. Palacios-Rodríguez RG, Paulín-Villalpando P, López-Carmona JM, et al. Síndrome metabólico en personal de salud de una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010;48(3):297-302.

17. Aldave, María Cristina Alba, C. Hernandez-Garnica, and C. E. Puga-Murgía. "El acoso laboral en hospitales públicos de la ciudad de México." *Congreso Internacional de Contaduría XVIII. México DF CU*. 2013
18. Medina-Gómez OS. Prevalencia de mobbing en trabajadores y factores de riesgo asociados. *Gac Med Mex*. 2016;152(4):452-456.
19. Herrera Martignon E. Síndrome metabólico y calidad dietética en adultos jóvenes en San Luis. Agosto 2018 <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/handle/i/5507>
20. Piñuel y Zavala, *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo I.*, (2001). Madrid: Sal Terrae (pp. 58, 78, 89, 104-112, 154-166, 173,182).
21. Medina BM, Palmer MLY, Quiñones MKA, et al. Síndrome de mobbing en médicos especialistas en un hospital de segundo nivel en México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2017;18(1):44-47.
22. Claudia Nely Velasco Alonso. *Validación de contenido de la Escala Cisneros para medición del Mobbing en Residentes del Instituto Mexicano Del Seguro Social de San Luis Potosí*. (2016-2019) pp 2-12
23. Acosta Fernández M, Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Aldrete Rodríguez. El acoso moral en el trabajo en los empleados del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. 2005(7):16-23
24. Olivares Álvarez DM, Pando Moreno M, Aranda Beltrán C. "Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-Pando) para Bolivia y Ecuador". *LIBERABIT: Lima (Perú)* 2012: 18(1): 27-36
25. Gutiérrez Strauss AM, Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Parra Osorio L, "Determinación del mobbing y Validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT) para Colombia" *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2013; 29 (3): 525-533
26. M. C. Sáez & M. García-Izquierdo. *Violencia psicológica en el trabajo: Mobbing* (2005). Madrid: Psicología Pirámide, pp. 191-204.
27. M^a del Carmen Vidal Casero, Delibes, M. "EL MOBBING EN EL TRABAJO. SU PROBLEMÁTICA." [Internet] [citado 9 de octubre de 2020]

https://scholar.google.com/scholar?rlz=1C1CHVN_esMX603MX604&um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:vHHpWfNay-tsmM:scholar.google.com/

28. Ávila Urdaneta JG. El acoso laboral o mobbing como elemento causante de accidentes laborales. RCUI [Internet]. 10 de septiembre de 2020 [citado 9 de octubre de 2020];7(3):115-28. Disponible en:

<https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/331>

29. Rebeca Del Pino Peña. Aproximación al mobbing en las empresas mexicanas: violencia y acoso psicológico en el trabajo en personal estratégico de alto valor organizacional. Doctorado en Ciencias de la Administración Universidad Nacional Autónoma de México División de Estudios de Posgrado, Facultad de Contaduría, Administración e Informática 52 43 14 99, 04455 13569806, 55 32 53 97 rebecadelpino@yahoo.com.mx, rebecadelpino@hotmail.com Bartolomé R. Salido No. 153 Col. Vértiz Narvarte, C.P. 03600, México, D.F.

30. European Journal of Work and Organizational Psychology. El Contenido y Desarrollo del Mobbing en el Trabajo 1996, 5(2), 165-184

31. Ortiz Solís G.R. Hernández y Hernández H. “Resumen integrado de la NOM-037-SSA2-2012 y Guía de Tratamiento Farmacológico de las Dislipidemias” Rev Mex Cardiol 2013; 24 (S1): 3-22

32. Lizarzaburu Robles J.C. “Síndrome Metabólico: concepto y aplicación práctica” An Fac med. 2013;74(4):315-20

33. Pineda, Carlos Andrés, Síndrome metabólico: definición, historia, criterios.

Colombia Médica [Internet]. 2008; 39 (1): 96-106. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28339113>

34. NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

35. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus

36. Castillo HJL, Cuevas GMJ, Almar GM, Romero HEY “Síndrome metabólico, un problema de salud pública con diferentes definiciones y criterios” Rev Med UV 2017; 17 (2)



37. Córdova Pluma V.H., Castro Martínez G., Rubio Guerra A., Hegewish M.E.

“Breve Crónica de la definición del Síndrome Metabólico” Med Int Méx

2014;30:312-328

38. JUÁREZ-GARCÍA, Arturo; HERNÁNDEZ-MENDOZA, Elena; RAMÍREZ-PÁEZ, José Antonio. Mobbing un riesgo psicosocial latente en el trabajo de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, [S.I.],

v. 13, n. 3, p. 153-160, ene. 2019. ISSN 2448-8062. Disponible en:

<[http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/6](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/629/612)

[29/612](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/629/612)>. Fecha de acceso: 17 ago. 2020