



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**“EL MOBBING- ACOSO LABORAL- Y SU RELACION CON EL CONSUMO DE
TABACO Y ALCOHOL EN TRABAJADORES”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
CHAVEZ RIVERA ALEJANDRA**

**DIRECTOR: DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO
REVISOR: MTRO. CARLOS RODRIGO PENICHE AMANTE**



Ciudad Universitaria, México D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico esta tesis...

A mis padres Lucio y Patricia quienes me han apoyado todo el tiempo, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, gracias por siempre estar impulsándome en los momentos difíciles de mi carrera. Por cada esfuerzo que han realizado por darme lo mejor.

A mi hermana Gabriela por estar siempre presente.

Dedico esta tesis con todo mi amor y cariño a mis sobrinitos Eyael y Lucy.

Quiero agradecerle a todos aquellos que participaron en la elaboración de esta tesis, pero en especial a mis mejores amigos Deyanira, Salvador y Jerónimo, por siempre estar

apoyándome y animándome gracias por su amistad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, orgullosa de ser universitaria, gracias por brindarme mi formación académica.

A los profesores de la Facultad de Psicología por los conocimientos que cada semestre compartían, por enseñarme y ser una guía para ser una profesional.

Agradezco a mis maestros, al Dr. Felipe Uribe, Mtro. Rodrigo Peniche, Mtra. Sílvia Vite, Mtra. Isaura López y Dr. Emmanuel Mejía, que me ofrecieron conocimientos y herramientas y por su paciencia para la realización de esta tesis.

Índice

	PÁG
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
1.1 Psicología de la salud.....	3
1.2 Trabajo y salud.....	6
1.3 Estilos de vida.....	9
1.4 Calidad de vida.....	12
CAPITULO II. CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL	
2.1 Conceptos básicos.....	17
2.1 Consumo de alcohol.....	19
2.2 Consumo de tabaco.....	25
CAPITULO III. FACTORES PSICOSOCIALES	
3.1 ¿Que son los factores psicosociales?.....	35
3.2 Riesgos psicosociales.....	38
3.3 Condiciones psicosociales en la vida laboral.....	40
3.4 Clima Organizacional.....	43
3.5 Estilos de afrontamiento.....	48
CAPITULO IV. VIOLENCIA PSICOLOGICA EN EL TRABAJO	
4.1 Violencia.....	50
4.2 Acoso laboral (Mobbing).....	51
4.3 Tipos de acoso (Mobbing).....	56
4.4 Consecuencias.....	62
4.5 Prevención e intervención.....	64
V. METODO	
5.1 Justificación del estudio.....	68
5.2 Planteamiento del problema.....	68
5.3 Objetivo general.....	69
5.4 Objetivos específicos.....	70
5.5 Tipo de investigación.....	70

5.6 Muestreo.....	70
5.7 Instrumentos.....	73
5.8 Procedimiento.....	73
VI. RESULTADOS.....	75
VII. DISCUSION, CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y	
LIMITACIONES.....	110
REFERENCIAS.....	118
ANEXO	

RESUMEN

El acoso laboral no es un fenómeno nuevo, viene sucediendo desde hace ya varias épocas, sin embargo, es reciente el conocimiento de este como tal, debido a esto es importante que se realicen investigaciones sobre este fenómeno, las posibles consecuencias, la acción preventiva y concientización de organizaciones y trabajadores.

Las consecuencias son diversas como psicosomáticas, sociales y psicológicas, las consecuencias que se estudiaron fueron consumo de alcohol y tabaco ya que estas sustancias legales como lo muestran las estadísticas de adicciones nacionales son las que con más frecuencia se consumen en México.

El objetivo de esta investigación es validar si existe relación significativa entre el acoso laboral (mobbing) con el consumo de alcohol y tabaco. Con el fin de conocer esta relación se aplicó a 100 trabajadores de la República Mexicana el cuestionario de Escala de Violencia en el Trabajo (EVT) en donde se obtuvo una confiabilidad de $\alpha=.968$ y preguntas sobre el consumo de alcohol y tabaco. En esta aplicación participaron 46 hombres y 54 mujeres con edades de 21 a 53 años.

La muestra que se analizó, brindó información sobre qué implica el acoso laboral (mobbing), con los resultados obtenidos se puede inferir cuáles son los factores que más afectan a la muestra, hay una fuerte relación de las variables psicosomáticas y las variables de consumo, es por eso que si una persona está siendo víctima de acoso laboral es propensa a consumir con más frecuencia alcohol y tabaco como respuesta a las tensiones individuales.

Los resultados que se obtuvieron comprobaron esta relación en donde se realizaron correlaciones y análisis de varianza (ANOVA), se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

INTRODUCCION

Esta investigación como ya se mencionó se realizó con el fin de conocer si existe relación entre acoso laboral (mobbing) con el consumo de alcohol y tabaco en donde se puede apreciar que el ámbito laboral es muy importante para el bienestar de las personas y si en su campo de trabajo hay algunos factores o riesgos psicosociales que afectan a los trabajadores puede originar graves consecuencias en la salud física y mental, si los trabajadores no saben manejar este fenómeno podrían presentar conductas nocivas como puede ser el consumo de alcohol y tabaco al no tener una estrategia de afrontamiento adecuada.

Este trabajo se divide en 4 capítulos:

En el primer capítulo, se habla sobre psicología de la salud conceptos básicos e historia de cómo surgió la psicología de la salud, estilos de vida, conductas nocivas, salud laboral y calidad vida.

El segundo capítulo, es sobre la historia de las adicciones y conceptos básicos, se hace un enfoque de tabaco y alcohol, de estas sustancias hablaremos su definición, las causas y estadísticas nacionales de consumo.

En el tercer capítulo veremos, que son los factores y riesgos psicosociales, estresores psicosociales, como afecta el clima organizacional a los trabajadores y en ocasiones es propiciador de acoso laboral (mobbing) y estilos de afrontamiento.

El cuarto capítulo es de violencia psicológica en el trabajo, veremos lo que es violencia, acoso laboral (mobbing), tipos de acoso, y se mencionan aspectos de acoso sexual, consecuencias de acoso laboral, prevención e intervención de este.

Prosiguiendo se presentará la metodología de la investigación, los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados (correlaciones y anovas), interpretación de los resultados, discusión, conclusión, limitaciones y sugerencias.

CAPÍTULO I

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

A continuación, se abordara en este capítulo conceptos básicos y la importancia que tiene hoy en día la psicología de la salud, ya que gracias a ella se pueden realizar cambios significativos para el mejoramiento y conservación de la salud de las personas.

1.1 Psicología de la salud

La psicología de la salud ha sido un campo de aplicación de la psicología, desarrollado ampliamente en el mundo, que ha tenido un especial auge desde los años 80 en América Latina. (Londoño y Flórez, 2009).

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y formación de la política sanitaria (Lovellette, 2003 en Fernandes et. al. 2009).

La psicología de la salud ha aumentado la comprensión substancial de los procesos psicológicos básicos en relación con la salud y la enfermedad; ha desarrollado valiosos modelos conceptuales sobre los eslabones entre la cognición, el afecto, la emoción, la conducta y la enfermedad; ha explorado varios problemas de Salud Pública, y cuenta con aplicaciones en campos como la modificación de hábitos, los cambios en el estilo de vida, la prevención de enfermedades crónicas y el control de adicciones (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007; Keefe y Blumenthal, 2004 en Arrivillaga, 2009).

De acuerdo a Oblitas (2006), diferentes tipos de intervenciones están dirigidas a:

- Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
- Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.

- Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
- Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

El concepto de Promoción de Salud irrumpió con fuerza desde la segunda mitad del pasado siglo y se extiende en diferentes ámbitos, como son: la educación, la investigación, los servicios de salud, en otros sectores sociales. (Ramos, 2007).

La Promoción de Salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos. (Ramos, 2007).

En relación con promoción de la salud hay dos tipos de enfoques según Gómez (2004):

1. Las nociones individualistas, que enfatizan la responsabilidad individual, el estilo de vida y la forma de vivir. Estas corrientes destacan la información masiva sobre factores de riesgo y uso de los servicios en la educación de la salud.
2. Los enfoques de promoción de la salud descentrada en los determinantes de la salud, consideran que no es posible promover la salud desde el sector de los servicios médicos sin intervenir los demás factores que determinan la salud y los perfiles epidemiológicos.

La educación para la salud favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados con respecto a su salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción de muertes, enfermedades y minusvalía evitable, y mejora la interacción humana. (Ramos, 2007).

Se debe considerar a la promoción de la salud como un conjunto de acciones realizadas sobre el sujeto o sobre su entorno que, mediante el aumento en el control, llevan finalmente a mejorar la salud o el bienestar del grupo. (Gómez, 2004).

De acuerdo con Algarra (1997) para conservar o incrementar la salud de una sociedad es necesario que los individuos tengan comportamientos saludables: "El deporte para mantenerse en forma, la preocupación por el medio ambiente, las condiciones de salud de los lugares de trabajo, la calidad de las dietas alimenticias y, por supuesto, los avances en la investigación médica ocupan cada vez más ampliamente el tiempo y el espacio de que disponen los medios de comunicación". Al público le interesa recibir información de todo lo que le ayude a alcanzar unos hábitos de vida más saludables.

De acuerdo con Cartwright, Bandura y McGuire han señalado de diversos modos que la modificación de los comportamientos de la audiencia no se alcanza con la transmisión de conocimientos, sino por la modificación de los sistemas de valores (necesidades, aspiraciones, creencias, etc.) que configuran la conducta de cada individuo. (En Algarra 1997).

La prevención busca que vivamos más y con menos sufrimientos. Vivir más presume también que diversas amenazas se ciernen sobre nuestras probabilidades de supervivencia, por lo que una cultura de la salud a veces reñida con una cultura del placer como ocurre con las comidas, las bebidas, el cigarrillo y el sexo. La prevención primaria puede alcanzar desde la concepción a la vejez. (Agrest, 2009).

De acuerdo a Marks (2002), la psicología de salud está cambiando a medida que va creciendo y se ha sugerido que se están desarrollando paralelamente cuatro enfoques:

1. *Psicología clínica de la salud*, que combina la atención de la psicología clínica sobre la evaluación y el tratamiento con un planteamiento biopsicosocial mas amplio de la enfermedad y las cuestiones relativas al cuidado de la salud que suelen ser el dominio de los profesionales de la psicología clínica.
2. *Psicología de la salud pública*, que pone el énfasis en las cuestiones relativas a la sanidad pública, esta área forma parte de fuentes multidisciplinarias como por ejemplo, ciencias sociales, económica, política.
3. *Psicología comunitaria de la salud*, que emplea los métodos de la investigación de las acciones e intentan lograr grupos y comunidades sanas.

4. *Psicología crítica de la salud*, análisis de la propia disciplina, es importante y beneficiosa para abrir debates y análisis de forma que la disciplina y los que participan en ella.

La salud es entendida como el bienestar físico, psicológico y social. La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se debe poner más empeño en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas. (Oblitas, 2006).

La formación en psicología de la salud parece haberse concentrado principalmente, en la capacitación en temas, como prevención, promoción y acompañamiento a las personas y sus familias, en caso de enfermedad o de estar expuestos a procedimientos médicos, la investigación en salud y la evaluación de aspectos psicológicos. (Londoño y Flórez 2009).

La mirada hacia los psicólogos actuantes en salud pública señala el carácter novedoso de sus actividades en este campo y pone de manifiesto los escenarios de diversificación de su asistencia en los varios niveles de atención en salud. Cabe subrayar que la prevención de enfermedades es, de entre todas las novedades de acción psicológica, la menos desarrollada y conocida. (Fernandes et. al. 2009).

1.2 Trabajo y salud

El trabajo puede ser fuente de salud, causar daño o agravar problemas, a través del trabajo se puede acceder a una serie de condiciones laborales que satisfacen no solo las necesidades económicas básicas, sino también las relacionadas con el bienestar individual y grupal. (Parra 2003 en Gómez 2007). Puede causar daño a esta, cuando afecta el estado de bienestar de las personas en forma negativa (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales) y puede agravar problemas previamente existentes, cuando interactúa con otro tipo de factores de riesgo como el consumo de tabaco, exceso de colesterol, sedentarismo, entre otros. (Gómez, 2007).

Un indicador es la ocupación, ya que el trabajo es una actividad cotidiana que ocupa la tercera parte de la vida del hombre y que puede coincidir con sus aspiraciones o no, le exige un tipo de actividad física, mental y una postura, que serán perjudiciales o no existe relación entre la ocupación y la adopción de estilos de vida saludables. (Pérez et. al. 2005).

La ocupación en el sentido amplio o el trabajo en un sentido más restrictivo se presentan un escenario en el que se desarrolla la mayor parte de la vida de las personas, siendo con frecuencia el principal ordenador de las mismas y que por transcurrir habitualmente sin mayor sintomatología de enfermedad se ha descuidado y aun menospreciado (García, 2009).

Un objetivo central que tiene la salud ocupacional es prevenir de manera adecuada las enfermedades o accidentes que se pueden generar en y por el trabajo, todo ello con base en las disciplinas de la seguridad e higiene industrial y bajo el paradigma clásico de la relación de exposición/riesgo y sus efectos en la salud. (Juárez, 2007).

De acuerdo con Bartley, Sacker y Clarke, (2004) muchos de los estudios que han analizado el impacto que genera el desempleo sobre la salud a largo plazo quedan confundidos por el hecho de que algunos de los que quedan desempleados ya tenían una mala salud, lo que dio lugar a un bajo rendimiento laboral y a su situación de desempleo. (En Morrison y Bennett 2008).

La relación entre trabajo y salud es compleja, es mejor para la salud tener un trabajo que no tenerlo, sin embargo, si la presión de tener un trabajo se combina con exigencias importantes fuera del trabajo, esta combinación puede afectar negativamente a la salud. (Morrison y Bennett 2008).

Un manejo inadecuado de las emociones de la vida en general, y en el ámbito laboral en particular, supone un riesgo para la salud física y mental de la persona. En general, parece

que un excesivo control de las emociones negativas está asociado a sintomatología física. (Richards & Gross, 1999 en Moreno et. al. 2010).

Es comúnmente aceptada la relación entre estados emocionales positivos y estilos de vida que intervienen saludablemente sobre la actividad cardiovascular, y el funcionamiento del sistema inmune (Salovey, Rothman, Detweiler, y Steward, 2000 en Moreno et. al. 2010).

La salud pública y la salud ocupacional son disciplinas que con frecuencia se han desarrollado de forma separada, aunque si uno se aproxima a ellas de manera desprevenida, se encuentra con que persiguen fines similares: la promoción y la protección de la salud de las personas con un enfoque grupal. (García, 2009).

La Medicina del Trabajo fue conocida como la especialidad médica que se ocupaba de la vigilancia de la salud de los trabajadores, relacionando las condiciones laborales y los procesos de trabajo con la salud de los trabajadores con su principal efecto: las enfermedades ocupacionales. (Gomero et. al. 2006).

El trabajo muestra cuales son las repercusiones en la salud física y mental de los trabajadores a partir de la exposición a ciertas condiciones de trabajo (riesgos y exigencia) (Leal et. al. 2012).

Existen trastornos de la salud, producto del trabajo, que impactan la salud física y la integridad mental de los trabajadores y que requieren ser atendidas dentro de los centros de trabajo -o bajo la responsabilidad de éstos-, y no relegarlas a la búsqueda de soluciones individuales por parte del trabajador quien ha sido sujeto de riesgo, sin saberlo, de un proceso de trabajo que daña de forma irreversible su salud. (Leal et. al. 2012).

Su objetivo es que las personas puedan producir, atender a los demás, desarrollarse, y ser valoradas en el ejercicio de su actividad laboral, además de tener la posibilidad de utilizar su talento, sus conocimientos, y sus destrezas y habilidades, como vía para alcanzar

un alto rendimiento, al tiempo que perciben alta satisfacción laboral y bienestar en el trabajo. (Gil, 2012).

Fomentar la salud psicosocial en el lugar de trabajo es fomentar la salud pública de la población, pues las personas en edad de trabajar pasan la mayor parte de su tiempo de vigilia en contextos laborales, o desarrollando una actividad laboral en su domicilio. Por este motivo, la promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades y accidentes laborales relacionados con los riesgos psicosociales deberían ser materia de salud pública para los gobiernos. (Gil, 2012).

1.3 Estilos de vida

El acercamiento al estilo de vida no es específico de la Psicología de la Salud, pues ha estado presente en la mayoría de los informes sobre salud de las poblaciones, emitidos por distintas agencias y organizaciones internacionales. (Arrivillaga, 2009).

El modo de vida, es una de las categorías útiles y vinculantes de la Psicología con la Salud Pública, ha sido definido como el conjunto de los rasgos sustanciales que caracterizan formas de la actividad vital de la sociedad, los pueblos, las clases, los grupos sociales y las personas en una determinada formación socioeconómica. (Arrivillaga, 2009).

El estilo de vida, al igual que lo biológico, lo ambiental y los servicios de salud son elementos básicos del campo de salud. Por estilo de vida se entiende "la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en un sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinada por factores socioculturales y características individuales"; un estilo de vida saludable implica conductas y hábitos que influyen de manera positiva en la salud de la persona. (Pardo y Núñez, 2008).

Si se quiere fomentar que las personas adquieran estilos de vida saludables, educativos y ecológicos, resulta imprescindible comprender cómo en la adolescencia se van consolidando determinados estilos de vida y cuáles son los factores que los determinan (Gil

Roales et al., 2004; Mendoza, 2000; Nutbeam, Aaro, y Catford, 1989; Pastor, Balaguer y García-Mérita, 1999; Rodríguez, 2000) y habrá que intervenir en el entorno para reducir los factores que lo dificulten y aumentar los que lo favorecen.(Gonzales et. al. 2012).

Las causas de las enfermedades son numerosas, pero las más importantes son las conductas que ponen en riesgo la salud, como el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, etc., así como aquellas estrategias de afrontamiento dirigidas a regular las emociones frente a situaciones estresantes (Lazarus, 1986) que resultan nocivas por ejemplo, tranquilizarse mediante el consumo de drogas, o la ingesta de alcohol o excesivas cantidades de alimentos. (Oblitas, 2006).

Un patrón conductual es el modo habitual de respuesta a diferentes situaciones; el consumo de cigarrillos y alcohol, las dietas ricas en grasas y abundantes o la falta de ejercicio constituyen algunos ejemplos de comportamientos poco saludables o de riesgo. (Rodríguez et. al. 2006).

Distintos tipos de variables determinan las conductas de salud. (Amigo y Fernández 1998 en Oblitas, 2006):

1. *La clase y el entorno social* pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona.
2. *La percepción del síntoma* influye para que las personas decidan realizar un cambio en sus conductas de salud, aunque estas modificaciones suelen ser transitorias. El síntoma cumple la función de señal de un problema de salud y los cambios que se intentan, tienden a reducir el riesgo de sufrir una determinada enfermedad.
3. *Los estados emocionales* (ansiedad, aburrimiento) suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud. Según Leventhal et. al. (1985) se ha comprobado que las emociones interfieren con los hábitos saludables de una persona.
4. *Las creencias sobre la salud* influyen marcadamente sobre los hábitos de las personas. Cada cual construye un modelo explicativo acerca de la salud, de

las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma, así como el concepto acerca de la forma en que se deben implementar cambios.

Cuando una persona establece como meta un cambio en su conducta de salud, se basa en tres tipos de cogniciones:

1. Las *percepciones de riesgo* incluyen la sensación de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad, elementos que poseen un notable valor motivacional en el proceso de toma de decisiones.
2. Las *expectativas de resultados* se refieren a la estimación que hace una persona acerca de las consecuencias que pone en acción ciertas estrategias de autorregulación, en la fase de motivación (intenciones), el sujeto decide que acciones realizara y en la de volición cuanto esfuerzo invertirá y durante cuánto tiempo persistirá en ellas.
3. La *auto eficacia percibida* determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas que confían en sí mismas, que se sienten capaces de llevar a cabo los cambios propuestos para mejorar su salud.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2008) ofrece una lista de los 10 principales factores de riesgo a escala global que, en un conjunto, explican más de la tercera parte de todas las muertes en todo el mundo:

- Bajo peso corporal
- Sexo sin protección
- Elevada presión sanguínea
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Agua insalubre, falta de higiene y de infraestructuras de alcantarillado
- Deficiencia de hierro
- Humo en interiores proveniente de combustibles sólidos
- Elevado colesterol
- Obesidad

Los hábitos nocivos más frecuentes son: tabaquismo, alcoholismo, conductas sexuales y hábitos dietéticos inadecuados; por ello, es necesario aplicar una estrategia que logre desarrollar una labor educativa para modificar los estilos de vida. (Pérez et. al. 2005).

Es importante tener en cuenta que existen hábitos que nos acompañan diariamente por vivir en una sociedad totalmente estresada y mediatizada. A esto debemos añadir los cambios en la nutrición, el sedentarismo y el consumo, cada vez mayor, de tabaco y alcohol. (Hernández, 2006).

Son muchas y variadas las razones para llevar un estilo de vida saludable a la vez que son muy fuertes los factores socioculturales que juegan en contra de los buenos propósitos de hacer más ejercicio, de reducir la ingesta de alcohol o de alimentos, de llevar en definitiva una vida más sana, Por eso mismo es relevante identificar qué mecanismos psicológicos se asocian con el mantenimiento de un estilo saludable de vida. (Rodríguez et. al. 2006).

1.4 Calidad de vida

El estudio de la calidad de vida se consolidó a lo largo de los años 60 del siglo XX como un ámbito científico interdisciplinar que contemplaba necesariamente la experiencia vivida por las personas, una importante dimensión psicosocial, que desde sus inicios se ha considerado que incluye el denominado bienestar psicológico o subjetivo (González, 2001).

La CV es entendida como una vida digna donde la persona se siente plenamente realizada, toda vez que sus objetivos y expectativas se van cumpliendo. Pero, cada sujeto experimenta esta realidad personal de un modo subjetivo, dependiendo de su situación, su época y su cultura.

Según Guerrero et. al. (2006) calidad de vida se ha definido como:

- a. La calidad de las condiciones de vida de una persona.
- b. La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.

- c. La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, las condiciones de vida y la satisfacción con ellas.
- d. La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

De acuerdo con Herrera y Guzmán (2012), el concepto CV posee las siguientes características:

1. Una buena salud física y psíquica, con los elementos necesarios que le permitan al individuo no estar preocupado por su bienestar.
2. Un status socioeconómico y laboral que le permita un excelente nexo con la comunidad circundante.
3. Posibilidad efectiva de acceso a las fuentes de la cultura y a los bienes y servicios de la sociedad a la que pertenece.
4. Reconocimiento por parte de los demás de sus derechos, valores y cualidades que le permitan un buen nivel de autoestima.
5. Un entorno ecológico-ambiental sano y limpio de contaminantes que le facilite una vida feliz, dentro de un desarrollo sostenible.
6. Sentido de pertenencia a una sociedad justa, con solidez y seguridad jurídica, en la que pueda participar y ser reconocido como ciudadano de derechos y libertades.

Calidad de vida incluye el estado de salud física y mental, el estilo y los modos de vida, la satisfacción con la existencia individual y familiar y el grado de bienestar auto valorado de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores donde se desenvuelve, en relación con sus objetivos, aspiraciones, expectativas e intereses. (Rodríguez et. al. 2011).

La Organización Mundial de la Salud define la Calidad de Vida (CV) como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. (Urzua et. al. 2011).

En lo que afecta al cuidado de la salud, el concepto de CV se ha aplicado de forma específica para aquellas preocupaciones vitales que se afectan más por la salud o la enfermedad. De ahí que se utilice un nuevo concepto: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que se define como el “impacto sobre el bienestar físico, emocional y social de una enfermedad médica y su tratamiento” (Herrera y Guzmán, 2012).

Un manejo inadecuado de las emociones de la vida en general, y en el ámbito laboral en particular, supone un riesgo para la salud física y mental de la persona. (En Moreno et. al. 2010).

En el estudio de la inhibición emocional, se propone considerar el efecto de las diferencias individuales, las variables socio-culturales, y las características específicas del tipo de emociones inhibidas (Consedine, Magai, y Bonano, 2002). Lo mismo ocurre con los estados emocionales positivos, que pueden verse influenciados por conductas saludables, redes sociales, y frecuencia de interacciones positivas o de eventos Estresores (Pressman y Cohen, 2005, En Moreno et. al. 2010).

Los instrumentos que miden CVRS se clasifican según distintos ejes, uno de los cuales es la cantidad de aspectos que evalúa. En este caso, se dividen en instrumentos genéricos (que incluyen indicadores sencillos, perfiles de salud y medidas de utilidad) e instrumentos específicos. (García et. al. 2001).

Muchas organizaciones tienen las condiciones adecuadas y la capacidad de actuar en forma conjunta con la administración y las organizaciones políticas y de masas en el desarrollo de las acciones que propicien la creación de ambientes favorecedores a la salud - desarrollo local sostenible; el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas de los trabajadores; la estimulación y participación de la comunidad vinculada al centro de trabajo, la formulación de políticas saludables y la reorientación de los servicios de salud hacia la prevención y promoción. (Guerrero et. al. 2006).

El componente de requerimientos emocionales del puesto y su relación positiva con la eficacia profesional, de forma que conocer y dar sentido a los aspectos emocionales del propio puesto determina en gran medida la eficacia percibida en el mismo. Menos influencia directa en el síndrome parece tener las normas organizacionales, probablemente porque su influencia es más general que específica.

La calidad de vida en el trabajo busca contribuir a proteger la salud del trabajador, el ambiente y el bienestar los empleados, así como que reconozcamos nuestra relación con el entorno físico. (Guerrero et. al. 2006).

De acuerdo con (Guerrero et. al. 2006) el término de calidad:

- Es una filosofía de gestión que mejora la dignidad del empleado, realiza cambios culturales y brinda oportunidades de desarrollo y progreso personal.
- Es una filosofía, un conjunto de creencias que engloban todos los esfuerzos por incrementar la productividad y mejorar la moral (motivación) de las personas, que enfatiza la participación de la gente, la preservación de su dignidad y que busca eliminar los aspectos disfuncionales de la jerarquía organizacional.
- Es una forma diferente de vida en la organización que busca el desarrollo del trabajador, así como una eficiencia empresarial.

Conclusión

Como se vio en la teoría antes mencionada en este capítulo es de suma importancia la salud de los seres humanos, el tener conocimiento de que tanto las conductas y los estilos de vida si no son modificados adecuadamente pueden ocasionar daños muy graves a la salud, a pesar de que los individuos conozcan este fenómeno en ocasiones no se logra el objetivo, se tendría en pocas palabras que modificar la cultura del placer que son todas aquellas acciones de riesgo para la salud. Para fomentar un estilo de vida saludable se tiene que realizar desde la niñez porque es en la adolescencia en donde se van determinando los estilos de vida.

Es notable la influencia social en los hábitos de las personas, y de ellas depende hacer algún cambio en su conductas para mejorar su salud, pero no todo es influencia social, los estados emocionales negativos pueden provocar conductas dañinas hacia su salud.

Es por eso que uno de los objetivos de la disciplina de psicología de la salud es la promoción, mantenimiento de la salud, así como la prevención de la enfermedad.

Cada vez son más las personas que padecen alguna enfermedad ocupacional, pero no tienen conocimiento de ello, por lo tanto la salud ocupacional busca la protección de la salud, prevención de enfermedades y accidentes laborales.

En ocasiones el trabajo puede causar daños a la salud afectando el bienestar de las personas, se busca mejorar las condiciones laborales de la mayoría de los trabajadores, pero aun así en ocasiones no es el espacio físico el que provoca algún daño, sino los mismos compañeros tanto como jefes que son generadores de ciertas enfermedades profesionales.

Es de vital importancia que las personas tengan la suficiente responsabilidad, para querer mejor su salud tanto física y mental, con un estilo de vida y comportamientos saludables y así poder alcanzar una excelente calidad de vida relacionada con la salud.

CAPITULO II

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

En el siguiente capítulo abordaremos el tema de consumo de tabaco y alcohol y sobre las adicciones de estas sustancias, historia y conceptos básicos.

La curiosidad del ser humano lo ha llevado a probar vegetales, animales, minerales y sustancias, así pudo apreciar que algunas de ellas le provocaban efectos y sensaciones placenteras, las cuales lo estimulaban a repetir esa experiencia.

Las adicciones pueden estudiarse como desórdenes o como factores de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud. La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación de las diferentes sustancias.

Muchas personas han querido ver en el uso de drogas la salida a una serie de situaciones de la vida cotidiana, sin prevenir las consecuencias que su consumo acarrea; sin embargo, se sabe que el uso de algunas drogas no es nada nuevo en la historia y, contrariamente a lo que se piensa, no es verdad que el problema del consumo de drogas en los últimos años se ha sumado a los conflictos ya derivados del desarrollo tecnológico y del cambio acelerado en los procesos sociales y culturales. Lo cierto es que tanto su incidencia como su prevalencia se han modificado radicalmente a lo largo del tiempo. (Berruecos, 2010).

2.1 Conceptos básicos

Según Tapia (1994):

La **adicción** se refiere a los patrones de dependencia de una droga, sin diferenciar entre dependencia física y psicológica.

El **potencial adictivo** de una droga es útil y se refiere a la propensión que tiene una droga para producir dependencia en quienes la usa.

El nivel de daño ocasionado por el consumo de diferentes drogas, depende de muchos factores como la vía de administración, el tipo de tolerancia que ocasionan y la magnitud del síndrome de abstinencia asociado con el consumo de cada una de ellas.

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como, patrones de consumo y problemas asociados.

El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación.

La tolerancia está muy relacionada con la dependencia, la exposición repetitiva ocasiona que la droga se metabolice más rápido y que la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008 define a la dependencia como un estado en el cual su administración produce daños al individuo y a la sociedad.

El grado de dependencia puede evaluarse a través de la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen cuando la droga se suspende abruptamente, después de un periodo relativamente prolongado de uso.

El estado emocional del individuo en el momento del consumo, las diferencias en su susceptibilidad, factores como género, peso, talla, edad del consumidor, la frecuencia, las ocasiones, y circunstancias en las que tiene lugar el consumo, así como las expectativas de los individuos que lo rodean cuando ocurre la ingesta, desempeñan una función importante para que los efectos de los drogas sean positivos o negativos.

Las consecuencias sociales ocurren más a menudo en aquellas sociedades, en las que se consume en exceso, hasta llegar a la intoxicación, incluso cuando no se realiza con regularidad.

Estudiar los problemas personales más relacionados con el consumo frecuente, y la susceptibilidad al daño del individuo, así como los problemas sociales más relacionados con intoxicación episódica y con las expectativas culturales, ya que estos podrían ser factores a tomarse en cuenta para la investigación. Existen algunos estudios que han investigado sobre esta situación de consumo y una es la ENA 2011 (Encuesta Nacional de Adicciones) que permite conocer varios factores sobre todo estadísticos sobre el tema de adicciones.

2.1 Consumo de alcohol

Desde el México prehispánico había consumo de sustancias, una de ellas era el pulque que es una bebida fermentada pero solo se utilizaba en ceremonias de tipo religioso, el patrón de bebida era continuar hasta la embriaguez, con el paso del tiempo el entorno social fue cambiando y con esto las situaciones en las que se podía consumir algún tipo de bebida. (Naveillan, 1998).

El uso del alcohol no está sancionado legalmente, más aun la sociedad le atribuye características positivas en su función de integración social. El alcohol es la segunda sustancia psicoactiva más utilizada en el mundo, después de la cafeína y aunque se considera comúnmente como un estimulante, es de hecho un depresor del sistema nervioso central.

La Organización Mundial de la Salud (2008), el consumo de alcohol se encuentra a nivel mundial entre las primeras diez causas de discapacidad; desórdenes como la depresión y la esquizofrenia; siendo siete veces mayor la discapacidad en hombres que en mujeres. (Cicua et. al. 2008).

El abuso de bebidas alcohólicas tienen serias consecuencias en la vida y salud personal, social y laboral de las personas.

Hay diversos tipos de alcoholes que presentan características y toxicidad diferentes. El alcohol permitido que contienen las bebidas alcohólicas para consumo humano es el alcohol etílico o etanol. (Naveillan, 1998).

Este habito es un tipo de drogodependencia, la dependencia física se manifiesta cuando se interrumpe la ingesta de alcohol, y se presentan síntomas asociados con la tolerancia cada vez mayor a esta sustancia y enfermedades relacionada al consumo, el efecto directo del alcohol en el sistema nervioso provoca una disminución de la actividad y ansiedad, depresión, tensión e inhibición social, y las capacidades cognitivas se deterioran (la concentración y el juicio). (Oblitas, 2006).

El alcoholismo y el consumo de bebidas alcohólicas (uso responsable e irresponsable o abuso), tiene graves consecuencias no sólo para el individuo, sino también para su familia y la sociedad en general; se considera uno de esos problemas multifacéticos que atañen a toda la comunidad y que deben tenerse en cuenta tanto en su relación con la salud individual como dentro del campo de los especialistas en las ciencias de la salud mental y de las ciencias sociales. Si en los países desarrollados el alcoholismo constituye, sin duda alguna, uno de los graves problemas sociales, es todavía mayor en los países en desarrollo como el nuestro, donde el desempleo, la carestía de la vida y la desnutrición, además de otros problemas, se conjugan, dando por resultado efectos desastrosos.

El identificar las diferentes circunstancias o situaciones personales, familiares, sociales, políticas y legales, que facilitan y favorecen el consumo de alcohol en las personas permitirá trabajar hacia la solución de la problemática que existe alrededor de este fenómeno social. (Cicua, 2008).

No existe una causa determinada del alcoholismo, pero ciertos factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo. Es más probable el desencadenamiento de esta enfermedad en las personas con algún familiar alcohólico que en otras que no la tienen. (Oblitas, 2006).

Entre los factores causales de tipo psicológico más relevantes se pueden mencionar la necesidad de reducir ansiedad, conflictos en las relaciones personales, baja estima personal, etc. En lo que se refiere a factores sociales, se destacan la disponibilidad de consumo de alcohol, la aceptación social, estilos de vida estresantes y otros similares. (Oblitas, 2006).

Muchas personas consumen alcohol (etanol); esto forma parte de varias culturas y de bastantes acontecimientos de la vida, tiene un uso social generalizado, aunque solo un reducido número de personas se convierten en dependientes del mismo hasta el extremo de que el alcohol perjudique la salud o produzca consecuencias sociales indeseadas. (Morrison y Bennett, 2008).

El alcohol "favorece" la interacción social cuando los individuos, al ingerirlo, se desinhiben y pueden relacionarse de una "mejor" manera; por eso se dice que el alcohol es un perfecto lubricante social y se utiliza en todo tipo de eventos, ceremonias, tratos comerciales e incluso en el duelo para aliviar el dolor que produce la ausencia física de un ser querido.

En pocas palabras, media las prácticas sociales, pero a veces algunas sustancias pueden facilitar el instinto gregario o favorecer la cohesión del grupo como tal o, incluso, servir como válvula de escape para las tensiones sociales generadas. (Berruecos, 2010).

La ingesta de alcohol es un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea y delimitado por la edad y el sexo, el uso del alcohol es promovido y considerado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la socialización del hombre. Algunos problemas se derivan directamente del consumo; y otros están determinados por el hecho de violar una regla especificada.

El consumo de alcohol es parte de un proceso global que implica actividades relacionadas con su producción y distribución: la vida social alrededor del consumo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para

beber y para no hacerlo, el consumo moderado o problemático y la dependencia, las consecuencias sociales derivadas del abuso, la morbi-mortalidad por alcohol.

Se ha dicho, por ejemplo, que el alcohol permite reducir la tensión y la ansiedad pero, paradójicamente, la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas puede producir nuevas ansiedades, dado que la intoxicación libera impulsos sexuales y agresivos. Las sociedades desarrollan, dentro de su marco cultural, convenciones y patrones sociales alrededor de la bebida para protegerse de la ansiedad provocada por la ingestión. Beber es una respuesta a las tensiones individuales, pero la amenaza del castigo social restringe la ingestión excesiva.

En dosis bajas el alcohol produce una sensación de agrado y alegría a la vez que tiene un efecto tranquilizante. Cuando la cantidad es algo mayor, se produce la ebriedad, que puede ser subclínica o inaparente y clínica o embriaguez. (Navellian, 1998).

La ebriedad subclínica o aparente ya mencionada se caracteriza por la desinhibición de las funciones síquicas o superiores y de la conducta; por alteraciones sensoriales discretas (de la vista y del oído), por disminución de la capacidad de concentración, por alteración de la asociación de ideas, y por hacer más lenta la función sicomotora, esto es del pensamiento y de los movimientos. Estas alteraciones se pueden presentar en forma más o menos aislada o darse conjuntamente. (Naveillan, 1998).

La ebriedad clínica o embriaguez se caracterizan por que se agravan las alteraciones señaladas tiene una gran inhibición a nivel del sistema nervioso central; el pensamiento se vuelve lento y superficial, los movimientos son torpes, la efectividad se atrofia al igual que la sensibilidad, se altera la memoria, los estados más profundos de ella corresponden al estupor y al coma alcohólico. (Naveillan, 1998).

Según Naveillan (1998), en México la investigación del abuso de bebidas alcohólicas ha seguido un modelo de salud pública:

- Agente, donde la meta es el control de la disponibilidad que se asocia con el incremento y la probabilidad de consumo en ocasiones y circunstancias de riesgo.
- Individuo, consumidor, su meta es la moderación en el consumo e identificar a las personas que empiezan a presentar problemas con el alcohol.
- Ambiente, es el lugar donde se consume.

Cuando se identifican los factores que promueven el abuso y aquellos que apoyan la moderación, se le podrá incluir en los programas del sector.

Definir la cantidad de alcohol que un individuo sano puede consumir sin presentar riesgos sociales, legales o médicos, es una tarea difícil. No se requiere de dependencia para experimentar daño.

Los indicadores de dependencia incluyen compulsión de uso, incapacidad de control, abstinencia, uso para aliviar la abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol, persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas y reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia.

Algo que se debe considerar es que hay diferencias entre hombres y mujeres cuando ya que se intoxica antes que el hombre con dosis semejantes, esto se debe a la actividad de enzimas contenidas en el tejido del estomago que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo, esta enzima es 4 veces más activa en el hombre que en la mujer, así como que la mujer tiene más grasa y el alcohol es mas soluble en agua que en grasa, también se tiene que tomar en cuenta la edad, peso y talla.

El consumo diario sigue siendo muy poco frecuente en el país, solamente 0.8% de la población reportó beber alcohol con esta frecuencia; esta baja prevalencia se ha mantenido a partir de las primeras encuestas realizadas en nuestro país. El consumo de altas cantidades por ocasión de consumo, es en cambio el patrón más reportado con una tercera parte de la población y se mantuvo sin cambios de 2008 a 2011. (ENA, 2011)

Poco más de la mitad (53.6%) de los adultos entre 18 y 34 años reportan haber tenido al menos un episodio de alto consumo. En los hombres hay un aumento en la proporción que reportó este patrón de consumo (45% en 2008 y 47.2% en 2011), en las mujeres adultas es un fenómeno estable y menos frecuente (20%). También lo reportaron 17% de los hombres y 11% de las mujeres adolescentes, con una diferencia menor entre hombres y mujeres (una mujer por cada 1.5 hombres) que la que se observa en la población adulta (2.68 hombres por cada mujer). (ENA, 2011).

La dependencia y los problemas asociados afectan a una parte importante de la población mexicana, siendo el alcohol la droga que genera una mayor problemática en nuestro país. Adicionalmente, los datos muestran que hay variaciones regionales importantes que deben tomarse en cuenta en la planeación de acciones y de políticas públicas en la materia. (ENA, 2011)

Cerca de 830 mil personas de los y las consumidores de alcohol, han ido a tratamiento, esto es, casi cien mil personas más que las reportadas en el año 2008; al considerar sólo a quienes cumplen el criterio de posible dependencia al alcohol, el incremento ha sido de casi cuarenta mil personas. (ENA, 2011).

En general los datos indican que quienes asisten a tratamiento, lo hacen principalmente con especialistas o en grupos de autoayuda o ayuda mutua. Especialmente, se observa que el tratamiento completo con algún profesional de la salud o en un grupo de autoayuda o ayuda mutua, se ha incrementado significativamente en los últimos 3 años, mientras que el tratamiento incompleto o parcial ha disminuido. (ENA, 2011).

Solo el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas, aqueja al 10.8% de los hombres entre 12 y 17 años y al 1.8% de las mujeres. Afecta a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos, este índice aumentó significativamente entre los hombres de 2008 a 2011, nuevamente con menos distancia entre hombres y mujeres adolescentes (3 hombres por cada mujer) que lo que se observa en la población adulta (7 hombres por cada mujer). La proporción de mujeres adultas con

dependencia (1.7%) es similar a la observada en mujeres adolescentes (2%), indicando un fenómeno más reciente; entre los hombres hay dos adultos con la condición por cada adolescente. (ENA, 2011)

Por otro lado el consumo de alcohol, acompañado de otras sustancias, es un fenómeno que se encuentra profundamente enraizado en muchas sociedades, y se ha convertido en una preocupación social que amerita ser investigada.

El abuso crónico de alcohol constituyen un factor de riesgo, importante para enfermedades con elevada tasa de mortalidad, contribuyendo de manera importante a la mortalidad prematura y afectando también la calidad de vida de las personas que enferman, el abuso de alcohol se asocia con cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado.

Los problemas sociales que se derivan del alcoholismo pueden incluir la pérdida del puesto de trabajo, dificultades financieras, conflictos conyugales y divorcios, además de condenas por crímenes, como: conducción bajo la influencia del alcohol, desórdenes públicos o maltratos, marginación y falta de respeto a las personas que consideran este hábito tóxico como un mal que el afectado se inflige a sí mismo y pudiera evitar fácilmente. (Revilla et al. 2012).

2.2 Consumo de tabaco

Lo mismo pasa con el tabaco desde la era prehispánica los dioses y sacerdotes de esa época fumaban. Dentro de las más de 70 especies de tabaco oriundas y existentes en América, se reconocen dos variedades principales la *Nicotina rustica* y la *Nicotina tabacum*. Los patrones de consumo variaron, ya que inicialmente era bebido, después masticado, mas tarde se aspiraba el humo y finalmente fue fumado, en el siglo XVI en México el tabaco se fumaba en pipa y cigarro.

El tabaquismo es un síndrome de daño multisistémico, lentamente progresivo, asociado con la adicción a la nicotina. Cursa una adicción severa que a su vez condiciona

dependencia psicológica y física. Sus características son las del un adicto a la nicotina y eventualmente puede desarrollarse síntomas del síndrome de abstinencia al abandonar su consumo. (Sansores, 2002).

La nicotina es una droga de acción relativamente breve, y los niveles de la misma en la corriente sanguínea disminuyen a muy corto plazo. No es accidental que casi todos los fumadores consuman unos 20 cigarrillos en las 16 horas de vigilia durante el día.

La aparición de las primeras comunicaciones que mostraban claramente la asociación entre tabaco y cáncer, los esfuerzos de la comunidad científica internacional se volcaron a la investigación de esta sustancia. Fumar cigarrillos había sido visto históricamente más como un hábito que como dependencia, y no fue hasta 1974 que un comité de expertos de la OMS declaró el tabaco como una droga productora de dependencia. (Seijas et. al. 1999).

Las personas comienzan a fumar por una o más de las siguientes causas; curiosidad, adaptarse a las normas de un grupo al cual desean pertenecer; expresar rebeldía, imitar la conducta de personas que parecen tener una mayor posición social, jóvenes que intentan poseer la apariencia de personas más maduras.

Los sujetos con alta ansiedad tienen una mayor predisposición para seguir fumando así como los fumadores que presentan un auto concepto menor que sus iguales y que se dejan influir fácilmente por el grupo de amigos consumidores de tabaco. (Samaniego et. al. 2005).

Existe mayor dificultad de los sujetos con rasgos de personalidad que manifiestan angustia y ansiedad (Pomerleau, Marks, 2000), personalidades inseguras, que necesitan el apoyo de la nicotina para mantener una relación o con el objetivo de calmar la sintomatología. (En Perea, 2009 p. 39).

El tránsito entre fumador estable y uno adicto solo es cuestión de tiempo, el fumador regular empieza por hacer un hábito el fumar en determinadas circunstancias, aunque en realidad no necesite nicotina en su organismo.

La nicotina origina cambios en el sistema nervioso, en el sistema endocrino, en vasos sanguíneos y en el aparato gastrointestinal. Los fumadores a menudo señalan que junto con la sensación de relajación, aumenta la sensación de energía y la capacidad para concentrarse mentalmente.

El organismo hace resistencia a los efectos de la nicotina, el individuo empieza a necesitar dosis crecientes para obtener nuevas sensaciones, entonces es cuando se convierte en adicto y desarrolla a lo que se conoce como dependencia física o psicológica a la nicotina.

- Dependencia física, se puede medir por la severidad de los síntomas de abstinencia que presenta el individuo cuando ya no recibe nicotina resolviéndose con parche de nicotina o chicles.
- Dependencia psicológica, lo que mantiene al adicto que quiere dejar de fumar estando con niveles séricos de nicotina altos por usar chicles o parches.

El efecto del tabaco puede depender en cierta forma de la persona que lo consume, algunos fumadores piensan que es un estimulante y les ayuda a disipar el aburrimiento, otros piensan que el tabaco les permite no tomar en consideración diversos estímulos ambientales que pueden distraerlos y aplaca los sentimientos de angustia, tensión e irritabilidad.

El adicto a la nicotina, como el adicto a cualquier otra droga, niega la posibilidad de ser rehén de una adicción, se siente feliz fumando y considera remota la posibilidad de que el cigarro le haga daño y por consecuente la posibilidad de dejar de fumar.

Constituye un factor de riesgo que se relaciona estrechamente con distintos tipos de enfermedades, en el sistema nervioso central existen receptores específicos para la nicotina, que es el agente farmacológico que causa adicción. (Oblitas, 2006).

El tabaquismo es un problema de salud pública, la adicción a la nicotina es una de las formas de farmacodependencia más difíciles de abandonar: el fumador no desea dejar de fumar, se requiere de programas educativos y de promoción a la salud para convencerlos de que el tabaco puede causar severos daños a la salud.

Un hábito se puede entender como una conexión aprendida o condicionada, entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador. Fumar es un hábito muy difícil de eliminar, debido a que el número de estímulos al que puede estar asociado es potencialmente infinito y las gratificaciones que se tienen son muchas también.

En el caso del tabaco, la OMS (2008), recomienda dividir a los fumadores experimentales de los fumadores, utilizando el indicador de haber fumado en total al menos de 100 cigarrillos en su vida.

Propone las siguientes categorías:

No fumadores, personas que nunca han fumado.

Ex fumadores:

- Ocasionales, personas que fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos, pero que nunca fueron diario.
- Diarios, quienes fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos en su vida y fumaron diario.

Fumadores ocasionales:

- Fumadores en reducción, aquellos que llegaron a fumar diario pero que no lo hacen ya.
- Experimentadores, personas que han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuman ocasionalmente.

- Fumadores continuos, quienes nunca han fumado diario, que han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuman ocasionalmente.

Fumador diario, personas que fuman todos los días.

Las estrategias de prevención y control del consumo de tabaco realizadas, no están completas si no incluyen un componente social: disminuir la permisibilidad de la sociedad mexicana hacia el tabaquismo; se necesita sensibilizar a la población general, y específicamente a los no fumadores expuestos al humo del tabaco, con un enfoque de prevención, a la vez que fomenta una participación activa en las medidas específicas para evitar los daños a la salud causados por el humo del tabaco.

No solo el tabaquismo es dañino, alrededor de este hábito, también destacan comportamientos dañinos, sustancias químicas, patologías, alteraciones ocupacionales y el consumo de diversos productos.

El proceso de dejar de fumar:

- **Pre contemplación**, la actitud del fumador es consonante con su comportamiento. Se ve a sí mismo como fumador y no tiene dudas respecto a su hábito. Fuma con regularidad y tiene probablemente un grado determinado de dependencia física.
- **Planteamiento**, hay un cambio en la actitud del fumador respecto a su hábito y comienza a pensar que debería dejarlo; se produce una disonancia entre comportamiento (sigue fumando) y la actitud (desearía hacer un intento para dejar de hacerlo).
- **Acción**, se produce un cambio de comportamiento y el individuo hace un intento por dejar de fumar, y las recaídas son una parte del proceso normal de dejar de fumar y no deberían considerarse como fracasos.
- **Mantenimiento**, finalmente se consigue el éxito en uno de los intentos y el ex fumador, al mantenerse en abstinencia, poco a poco se ve a sí mismo como una persona no fumadora. El riesgo de la recaída va disminuyendo paulatinamente.

Entre las variables más importantes identificadas que pueden tener influencia en el proceso de recaída se pueden señalar: síndrome de abstinencia de la nicotina, factores sociales, dificultad para afrontar el estrés, aumento de peso.

El Síndrome de abstinencia es un factor determinante del proceso de recaída, especialmente si se entiende éste en un sentido amplio, que incluye no sólo las reacciones biológicas sino también las comportamentales, consecuencia de eliminar una potente herramienta de adaptación psicosocial como es el consumo de tabaco. Otros estudios señalan la importancia primordial de los estados emocionales negativos (Becoña y Míguez, 1995; Brandon, 1990), o la habilidad para enfrentarse al estrés mientras se permanece abstinentemente (Shadel, 1993, en Samaniego et. al. 2005).

Aunque la evidencia de que fumar reduce el estrés es contradictoria, los fumadores en general perciben que el uso del tabaco les ayuda a controlarlo, con lo cual es importante que durante el proceso de abandono aprendan formas alternativas de control emocional. (En Samaniego et. al. 2005).

Consumo promedio de cigarros de los fumadores diarios

El consumo promedio de cigarros entre los fumadores adultos diarios se estimó en 6.6 cigarros. Los hombres reportan consumir en promedio 6.9 cigarros, mientras que las mujeres reportan 5.7 cigarros al día.

Conforme aumenta la edad del fumador aumenta el consumo promedio de cigarros. En el grupo de 18 a 24 años, la media se estimó en 5.3 cigarros; en el grupo de 25 a 44 años en 6.1 y en el grupo de 45 a 65 años fuman en promedio 7.9 cigarros al día. (ENA 2011)

Adicción a la nicotina

El 74.8% de los adultos fumadores activos “*le dan el golpe al cigarro*”, siendo más frecuente entre los hombres (77.5%) que entre las mujeres (68.5%). El 11.8% de los adultos fumadores activos fumaron su primer cigarro en los primeros 30 minutos después de levantarse, siendo ligeramente más frecuente en los hombres (12.9%) que en las mujeres (8.9%). En el grupo de 18 a 24 años, sólo el 5% fuma el primer cigarro en la primera media hora después de despertar; comparado con el 8.7% de los individuos de 25 a 44 años y con el 17.9% de aquéllos que tienen entre 45 y 65 años. (ENA, 2011)

Para las mujeres el sitio principal de exposición es el hogar (18.4%), mientras que para los hombres es el trabajo (24.2%). La región Occidental (39.2%), Centro (35.6%) y el Distrito Federal (33.2%) tienen las prevalencias de exposición más altas, particularmente en el hogar y el trabajo. El consumo de tabaco en el paso obligado de los no fumadores; así como, en áreas interiores de bares, restaurantes y cantinas, fue reportado por más del 40% de los adultos, siendo más frecuente en las regiones del Norte y Centro del país.

Advertencias sanitarias

Respecto a los indicadores de atención como notar o leer las advertencias en las cajetillas de cigarros, en promedio 6 de cada 10 adultos fumadores entrevistados reportaron haberlas notado con mucha frecuencia y 5 de cada 10 haberlas leído con mucha frecuencia, con porcentajes ligeramente mayores reportados por las mujeres.

Considerando el nivel de ingreso, se observa que los adultos de mayor ingreso reportan notar y leer con mayor frecuencia en comparación con los de menor ingreso. En cuanto al efecto cognitivo de los pictogramas, las mujeres adultas fumadoras parecen ser más receptoras.

Una cuarta parte de los fumadores reportó que las advertencias en las cajetillas habían evitado que fumaran cuando estaban por prender un cigarro, sin que se observaran

diferencias importantes por sexo. Esta observación fue mayor entre personas de ingreso bajo (30.9 %) que alto (26.7%).

La marca más popular entre los fumadores activos adultos fue Marlboro (49.5%), seguida de Marlboro Blanco, Camel, Benson, Hedges, Montana y Delicados (11.2%, 8.3%, 7.7%, 6.1% y 4.4%, respectivamente). Otras marcas compradas por los fumadores activos adultos fueron Pall Mall (2.2%, IC: 1.6%- 3.0%), Boots (1.4%, IC: 1.0% - 2.1%) y Raleigh (1.2%, IC: 0.9% - 1.7%). (ENA 2011).

Para conseguir el abandono de la adicción al tabaco, es fundamental conocer cuáles son las variables que incitan a dejar y a mantenerse abstinentes. (Samaniego et. al. 2005).

Según Hill, et al. (1994), concluyen que los mejores predictores del éxito son los factores motivacionales y psicosociales (apoyo social, autoeficacia, habilidades de afrontamiento) y las actividades realizadas para dejarlo, mientras que las variables sociodemográficas, la dependencia nicotínica y las variables relacionadas con la historia de fumar (edad de inicio, número de intentos previos) no son predictores importantes.

Por otra parte, según Froján (1995) y Froján y Santacreu (1992) es fundamental que el fumador se encuentre insatisfecho con su propio comportamiento de consumo para que inicie alguna acción encaminada a dejarlo. (En Samaniego et. al. 2005 p.12).

En el control del tabaquismo se reconoce que la mejor estrategia es lograr que los individuos nunca se inicien en una conducta fumadora o que si la inician dejen de fumar lo más precozmente y se conviertan en ex fumadores. Este estatus se puede lograr por la propia voluntad del individuo fumador, o bien por su voluntad más la ayuda de estrategias combinadas, como la aversión, terapia con láser, acupuntura, hipnosis, tratamiento de sustitución de la nicotina (chicles, parches), bupropión, etc. (Behn, 2001).

Dejar de fumar espontáneamente por propia voluntad es una decisión que se puede relacionar con la teoría de las motivaciones, planteada como un proceso conductual del

individuo, para aproximarse o evitar que un objeto le brinde sensación de satisfacción. Así, se observa que la conducta es guiada por la motivación, tiene un carácter intencional, selectivo y orientado a un objetivo. (Behn, 2001).

Se han identificado asociaciones respecto al tabaquismo con diversas enfermedades como lo es el cáncer de pulmón, laríngeo, esofágico, pancreático, oral etc., enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y efectos adversos en la reproducción.

La investigación de estas adicciones, puede beneficiar para ubicar los factores de riesgo tanto como ambientales, interpersonales, familiares laborales, etc. Desarrollar modelos de predicción y conocer diversas relaciones con el consumo de alcohol y tabaco.

Enfermedades y/o trastornos derivadas del tabaquismo:

- cáncer bucal, el consumo de tabaco, principalmente masticado, o por su combustión en puro o pipa, es uno de los factores de riesgo para su aparición.
- úlceras pépticas.
- disnea, presentan complicaciones cardiovasculares como la hipertensión arterial pulmonar que conduce a la muerte.
- disminución del olfato.

Existen diversos institutos y organizaciones públicas y privadas con la función de combatir el alcoholismo y otras adicciones a la cuales se puede acudir para recibir ayuda.

Conclusión

Con la teoría que se revisó en este capítulo podemos decir que las adicciones tienen efectos perjudiciales en la salud así como sociales, laborales, etc. Se debe concientizar el uso que les dan en este caso al alcohol y tabaco.

Existen tantas creencias acerca del alcohol y tabaco como por ejemplo se piensa que les facilitan a las personas el socializar y/o desinhibirse en algún círculo social, por eso el alcohol es aceptado en cualquier tipo de reunión. En el caso del tabaco que fuman para reducir ansiedad, por estrés y/o cuando tienen algún problema.

A pesar de esto hay varios factores que inducen a las personas a consumir alcohol y tabaco, estos factores pueden ser sociales, laborales, etc. En ocasiones las personas se sienten muy presionadas por estos factores que tratan de aliviar su presión, estrés, ansiedad etc. Por medio del alcohol y tabaco. Por eso se deben de implementar programas de prevención y tratamiento para el consumo de estas sustancias.

CAPITULO III

FACTORES PSICOSOCIALES

En este capítulo se verán definiciones de factores psicosociales, riesgos psicosociales, así como la diferenciación de estilos y estrategias de afrontamiento que son muy importantes para las personas ya que básicamente es la forma de cómo reaccionamos ante un problema o determinada situación, y gran parte de esta respuesta ante algún problema es condicionada por la personalidad de los individuos. También hablaremos de cómo el clima organizacional forma una parte muy importante para que los factores psicosociales sean favorables o no para los trabajadores.

3.1 ¿Qué son los factores psicosociales?

Los factores organizacionales y psicosociales de las empresas son disfuncionales, es decir provocan respuestas de inadaptación, de tensión, y/o respuestas psicofisiológicas de estrés que pasan a ser factores psicosociales de riesgo o de estrés. Los factores de riesgo psicosociales en el trabajo, son considerados en gran medida desde un punto de vista negativo. Pero también deben ser considerados como algo que puede influir de manera favorable o positiva sobre la salud. (En Becerra y Guerrero 2012).

El trabajo siempre ha ocupado un papel fundamental en la vida personal y en la estructura social ya que constituye la principal fuente de ingresos económicos para la mayor parte de las personas, al mismo tiempo que permite satisfacer necesidades psicosociales como la autodeterminación, el prestigio, los contactos sociales y el desarrollo personal (Franco S et. al., 2005 en Córdoba, 2008).

Es una actividad social, vigente en nuestra sociedad y cultura; y por tanto un referente para las personas que viven en ella ante el cual estas adoptan un cierto posicionamiento (Peiro SJM, 1993). Como toda actividad social puede ser fuente de bienestar, pero al mismo tiempo puede ser generador de efectos psicológicos negativos (Gil-Monte PR, Peiro SJM, 1997), no hay nada inherente al trabajo que lo pueda catalogar de una u otra manera,

son los factores psicosociales que lo rodean los que le dan el carácter de bienestar o malestar (Córdoba, 2008).

Los trabajadores están expuestos a una diversidad de riesgos de tipo psicosocial, los cuales provocan una serie de repercusiones en la salud y el bienestar de los trabajadores.

Los factores psicosociales pueden ser favorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del individuo. Los que son favorables contribuyen positivamente al desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables tienen consecuencias perjudiciales para la salud y para su bienestar.

El concepto de factores psicosociales se extiende también al entorno existente fuera de la organización (por ejemplo, exigencias domésticas) y a aspectos del individuo (por ejemplo, personalidad y actitudes).

Las expresiones *organización del trabajo* y *factores organizativos* se utilizan muchas veces de manera intercambiable con *factores psicosociales* para hacer referencia a las condiciones de trabajo, estos al tener su origen en varios aspectos de la organización del trabajo, de las tareas y a la percepción subjetiva del sujeto, pueden variar en su conceptualización de un método a otro.

Una posible clasificación de los factores psicosociales podría estar basada en el modelo Demandas-Control de Karasek, donde tendríamos unas demandas laborales procedentes tanto de la organización, como del puesto, y para controlar la situación dispondríamos de unos recursos, que pueden ser organizacionales, sociales y personales. Existen factores, como la autonomía, que puede ser tanto un recurso como una demanda, en función de otras características organizacionales y personales, de modo que para identificar los factores psicosociales, y el papel que juegan en la salud del trabajador no sólo debemos evaluarlo sino también saber interpretarlos.

Algunos grupos de factores psicosociales pueden ser:

- Exigencias psicológicas: exigencias cognitivas, emocionales, sensoriales, cuantitativas, etc.
- Trabajo activo y posibilidades de desarrollo: influencia, sentido de la tarea, integración en la empresa, etc.
- Relaciones sociales y liderazgo: refuerzo, apoyo social, calidad de liderazgo, conflicto de rol, etc.

En los últimos años se reporta un incremento de enfermedades y accidentes laborales, debido a la presencia de factores psicosociales negativos en el lugar de trabajo, las cifras de fallecimientos y enfermedades laborales muestran que más de dos millones de trabajadores fallecen en sus áreas laborales.

En nuestro país, México, la Ley Federal del Trabajo (LFT) define *los accidentes y enfermedades laborales* como los riesgos a los que está expuesto el trabajador, siempre y cuando estos tengan relación con su trabajo (art. 473); al mismo tiempo define por *enfermedad*: “toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste” (art. 474). (En Beltran, 2011).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) los definiría como: “todas las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por un lado; por el otro las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo que a través de percepciones y experiencias, influyen en su salud y en su rendimiento” (En Beltran, 2011).

Factores psicosociales, comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de las tareas (por ejemplo, su variedad, significado, alcance, carácter repetitivo, etc.).

Los factores psicosociales son condiciones presentes en situaciones laborales relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea, e incluso con el entorno; que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras. Los términos “organización del trabajo” y “factores organizativos” son intercambiables en el contexto laboral con “factores psicosociales” para señalar las condiciones de trabajo que conducen al estrés, estos pueden favorecer o perjudicar la actividad laboral y la calidad de vida laboral de las personas. En el primer caso fomentan el desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables perjudican su salud y su bienestar. (Gil, 2012).

El perfil de las enfermedades y accidentes laborales ha cambiado en las últimas décadas hacia una situación en la que los riesgos de origen psicosocial, y sus consecuencias han cobrado protagonismo por el incremento de la frecuencia con que aparecen implicados en el origen de las bajas laborales ocasionadas por problemas de salud con origen en el trabajo, o los accidentes laborales.

3.2 Riesgos psicosociales

Los riesgos psicosociales con origen en la actividad laboral pueden estar ocasionados por un deterioro o disfunción en:

- a) Las características de la tarea: cantidad de trabajo, desarrollo de aptitudes, carencia de complejidad, monotonía o repetitividad, automatización, ritmo de trabajo, precisión, responsabilidad, falta de autonomía, prestigio social de la tarea en la empresa, etc.
- b) Las características de la organización: variables estructurales (tamaño y diferenciación de unidades, centralización, formalización), definición de competencias, estructura jerárquica, canales de comunicación e información, relaciones interpersonales, procesos de socialización y desarrollo de la carrera, estilo de liderazgo, tamaño, etc.
- c) Las características del empleo: diseño del lugar de trabajo, salario, estabilidad en el empleo y condiciones físicas del trabajo.

d) La organización del tiempo de trabajo: duración y tipo de jornada, pausas de trabajo, trabajo en festivos, trabajo a turnos y nocturno, etc.

La percepción de riesgo no se concreta siempre en percepción de riesgo físico, también puede ser riesgo psicológico (por ejemplo: despido, pérdida de estatus, pérdida de prestigio, etc.).

La exposición a este tipo de riesgos no deteriora necesariamente la salud del trabajador, aunque como su nombre indica son una fuente de riesgo, pues si el individuo utiliza unas estrategias de afrontamiento funcionales podrá manejar la situación laboral para eliminar el riesgo, o podrá modificar su comportamiento, sus cogniciones o sus emociones para adaptarse a la situación y convivir con ella. Se ha demostrado que los riesgos psicosociales en el trabajo suelen tener carácter crónico, la exposición a situaciones de riesgo psicosocial supone una tensión psicológica continua para todos los individuos.

Los factores psicosociales estresantes que se encuentran en el medio ambiente de trabajo son numerosos y de diferente naturaleza, comprenden aspectos físicos y ciertos aspectos de organización y sistemas de trabajo, así como la calidad de las relaciones humanas en la empresa. Todos estos factores interactúan y repercuten sobre el clima psicosocial de la empresa y sobre la salud física y mental de los trabajadores.

Estos riesgos han sido agrupados en cinco áreas:

a) Nuevas formas de contratación laboral, caracterizadas por la aparición de contratos de trabajo más precarios junto con la tendencia a la producción ajustada, y la subcontratación e inseguridad en el puesto de trabajo. Los trabajadores con contratos precarios suelen realizar tareas más peligrosas, en peores condiciones, y recibir menos capacitación. La falta de estabilidad laboral y contractual puede aumentar los niveles de estrés y de ansiedad del trabajador.

b) Envejecimiento de la población laboral activa y retraso en la edad de jubilación, que la hace más vulnerable a la carga mental y emocional.

c) Intensificación del trabajo, caracterizado por la necesidad de manejar cantidades de información, y carga de trabajo cada vez mayores y bajo una mayor presión en el ámbito laboral. Este riesgo está presente sobre todo en los campos muy competitivos en los que los trabajadores pueden temer que su eficiencia y su rendimiento se evalúen con mayor detenimiento y por ello tienden a trabajar más horas para finalizar sus tareas. En ocasiones, puede que no reciban una compensación adecuada por ese aumento de la carga laboral, o que no reciban el apoyo social necesario para poder asumir dicha carga. El estrés laboral provocado por el aumento de la carga laboral, junto con las mayores exigencias sobre un menor número de trabajadores, repercutirían de forma negativa en la salud y la seguridad de los trabajadores.

d) Fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia en especial en los sectores de la asistencia sanitaria.

e) Desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal, debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y la vida privada de las personas. Los empleos precarios, con excesiva carga de trabajo, sumado a horarios laborales variables o impredecibles, sin que se le permita al trabajador ajustarlos a sus necesidades personales; pueden provocar conflictos en la vida profesional y privada del trabajador, con efectos perjudiciales para su salud.

3.2 Condiciones psicosociales en la vida laboral actual

Según una importante resolución de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1975), el trabajo no sólo debe respetar la vida y la salud de los trabajadores y dejarles tiempo libre para el descanso y el ocio, sino que también ha de permitirles servir a la sociedad y conseguir su autorrealización mediante el desarrollo de sus capacidades personales. Estos principios se expresaron ya en 1963, en un informe del Tavistock Institute de Londres (documento núm. T813) que establecía las siguientes directrices generales para el diseño de los puestos de trabajo:

1. El puesto de trabajo debe ser razonablemente exigente en aspectos distintos de la pura soportabilidad y mínimamente variado.

2. El trabajador debe poder aprender en el puesto de trabajo y tener en él un aprendizaje continuo.
3. El puesto de trabajo debe comprender algún ámbito de toma de decisiones que el individuo pueda considerar personalmente suyo.
4. Debe existir cierto grado de apoyo social y reconocimiento en el lugar de trabajo.
5. El trabajador debe poder establecer una relación entre lo que hace o produce y la vida social.
6. El trabajador debe sentir que el puesto de trabajo conduce a algún tipo de futuro deseable.

Entre los componentes del ambiente interno se hallan la organización propiamente dicha, con su estructura organizativa, historial de éxitos, comunicaciones, el cumplimiento de metas, etc.; el personal, que comprende sus relaciones laborales, instrucción, adiestramiento, programas de capacitación, satisfacción laboral, exámenes médicos preventivos realizados, ausentismo, aptitud para y actitudes ante el trabajador, y la producción, que implica condiciones adecuadas y seguras para el proceso de productivo, el empleo de la tecnología, la adquisición de materias primas, etcétera. Esto nos conduce a su seguimiento regular con vista a identificar potencialidades, fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para la empresa que influyen sustancialmente en el logro de sus objetivos y en la creación de un ambiente capaz de influir en su rendimiento. (Salazar et. al. 2009)

Principales Estresores psicosociales en el trabajo

- *Sobrecarga cuantitativa.* Demasiado que hacer, presión de tiempo y flujo de trabajo repetitivo, son en buena medida las características típicas de la tecnología de producción en serie y del trabajo de oficina basado en la rutina.
- *Insuficiente carga cualitativa.* Contenido demasiado limitado y monocorde, falta de variación en el estímulo, falta de demandas a la creatividad o a la solución de problemas, y escasas oportunidades de interacción social. Parece que estos trabajos se van haciendo más frecuentes con una automatización que no se ha diseñado de

manera óptima y con un mayor empleo de los ordenadores tanto en las oficinas como en los procesos de fabricación, aunque es posible que haya casos de lo contrario.

- *Conflictos de roles*. Todo el mundo tiene asignados varios roles a la vez.
- *Falta de control sobre la situación personal*. Es otra persona la que decide qué es lo que hay que hacer, cuándo y cómo; es lo que sucede, por ejemplo en relación con el ritmo y los métodos de trabajo, cuando el trabajador carece de influencia, de control, de voz. O cuando hay incertidumbre o no existe una estructura evidente en la situación laboral.
- *Falta de apoyo social* en casa y por parte del jefe o de los compañeros de trabajo.
- *Estresores físicos*, estos factores pueden influir en el trabajador tanto física como químicamente.

Es posible también que efectos psicosociales secundarios tengan su origen en la molestia que producen olores, luces deslumbrantes, ruidos, temperaturas o grados de humedad extremos, etc. Esos efectos pueden derivarse asimismo de que el trabajador es consciente de que está expuesto a peligros químicos que ponen en riesgo su vida o a riesgos de accidente, o los sospecha o los teme.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. (Echemendía, 2011).

Es importante tener clara la naturaleza de los riesgos, el contexto donde se producen y las partes implicadas, pues los relacionados con el ambiente físico, químico y biológico se evalúan y analizan de una manera, los psicosociales de otra; incluso los económicos y financieros tienen sus modos específicos de medirse. (Echemendía, 2011).

3.4 CLIMA ORGANIZACIONAL

Según Salazar (2009), definir el concepto de clima organizacional implica tratar un grupo de componentes y determinantes que en su conjunto ofrecen una visión global de la organización como noción multidimensional comprende el medio interno de la organización, los componentes y determinantes que se consideran con frecuencia son:

- *Ambiente físico*: comprende el espacio físico, las instalaciones, los equipos instalados, el color de las paredes, la temperatura, el nivel de contaminación, entre otros.
- *Características estructurales*: como el tamaño de la organización, su estructura formal, el estilo de dirección, etcétera.
- *Ambiente social*: que abarca aspectos como el compañerismo, los conflictos entre personas o entre departamentos, la comunicación y otros.
- *Características personales*: como las aptitudes y las actitudes, las motivaciones, las expectativas, etcétera.
- *Comportamiento organizacional*: compuesto por aspectos como la productividad, el ausentismo, la rotación, la satisfacción laboral, el nivel de tensión, entre otros.

La totalidad de estos componentes y determinantes configuran el clima de una organización, que es el producto de la percepción de estos por sus miembros. El clima organizacional, por tanto es el resultado de la interacción entre las características de las personas y de las organizaciones.

El clima organizacional se refiere al ambiente de trabajo propio de una organización. Según Hall (1996), el término designa un conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibidas directa o indirectamente por los empleados, que se supone son una fuerza que influye en la conducta de los mismos. Brow y Moberg (1990) consideran que el clima es una serie de características del medio ambiente interno de la organización, tal y como lo perciben los miembros de ésta. (Trujillo et. al. 2007).

El clima organizacional podría ser una variable relacionada con el estado de ánimo individual, tanto si se lo toma como una dimensión que puede influir en otros aspectos de la organización, como indicador de la eficacia o el impacto de acciones institucionales o como una estrategia para saber "cómo están los ánimos" en una institución (Sancha, 1987 en Ruiz 2007 p.39).

Se puede decir que el clima organizacional es un fenómeno circular en el que los resultados obtenidos por las organizaciones condicionan la percepción de los trabajadores, la que a su vez condiciona el clima de trabajo y está relacionada directamente con la inteligencia interpersonal, que es componente de la IE de los individuos. (Trujillo et. al. 2007).

Las condiciones laborales, el clima organizacional, los sistemas de organización del trabajo, los procesos de conducción y otra serie de factores de carácter psicosocial producen efectos en la salud de los trabajadores. En ocasiones, éstos cuentan con estrategias de afrontamiento (Lazarus; Folkman, 1986) para la situación; pero muchas veces la cantidad y la calidad de la exposición a las disfuncionalidades son precursoras de reacciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas que se expresan bajo la forma de stress (Moncada; Llorens; Kristensen, 2002) u otras patologías de la vida laboral contemporánea. (En Cebey y Ferrari 2010 p. 17).

En México algunos trabajadores enfrenten nuevas condiciones laborales que modifican las demandas de desempeño, que pasan de un plano predominantemente físico a actividades que imponen a los trabajadores una mayor carga de trabajo mental. Esta se caracteriza por tareas repetitivas con altas demandas de atención, que implican una alta concentración por parte del trabajador y poco control sobre las actividades que realiza, que pueden tener efectos negativos en la salud mental de los trabajadores (Almirall, 2001; Cooper Payne, 1980). (En González y Gutiérrez 2006).

Los sentimientos de agotamiento emocional son producto de las relaciones interpersonales, y se refleja en la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás;

la despersonalización se entiende como el desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo y por último la falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de algunos profesionales a evaluarse negativamente, lo cual afecta su habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que se atiende (Guerrero, 2003 en Ortiz et. al. 2012).

El entorno en el que vive y trabaja el hombre es un determinante de la productividad y calidad del trabajo que realiza.

Las organizaciones inteligentes generan nuevos conocimientos a partir de su propio esfuerzo, pero para esto es premisa indispensable la creación de un clima organizacional favorable a la cooperación, que genera confianza y optimismo y destierre el egoísmo y las actitudes negativas que impiden el crecimiento tanto individual como corporativo. (Salazar et. al. 2009).

De acuerdo con Salazar et. al. (2009) Un clima organizacional propicio incrementará las iniciativas para promover nuevos negocios, acometer nuevos proyectos y solucionar problemas; mejorará la comunicación interna; aumentará la competitividad y facilitará el gobierno de la organización, pero para esto se requiere:

- El fortalecimiento de las actividades de promoción de buena salud en la organización.
- El apoyo de la gerencia y la participación activa de los trabajadores, con sentido de pertenencia.
- El control de la presencia y el efecto de los factores de riesgo asociados con accidentes y las enfermedades relacionadas con el trabajo.
- La motivación necesaria para dinamizar y garantizar el desarrollo de una política de higiene, seguridad, salud ocupacional y protección del medio.
- Un concepto global de desarrollo sostenible, calidad de vida, salud, seguridad en el trabajo y protección del medio en todos los nuevos proyectos que se pretendan emprender.

Los contextos laborales donde las emociones negativas son frecuentes (p.ej., la ira o la ansiedad) limitan el repertorio pensamiento-acción del trabajador, y entre las consecuencias, su creatividad y desarrollo eficaz. De manera opuesta, las emociones positivas amplían este repertorio, ofreciendo la oportunidad de desarrollar recursos personales duraderos, que a su vez, ofrecen la posibilidad de crecimiento personal mediante la creación de espirales positivas o adaptativas de emoción, cognición y acción, con el consecuente desempeño laboral sobresaliente. Por ejemplo, la alegría genera un clima laboral positivo, fortalece las redes sociales de apoyos laborales, el trabajo en equipo, la creatividad y la resolución creativa de los problemas laborales, la productividad y el bienestar del trabajador. (Garrosa y Carmona, 2011).

La cultura puede fomentar los aspectos positivos en los trabajadores como el apoyo social, el respeto por la singularidad y diversidad, la autonomía, la ética, etc. Sin embargo, existen igualmente culturas organizacionales tóxicas que pueden dar lugar a disfunciones organizacionales o ser principio de problemas o conductas hostiles y de discriminación para los trabajadores que puede fomentar patologías laborales como el acoso psicológico, sexual, etc. (Garrosa y Carmona, 2011).

Las variables de personalidad positiva del trabajador tienen una función decisiva en el desarrollo de los recursos personales que ayudan a los trabajadores a orientarse a la salud y el bienestar, y al óptimo desarrollo laboral. (Garrosa y Carmona, 2011).

El estudio de la personalidad se preocupa por la identificación de los patrones distintivos del pensamiento, conducta y experiencia que caracterizan el ajuste único del individuo a la situación en su vida.

En el área de la psicología de la personalidad y las disposiciones, la propensión al riesgo se refiere al grado en que un individuo considera objetos, actividades o situaciones como poco intimidantes. Los individuos propensos al riesgo perciben también a las situaciones potencialmente intimidantes como menos probables que los individuos adversos al riesgo (Franken, Gibson y Rowland, 1992 en Kausel et.al. 2012).

De acuerdo con Bonin *et al.* (2007) encontraron que los propensos al riesgo están más dispuestos a trabajar en empleos cuyo salario varía mes a mes, en comparación a los adversos al riesgo. Además las personas con propensión al riesgo tienden en mayor medida al emprendimiento empresarial que las personas con aversión al riesgo (Stewart y Roth, 2001). Lo anterior, porque perciben a las potenciales pérdidas asociadas con el fracaso de una nueva empresa como menos amenazantes para su bienestar personal, oportunidades de carrera y relaciones familiares. Por otro lado diversas investigaciones sugieren que las personas propensas al riesgo tienden a tener más problemas con el alcohol y las apuestas (Benton, Benton y Downey, 2006; Franken, 1998 en Kausel *et al.* 2012).

La personalidad está constituida por un conjunto de dimensiones más elementales; los rasgos que son los que se investigan, por el contrario cada estilo constituye una sola dimensión sobre la que cada individuo ocupa teóricamente una posición determinada. El estilo es una causa única que puede tener manifestaciones diferentes; los rasgos son una pluralidad de componentes en los que el conjunto la suma de ellos es la causa fundamental de las conductas observadas. (Aparicio y Sánchez, 1999).

Las personas que trabajan en organizaciones saludables, se benefician de las emociones positivas mutuas y de las acciones positivas de los otros al verse influidos por ellos. Por último, se producen comportamientos éticos, altruistas y de cooperación con los otros, así como un entorno laboral comprometido con el respeto, todo ello derivaría en unos resultados favorables en el lugar del trabajo. (Garrosa y Carmona, 2011).

Las actuales condiciones medioambientales exigen la búsqueda de soluciones a los problemas que la sociedad industrializada o en vías de desarrollo ha generado en el medio ambiente, la necesidad de responder a las demandas de una sociedad en permanente cambio y más sensibilizada con las repercusiones del hombre hacia el medio hace que desde diferentes disciplinas científicas, se intente encontrar formas de actuación capaces de enfrentarse a los nuevos dilemas y problemas que surgen como consecuencia de una gestión descontrolada de los recursos que la naturaleza nos ofrece. (Duran *et al.* 2007).

La cuestión ambiental parece constituir hoy en día una de esas condiciones altamente preocupante para un sector de la ciudadanía ya que puede afectar de modo sustancial a su

calidad de vida. Por ello la ira puede ser la respuesta emocional ante una situación ambiental que se percibe de modo negativo y esa emoción de acuerdo con los datos de los trabajos comentados anteriormente, conducirá a la realización de conductas, tanto colectivas como individuales, tendentes a modificar o intentar paliar esa situación. (Duran et. al. 2007).

3.5 Estilos de afrontamiento

Según la teoría de Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento (Coping) se define como: aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

El afrontamiento sirve para dos funciones: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido a la emoción). Además los autores desarrollan una escala donde contemplan 8 variables en el proceso de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación y reevaluación positiva.

Las estrategias de afrontamiento son estilos orientados a cambiar la representación subjetiva de los elementos objetivos inherentes a una situación amenazante, que constituyen clases comporta mentales que pueden ser combinadas dentro de estrategias de orden superior y que las personas pueden ser distinguidas en función del empleo habitual de una u otra clases de estrategias en situaciones de amenaza.

Conclusión

El clima organizacional tiene gran importancia para que los factores psicosociales sean favorables para los individuos, un ambiente toxico puede acarrear graves consecuencias para los empleados, así como también para las empresas básicamente en su producción, las relaciones de empleado, este con un bienestar psicosocial es más productivo que uno enfermo de salud o psicológicamente.

Lo que ocurre cuando los factores psicosociales son desfavorables afectan tanto en la salud, psicológicamente en general afecta el bienestar de los individuos. La forma en que afrontaran determinada situación tiene que ver con su estilo de afrontamiento que viene con inclinaciones personales y las estrategias son los procesos determinados que se utilizan en cada contexto dependiendo de la situación en la que se encuentran las personas.

Una organización con un clima saludable fomenta que la relaciones interpersonales sean sanas y los factores favorables para el bienestar de los empleados, por eso se deben implementar programas que ayuden a mejorar y/o conservar un clima organizacional sano.

CAPITULO IV

VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL TRABAJO

La violencia psicológica en el trabajo no es algo del mundo actual se viene dando desde hace muchos años y no se ha podido eliminar debido a que hay escaso conocimiento sobre este fenómeno, y en ocasiones el clima laboral de las empresas es generador de este problema a demás las autoridades competentes aun no ha reglamentado alguna ley que castigue este delito y por lo tanto algunas víctimas no se sienten protegidas y no buscan ayuda, debido a esto en este capítulo hablaremos sobre las diferentes definiciones de violencia y acoso laboral, tipos de acoso, sus consecuencias, y como prevenir e intervenir respecto a la violencia psicológica en el trabajo.

4.1 Violencia

La violencia despierta y produce múltiples sentimientos en las personas, su integración y posesión en el imaginario social e individual es parte del pueblo y personas que están habituados a escuchar, ver y leer cotidianamente actos delictivos y violentos que nos parecen "naturales" y "normales", pero cuando hacemos un análisis más cuidadoso de los hechos, nos damos cuenta de que no se trata de una condición que forma parte de la naturaleza humana como se ha hecho creer; se trata de un fenómeno en el que todos (a) participamos, siendo ésta una condición social que no permite excluir a nadie.

La violencia en el trabajo puede entenderse como cualquier acción, conducta o actitud poco razonable con el que ataca, hiere, degrada o daña a una persona dentro del entorno de su trabajo o por el trabajo en sí. Este tipo de violencia se expresa a través de acoso psicológico y sexual, estrategias inadecuadas de manejo, las prácticas discriminatorias y otras conductas que dañan la dignidad humana. (De conto y Marina, 2012).

La amenaza se define como la promoción del uso de la fuerza física o el poder que resulta en temor a consecuencias negativas, sexual, psicológica o de otro tipo físico. Puede

ser tanto verbal como con el uso de objetos o armas, por lo general, las amenazas son físicamente asalto, amenazas de dañar el empleo y amenazas de muerte.

Se trata de un fenómeno complejo que conjuga diferentes factores psicológicos, sociales, éticos y jurídicos con repercusiones culturales, económicas y políticas. Por tanto para estudiarlo hay que considerar las características psicológicas de los individuos y las que son inherentes a la organización a la que pertenecen, así como el contexto social y cultural en el que funciona la organización. (Trujillo et. al. 2007).

Los cambios que se han venido dando en el mundo laboral, además de afectar a las economías de los países, tienen consecuencias sobre la población laboral activa, pues influyen en las opciones de empleo, las relaciones sociales o familiares, las necesidades de formación, la actualización de conocimientos y destrezas, los ritmos de trabajo, la disponibilidad de recursos, la ordenación de los procesos laborales, los cambios en las ofertas laborales, y también sobre la salud de la población. (Gil, 2012).

4.2 Acoso laboral (Mobbing)

La administración moderna reconoce que el capital humano es un factor que puede determinar el éxito o el fracaso de las organizaciones públicas y privadas. Sin embargo, la administración de las organizaciones públicas y privadas del siglo XXI todavía no logra resolver problemas ancestrales relacionados con las conductas negativas de las personas que trabajan en ellas. Tal es el caso del *mobbing*, que también se conoce como acoso psicológico.

Leyman fue el primer pionero en la investigación sobre el tema para describir situaciones de hostilidad en el lugar de trabajo. Introdujo el concepto de *mobbing*, lo que se traduce maltratar, acosar, acechar, sitiar. La comunicación implica hostilidad y ética dirigida de manera sistemática a las personas, que se coloca en una posición de indefensión. Estas acciones se producen frecuentemente (al menos una vez por semana) durante un período prolongado (por lo menos seis meses). Debido a la alta frecuencia y

larga duración de la conducta hostil, esto se traduce en considerables mal miseria mental, psicossomática y social. (De conto y Marina 2012).

El acoso psicológico o *mobbing* es una forma de violencia de tipo psicológico y discriminatorio hacia una determinada persona (trabajador y/o trabajadora) por parte de sus superiores o de compañeros en el lugar de trabajo, que afecta por igual a hombres y mujeres de todas las edades y puede llegar a causar el hundimiento psicológico y la exclusión del mercado laboral a quien lo padece.

Las situaciones de violencia, especialmente el acoso en el trabajo, se centran en la dignidad de la persona, sus afectos y sentimientos, su perspectiva de la vida y su mundo relacional, causando sufrimiento. La intimidación conduce a una discusión más amplia sobre las alturas de la degradación y el subempleo, denunciando los abusos y formas de violencia psicológica ejercida aquí todos los días. (De conto y Marina 2012).

La experiencia de la humillación y la angustia genera un impacto como para reiterar un mensaje de inferioridad, se produce la descalificación de experiencias y subjetividades de propiedad, a fin de que los sujetos se identificaran como inadecuados para la sociedad. (De conto y Marina 2012).

Las observaciones 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 alguna cualidad o rasgo que los hace destacar del resto del grupo; por ejemplo capacidad profesional superior, facilidad para despertar aceptación o aprecio en sus compañeros, subordinados, jefes, pacientes o clientes, su don de gentes, evaluaciones positivas o felicitaciones recibidas en su trabajo. (Trujillo et. al. 2007).

El acoso en el trabajo ha sido objeto de creciente preocupación mundial por parte de los trabajadores, los empleadores y también de la comunidad científica. El estudio de este fenómeno es notable en el contexto de la salud, especialmente en áreas como la psicología y la medicina, debido a los daños físicos y psicológicos causados por este tipo de violencia. La ley también ha sido transformándose en el estudio y la sistematización de los

conceptos y procedimientos relacionados con el tema se han venido dando en el mundo laboral. (Morales et. al. 2011).

Quien ordena el hostigamiento ya ha decidido despedir de la organización a la víctima, y justifica su proceder con el argumento de que la organización ahorrará una indemnización onerosa. Para lograr este objetivo hay que deteriorar el rendimiento y el desempeño del trabajador mediante trampas, desestabilizándolo psicológicamente, creando argumentos inexistentes anteriormente para utilizarlos en su contra. De esta manera, se acusa al trabajador de bajo rendimiento, baja productividad, ausentismo o bien de comportamientos erráticos, todo ello como producto de la desestabilización a la que se le ha sometido. (Trujillo et. al. 2007).

Las personas que tienen características que las hacen distinguirse de la mayoría de sus compañeros suelen ser el blanco de acoso. Así, la diferencia de edad, la experiencia laboral, las costumbres, el poder adquisitivo, el nivel educativo, entre otros, pueden causar la persecución de aquella persona diferente a los demás integrantes del grupo mayoritario. Las diferencias suelen utilizarse para culpabilizar y demonizar al trabajador, que, en un momento dado cargará con la culpa de todo lo que sale mal. Al designar un culpable, es posible distraer el interés de la organización para solucionar un problema, y de esta manera todo seguirá igual. (Trujillo et. al. 2007).

Las posibles emociones que pueden conducir al ser humano a consumir actos agresivos son principalmente el miedo, el enojo, la envidia y los celos. La agresión puede considerarse como una posible respuesta ante el miedo, una forma de imponerse ante sus semejantes o bien una forma de demostrar poder e influencia sobre las demás personas. (Trujillo et. al. 2007).

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2000), en el mundo los riesgos ocupacionales ocasionan 270 millones de accidentes y cada año hay dos millones de muertes. Al año se presentan 160 millones de enfermedades profesionales no mortales, de las cuales el 10% son enfermedades mentales ocasionadas por factores de riesgos

ocupacionales de tipo psicosocial, entre los que se considera la violencia en el trabajo (acoso moral, hostigamiento, aislamiento, amedrentamiento y acoso sexual).

Por otro lado, según Peralta (2006), en un estudio de caso sobre las manifestaciones del acoso laboral, encuentra que: "las víctimas de acoso laboral son personas que presentan síntomas asociados al estrés postraumático, que incapacitan y lesionan psicológicamente a las personas de manera grave".

Ante el problema de acoso psicológico laboral, se evidencia el desconocimiento de la norma, la escasa política de prevención e intervención ocupacional, médica y psicoterapéutica en las organizaciones y en el individuo, reconociendo que es un malestar general en el mundo laboral importante de analizar.

Conocer las dimensiones que más inciden en el acoso psicológico, la autoestima que presenta la víctima, y los rasgos de personalidad que manifiestan los sujetos después del acoso psicológico laboral, permitirá entender el fenómeno desde la realidad percibida por los afectados.

El acoso psicológico laboral o mobbing es considerado como el abuso emocional asociado a conductas agresivas y hostiles que se ejercen de manera constante entre compañeros de trabajo o entre superiores y subordinados, acompañadas de comunicaciones negativas y poco éticas.

De acuerdo con Campos et. al. (2005) el "acoso moral" o mobbing incluye en su definición a dos tipos de comportamiento que, como veremos a continuación, pueden tener un tratamiento jurídico diferenciado:

- 1) Por un lado, la persecución y acoso ejercida por el empresario o sus representantes (tornándose "política de empresa") frente a un trabajador o trabajadores por motivos de reorganización, de reducción de personal, o con el simple objetivo de eliminar trabajadores incómodos (por motivos sindicales, personales del empleado, menos productivos o poco cualificados), sin pasar por etapas de despido colectivo ni asumir costes importantes por

indemnizaciones. Esta conducta se describe en inglés con el nombre de "bossing", palabra que proviene de "boss" (patrón o jefe).

2) Y por el otro, hablamos propiamente de mobbing refiriéndonos a las formas de persecución y acoso recurrente que unos trabajadores, que ocupan una posición considerada de facto como superior, ejercen frente a otro u otros trabajadores ante la conducta pasiva del empleador y/o sus representantes, dándose obviamente en este caso una relación "asimétrica" de poder.

El acosador

Puede ser una persona o grupo de personas, no es claro lo que pretenden, puede ser que intenten conseguir un objetivo.

La víctima

Según Trujillo et. al. (2007) los siguientes especialistas señalan que en la mayoría de los casos el *mobbing* afecta a trabajadores brillantes, bien valorados, cumplidos y participativos, personas activas y con gran carisma a las que se intenta presentar como poco inteligentes, holgazanas y conflictivas.

González de Rivera (2000)

- Los envidiables. Personas brillantes y atractivas
- Los vulnerables. Individuos con alguna peculiaridad o defecto
- Los amenazantes. Individuos activos

Piñuel y Zavala (2001)

- 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

Hirigoyen (1999)

- Persona con escrúpulos que tiene tendencia natural a culparse
- Persona vital

4.3 Tipos de acoso (*Mobbing*)

La mayoría de los autores están de acuerdo con la existencia de tres tipos de acoso (En Trujillo et. al. (2007):

Ascendente: Una persona que pertenece a un nivel jerárquico más alto de la organización, se ve asaltado por uno o más subordinados. En general el inicio es cuando un extraño se introduce en la compañía en un cargo superior, debido a que sus métodos no son aceptados por los trabajadores que están en su mando o porque esta posición es deseada por ninguno de ellos.

En menor medida, el mobbing puede ser iniciado contra los dirigentes que aparecen autoritarios y arrogantes en contacto interpersonal.

Horizontal: El comportamiento de los grupos no es el resultado de comportamientos individuales de las personas que las componen, pero el grupo se presenta con una nueva identidad que tiene su propio comportamiento. En este sentido, un trabajador (a) se encuentra acosado (a) por una pareja con el mismo nivel jerárquico, aunque es posible, aunque no oficialmente, una posición que tiene de hecho superior.

El ataque puede producirse por problemas puramente personales, o porque algunos de los miembros del grupo no se aceptan las reglas de funcionamiento tácita o explícitamente aceptados por los demás. Otra circunstancia que da lugar a este comportamiento es la

existencia de personas frágiles físicas y / o mentales o diferentes, y estas diferencias son explotadas por los demás simplemente para pasar el tiempo o proporcionar molestia.

Descendiente: situación más habitual, se trata de un comportamiento en el que la persona que tiene el poder, a través de la depreciación, falsas acusaciones, insultos y abusos, socava la esfera psicológica del trabajador acosado para destacar frente a sus subordinados, para mantener su rango.

Fases del *Mobbing*

Leymann (1990) desarrollado a partir de sus experiencias cuatro fases que ocurren comúnmente en estos procesos:

1^a) fase de conflicto: conflictos interpersonales entre personas normales con intereses y objetivos diferentes o incluso incompatible generar problemas específicos, fricciones y enfrentamientos entre las personas, que podrían ser resueltos de manera positiva a través del diálogo, de lo contrario, cuando estos conflictos puntuales comienzan a estigmatizar, produce un punto de inflexión en las relaciones, lo que constituye un punto de partida de una escalada de enfrentamientos.

2^a) fase *mobbing* o estigmatización: En esta etapa, el acosador implementa una estrategia de humillaciones enteras de su víctima, utilizando de forma sistemática y durante mucho tiempo una serie de comportamientos perversos, cuyo objetivo es ridículo y aislar socialmente la víctima, esta segunda fase es ya propiamente el *mobbing*.

La víctima no puede creer lo que está sucediendo y puede llegar incluso a la negación de la evidencia por la pasividad o la evitación del fenómeno al resto del grupo al que pertenece. Esta fase es de gran longitud (segundo Leymann, de uno a tres años) y sirve para estigmatizar a la víctima con el consentimiento y la colaboración que incluye medios de activos o pasivos.

3^a) fase de intervención en la empresa: dos formas de acción pueden ser puestas en su lugar, por lo general por departamento de recursos humanos o por la dirección de personal:

Solución positiva del conflicto - En una pequeña proporción de los casos, la dirección de la empresa, al enterarse del problema, lleve a cabo una investigación exhaustiva del mismo y decidir que trabajador (a) o acosador (a) es trasladado de su puesto de trabajo, descubre las humillaciones estrategias utilizadas y articula los mecanismos para que no vuelva a suceder, castigando el caso acosador (a);

Solución negativa del conflicto - y por lo general sin tener un conocimiento profundo del caso, debido a sus investigaciones cero o muy poco, la gestión sólo ve a la víctima como el problema a tratar, resaltando sus características individuales distorsionada y manipulada, sin darse cuenta de que el origen de este otro factor.

4^a) Fase de marginación o exclusión de la vida laboral: La última etapa termina con la víctima salir de su trabajo, más probable es que después de haber pasado por varios períodos y prolongado de ausencia. Los trabajadores (as) se enfrentaron a pedir cambios en el lugar de trabajo, con pocos casos en que se materializan. En la parte privada de la víctima decide quedarse de pie / heroicamente en su puesto de trabajo a través de una prueba que tiene consecuencias perjudiciales para su salud. Algunos sufren el agravamiento del problema, tanto dentro como fuera de la empresa. En casos más extremos, los trabajadores (as) pueden ser hostigadas al suicidio.

En este sentido, los síntomas típicos asociados con el estrés han sido reportados como asociados con *el acoso moral* en el trabajo, tales como el insomnio, la melancolía y la apatía. (Björkqvist, Osterman y Hjelt Bäck, 1994; Quine, 1999). El segundo Moore, Seigne, McGuire y Smith (1998), 40% de las víctimas encuestadas informe que el mobbing afectado a su salud física y 43% mental y como consecuencia de éstas, 26% y 92%, respectivamente, habían buscado ayuda de un profesional médico, psiquiátrico o de otro tipo. Los autores añaden que una de cada cinco personas informó estar en el consumo de drogas como resultado de la experiencia.

De acuerdo con las observaciones reportadas por Hogg y Vaughan (1995), algunas características del comportamiento organizacional favorecen el surgimiento del mobbing y

deben tomarse en cuenta en los modelos para la evaluación del fenómeno:(Trujillo et. al. 2007).

- Sobrecarga de tareas
- Ausencia de tareas relevantes
- Burocratización
- Rigidez organizativa
- Desorganizaciones internas
- Estilos de dirección autoritarios
- Fomento de la competitividad interpersonal como valor cultural
- Promoción inadecuada a posiciones de dirección de personas que han alcanzado un nivel de incompetencia o que presentan rasgos psicopatológicos
- Falta de formación en gestión y liderazgo
- Fomento del clima de inseguridad personal y laboral
- Persecución de la solidaridad, la confianza y el compañerismo como valores sospechosos o anti empresariales.

Es importante identificar cuando el ambiente es la causa del acoso y por consiguiente se trata de un efecto social, lo que tampoco elimina que un fenómeno estrictamente personal origine problemas en el ambiente laboral. (Uribe 2011).

En ocasiones, la conducta hostil del acosador se puede limitar simplemente a no posibilitar una información o un comunicado directo, en esos casos todo se insinúa, negándose la existencia del reproche y de conflicto. En el caso de que la víctima haga frente al reproche, el agresor se esconde diciendo que no existe tal realidad. Así la víctima queda culpabilizada de realizar interpretaciones erróneas. (Varela et. al. 2009).

Aunque las personas que suelen ser seleccionadas como víctimas a menudo presentan un historial de desempeño laboral sin una sola baja por enfermedad durante largos periodos de

tiempo, la víctima de reiterados ataques, al resultar dañada su esfera psíquica y física, comienza a caer enferma y a estar frecuentemente de baja o incapacidad laboral.

El acosador aprovecha esta circunstancia de manera oportunista para continuar su labor de acoso y derribo, amenazando a la víctima con que si vuelve a tomar la baja laboral, será a su vuelta despedida o sustituida por otra persona, o se le asignará un trabajo peor, convirtiéndose en un infernal círculo vicioso que va en aumento como toda situación de violencia sin control (Campos et. al. 2005).

Según Becerra y Guerrero (2012) En el marco de las relaciones de trabajo el acoso laboral puede darse, entre otras, bajo las siguientes modalidades generales:

Maltrato laboral. Todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeñe como empleado o trabajador; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral o todo comportamiento tendiente a menoscabar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo de tipo laboral.

Persecución laboral. Toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia del empleado o trabajador, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo y cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral.

Discriminación laboral. Todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social o que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral.

Entorpecimiento laboral. Toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor o hacerla más gravosa o retardarla con perjuicio para el trabajador o empleado, constituyen acciones de entorpecimiento laboral, la privación, ocultación o inutilización de los insumos,

documentos o instrumentos para la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos.

Inequidad laboral. Asignación de funciones a menosprecio del trabajador.

Desprotección laboral. Toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador.

La OIT (Organización Internacional del Trabajo) considera el **acoso sexual** como "cualquier tipo de acercamiento o presión de naturaleza sexual; tanto física como verbal, no deseada por quien la sufre, que surge de la relación de empleo y que da por resultado un ambiente de trabajo hostil, un impedimento para hacer las tareas y/o un condicionamiento de las oportunidades de ocupación de la persona perseguida". (OIT, 1997 en campos et.al.2005)

Para algunos autores el acoso moral laboral y el acoso sexual son dos tipos diferentes, pues los fines que persiguen son distintos; el acoso moral laboral tiene como fin reducir a la víctima al estado de cosa con el propósito de eliminarla del ambiente; el acoso sexual tiene como fin último la satisfacción sexual del hostigador. (En campos et. al.2005)

Sin embargo para otros autores (Leymann, 1996, Hirigoyen, 1999) el acoso sexual es un paso más del acoso moral. Atañe a ambos sexos, pero la mayoría de los casos descritos o denunciados corresponde a mujeres que han sido agredidas por hombres que suelen ser sus superiores en la jerarquía (Hirigoyen, Marie. 1999); razón por la cual consideramos importante tratarlo como un asunto aparte, pero siempre estrechamente interrelacionado con todo lo expuesto anteriormente sobre el acoso moral en el trabajo; porque aunque no se trata tanto de obtener favores de naturaleza sexual repetitivos, si se trata de señalar el poder de considerar a la mujer como objeto (sexual). (En campos et. al. 2005).

Respecto a la manera de encarar el acoso sexual, la respuesta más común suele ser evitar al acosador y tratar de reconducir la situación evitando la confrontación directa, pero en la mayoría de los casos esta estrategia da como resultado consecuencias muy negativas, pues

en muchas ocasiones, el trabajo conlleva interactuar con el agresor; con lo cual, se incrementa la probabilidad de que ocurran más episodios de acoso y, por otro lado, la estrategia de evitación tiene un impacto negativo en el funcionamiento laboral diario. Un número importante de mujeres busca también el apoyo social de amigos y familiares. Un número menor de mujeres se enfrenta directamente al acosador y muy pocas mujeres buscan ayuda en la propia organización (Scheneider, 1997, en Campos et. al.2005).

En el caso del **acoso moral** ha sido empleado en nuestro medio como un mecanismo para hacer renunciar al trabajador con la consiguiente pérdida económica que se suma a las otras pérdidas que ya acarrea (las físico-emocionales y los gastos médicos y psicoterapéuticos)

El **acoso moral** y el **acoso sexual** son un serio problema a nivel laboral que afecta en forma importante la salud física y emocional de las personas con pobre respuesta a tratamientos antidepresivos cuando la persona acosada se sigue exponiendo al ambiente laboral y a la persona acosadora que frecuentemente cuenta con el apoyo jerárquico de las instituciones o empresas, donde se permite un uso abusivo y arbitrario del poder, lo que repercute además en el bajo rendimiento de la institución o empresa. En la medida en que se legisle sobre el tema y se indemnice a las víctimas, es posible que las empresas, instituciones y todo centro laboral estén dispuestas a incorporar mecanismos internos preventivos.

4.4 Consecuencias

Con lo que respecta a las consecuencias y repercusiones éstas se pueden agrupar en cuatro planos diferentes pero interrelacionados entre sí: en las repercusiones para el trabajador hostigado, en el que afecta a su núcleo familiar, en el que afecta al ambiente laboral y en el que afecta a la comunidad social de los trabajadores.

De las graves consecuencias que pueden derivarse del mobbing, podemos señalar que en los países nórdicos, como Suecia, donde el fenómeno se ha estudiado en profundidad, se estima una prevalencia del 3,5 % entre la población trabajadora, y que este fenómeno puede ser la causa del 15 % de los suicidios de la población general (Fernández, 2002 en Campos et. al. 2005).

Resulta estimable que una situación de acoso laboral conlleva un daño psíquico. Esta perspectiva implica además considerar que una situación de acoso laboral derivado en un daño psíquico provoca a quien lo padece un trastorno funcional de su existencia, trastorno que habría sido producto de una alteración general de su rendimiento por las causas mencionadas.

Al vincular estas figuras se debe entonces considerar solidariamente que una situación de acoso laboral puede acarrear para quien la padece el desarrollo de un trastorno mental. El diagnóstico que se efectúe en tales casos, en el marco de la Psicología Jurídica, deberá estar fundado en principios científicos debidamente validados y reconocidos y se deberá recurrir a nosografías que se funden en dichos principios.

Las consecuencias negativas que acarrea para los resultados organizativos, entre las que se destacan el descenso de la productividad, la insatisfacción con el trabajo, el aumento del absentismo y de la probabilidad de abandono del puesto de trabajo y el empeoramiento del clima laboral general.

Los efectos pueden manifestarse potencialmente en trastornos psicopatológicos, comporta mentales y psicosomáticos, en función de la frecuencia e intensidad de los estímulos estresantes, lo cual dependerá de las características de la víctima y su victimario, así como del contexto y los recursos a los que se pueda ocurrir. La persona puede mostrar signos de aflicción o disfunción en su funcionamiento (incapacidad para trabajar o desempeñarse en otras actividades) (En Uribe 2011)

El estrés postraumático (TEP) el cual es una condición psiquiátrica determinada por experiencias repetitivas de un evento o eventos traumáticos, caracterizada por recuerdos recurrentes e intrusivos (En Uribe 2011).

Además, la persona afectada por el mobbing para disminuir su ansiedad puede desarrollar diferentes **conductas adictivas** (tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, etc.). La excesiva duración o intensidad de la situación de mobbing puede dar lugar a patologías más graves o agravar patologías ya existentes, pudiéndose desarrollar cuadros depresivos graves e incluso tendencias suicidas.

A **nivel social**, las personas víctimas del mobbing o acoso psicológico llegan a ser muy susceptibles, hipersensibles a la crítica, con actitudes de desconfianza y que desarrollan conductas de aislamiento, evitación, retraimiento, o por otra parte, de agresividad y hostilidad como manifestaciones de inadaptación social.

La salud del trabajador o trabajadora se verá más afectada cuanto menores apoyos efectivos encuentre (personas que le provean de afecto, comprensión, consejo, ayuda, etc.) tanto en el ámbito laboral como en el ámbito familiar.

El mobbing puede tener, asimismo, importantes repercusiones negativas tanto en la **vida familiar**, con un aumento de la tensión entre los cónyuges y una mayor movilidad general tanto en ellos como en sus hijos, como en la **vida laboral**, donde se puede acompañar de un mayor absentismo laboral, bajas prolongadas y posibilidad de perder el empleo y quedar en situación de paro laboral.

Las consecuencias de esta práctica afectan no sólo de manera negativa a la persona que padece este fenómeno, su entorno laboral, social sino también a la empresa en la que trabaja. La persona afectada padece daños en su salud física y psicológica con la consiguiente repercusión sobre el rendimiento laboral e incidencia en el sentido laboral. En este caso, las consecuencias para la empresa son importantes.

4.5 Prevención e intervención

Según Chappell y Di Martino (1999) en Uribe (2011), la identificación del acoso, su frecuencia y duración son el punto de partida por parte de la víctima para pasar a cualquier acción importante y enfrentar el problema.

De acuerdo a Uribe (2011) los investigadores recomiendan las siguientes iniciativas:

- Contactar a los supervisores que tienen la responsabilidad de la salud y el bienestar de los trabajadores (personal, relaciones laborales o recursos humanos).
- Contactar con los más altos niveles de autoridad en la organización.

- Contactar al servicio de salud y seguridad ocupacional de la organización.
- Solicitar el traslado a otro puesto de trabajo.
- Recolectar evidencia
- Identificar aliados (compañeros, sindicatos, médicos ocupacionales, psicólogos, etc.)
- Compartir experiencias con otras personas que han vivido situaciones similares.
- Pedir asesoría jurídica y legal para iniciar una demanda por acoso laboral, delito penal, discriminación o daño moral.

La empresa es la responsable que el ambiente laboral sea correcto. Para ello deberá tomar ciertas medidas:

- Velar por la calidad de las relaciones laborales.
- Realizar una asignación equitativa de los trabajos y de las cargas.
- Estructurar y concretar las funciones y responsabilidades de cada puesto de trabajo, evitando ambigüedades.
- Evitar el exceso de competitividad entre los trabajadores que puede acabar generando este tipo de problemas. Proporcionando trabajos con bajo nivel de stress y alta autonomía, capacidad de decisión y control sobre el propio trabajo.
- Capacitar a los líderes para que sean capaces de identificar posibles conflictos y que sean capaces de reconciliación.
- Establecer sistemas de acogida e interpretación de los trabajadores acabados de incorporar.

Política sindical clara, coordinada y estructurada, de apoyo, acción sindical en materia de acoso moral y denuncia.

- Formación sindical: detección, seguimiento y actuación. Formación específica y transversal sobre todas las materias relacionadas con el mobbing que sean objeto de conocimiento.
- Actuaciones divulgativas que permitan sensibilizar a los trabajadores. Campañas y programas de difusión, sensibilización y concienciación para el conocimiento de las acciones y que no se toleren las diversas formas de comportamiento acosador.

- Concretar, en cada caso, mecanismos de ayuda mutua, en un principio con discreción, para no violentar a la víctima y con posterioridad publicitándolo y recabando apoyo social.
- Evitar caer en estigmáticos como: "es una cuestión personal", "no se puede hacer nada si no cambia la organización", etc.
- Informar a afiliados y empleados públicos en general sobre cuáles son sus derechos en el caso de sufrir esta situación, así como la asesoría necesaria, en el aspecto jurídico.

La prevención debe contener la posibilidad de modificar las culturas, valores, actitudes, conocimientos y expresiones de todo tipo entre los participantes de una organización. (Uribe, 2011).

Es de vital importancia abordar el acoso psicológico en el trabajo desde diferentes disciplinas ya que en es un problema que afecta a la población trabajadora mundial, para poder otorgar protección real a la víctima, y no esperar que los acosadores se sigan amparando en la ignorancia del problema o que se presenten casos graves para la toma de decisiones. (Cardona y Ballesteros, 2005).

De acuerdo con Uribe (en Llanos, 2013), el “mobbing” o acoso laboral es un problema de salud pública que debe legislarse en México, pues lo ha padecido al menos 40 por ciento de los trabajadores y, a nivel internacional, 70 por ciento.

Conclusión

Como vimos la importancia que tiene este fenómeno es muy fuerte, sin embargo algunas organizaciones no han hecho consciencia de que su ambiente laboral, el sistema de trabajo y los procesos podrían estar siendo generando diversos fenómenos, uno de ellos es el acoso laboral, como vimos en la teoría tiene severas consecuencias respecto a la salud tanto física como mental de las víctimas afectando su vida social y la familiar, pero no solo para ellas se ven afectadas si no también trae consecuencias para las organizaciones.

Conocer todos los factores que están involucrados y los que más inciden en el acoso laboral, podría favorecer el estudio de este fenómeno, como ya sabemos algo que incurre mucho es la autoestima y la personalidad de las víctimas, ya que hasta cierto punto tiene una influencia importante en la manera en que afrontaran esta problemática.

También se menciona un poco sobre acoso sexual los autores mencionan que no están ligados que este solo tiene fines sexuales. Sin embargo otros autores señalan que solo es un paso del acoso laboral, considero que si es parte del acoso laboral o no lo es depende del contexto, y de cada determinada situación.

Respecto a cómo prevenir y en dado caso intervenir hay diferentes propuestas de cómo crear consciencia en campañas preventivas, apoyo de la empresa en caso de que se presente una situación de acoso e investigar para remediar esta problemática, pero es indispensable que las organizaciones tomen medidas para fomentar relaciones laborales e interpersonales sanas.

V Método

5.1 Justificación del Estudio

En la actualidad muchos trabajadores se encuentran expuestos a situaciones que alteran su ámbito laboral, llegando a afectar su estado anímico, porque las personas pasan gran parte del día en el trabajo, lo que puede provocar una situación estresante y que en algunas ocasiones, no se puede manejar adecuadamente provocando diversos fenómenos y uno de ellos es el acoso laboral (mobbing). Los trabajadores al estar expuestos a violencia psicológica en su lugar de trabajo, caen en estado de ansiedad y en ocasiones algunos trabajadores la única forma que encuentran de enfrentar esta situación es consumiendo diversas sustancias como lo son el tabaco y alcohol.

Lo que pretende esta investigación es estudiar cómo afecta el acoso laboral (mobbing) en conductas de consumo, el estudio de esta relación, ayudaría a enfrentar el acoso laboral (mobbing) con estrategias adecuadas, y prevenir conductas adictivas en personas que se encuentran en esta situación.

El aporte de esta investigación puede servir como base para futuras investigaciones, ya que la relación de estas variables ha sido muy poco estudiada y hay escasa información actualizada.

5.2 Planteamiento del problema

Según algunos estudios revisados, se puede notar que muchos trabajadores no son conscientes de las consecuencias que el acoso laboral pudiera tener en los planos psicológicos, físicos, sociales y familiares, que se pueden traducir en depresiones, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, pérdida de autoestima, irritabilidad, dificultad para concentrarse, entre otros efectos.

Las situaciones de violencia y maltrato psicológico socavan el sistema de normas y principios que dan sentido a la vida de los individuos, destruyendo sus niveles de confianza elementales, es de decir, del mundo y el orden de su existencia. (Almeida y Gómez 2005 en Uribe, 2011).

Debido a la falta de información de acoso laboral (mobbing) o que sea confundido con otros fenómenos como burnout, estrés laboral, acoso sexual entre otros, algunas personas no tienen estrategias de enfrentamiento para esta situación y esto puede generar severas consecuencias psicológicas para los trabajadores.

Este fenómeno surge por diferentes causas o/y motivos como lo pueden ser hostigar al trabajador, con tal de que renuncie o también que haya problemas personales, que la persona sea un blanco fácil para ser acosado, etc.

Aunado a esto las personas que sufren de acoso laboral empiezan a padecer trastornos como insomnio, baja autoestima, paranoia, ansiedad por no tener herramientas para responder, resistir y/o enfrentar este fenómeno, pueden empezar a consumir alcohol y tabaco como manera de afrontamiento.

El problema de consumo es un problema de salud que necesita medidas dirigidas al tratamiento, rehabilitación y prevención. (Mazzitelli, 2011). Es por eso que en esta investigación se busca medir si existe relación entre el acoso laboral y el consumo de tabaco y alcohol.

5.3 Objetivo General

Determinar por medio de una medición si existe relación entre el acoso laboral (mobbing) y el consumo de alcohol y tabaco, en base a los resultados arrojados de los instrumentos utilizados.

5.4 Objetivos específicos

- Aplicación de instrumentos a sujetos que hayan sufrido de acoso laboral
- Medir la relación entre acoso laboral (mobbing), y el consumo de tabaco y alcohol
- Realizar análisis estadístico, correlaciones y análisis de varianza (ANOVA), con los datos arrojados por los sujetos

5.5 Tipo de estudio

No experimental

Consiste en la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee el control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que no son manipulables, se hacen inferencias sobre las relaciones en las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente. (Kerlinger, 2002)

Diseño

Expos-facto, porque no se manipularan las variables ya que la naturaleza de las variables es tal que excluye la manipulación. (Kerlinger, 2002)

5.6 Muestra

Muestreo no probabilístico accidental, que se caracteriza por que se toman muestras disponibles a mano. (Kerlinger, 2002)

Variables

Variable de impacto (variables clasificatorias)

Violencia Psicológica en el trabajo (acoso laboral)- acción, conducta o actitud poco razonable con el que ataca, hiere, degrada o daña a una persona dentro del entorno de su trabajo o por el trabajo en sí. Este tipo de violencia se expresa a través de acoso,

psicológico y/o sexual, prácticas discriminatorias y conductas que dañan la dignidad humana. (De Conto y Marina, 2012).

Variable Clasificatoria Independiente- Consumo de alcohol (1) y tabaco (2)

1. Consumo de alcohol, se define como aquella pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos. Se pueden clasificar en abstemios, bebedores sociales, alcohólicos sociales y alcohólicos. (S/A, 2007).
2. Consumo de tabaco, según la OMS (2006) el tipo de consumo está asociado con el número de cigarrillos consumidos al día (En Londoño et al. 2011):
 - Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios.
 - Fumador moderado: fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.
 - Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio.

Variabes clasificatorias – Variables demográficas- categorización de los individuos de acuerdo a las características que definen cualquier subgrupo. (kerlinger, 2002) como edad, sexo, escolaridad, estado civil, presencia y número de hijos, sueldo, horario de trabajo, sector y nivel jerárquico.

Hipótesis de trabajo

Hipótesis 1

Ho. No existe una relación estadística significativa entre acoso laboral (mobbing) y alcohol en trabajadores.

Hi. Existe una relación estadística significativa entre acoso laboral (mobbing) y el consumo de alcohol en trabajadores.

Hipótesis 2

Ho. No existe una relación estadística significativa entre acoso laboral (mobbing) y tabaco en trabajadores.

Hi. Existe una relación estadística significativa entre acoso laboral (mobbing) y el consumo de tabaco en trabajadores.

Hipótesis 3

Ho. No existe una relación estadística significativa entre acoso laboral (mobbing) y las variables sociodemográficas.

Hi. Existe una relación estadística significativa entre acoso laboral (mobbing) y las variables sociodemográficas.

Hipótesis 4

Ho. No existe una relación estadística significativa entre el consumo de alcohol y las variables psicosomáticas.

Hi. Existe una relación estadística significativa entre el consumo de alcohol y las variables psicosomáticas.

Hipótesis 5

Ho. No existe una relación estadística significativa entre el consumo de tabaco y las variables psicosomáticas.

Hi. Existe una relación estadística significativa entre el consumo de tabaco y las variables psicosomáticas.

Sujetos

La muestra se conformó por 100 trabajadores mexicanos de nivel operativo, medio y ejecutivo, que tengan una vida laboral activa, provenientes de empresas del sector público y privado, el 54% de sexo femenino y 46% de sexo masculino, con edades de 21 a 53 años.

Respecto a la potencia estadística se demuestra que el impacto sustancial del tamaño muestral opera en la consecución de la significación estadística, tanto en tamaños muestrales grandes como pequeños. (Hair, 2001).

5.7 Instrumentos

Cuestionario Escala de Violencia en el Trabajo (EVT, Uribe y García, 2012)

Consiste en un total 123 reactivos:

Del reactivo 1 al 97 se conforman 16 factores de violencia, los cuales son: F1:Hostigamiento sexual, F2:Violencia verbal, F3:Violencia física, F4:Amenazas, F5:Aislamiento, F6:Comunicación deteriorada, F7:Generacion de culpa, F8:Maltrato y humillación, F9:Sabotaje y situaciones deshonestas, F10:Abuso de poder, F11:Castigo, F12:Discriminacion, F13:Sobrecarga de trabajo, F14:Desacreditacion profesional, F15:Exceso de supervisión y control y F16:Clima laboral hostil.

Del reactivo 98 a 123 son preguntas sociodemográficas y psicossomáticas.

Las respuestas del instrumento es en escala de tipo likert del 1 a 6 indicando con qué frecuencia y por cuantos meses.

Cuestionario sobre el consumo de tabaco y alcohol

Consiste en 16 reactivos en escala de tipo likert del 1 a 6

9 reactivos sobre el consumo alcohol

7 reactivos sobre el consumo de tabaco

5.8 Procedimiento

Se busco literatura en libros y bases de datos sobre psicología de la salud, factores psicosociales, adicciones en específico sobre alcoholismo, tabaquismo y violencia psicológica en el trabajo, estos temas conforman los cuatro capítulos de teoría. Con la revisión de literatura aunque fue poca información relacionada que se encontró se logro conceptualizar la relación entre acoso laboral (mobbing) y el consumo de alcohol y tabaco.

Se aplico el cuestionario de Escala de Violencia en el Trabajo (EVT, Uribe y García, 2012) y se le agregaron 16 reactivos mas sobre el consumo de tabaco y alcohol, antes de la aplicación se realizo el filtro de manera que se les tuvo que informar acerca de este

fenómeno para que ellos nos pudieran indicar si habían padecido de acoso, solo así se les podía aplicar el instrumento, posteriormente solo a los que afirmaron a ver padecido alguna situación de acoso en el trabajo (mobbing) se les aplicó el instrumento en el área de trabajo, esta se llevó de manera individual, los trabajadores respondieron el cuestionario voluntariamente, siguiendo las instrucciones correspondientes del cuestionario. El tiempo aproximado que los sujetos tardaron en responder fue de aproximadamente 1 hora.

Finalizada la aplicación, se procedió a capturar las respuestas, terminando esto se iniciaron los análisis estadísticos en donde se obtuvieron correlaciones y análisis de varianzas (ANOVAS), entre el acoso laboral (mobbing) con las preguntas referentes a el consumo de tabaco y alcohol y las sociodemográficas y psicosomáticas, estos análisis se llevaron a cabo en el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Y por último se realizó la interpretación de los datos obtenidos, y con esto se realizó la discusión y conclusión de la investigación.

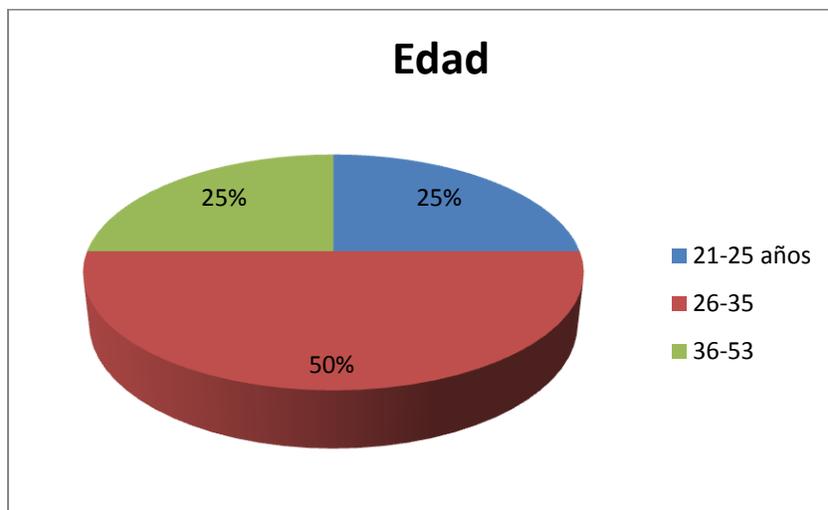
VI Resultados

Estadística Descriptiva

En esta investigación se aplicó el cuestionario EVT junto con 17 preguntas más sobre alcohol y tabaco a 100 trabajadores mexicanos de la Ciudad de México que pertenecen al sector público y privado.

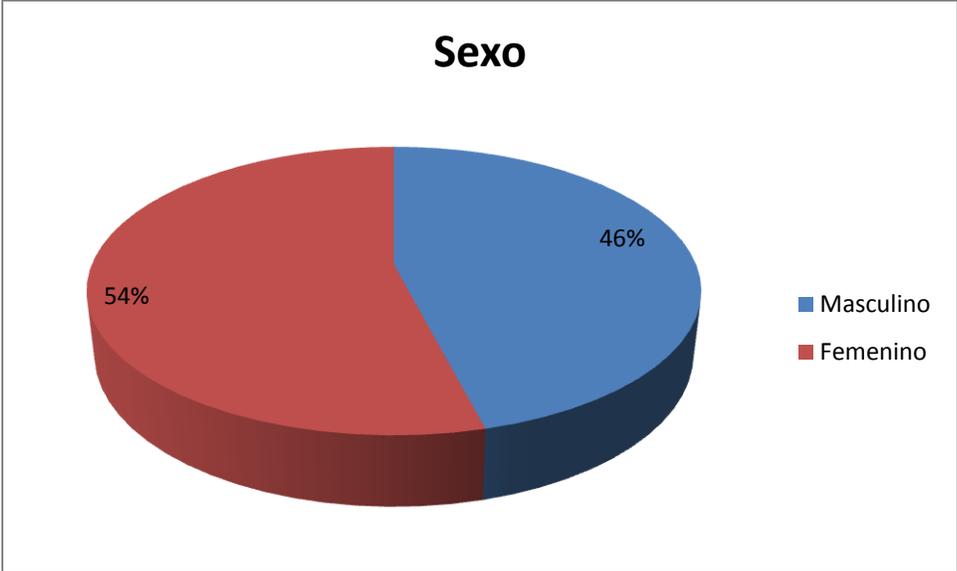
Respecto a las preguntas socio demográficas se obtuvo la frecuencia de cada una de ellas, las preguntas que arrojaron resultados largos se tuvieron que formar grupos como lo son: edad, jornada laboral, salario, número de personas a cargo. La edad correspondiente de los trabajadores es con un 25% de 21 a 25 años, el 50% de 26 a 35 años, el 25% de 36 a 53 años. (Ver figura 1).

Figura 1



Respecto al sexo un 46% correspondiente al género masculino y el 54% corresponde al sexo femenino. (Ver figura 2).

Figura 2



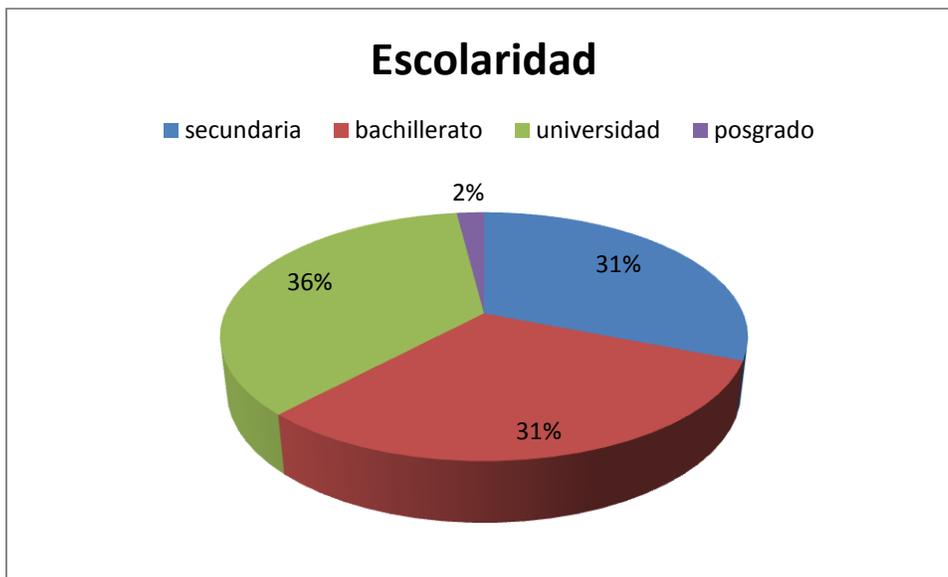
Se reporta que un 31% de los trabajadores se encuentra sin pareja y el 69% si tiene pareja (Ver figura 3).

Figura 3



La escolaridad de los sujetos se reporto con un 31% estudios de secundaria, el nivel bachillerato con un 31%, estudios de licenciatura con 36%, estudios de posgrado solo el 2% (Ver figura 4).

Figura 4



Respecto al tipo de puesto el 39% corresponde a puestos operativos, el 44% a puestos medios, el 7% a puestos ejecutivos y el 10% corresponde a otro tipo de puesto (Ver figura 5).

Figura 5



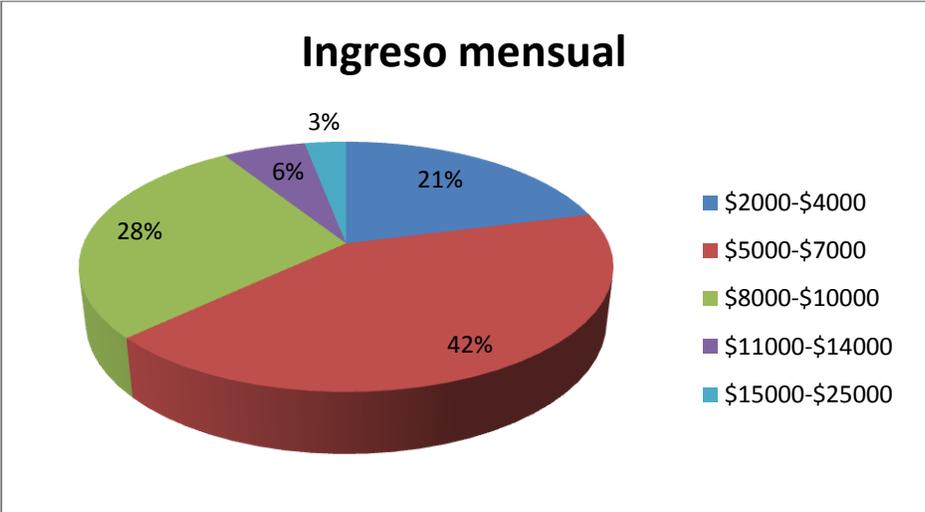
En referencia a la jornada laboral se indica que solo el 1% trabaja 7 horas, el 70% labora entre 8 y 9 horas, el 14% laboral entre 10 y 11 horas y el 15% trabaja entre 12 y 13 horas (Ver figura 6).

Figura 6



El ingreso mensual de los trabajadores reporto que el 3% tiene un ingreso de \$2,000 a \$4,000, el 42% tiene un ingreso de \$5,000 a \$7,000, el 28% tiene un ingreso de \$8,000 a \$10,000, el 6% tiene un ingreso de \$11,000 a \$14,000 y solo el 3% restante tiene un salario de \$15,000 a \$25,000 (Ver figura 7).

Figura 7



Con respecto al tipo de organización en la que laboran, solo el 13% pertenecen al sector público y el 87% pertenecen al sector privado (Ver figura 8)

Figura 8



Respecto al tipo de contrato que tienen los sujetos el 17% tiene contrato por tiempo determinado y el 83% tiene contrato por tiempo indefinido (Ver figura 9)

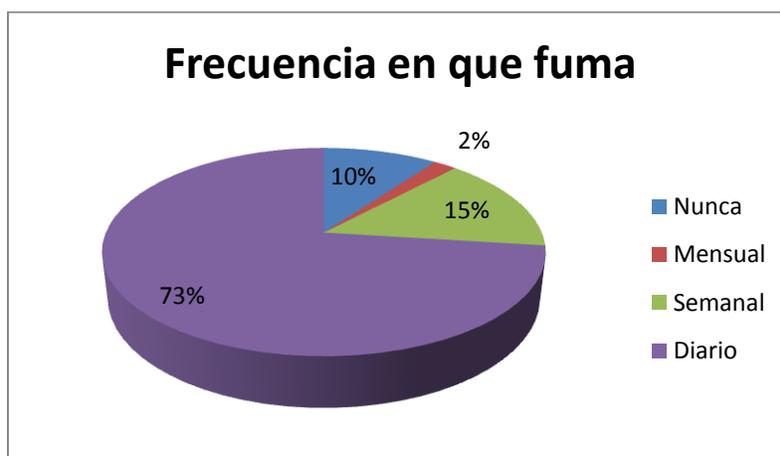
Figura 9



En cuanto a las 17 preguntas de alcohol y tabaco se obtuvo la frecuencia de cada una de ellas, solo una pregunta arrojó resultados largos se formó en grupo la pregunta es ¿Cuántos cigarros fuma?

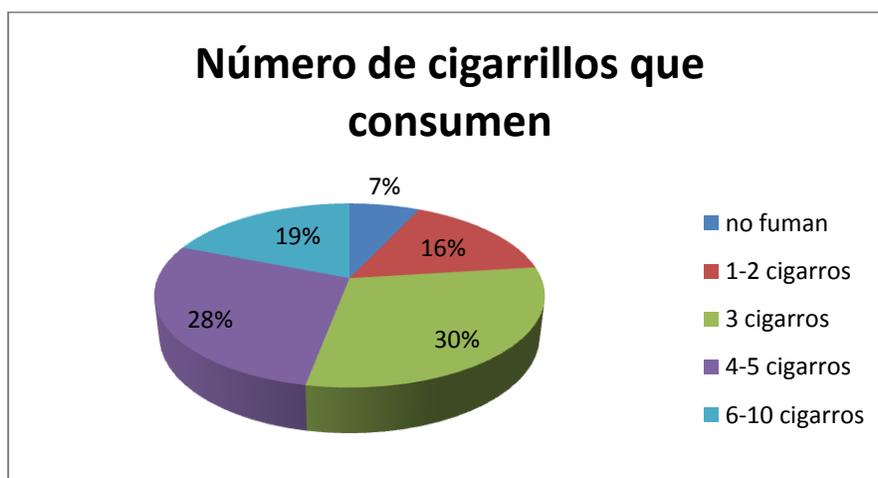
Se reporta que la frecuencia en que fuman los trabajadores el 10% no fuma nunca, el 2% fuma mensualmente, el 15% fuma semanalmente y el 73% de los sujetos fuman diario (Ver figura 10)

Figura 10



Respecto al número de cigarrillos se obtuvo que el 7% de los trabajadores no fuman, el 16% fuma de 1 a 2 cigarros al día, el 30%, el 28% fuma de 4 a 5 cigarrillos y el 19% fuma de 6 a 10 cigarrillos al día (Ver figura 11).

Figura 11



Respecto a la frecuencia de consumo de alcohol se observa que solo el 3% no consume alcohol, el 5% una vez al año, el 18% consume alcohol mensualmente, el 63% lo consume semanalmente y el 11% consume alcohol diario (Ver figura 12).

Figura 12



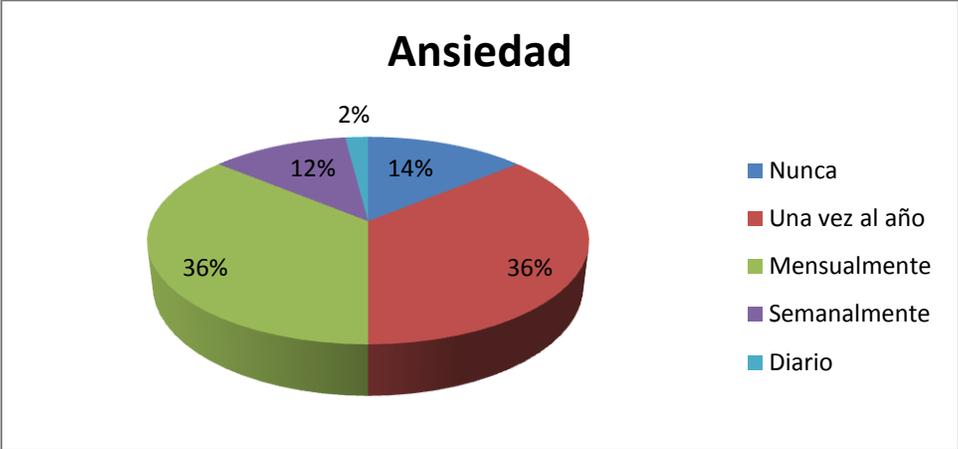
Los trabajadores respecto a trastornos del sueño arrojaron los siguientes datos el 9% nunca ha padecido trastornos del sueño, el 15% una vez al año, el 23 % mensualmente, el 32% semanalmente y el 21% los padece diario (Ver figura 13)

Figura 13



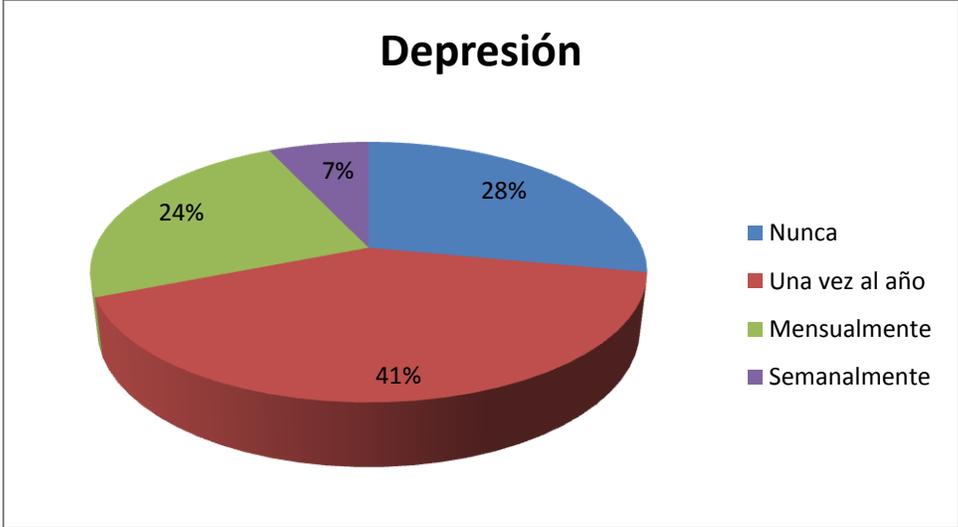
En cuanto a padecer ansiedad se obtuvieron los siguientes resultados el 14% de los trabajadores nunca han padecido ansiedad, el 36% una vez al año, el 36% mensualmente, el 12% semanalmente y solo el 2% padece ansiedad diario (Ver figura 14).

Figura 14



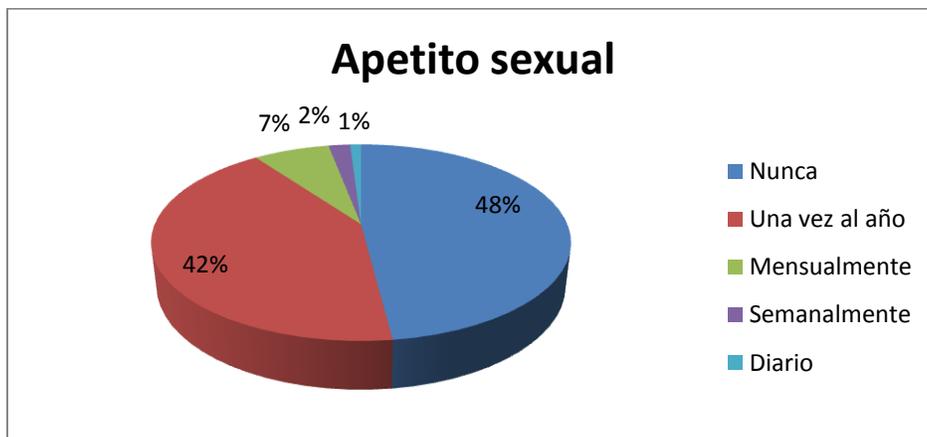
Respecto a la depresión los resultados indican que el 28% nunca ha tenido depresión, el 41% una vez al año a padecido depresión, el 24% padece depresión mensualmente y el 7% padece depresión semanalmente (Ver figura 15)

Figura 15



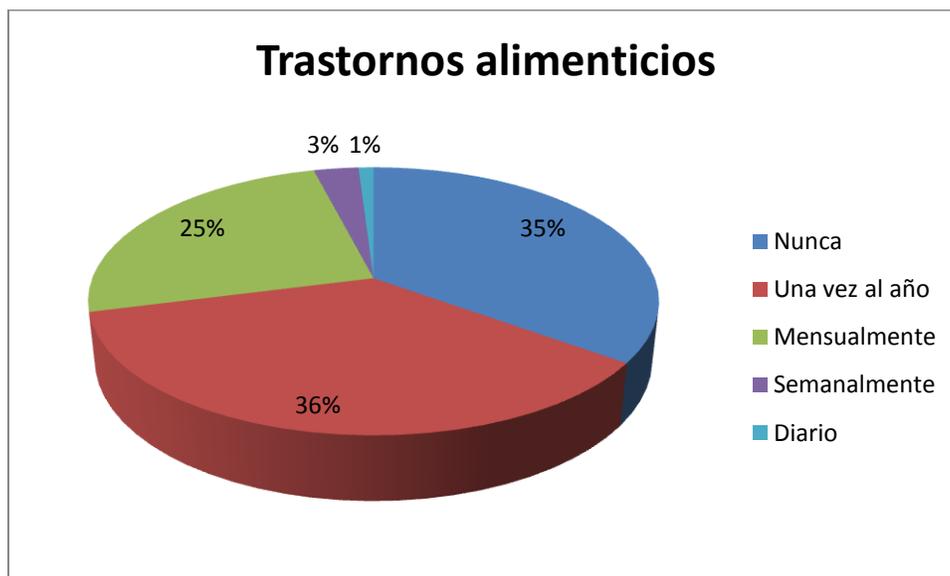
Respecto a el apetito sexual el 48% nunca ha perdido apetito sexual, el 42% una vez al año, el 7% mensualmente, el 2% semanalmente y el 1% diario (Ver figura 16).

Figura 16



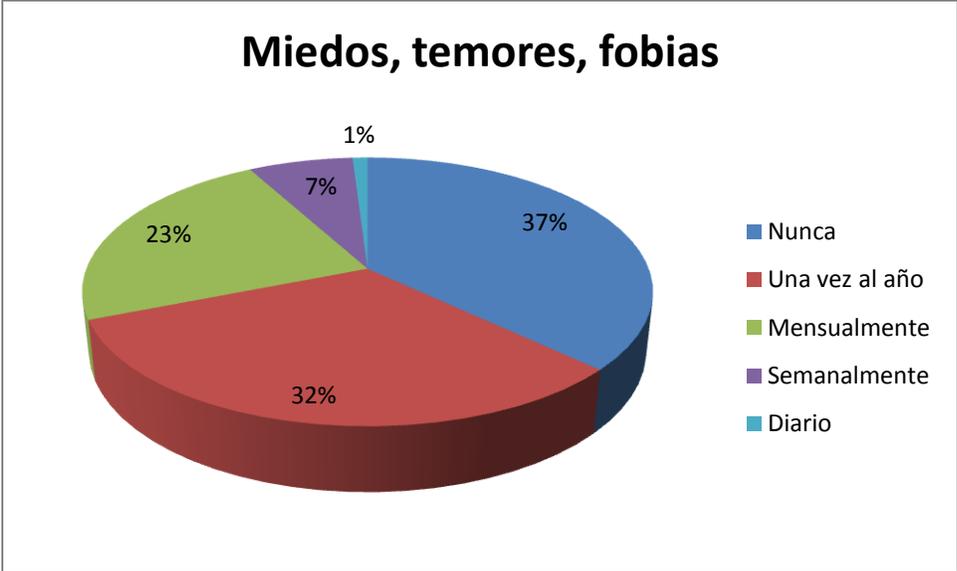
Respecto a los trastornos alimenticios el 35% nunca los ha padecido, el 36% una vez al año, el 25% mensualmente, el 3% semanalmente y el 1% diario (Ver figura 17).

Figura 17



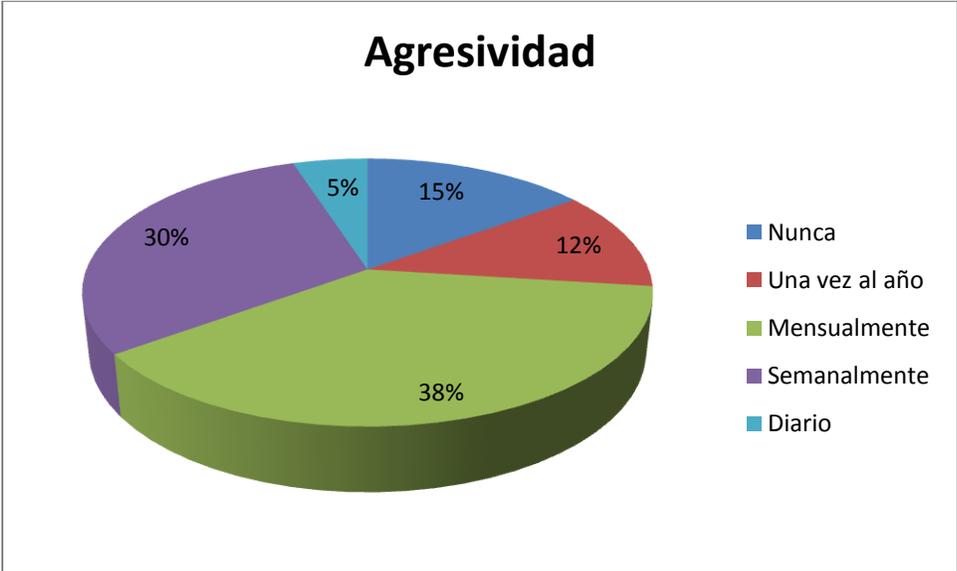
En cuanto a que los trabajadores tengan miedos, temores y/o fobias el 37% indico que nunca, el 32% una vez al año, el 23% mensualmente, el 7% semanalmente y el 1% diario (Ver figura 18).

Figura 18



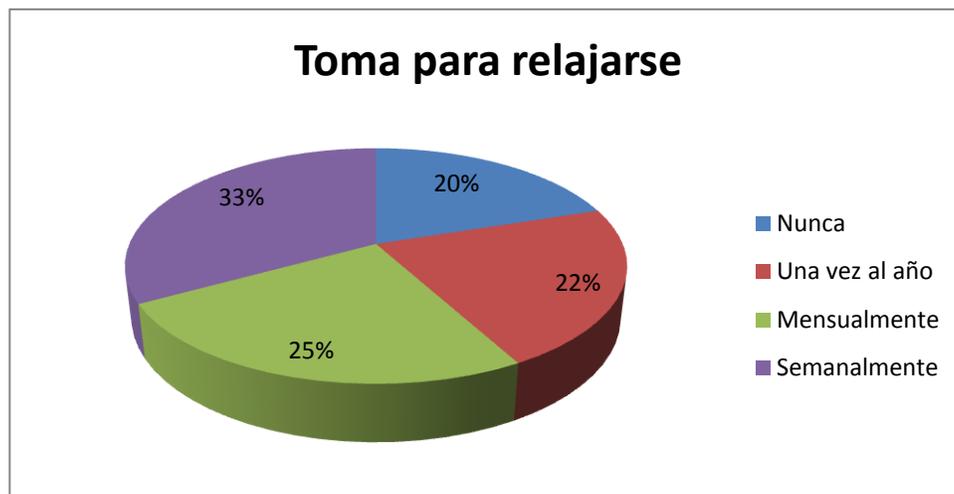
El reactivo de agresividad arrojó los siguientes resultados el 15% no actúa con agresividad, el 12% una vez al año, el 38% mensualmente, el 30% semanalmente y el 5% diario (Ver figura 19).

Figura 19



Respeto al reactivo de consumir alcohol por relajación el 20% respondió que nunca, el 22% una vez al año, el 25% mensualmente, el 33% consume alcohol semanalmente (ver figura 20).

Figura 20



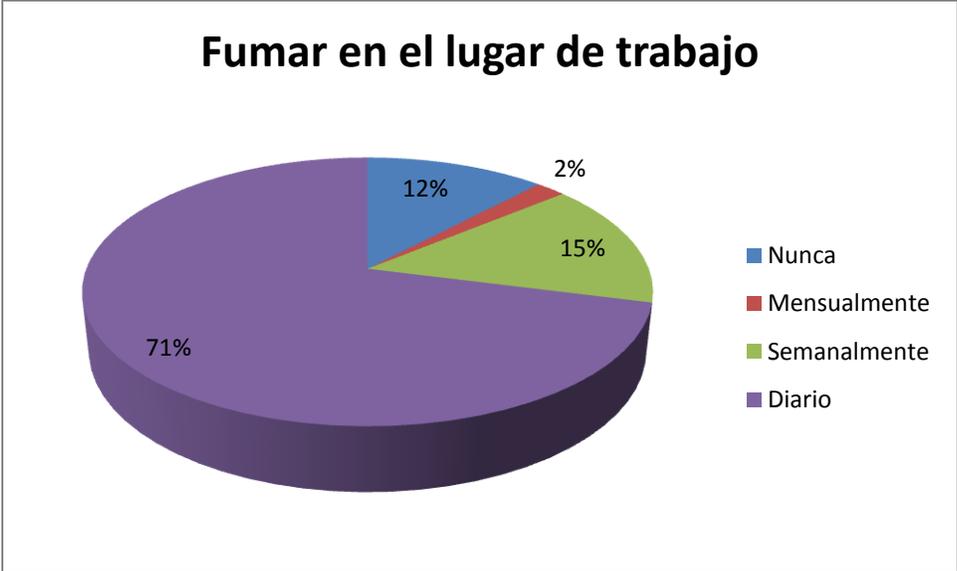
Los resultados que arrojaron el reactivo de consumo de alcohol por estrés fueron los siguientes el 22% nunca ha consumido alcohol por estrés, el 21% indico que una vez al año, el 27% mensualmente y el 30% semanalmente (Ver figura 21).

Figura 21



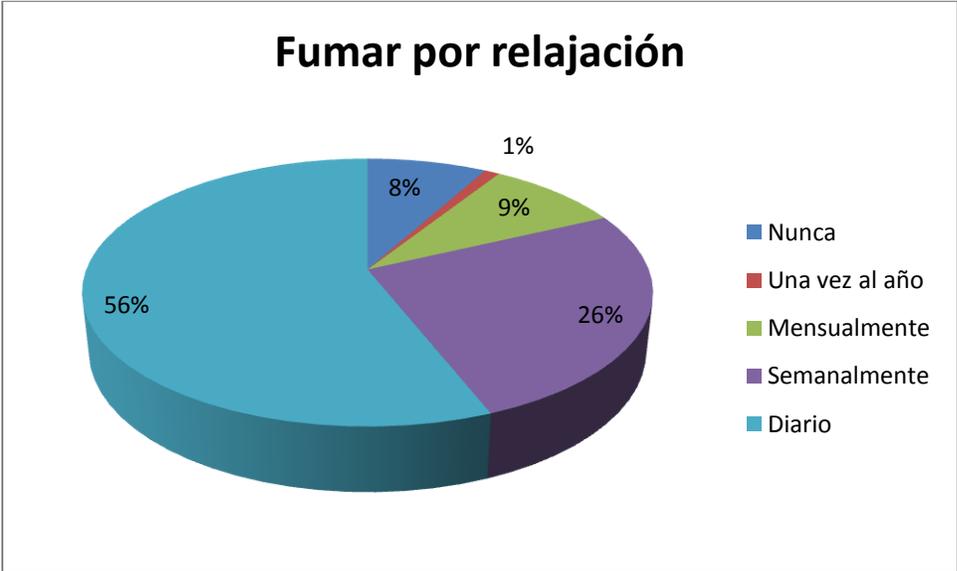
Acercas de la pregunta de fumar en el área del trabajo el 12% nunca lo hace, el 2% mensualmente, el 15% semanalmente y el 71% fuma diario en su trabajo (Ver figura 22).

Figura 22



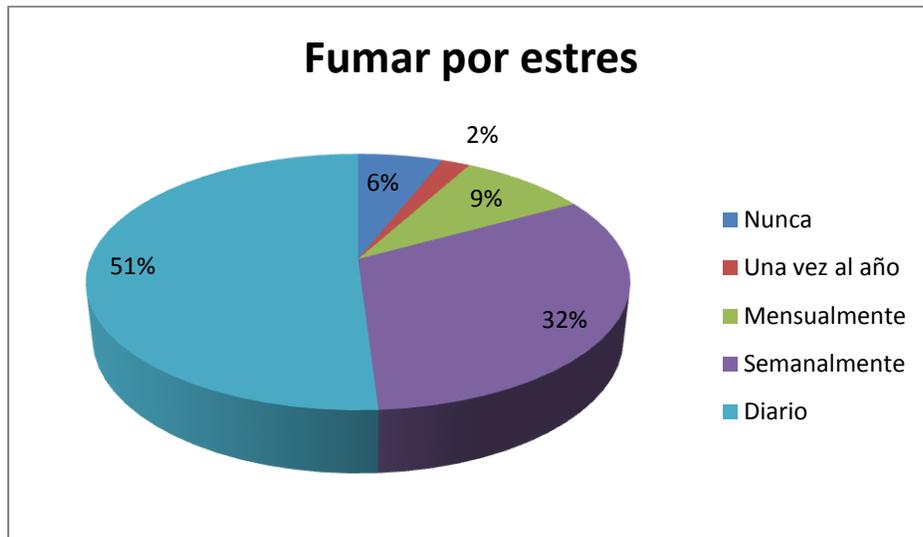
En cuanto a que los sujetos fumen para sentirse relajados el 8% indico que nunca lo hace, el 1% una vez al año, el 9% mensualmente, el 26% semanalmente y el 56% fuma diario (Ver figura 23).

Figura 23



Respecto a fumar por estrés el 6% respondió que nunca, el 2% una vez al año, el 9% mensualmente, el 32% semanalmente y el 51% fuma por estrés diario (Ver figura 24)

Figura 24



En cuanto al reactivo de que se fuma al sentir ansiedad los trabajadores se obtuvieron los siguientes resultados el 6% indico que nunca, el 3% una vez al año, el 8% mensualmente, el 27% semanalmente y el 56% fuma por ansiedad diario (Ver figura 25).

Figura 25



Estadística Inferencial

Confiabilidad

Se obtuvo una confiabilidad general a través de Alfa Cronbach de $\alpha=.968$, también se analizó la confiabilidad de cada factor del cuestionario EVT en donde se obtuvieron los siguientes datos (Ver tabla 1):

Tabla 1. Confiabilidad de cada factor cuestionario EVT

Factor		Numero de reactivos	Alfa de Cronbach
F1	Hostigamiento sexual	10	.924
F2	Violencia verbal	5	.589
F3	Violencia física	6	.767
F4	Amenazas	8	.759
F5	Aislamiento	7	.794
F6	Comunicación deteriorada	4	.571
F7	Generación de culpa	7	.727
F8	Maltrato y humillación	5	.578
F9	Sabotaje y situaciones deshonestas	6	.698
F10	Abuso de poder	5	.755
F11	Castigo	7	.791
F12	Discriminación	7	.913
F13	Sobrecarga de trabajo	4	.604
F14	Desacreditación profesional	7	.747
F15	Exceso supervisión y control	3	.735
F16	Clima laboral hostil	6	.720
		Confiabilidad general	.968

Es importante mencionar que los factores F2: Violencia verbal, F6: Comunicación deteriorada, F8: Maltrato y humillación, obtuvieron una confiabilidad baja al analizarse por separado, sin embargo esto se debe a la muestra de esta investigación, ya que revisando otros estudios los factores ya mencionados reportan una confiabilidad aceptable.

Correlaciones

Una correlación existe cuando dos medidas diferentes de las mismas personas, eventos o cosas varían juntas esto es, cuando los puntajes de una variable covarían con los puntajes de otra variable. Cuando dos variables están relacionadas (correlacionadas) se pueden hacer predicciones para esas variables, sin embargo no se pueden hacer inferencias acerca de la causa de la relación. (Shaughnessy, Zechmeister, 2007).

Para este estudio se realizó un análisis estadístico de correlación tipo Pearson entre los factores de violencia que conforman la Escala de Violencia en el Trabajo (EVT) con las variables demográficas y las variables demográficas de consumo de tabaco y alcohol. (Ver tabla 2):

- ❖ Se observa una correlación significativamente negativa entre la variable demográfica de edad con los factores (F2) violencia verbal, (F6) comunicación deteriorada, (F10) abuso de poder y (F13) sobrecarga de trabajo.
- ❖ La variable demográfica antigüedad presenta una correlación negativa con el factor (F15) Exceso de supervisión indicando que a mayor antigüedad menor exceso de supervisión.
- ❖ La variable de ingreso mensual presenta una correlación significativamente positiva con los factores (F4) amenazas, (F7) generación de culpa, (F10) abuso de poder, (F15) exceso de supervisión y (F16) clima laboral hostil. Se debe mencionar que el factor 15 tiene mayor significancia que los demás factores, presenta una significancia estadística de .308.
- ❖ La variable de número de personas a cargo presenta una correlación estadísticamente negativa con los factores (F5) aislamiento, (F6) comunicación deteriorada, (F8) maltrato y humillación, (F11) castigo, (F13) sobrecarga de trabajo.

Tabla 2. Correlaciones de factores de violencia con variables demográficas.

	F2	F4	F5	F6	F7	F8	F10	F11	F13	F15	F16
Edad	-.210*			-.199*			-.218*		-.198*		
Antigüedad										-.221*	
Ingreso mensual		.201*			.255*		.212*			.308*	.207*
Número de personas a cargo			-.212*	-.199*		-.207*		-.240*	-.248*		

Nota: F2: violencia verbal, F4: amenazas, F5: aislamiento, F6: comunicación deteriorada, F7: generación de culpa, F8: maltrato y humillación, F10: abuso de poder, F11: castigo, F12: discriminación, F13: sobrecarga de trabajo, F15: exceso supervisión y control, F16: clima laboral hostil. P*≤0.05 p**≤0.01

También se realizaron correlaciones con los factores de violencia y las variables demográficas de consumo de alcohol, arrojaron los siguientes resultados (ver tabla 3):

- ❖ La variable de frecuencia en el consumo de alcohol muestra una correlación significativamente positiva con los factores (F4) amenazas, (F6) comunicación deteriorada, (F7) generación de culpa, (F10) abuso de poder, (F16) clima laboral hostil. El factor F7 tiene una significancia de .441 es una de las más altas de esta correlación.
- ❖ La variable de recibe quejas en la forma de tomar indica una correlación significativamente negativa con los factores (F1) hostigamiento sexual, (F3) violencia física, (F5) aislamiento, (F9) sabotaje y situaciones deshonestas, (F11) castigo, (F13) sobrecarga de trabajo. El factor F9 tiene una correlación negativa muy alta -.332.
- ❖ Frecuencia en la que consume alcohol para relajarse tiene una correlación significativamente positiva con el factor (F7) generación de culpa.

- ❖ Con que frecuencia consume más alcohol de lo planeado muestra una correlación significativamente positiva con los factores (F4) amenazas, (F6) comunicación deteriorada, (F7) generación de culpa, (F8) maltrato y humillación, (F13) sobrecarga de trabajo. Nuevamente el factor F7 presenta una correlación más alta de .305.

Tabla 3. Correlación factores de violencia y variables de consumo de alcohol.

	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F13	F16
Frecuencia en el consumo de alcohol			.302**		.197*	.441**			.228*			.212
Frecuencia en la recibe quejas en la forma de tomar	-.296**	-.239		-.255				-.332**		-.236*	-.249	
Frecuencia en la que consume alcohol para relajarse						.213*						
Con que frecuencia consume más alcohol de lo planeado			.257**		.255*	.305**	.200*				.200*	

Nota. F2:violencia verbal, F3:violencia física, F4:amenazas, F5:aislamiento, F6:comunicación deteriorada, F7:generación de culpa, F8:maltrato y humillación, F9:sabotaje y situaciones deshonestas, F10: abuso de poder, F11:castigo, F12: discriminación, F13:sobrecarga de trabajo, F16:clima laboral hostil. $p^* \leq 0.05$ $p^{**} \leq 0.01$

Se realizaron correlaciones de los factores de violencia con las variables demográficas de consumo de alcohol por estrés, problemas por consumir, por diversión, alcohol para sentir seguridad en sí mismo (Ver tabla 4).

- ❖ Frecuencia en la que consume alcohol por estrés muestra una correlación significativamente positiva con el factor (F8) maltrato y humillación.
- ❖ Frecuencia en la que tiene problemas por consumir alcohol indica una correlación significativamente negativa con el factor (F3) violencia física.

- ❖ Frecuencia en la que consume alcohol por diversión muestra una correlación significativamente positiva con los factores (F4) amenazas, y (F7) generación de culpa.
- ❖ Frecuencia en la que consume alcohol para sentir seguridad en sí mismo muestra una correlación significativamente negativa con los factores (F5) aislamiento y (F9) sabotaje y situaciones deshonestas.

Tabla 4. Correlación de factores de violencia con variables de consumo de alcohol.

	F3	F4	F5	F7	F8	F9
Frecuencia en la que consume alcohol por estrés					.236*	
Frecuencia en la que tiene problemas por consumir alcohol	-.198*					
Frecuencia en la que consume alcohol por diversión		.202*		.245*		
Frecuencia en la que consume alcohol para sentir seguridad en sí mismo			-.227*			-.209*

Nota: F3: violencia física, F4: amenazas, F5: aislamiento, F7: generación de culpa, F8: maltrato y humillación F9: sabotaje y situaciones deshonestas. $p^* \leq 0.05$ $p^{**} \leq 0.01$

Las correlaciones también se realizaron entre los factores de violencia con las variables demográficas de consumo de tabaco (Ver tabla 5).

- ❖ La variable de frecuencia con la que fuma muestra una correlación significativamente positiva con los factores (F2) violencia verbal, (F4) amenazas, (F6) comunicación deteriorada, (F7) generación de culpa, (F8) maltrato y humillación, (F10) abuso de poder, (F14) desacreditación profesional, (F15) exceso de supervisión y (F16) clima laboral hostil. El factor F4 muestra una significancia más alta que los demás factores, con una correlación .405.

- ❖ La variable de frecuencia en la que fuma en el lugar de trabajo muestra una correlación significativamente positiva con los factores (F2) violencia verbal, (F4) amenazas, (F7) generación de culpa, (F10) abuso de poder, (F14) desacreditación profesional y (F16) clima laboral hostil.
- ❖ Frecuencia en la que frecuencia en la que fuma por relajación indica una correlación significativamente positiva con los factores (F2) violencia verbal, (F4) amenazas, (F7) generación de culpa, (F10) abuso de poder, (F14) desacreditación profesional, (F15) exceso de supervisión y control y (F16) clima laboral hostil. El factor F7 presenta una significancia de .426.
- ❖ Frecuencia en la que fuma por estrés tiene una correlación significativamente positiva con los factores (F4) amenazas, (F7) generación de culpa, (F10) abuso de poder, (F14) desacreditación profesional, (F15) exceso de supervisión y (F16) clima laboral hostil.

Tabla 5. Correlación de factores de violencia con variables de consumo de tabaco.

	F2	F4	F6	F7	F8	F10	F14	F15	F16
Frecuencia en la que fuma	.311**	.405**	.253*	.397**	.305**	.372**	.322**	.302**	.327**
Frecuencia en la que fumas en el lugar de trabajo	.295**	.343**		.390**		.238	.259**		.252*
Frecuencia en la que fumas para relajarte	.200*	.386**		.426**		.316**	.309**	.263**	.362**
Frecuencia en la que fumas por estrés		.321**		.384**		.271**	.288**	.219*	.290**

Nota: F2: violencia verbal, F4: amenazas, F6: comunicación deteriorada, F7: generación de culpa, F8: maltrato y humillación, F10: abuso de poder, F14: desacreditación profesional, F15: exceso de supervisión y control y F16: clima laboral hostil.

p*≤ 0.05 p**≤ 0.01

Las siguientes correlaciones con los factores de violencia son las variables de tabaquismo que son fumar para reducir ansiedad, fumar al recibir una mala noticia, fumar por problemas y fumar por nervios.

- ❖ Frecuencia en la que fuma para reducir ansiedad indica una correlación significativamente positiva con los factores (F2) violencia, (F4) amenazas, (F7) generación de culpa, (F10) abuso de poder, (F14) desacreditación profesional y (F16) clima laboral hostil.
- ❖ Frecuencia en la que fuma al recibir una mala noticia muestra una correlación significativamente positiva con los factores (F4) amenazas, (F7) generación de culpa, (F8) maltrato y humillación, (F10) abuso de poder, (F14) desacreditación profesional y (F16) clima laboral hostil.
- ❖ Frecuencia en la que fuma por problemas tiene una correlación significativamente positiva con los factores (F4) amenazas, (F7) generación de culpa, (F10) abuso de poder, (F14) desacreditación profesional y (F16) clima laboral hostil.
- ❖ Frecuencia en la que fuma por nervios indica una correlación significativamente positiva con los factores (F4) amenazas, (F7) generación de culpa, (F8) maltrato y humillación, (F10) abuso de poder, (F14) desacreditación profesional y (F16) clima laboral hostil.

Tabla 6. Correlación de factores de violencia con variables de consumo de tabaco.

	F2	F4	F7	F8	F10	F14	F16
Frecuencia en la que fuma para reducir ansiedad	.215*	.334**	.384**		.283**	.272**	.312**
Frecuencia en la que fuma al recibir una mala noticia		.311**	.357**	.252	.283**	.285**	.288
Frecuencia en la que fuma por problemas		.272**	.337**		.236	.247	.270**
Frecuencia en la que fuma por nervios		.306**	.322**	.255	.278**	.240	.279**

Nota: F2: violencia verbal, F4: amenazas, F7: generación de culpa, F8: maltrato y humillación, F10: abuso de poder, F14: desacreditación profesional y F16: clima laboral hostil. . p*≤ 0.05 p**≤ 0.01

A demás también se realizaron correlaciones entra la variables demográficas numéricas con las variables demográficas de consumo de alcohol y tabaco numéricas. Las variables demográficas numéricas son edad, horas de trabajo, antigüedad, ingreso mensual y número de personas a cargo, se correlacionaron con las variables demográficas de consumo de tabaco, frecuencia en la que fuma, número de cigarrros que consume, frecuencia en la que fuma en el lugar de trabajo, frecuencia en la que fuma por relajación y frecuencia en la que fuma por estrés.

También se correlacionaron variables psicosomáticas como lo son dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, dolores musculares, tristeza y agresividad. Las variables demográficas de consumo de alcohol y tabaco, se analizaron de 4 a 5 variables para que las matrices de los resultados no fueran tan grandes y poder observar bien los resultados arrojados (Ver tabla 7).

- ❖ La frecuencia en la que fuma muestra una correlación significativamente negativa con las variables de edad y antigüedad, sin embargo se muestra una correlación positiva con las variables de ingreso mensual.

- ❖ Numero de cigarros que consume indica una correlación significativamente positiva con las variables dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, dolores musculares, tristeza y agresividad.
- ❖ Frecuencia en la que fuma en el lugar de trabajo muestra una correlación significativamente negativa con las variables de edad, antigüedad, y una correlación positiva con las variables de dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, dolores musculares y agresividad.
- ❖ Frecuencia en la que fuma por relajación tiene una correlación significativamente negativa con las variables de edad y antigüedad, pero una correlación significativamente positiva con las variables de dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, dolores musculares, tristeza y agresividad.
- ❖ Frecuencia en la que fuma por estrés muestra una correlación significativamente negativa con las variables de edad, sin embargo tiene una correlación significativamente positiva con las variables de dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, dolores musculares, tristeza y agresividad.

Las variables que se correlacionaron con las variables sociodemográficas son las siguientes (Ver tabla 8):

- ❖ Frecuencia en la que fuma para reducir ansiedad muestra correlaciones negativas con las variables de edad y antigüedad, en cambio tiene correlaciones significativamente positivas con las variables de dolor de cabeza, dolores musculares, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, tristeza y agresividad.
- ❖ Frecuencia en la que fuma al recibir una mala noticia tiene solo una correlación significativamente negativa con la variable de edad y positiva con dolor de cabeza, dolores musculares, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, tristeza y agresividad.

- ❖ Frecuencia en la que fuma por tener problemas tiene una relación significativamente negativa con la edad, pero en cambio positiva con dolor de cabeza, dolores musculares, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, tristeza y agresividad.
- ❖ Frecuencia en la que fuma por nervios muestra una correlación negativa con la edad, y positiva con dolor de cabeza, dolores musculares, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño, ansiedad, tristeza, miedos y agresividad.

Tabla 7. Correlación de variables sociodemográficas y psicosomáticas con variables de consumo de tabaco.

	edad	antigüedad	ingreso mensual	dolor de cabeza	problemas gastrointestinales	trastornos del sueño	ansiedad	dolores musculares	padece tristeza, depresión, etc.	padece miedos temores fobias	agresividad
frecuencia en la que fuma	-.285**	-.225	.205	.411	.248	.363	.311	.393	.212	.240	.445
numero de cigarros que consume				.248	.252	.346**	.283**	.299**	.213		.425**
Frecuencia en la que fuma en el lugar de trabajo	-.346**	-.316**		.374**	.207	.247	.291**	.410**			.456**
Frecuencia en la que fuma por relajación	-.294**	-.298**		.498**	.338**	.415**	.318**	.461**	.288**		.445**
Frecuencia en la que fuma por estrés	-.355**			.473**	.365**	.412**	.318**	.477**	.290**		.445**

Nota: p* ≤ 0.05 p** ≤ 0.01

Tabla 8. Correlación de variables sociodemográficas y psicosomáticas con variables de consumo de tabaco.

	edad	antigüedad	dolor de cabeza	dolores musculares	problemas gastrointestinales	trastornos del sueño	ansiedad	padece tristeza, llanto, etc.	miedos temores fobias	agresividad
Frecuencia en la que fuma para reducir ansiedad	-.407**	-.211	.418*	.440*	.315*	.287*	.271*	.218		.434*
Frecuencia en la que fumar al recibir una mala noticia	-.397**		.446*	.460*	.356**	.320*	.355**	.273**		.543**
Frecuencia en la que fuma por problemas	-.362**		.412**	.492**	.310**	.324**	.327**	.263**		.456**
Frecuencia en la que fuma por nervios	-.353**		.450**	.426**	.347**	.293**	.389**	.323**	.231*	.545**

Nota: p*≤ 0.05 p**≤ 0.01

Se realizaron correlaciones sociodemográficas numéricas y psicosomáticas con las variables demográficas de consumo de alcohol. (Ver tabla 9).

- ❖ Frecuencia en el consumo de alcohol muestra una correlación significativamente positiva con las variables de jornada laboral, ingreso mensual, dolor de cabeza, dolores musculares, trastornos del sueño, ansiedad, tristeza, trastornos alimenticios y agresividad.
- ❖ Frecuencia de consumo de alcohol para relajarse tiene una correlación negativa con la variable de edad, sin embargo muestra una correlación positiva con dolores de cabeza, dolores musculares, trastornos del sueño, ansiedad, tristeza, trastornos alimenticios y agresividad.

- ❖ Frecuencia en la que consumen más alcohol de lo planeado muestra una correlación significativamente positiva con ingreso mensual, dolor de cabeza, dolores musculares, trastornos del sueño, ansiedad, tristeza, trastornos alimenticios y agresividad.
- ❖ Frecuencia en las que desperdicia oportunidades sociales y laborales por consumir alcohol tiene una correlación significativamente positiva con las variables de ansiedad, tristeza y agresividad.
- ❖ Las siguientes correlaciones se realizaron con las variables psicossomáticas, con las variables demográficas de consumo de alcohol. (Ver tabla 10).
- ❖ Frecuencia en la que tu productividad afectada por consumir alcohol tiene una correlación negativa con las variables de jornada laboral y trastornos del sueño, pero positiva con antigüedad.
- ❖ Frecuencia en la que consume alcohol por estrés muestra una correlación significativamente positiva con las variables de dolores musculares, ansiedad, tristeza, trastornos alimenticios y agresividad.
- ❖ Con que frecuencia tienes problemas con el consumo de alcohol indica una correlación significativamente negativa con las variables de problemas gastrointestinales y trastornos del sueño.
- ❖ Frecuencia en la que consume alcohol por diversión tienen una correlación significativamente negativa con la variable de edad, sin embargo muestra correlaciones positivas con dolor de cabeza, dolores musculares y agresividad.
- ❖ Frecuencia en la que consume alcohol para sentir seguridad en sí mismo muestra una correlación significativamente positiva con la variable de agresividad.

Tabla 9. Correlación de variables sociodemográficas con variables de consumo de alcohol

	edad	ingreso mensual	Dolor de cabeza	dolores musculares	trastornos del sueño	ansiedad	tristeza, llanto, etc.	disminución de apetito sexual	trastornos alimenticios	agresividad
frecuencia en el consumo de alcohol		.279**	.601**	.387**	.281**	.376**	.251*		.290**	.299**
Frecuencia de consumo de alcohol para relajarse	-.223*		.357**	.240*	.289**	.462**	.309**		.254*	.366**
Frecuencia en la que consume más alcohol de lo planeado		.292**	.514**	.429**	.359**	.474**	.403**		.361**	.461**
Frecuencia en la que desperdicia oportunidades sociales y laborales por consumir alcohol.						.217*	.282**	.210*		.228*

Nota: p* ≤ 0.05 p** ≤ 0.01

Tabla 10. Correlación de variables sociodemográficas y psicósomáticas con variables de consumo de alcohol.

	edad	horas	antigüedad	dolor de cabeza	dolores musculares	problemas gastrointestinales	trastornos del sueño	ansiedad	tristeza, llanto, etc.	trastornos alimenticios	agresividad
Frecuencia en la que tu productividad es afectada por consumir alcohol		.266**	.359*				-.213*				
Frecuencia de consumo de alcohol por estrés					.273*			.350**	.275**	.332**	.268*
Frecuencia en la que tiene problemas por consumir alcohol						-.243*	-.245*				
Frecuencia en la que consume alcohol por diversión	.285**			.303**	.265**						.357**
Frecuencia en la que consume alcohol para sentir seguridad en sí mismo											.229

Nota: p* ≤ 0.05 p** ≤ 0.01

Anovas

Para comprobar las hipótesis planteadas en la investigación se realizó un análisis factorial de varianza (ANOVA) esta es una prueba estadística inferencial usada para determinar si una variable independiente ha tenido un efecto estadísticamente significativo en una variable dependiente. (Shaughnessy et. al. 2007).

Se tomaron en cuenta los factores de violencia de la Escala de Violencia en el Trabajo (EVT) con las variables sociodemográficas grupales y las variables demográficas grupales de consumo de tabaco y alcohol.

Se muestra que la variable de sexo se ve afectada por los factores:

(F1) hostigamiento sexual con mayor incidencia en el grupo de sexo femenino, el (F4) amenazas se ve afectado mayormente en el grupo de sexo masculino, el (F5) aislamiento tiene mayor incidencia en el grupo de sexo femenino, el (F8) maltrato y humillación afecta más a el grupo de sexo femenino, el (F11) castigo tiene mayor incidencia en el grupo de sexo femenino y (F13) sobrecarga de trabajo nuevamente incide mayormente en el grupo de sexo femenino (Ver tabla 11).

Tabla 11

Relación entre factores de violencia y sexo

Variable	Grupos	F1	F4	F5	F8	F11	F13
Sexo	Masculino	8.577	6.574	9.681	7.594	8.823	8.403
	Femenino	11.580	6.063	14.132	8.189	9.171	10.176

Nota: F1= Hostigamiento sexual, F4=Amenazas, F5=Aislamiento, F8=Maltrato y humillación, F11=Castigo y F13= Sobrecarga de trabajo.

La variable de estado civil se ve significativamente afectada por los siguientes factores de violencia (Ver tabla 12):

- ❖ El F1 Hostigamiento sexual tiene mayor incidencia en el grupo que se encuentra sin pareja.
- ❖ El F2 Violencia afecta en su mayoría al grupo de estado civil sin pareja.
- ❖ El F5 Aislamiento incide en el grupo que se encuentra sin pareja.

- ❖ El F9 Sabotaje y situaciones deshonestas tiende a ser mayor en el grupo de estado civil sin pareja.
- ❖ El F11 Castigo tiene mayor incidencia en el grupo que se encuentra sin pareja.
- ❖ El F12 Discriminación igualmente el grupo que presenta mayor afectación es el grupo de estado civil sin pareja.

Tabla 12
Relación de factores de violencia con variable estado civil

Variable	Grupos	F1	F2	F5	F9	F11	F12
Estado civil	Con pareja	10.162	6.804	10.593	7.044	7.952	10.871
	Sin pareja	12.826	7.753	15.807	9.584	11.258	12.784

Nota: F1=Hostigamiento sexual, F2=Violencia verbal, F5=Aislamiento, F9=Sabotaje y situaciones deshonestas, F11=Castigo, F12=Discriminación.

La variable escolaridad se ve afectada por los siguientes factores de violencia (Ver tabla13).

- ❖ El F6 Comunicación deteriorada se ve afectado más el grupo que reportaron su escolaridad de secundaria, seguido por el grupo de bachillerato.
- ❖ El F10 Abuso de poder incide mas en el grupo de secundaria, seguido por el grupo de bachillerato.
- ❖ El F15 Exceso de supervisión tiene mayor incidencia en el grupo de escolaridad secundaria, seguida por el grupo de bachillerato.
- ❖ El F16 Clima laboral hostil afecta en su mayoría al grupo de escolaridad secundaria, seguido por el grupo de escolaridad bachillerato.

Tabla 13

Relación de factores de violencia con la variable escolaridad

Variable	Grupos	F6	F10	F15	F16
Escolaridad	Secundaria	10.502	9.126	8.829	8.193
	Bachillerato	7.526	6.075	7.242	6.750
	Universidad	6.503	3.676	3.423	4.040
	Posgrado	3.712	3.679	.000	6.481

Nota: F6=Comunicación deteriorada, F10=Abuso de poder, F15=Exceso supervisión y control, F16=Clima laboral hostil.

La variable de organización se ve afectada por los siguientes factores de violencia (Ver tabla 14).

- ❖ El F4 Amenazas se ve más afectado el grupo de organización privada.
- ❖ El F16 Clima laboral hostil igualmente incide en el grupo de organización privada.

Tabla 14

Relación de factores de violencia con la variable de tipo de organización

Variable	Grupos	F4	F16
Tipo de organización	Publica	1.623	3.737
	Privada	6.646	6.857

Nota: F4=Amenazas, F16=Clima laboral hostil.

Tabla 15

Relación de factores de violencia con la variable de tipo de contrato

Variable	Grupos	F1	F2	F3	F5	F7	F8	F9	F11	F12	F13
Tipo de contrato	Tiempo determinado	7.113	4.708	2.924	6.480	3.883	4.945	5.861	6.161	5.164	8.086
	Tiempo indefinido	11.590	7.224	8.674	12.939	6.152	8.270	7.846	9.351	12.234	9.492

Nota: F1=Hostigamiento sexual, F2=Violencia verbal, F3=Violencia física, F5=Aislamiento, F7= Generación de culpa, F8= Maltrato y humillación, F9= Sabotaje y situaciones deshonestas, F11= Castigo, F12= Discriminación y F13= Sobrecarga de trabajo.

La variable de personas a cargo se ve afectada con los siguientes factores de violencia (Ver tabla 16):

- ❖ F1 Hostigamiento sexual presenta mayor incidencia en el grupo del que no tienen personas a cargo.
- ❖ F4 Amenazas afecta más al grupo de quien si tiene personas a cargo.
- ❖ F5 Aislamiento incide en el grupo de quien no tiene personas a cargo.
- ❖ F6 Comunicación deteriorada incide a quien no tiene personas a cargo.
- ❖ F8 Maltrato y humillación tiene mayor incidencia en el grupo que no tiene personas a cargo.
- ❖ F9 Sabotaje y situaciones deshonestas afecta más al grupo que no tiene personas a cargo.
- ❖ F10 Abuso de poder incide más en el grupo de quienes tienen personas a cargo.
- ❖ F11 Castigo tiene mayor incidencia en el grupo de quienes no tienen personas a cargo.
- ❖ F13 Sobrecarga de trabajo incide más en el grupo de quien no tienen personas a cargo.
- ❖ F16 Clima laboral hostil incide más en el grupo de personas que si tienen personas a cargo.

Tabla 16

Relación de factores de violencia con la variable de personas a cargo

Variable	Grupos	F1	F4	F5	F6	F8	F9	F10	F11	F13	F16
Personas a cargo	Si	4.532	9.617	4.097	6.927	5.145	6.220	8.045	4.615	8.981	11.786
	No	11.435	5.924	12.678	8.196	7.800	7.908	6.508	9.085	9.197	5.879

Nota: F1=Hostigamiento sexual, F4=Amenazas, F5=Aislamiento, F6=Comunicación deteriorada, F8=Maltrato y humillación, F9=Sabotaje y situaciones deshonestas, F10=Abuso de poder, F11=Castigo, F13=Sobrecarga de trabajo, F16=Clima laboral hostil.

La variable de número de personas a cargo se presenta afectada por los siguientes factores de violencia (Ver tabla 17):

- ❖ F4 Amenazas presenta mayor incidencia en el grupo que tienen de 1-2 personas a cargo, seguido por el grupo que tienen 3-5 personas a cargo.
- ❖ F6 Comunicación deteriorada presenta mayor incidencia en el grupo que tiene de 1-2 personas a cargo, seguido por el grupo que tienen 0 personas a cargo.
- ❖ F7 Generación de culpa afecta en su mayoría al grupo de 1-2 personas a cargo, seguida por el grupo de 0 personas.
- ❖ F8 Maltrato y humillación tiene mayor incidencia en el grupo de 3-5 personas a cargo, seguida por el grupo de 0 personas a cargo.
- ❖ F9 Sabotaje y situaciones deshonestas afecta en su mayoría al grupo de 3-5 personas a cargo, seguida por el grupo de 1-2 personas a cargo.
- ❖ F10 Abuso de poder incide en el grupo de 1-2 personas a cargo, seguida por el grupo de 3-5 personas a cargo.
- ❖ F11 Castigo tiene mayor incidencia en el grupo de 3-5 personas a cargo, seguida por el grupo de 0 personas a cargo.
- ❖ F13 Sobrecarga de trabajo influye más en el grupo de 3-5 personas a cargo, seguida por el grupo de 1-2 personas a cargo.
- ❖ F14 Desacreditación profesional incide en su mayoría en el grupo de 1-2 personas a cargo, seguida por el grupo de 6-10 personas a cargo.
- ❖ F15 Exceso de supervisión y control tiene mayor incidencia en el grupo de 1-2 personas a cargo, seguida por el grupo de 0 personas a cargo.
- ❖ F16 Clima laboral hostil incide en el grupo de 1-2 personas a cargo, seguida por el grupo de 3-5 personas a cargo.

Tabla 17

Relación entre factores de violencia y la variable número de personas a cargo.

Variable	Grupo	F4	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F13	F14	F15	F16
Número de personas a cargo	0 personas	5.394	7.913	4.748	7.678	7.793	6.074	8.941	9.110	5.168	6.396	5.288
	1-2 personas	11.895	8.621	15.552	4.813	7.922	12.398	5.699	10.769	16.333	11.094	16.098
	3-5 personas	10.606	7.424	3.333	13.576	10.842	7.636	17.374	13.788	5.656	2.828	10.606
	6-10 personas	3.708	.3818	3.682	4.163	.769	2.013	3.078	1.500	8.994	1.154	4.922

Nota: F4=Amenas, F6=Comunicación deteriorada, F7= Generación de culpa, F8=Maltrato y humillación, F9=Sabotaje y situaciones deshonestas, F10=Abuso de poder, F11=Castigo, F13=Sobrecarga de trabajo, F14=Desacreditación profesional, F15=Exceso de supervisión, F16=Clima laboral hostil.

La variable antigüedad se ve afectada por los factores de violencia siguientes (Ver tabla 19):

- ❖ F13 Sobrecarga de trabajo tiene mayor incidencia en el grupo que tiene una antigüedad de 7 a 9 años, seguido por los que tienen 1 año de antigüedad.

Tabla 18

Relación de factores de violencia con la variable antigüedad.

Variable	Grupo	F13
Antigüedad	1 año	10.606
	2-3 años	7.546
	4-6 años	9.832
	7-9 años	11.683
	10-15 años	2.828
	16-23 años	6.094

Nota: F13=Sobrecarga de trabajo, F16=Clima laboral hostil.

La variable de ingreso mensual se ve afectada por los siguientes factores de violencia (Ver tabla 19):

- ❖ F6 Comunicación deteriorada afecta en su mayoría al grupo que tiene un ingreso que va de \$2,000 a \$4,000, seguido por el grupo que tiene un ingreso de \$11,000 a \$14,000.

- ❖ F15 Exceso de supervisión y control obtiene mayor incidencia en el grupo que tiene un ingreso mensual de \$2,000 a \$4,000, seguido por el grupo que tiene un ingreso de \$5,000 a \$7,000 mensuales.

Tabla 19

Relación de factores de violencia con la variable de ingreso mensual

Variable	Grupo	F6	F15
Ingreso mensual	2,000-4,000	10.935	9.088
	5,000-7,000	7.764	7.785
	8,000-10,000	5.084	3.161
	11,000-14,000	9.232	5.859
	15,000-25,000	3.848	.000

Nota: F6=Comunicación deteriorada, F15=Exceso de supervisión y control.

Se realizaron anovas de los factores de violencia con las variables demográficas grupales de consumo de alcohol y tabaco.

La variable de número de cigarrillos que consume al día se ve afectada por los siguientes factores de violencia (Ver tabla 20):

- ❖ F7 Generación de culpa, incide en su mayoría en el grupo de 6-10 cigarrillos diarios, seguida por el grupo de 3 cigarrillos.
- ❖ F16 Clima laboral hostil, tiene una mayor incidencia en el grupo de personas que no fuman, seguida por el grupo de personas que fuman de 6 a 10 cigarrillos al día.

Tabla 20**Relación de factores de violencia con el número de cigarrillos que consumen al día**

Variable	Grupos	F7	F16
Numero de cigarrillos que consumen al día.	No fuman	6.386	10.231
	1-2 cigarrillos	3.568	5.523
	3 cigarrillos	6.546	6.422
	4-5 cigarrillos	4.490	4.415
	6-10 cigarrillos	6.741	7.934

Nota: F7= Generación de culpa, F16=Clima laboral hostil

La variable de recibe quejas por su forma de beber se ve afectada por los siguientes factores de violencia (Ver tabla 21):

- Los factores F2 Violencia verbal, F3 Violencia física, F5 Aislamiento, F9 Sabotaje y situaciones deshonestas y F11 Castigo tienen mayor incidencia en el grupo de personas que no recibe quejas por su forma de ingerir alcohol.
- Sin embargo los factores F4 Amenazas y Sobrecarga de trabajo tienen mayor incidencia en el grupo de personas que si recibe quejas por su forma de ingerir alcohol.

Tabla 21**Relación de factores de violencia con la variable de recibe quejas por su forma de ingerir alcohol.**

Variable	Grupo	F2	F3	F4	F5	F9	F11	F13
Recibe quejas por su forma de ingerir alcohol.	Si	5.414	2.159	8.687	6.291	6.729	7.444	9.221
	No	7.150	8.525	5.902	12.836	7.705	9.103	9.198

Nota: F2=Violencia verbal, F3=Violencia física, F4=Amenazas, F5=Aislamiento, F9=Sabotaje y situaciones deshonestas, F11=Castigo, F13=Sobrecarga de trabajo.

Discusión

Con los resultados que arrojó esta investigación se puede inferir que si existe relación entre acoso laboral y el consumo de alcohol y tabaco. Respecto a la hipótesis planteada fue sustentada estadísticamente dicha relación entre los factores y las variables ya mencionadas, se puede constatar de la tabla 3 a la 6 en donde se presentan puntajes significativos que validan esta hipótesis con una significancia del 0.05 y 0.01, es importante mencionar que también se realizaron correlaciones de las variables psicosomáticas y las variables de consumo de tabaco y alcohol que mostraron tener la misma significancia.

Con esto se logro el objetivo general de la investigación demostrando que existe una relación significativa entre los factores que incluye el acoso laboral y de las variables de consumo. Como se puede observar en las correlaciones de las variables psicosomáticas con las variables de consumo de tabaco y alcohol entre mayores problemas tengan las personas respecto a variables psicosomáticas como dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, ansiedad tristeza etc.; mayor será su consumo de alcohol y tabaco.

Esto implica que las causas de las enfermedades son numerosas, pero una de las más importantes son las conductas que ponen en riesgo la salud, así como aquellas estrategias de afrontamiento dirigidas a regular las emociones frente a situaciones estresantes (Lazarus, 1986) que resultan nocivas por ejemplo, tranquilizarse mediante el consumo de drogas, o la ingesta de alcohol o excesivas cantidades de alimentos. (Oblitas, 2006).

Es importante indicar que los factores psicosomáticos afectan a los trabajadores en sus conductas respecto a su forma de ingerir y consumir alcohol y tabaco y que para esta investigación fueron elementos de gran influencia. En la tabla 2 se pueden observar las correlaciones de los factores de violencia con las variables socio demográficas, estas últimas son importantes para conocer que características y cuál es el contexto en el trabajo que tienen las personas para sufrir acoso laboral, como es que a mayor ingreso mensual será mayor el exceso de supervisión y control. En la misma tabla se observa que la edad de los trabajadores influye en sobre algunos factores que integran el acoso como lo son violencia

verbal, comunicación deteriorada, abuso de poder y sobrecarga de trabajo indicando que a menor edad se recibirán por parte de los compañeros o jefes este tipo de abusos.

El acoso laboral (mobbing) es un fenómeno complejo que conjuga diferentes factores psicológicos, sociales, éticos y jurídicos con repercusiones culturales, económicas y políticas. Por tanto, para estudiarlo hay que considerar las características psicológicas de los individuos y las que son inherentes a la organización a la que pertenecen, así como el contexto social y cultural en el que funciona la organización. (Trujillo et. al. 2007).

Respecto a las correlaciones de factores de violencia con las variables demográficas de consumo se puede observar significancias muy altas en las tablas de la 3 a la 6, como por ejemplo entre más sentimientos de culpa sientan los trabajadores mayor será la frecuencia en el consumo de alcohol. Así como entre mayor maltrato y humillación reciba mayor será la frecuencia en la que fuman las personas.

Entre los factores causales de tipo psicológico más relevantes se pueden mencionar la necesidad de reducir ansiedad, conflictos en las relaciones personales, baja estima personal, etc. En lo que se refiere a factores sociales, se destacan la disponibilidad de consumo de alcohol y tabaco, la aceptación social, estilos de vida estresantes y otros similares. (Oblitas 2006). Existen culturas organizacionales tóxicas que pueden dar lugar a disfunciones organizacionales o ser principio de problemas o conductas hostiles y de discriminación para los trabajadores que puede fomentar patologías laborales como el acoso psicológico, sexual, etc. (Garrosa y Carmona 2011).

Respecto al análisis de varianza (ANOVA) se observa que en la variable de sexo (tabla 11) se ve afectada por los factores de hostigamiento sexual, amenazas, aislamiento, maltrato y humillación, castigo y sobre carga de trabajo, y hay una tendencia de afectar en su mayoría al grupo de sexo femenino, esto nos puede indicar que las mujeres que laboran en las empresas son más propensas a sufrir estos factores que integran el acoso laboral (mobbing). Se puede observar que el grupo que se encuentran sin pareja (tabla 12) se ve afectado por los factores de hostigamiento sexual, violencia verbal, aislamiento, sabotaje y situaciones

deshonestas, castigo y discriminación. Esto nos indica que estar sin pareja puede ser una variable importante para que las personas comiencen a ser víctimas de acoso laboral, ya que se podría decir que no tienen el apoyo de una pareja.

El acoso sexual es un paso más del acoso moral, atañe a ambos sexos, pero la mayoría de los casos descritos o denunciados corresponde a mujeres que han sido agredidas por hombres que suelen ser sus superiores en la jerarquía (Hirigoyen, 1999).

La OIT (Organización Internacional del Trabajo) considera el **acoso sexual** como "cualquier tipo de acercamiento o presión de naturaleza sexual; tanto física como verbal, no deseada por quien la sufre, que surge de la relación de empleo y que da por resultado un ambiente de trabajo hostil, un impedimento para hacer las tareas y/o un condicionamiento de las oportunidades de ocupación de la persona perseguida". (OIT, 1997 en campos et.al.2005).

En la variable de escolaridad se ve afectada por comunicación deteriorada, abuso de poder, exceso de supervisión y control y clima laboral hostil, sobre todo en el grupo de escolaridad secundaria.

En cuanto al grupo de tipo de organización hay mayor incidencia en el grupo de tipo de organización privada en los factores de amenazas y clima laboral hostil. En la variable de tipo de contrato se ve afectado por los factores de hostigamiento sexual, violencia verbal, violencia física, aislamiento, generación de culpa, maltrato y humillación, sabotaje y situaciones deshonestas, castigo, discriminación y sobre carga de trabajo. Considero que estos dos grupos están relacionados debido a que las empresas privadas muchas veces no tiene una cultura organizacional saludable y las nuevas empresas pequeñas no tienen bien definidas las actividades para cada puesto a realizar y es muy común que haya bastante burocracia, las modernas formas de contratación que son por determinado número de meses a prueba podría provocar estrés a las personas y tener que soportar los abusos ya mencionados.

La precariedad de la oferta de trabajo contemporánea y las inconsistencias de los nuevos modos productivos llevan a los trabajadores a construir sus biografías laborales en condiciones de vulnerabilidad constante y de sobre-exposición a modalidades organizacionales que no siempre son percibidas como realizativas. (Cebey y Ferrari 2010).

Solo se realizaron dos análisis de varianza (ANOVA) de las variables de consumo de tabaco y alcohol. En la tabla 20 se puede observar el número de cigarrillos que consumen al día los trabajadores el grupo que mayor se ve afectado por los factores de generación de culpa y clima laboral hostil es el grupo que consume de 6 a 10 cigarrillos diarios. Esto nos indica que las personas que soportan estos factores son más propensas a consumir el número de cigarrillos ya mencionados.

Respecto a la variable de recibe quejas por su forma de ingerir alcohol regularmente se ve más afectado el grupo que no recibe quejas por los factores de violencia verbal, violencia física, aislamiento, sabotaje y situaciones deshonestas y castigo, sin embargo el grupo que si recibe quejas por su forma de consumir alcohol son los factores de amenazas y sobrecarga de trabajo.

Los daños psicológicos asociados a la presencia de acoso psicológico laboral, a largo plazo, pueden conducir a depresión, ansiedad, baja autoestima, pérdida de interés por el trabajo, fallos de la memoria, frustración, alteraciones emocionales, problemas físicos, conductuales, familiares, sociales y como etapa final en muchos casos, el suicidio (Martínez & Cruz, 2008). Además, este problema es causa de un elevado costo en términos económicos y sociales (Lutgen-Sandvik, 2003).

La persona afectada por el mobbing para disminuir su ansiedad puede desarrollar diferentes conductas de consumo de tabaco y alcohol o bien caer en la adicción. La excesiva duración o intensidad de la situación de mobbing puede dar lugar a patologías más graves o agravar patologías ya existentes, pudiéndose desarrollar cuadros depresivos graves e incluso tendencias suicidas.

Conclusiones

En esta investigación surgieron cosas positivas y negativas, a pesar de esto se logro cumplir el objetivo principal. Es importante que la sociedad se concientice sobre este fenómeno por que puede acarrear consecuencias graves y una de ellas son el consumo de tabaco y alcohol.

La muestra que se analizo que fueron de 100 trabajadores mexicanos, estos brindaron información sobre lo que implica el acoso laboral (mobbing), así mismo arrojaron respuestas de cuáles son los factores que más los afectan, considero que esto es muy importante porque así las empresas podrían dar prioridad a estos factores y erradicar de sus empresas dicho fenómeno.

Como observamos en la correlaciones hubo variables que mostraban mas relación con otras, sería importante que en investigaciones futuras se hiciera un análisis y estudio más minucioso y detallado de las variables que muestran mayor significancia.

La teoría se pudo comprobar con los resultados obtenidos, el entorno laboral afecta a gran parte de la muestra investigada, en muchos de los casos las personas saben que están siendo violentadas en su área de trabajo pero por algunos motivos como miedo, pena, falta de conocimiento sobre este fenómeno, no buscan ayuda ni psicológica ni legal sobre su caso.

Son bastantes las personas que niegan el hecho de que están siendo víctimas de acoso laboral ya que se tiene la idea de que hablar de acoso se refiere especialmente a acoso sexual y esto es una idea errónea, como ya hemos visto el acoso laboral está integrado por diversos factores y uno de ellos es el acoso sexual aunque sus fines de este pueden ser distintos.

Es importante dar herramientas a las personas para que sepan cómo afrontar este fenómeno y más aun para que no lleguen a caer en algún tipo de consumo excesivo de alcohol y tabaco ya que en ocasiones las personas no saben lidiar con estos fenómenos y ven la salida rápida, debido a que se presentan padecimientos psicosomáticos que afectan a los

individuos y esto puede acarrear a problemas de adicciones. Lo que se encontró en esta investigación es que hay una fuerte relación de las variables psicosomáticas y las variables de consumo, es por eso que podemos decir que si una persona está siendo víctima del mobbing es más propensa a consumir con más frecuencia alcohol y/o tabaco o en su defecto caer en la adicción. Como se vio consumir alcohol y tabaco suele ser una respuesta a las tensiones individuales, pero esta problemática se puede evitar si las personas cuentan con estrategias de afrontamiento y cuentan con el apoyo social, pero también hay ciertas características que influyen como lo son la personalidad y autoestima que no son determinantes pero si inciden en esta problemática.

En cuanto al abuso y las adicciones de igual manera como se hacen campañas preventivas para el acoso laboral se pueden realizar sobre adicciones y factores de riesgo a los que se exponen y cuales serian sus consecuencias.

Este fenómeno también afecta a las organizaciones en su productividad, pero muchas veces su clima organizacional es propiciador del mismo y no solo se debe de quedar en concientizar a los trabajadores sobre este fenómeno, si no de tomar acciones correctivas, brindar ayuda a las víctimas, implementar estrategias para evitar este fenómeno y si es necesario hacer todo un cambio en su cultura organizacional, ya que no solo se estarían beneficiando los trabajadores en su calidad de vida y salud, sino también la propia empresa.

Es importante señalar que existe teoría de cuáles son las causas más comunes para que ciertas personas sufran acoso laboral (mobbing) pero por que se da el acoso, básicamente son por envidia, miedo a que otra persona sobre salga o sea más eficiente en determinada tarea, esto no se puede generalizar en todos los casos, pero si sabemos que el fin de estas actitudes hostiles es que la personas renuncien a su trabajo.

En el aspecto legal aun no se ha podido legislar una ley que castigue a los acosadores y en muchas ocasiones las personas no tienen pruebas de que son víctimas, aunque existen diversas organizaciones en el ámbito legal no ha habido gran avance. Es deber de las autoridades competentes, así como de las organizaciones y personal como psicólogos

poder brindar ayuda a las personas víctimas del acoso, y no solo a las víctimas si no también al acosador ya que probablemente ellos también necesiten ayuda psicológica para corregir esas actitudes hostiles y violentas.

Limitaciones y sugerencias

En esta investigación se presentaron varias limitaciones, es importante que se tomen en cuenta para futuros estudios sobre este tema.

Principalmente que no hay suficiente teoría sobre la relación del acoso laboral y el consumo de alcohol y tabaco, pero afortunadamente con la muestra que se estudio, esta relación se pudo sustentar con el análisis estadístico que se realizo de las respuestas arrojadas del cuestionario de Escala de Violencia en el Trabajo (EVT) y las preguntas demográficas de consumo. Respecto al cuestionario no se pudieron realizar varios análisis de varianza (ANOVA) de las variables de consumo porque no se podían segmentar en grupo y pudo haberse realizado un análisis más detallado.

Otra limitación importante fue poder localizar la muestra ya que muchas veces no se tiene conocimiento de este fenómeno y/o es muy difícil que admitan que son violentados en su trabajo y con dificultades accedían a responder el cuestionario ya que con las preguntas agregadas de consumo resulto un poco extenso y algunos trabajadores no tenían tiempo para responderlo.

Lo mismo pasó con varias organizaciones que no mostraron cooperación en permitir realizar el estudio, sin embargo, hubo otras que no fueron renuentes ante la petición de permitirnos realizar el estudio con sus empleados y dentro de sus instalaciones.

Una limitación significativa es la subjetividad de las respuestas brindadas por los empleados, ya que debemos tomar en cuenta que por el aspecto social los empleados no pudieron a ver respondido de manera cien por ciento honesta.

En cuanto a las sugerencias, considero que en el análisis de varianza (ANOVA) se deberían hacer más preguntas que se puedan segmentar en grupos así se podría mejorar el análisis de investigaciones similares.

Considero que antes de la aplicación del cuestionario se les debe hacer mención a los trabajadores sobre que no hay razón por la cual se deban avergonzar ni es motivo para ser evidenciados de que sufren acoso laboral, ya que la apertura de los trabajadores será muy beneficiosa para las investigaciones, así como ampliar la población estudiada. Es importante señalarles de igual manera que no porque haya relación de acoso laboral con el consumo de tabaco y alcohol significa que son dependientes o en su caso adictos y que se puede modificar su conducta de consumo.

También se deberían fomentar medidas preventivas en las organizaciones, brindar ayuda a los trabajadores, estar en constante alerta para que no se presente este fenómeno ni ningún problema que ponga en riesgo el clima organizacional, la salud de los trabajadores y su calidad de vida, que por ende afectaran la productividad de las organizaciones.

En las campañas de prevención debería de acudir un experto en el área legal aunque con la teoría ya nos quedo claro que no hay una ley para castigar el acoso laboral aun así se debe denunciar y los deben de asesorar sobre lo que pueden hacer si se encuentran en una situación así y que las autoridades comiencen a tomar cartas en el asunto y creen leyes para que se castiguen este tipos de delitos, por lo tanto los trabajadores ya tendrán más confianza en denunciar estos hechos y así se pueda comenzar a erradicar este fenómeno.

REFERENCIAS

- Agrest, (2009) *Prevención de enfermedades y medicina preventiva*, Medicina Buenos Aires)(69)3:382-386. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=115&sid=fd02878a-8b92-4e96-aa1e-b56ecf565491%40sessionmgr110>
- Agudelo S. A., et. al. (2010). *Mobbing, un aspecto a vigilar en los profesionales en Colombia*. Revista Gerencia y Políticas de Salud (9)19:41-52. Recuperado de:<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7293ee63-20d0-4c6f-b0e5-f474c97339b9%40sessionmgr10&vid=3&hid=22>
- Algarra (1997) *Las campañas de comunicación pública. La comunicación y salud como campo de estudio*. Comunicación y Sociedad (10)1:151-159. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=fd02878a-8b92-4e96-aa1e-b56ecf565491%40sessionmgr110&vid=5&hid=101>
- Aparicio y Sánchez (1999) *Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario millón*. (15):2:191-211. Recuperado de:
http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/06v98_19pilars3.PDF
- Arjonilla, S., et. al. (2000) *Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud. México*. Salud mental (23)3:1-12. Recuperado de:
<http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2303/sm230302rab.pdf>
- Arrivillaga (2009). *Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos*, Universitas Psychological (8)1:137-147. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=3&sid=b2876f95-040b-45ea-acc1-a27dafd7c0a3%40sessionmgr111>

Behn et. al. (2001). *Motivaciones para dejar de fumar en funcionarios y estudiantes universitarios ex fumadores*, Revista médica de Chile, (129)5. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872001000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Belkis (2011) *Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones*, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología (49)3. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lang=pt

Bello et. al. (2008) Tratamiento farmacológico del tabaquismo, Revista Chilena de enfermedades respiratorias (24)2. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200007&lang=pt

Berruecos (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones, Revista Cuicuilco. (17)49. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cabanillas R. W. (2012). *Factores de riesgo/protección y los programas Preventivos en drogodependencias en el Perú*. Revista Peruana Medicina Experimental. Salud Pública. 2012; 29(1):104-112. Recuperado de: <http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7293e63-20d0-4c6f-b0e5-f474c97339b9%40sessionmgr10&vid=13&hid=5>

Cabarcos L. A., Montes P. C., Vázquez R. P. *Mobbing: Antecedentes psicosociales y consecuencias sobre la satisfacción laboral*. Revista Latinoamericana de Psicología; (42)2:215-224. Recuperado de: <http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7293e63-20d0-4c6f-b0e5-f474c97339b9%40sessionmgr10&vid=15&hid=5>

- Campos et. al. (2005), *Acoso moral y acoso sexual en el lugar de trabajo*, Medicina Legal de Costa Rica, (22)2. Recuperado de:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152005000200004&lang=pt
- Carrillo D. K. (2007), *El acoso moral en el trabajo («mobbing»): Delimitación y herramientas jurídicas para combatirlo*. Gaceta Laboral. (13)1:76-94. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7293ee63-20d0-4c6f-b0e5-f474c97339b9%40sessionmgr10&vid=19&hid=5>
- Cebey y Ferrari (2010), *Funciones, expectativas y riesgos psicosociales del trabajo contemporáneo*, Anuario de investigaciones, Psicología del trabajo, (17).
Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862010000100009&lang=pt
- Cicua et. al. (2008). *Factores en el consumo de alcohol en adolescente*, Revista Pensamiento Psicológico, (4)11:115-134. Recuperado de:
http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS11-7.pdf
- Coutiño, M.A. (2008). *Tabaquismo y depresión*. Salud Mental, (31)5:409-415. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=96ebd212-19f8-406c-8368-5e614fa6e6ea%40sessionmgr110&vid=3&hid=109>
- Chávez D. R. (2010). *Tabaquismo. La naturaleza causal pide respeto*. Archivos de Cardiología de México. (80)4:318-324. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=cf58f2db-6043-45ed-bd8c-3c60081539e0%40sessionmgr113&vid=3&hid=102>

- De Conto y Marina (2012), *El acoso laboral y sus representaciones en los medios de noticias*, Rev. Salud pública, (46) 3. Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300003&lang=pt
- Di Pardo y Elizondo (2005) *El síndrome de la borrachera seca* Liberad dictus, México Desacatos num.29:173-178. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n29/n29a12.pdf>
- Duran et. al. (2007), *Emociones y comportamientos pro-ambiental*, Revista Latinoamericana de Psicología, (39) 2. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000200006&lang=pt
- Echemendia (2011), *Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones*, Revista Cubana Higiene Epidemiología, (49) 3. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lang=pt
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Secretaria de Salud. *Tabaco y Alcohol*. Recuperado de:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- Fernández et. al. (2009), *La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos*, Archivos Brasileiros de Psicología, (61)2. Recuperado de:
<http://132.248.9.1:8991/hevila/Arquivosbrasileirosdepsicologia/2009/vol61/no2/8.pdf>

Fuentes V. R. (2008), *Mobbing: Manifestaciones corporales al vivir un proceso de acoso laboral*, Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2008; 41(1). Recuperado de:

<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&hid=5&sid=7293ee63-20d0-4c6f-b0e5-f474c97339b9%40sessionmgr10>

García et. al. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, (45)2:1-12. Recuperado de:

<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=4&sid=89c5124e-84d7-4f5a-991d-104a93560fba%40sessionmgr11>

Fondevila G. (2008). *El hostigamiento laboral como forma de discriminación: un estudio cualitativo de percepción*, Revista mexicana de sociología (70)2. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032008000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Garrosa (2011), *Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo*. Salud laboral y bienestar (57)1. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500014&lang=pt

Gil (2012), *Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional*, Rev. Perú Med Exp Salud Publica, (29)2. Recuperado de:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200012&lang=pt

Gomero et. al. (2006) *Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional*, Revista Médica Herediana (17)2:105-108. Recuperado de:

<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=115&sid=3d0e69f9-83ea-4a89-a7df-754569a2665d%40sessionmgr112>

- Gómez (2007) *Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo*, Universitas Psychologica(6)1:105-113. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&hid=115&sid=b2876f95-040b-45ea-acc1-a27dafd7c0a3%40sessionmgr111>
- Gómez y González *Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse*. Revista de la facultad Nacional de la Salud Pública, (22):87-106. Recuperado de:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12022109&iCveNum=1166>
- González et. al. (2012). *Indicadores de bienestar psicológico percibido en alumnos de Educación Física*, Revista de Psicología del Deporte (21)1:183-187. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=1&sid=b2876f95-040b-45ea-acc1-a27dafd7c0a3%40sessionmgr111>
- González y Delgado (2008), *Acoso laboral y trastornos de la personalidad: un estudio con el MCMI-II*, Clínica y Salud, (19)2:191-204. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a03.pdf>
- Guerrero et al. (2006). *Calidad de vida y trabajo. Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina*. ACIMED (14) 4:1-30. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=89c5124e-84d7-4f5a-991d-104a93560fba%40sessionmgr11&vid=3&hid=4>
- Hair (2001), *Análisis multivariante*. (5ª edición), Madrid: Prentice-Hall
- Hernández R. S., Fernández C. C., y Baptista P.L. (1991). *Metodología de la Investigación*. (1ª edición). México: Mc Graw-Hill
- Hernando (2006) *Calidad de vida, Educación Física y Salud*. Revista Española de Pedagogía;(235):453-463. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=abd407be-4632-4dfc-b6fc-9f7747e82bdb%40sessionmgr14&vid=5&hid=5>

- Herrera y Guzmán (2012), *Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento*, Revista Médica Clínica Las Condes (23)1:65-76. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=89c5124e-84d7-4f5a-991d-104a93560fba%40sessionmgr11&vid=3&hid=120>
- Juárez (2007), *Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México*, Salud pública México, (49)2. Recuperado de:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200006&lang=pt
- Kausel. Et. al. (2012), Más allá de los cinco grandes: disposiciones y personalidad en la predicción de decisiones deshonestas en el contexto organizacional, *Innovar* (22)44. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512012000200009&lang=pt
- Kerlinger F. N. (2002) *Investigación del comportamiento: Método de investigación en ciencias sociales*. (4ª edición). México: Mc Graw-Hill
- Leal et.al. (2012). *Procesos de salud-enfermedad (física y mental) de los trabajadores en una empresa de autopartes*, Global Conference on Business & Finance Proceedings (7)2:704-713. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=23&sid=fdea930a-cab9-48c5-9fe3-f97687682754%40sessionmgr15>
- Llanos, A. (2013). *En México padecen “acoso laboral” 40% de las personas*, *Revolución del intelecto*. Recuperado de:
<http://ferriz.com.mx/vida-y-estilo/en-mexico-padecen-acoso-laboral-40-de-las-personas/>

- Londoño y Flórez (2010), *Formación en psicología de la Salud en Colombia*. Psicología: avances de la disciplina (4)1:55-61. Recuperado de:
<http://132.248.9.1:8991/hevila/PsychologiaAvancesdeladisciplina/2010/vol4/no1/4.pdf>
- Lorenzo, P.F. (2009). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. (3ª edición) España: Panamericana.
- Mazzitelli A. L. (s/a) *Drogas, legalización y debate*. (Centrales). Recuperado de:
http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc193/AL_Mazzitelli.pdf
- Moral de la Rubia J. (2005). *Avances en la investigación sobre dependencia de sustancias*. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Nuevo León, 6(4). Recuperado de: <http://www.respyn.uanl.mx/vi/4/ensayos/avances.html>
- Morales et. al. (2011), *Acoso moral en el trabajo, en vista de la aplicación de la ley. Acoso moral en el trabajo Según los operadores de la ley*. Psychol. Soc. (23)1.
Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100005&lang=pt
- Morales et. al. (2011) *Acoso laboral y conductas incívicas: una perspectiva desde la psicología social*, Espac. blanco, Ser. Indagaciones, (21)1. Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1515-94852011000100005&lang=pt
- Moreno et. al. (2010) *Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo “trabajo emocional” y propuesta de evaluación* Revista Latinoamericana de Psicología; (42) 1:63-73. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=120&sid=5332c8f1-ee23-415f-9ace-b7a1f6c5286b%40sessionmgr115>
- Morrison y Bennett (2008), *Psicología de la salud*, Madrid: Pearson

Naveillan (1998), *Alcoholismo laboral, unidad de impresiones mutual de seguridad*. 1ra edición. Recuperado de:

http://books.google.com.mx/books?id=K_IxzAb18QoC&printsec=frontcover&dq=alcoholismo&hl=es&sa=X&ei=qIHbUImAO8m_2QWx_oGwCQ&ved=0CDoQ6AEwADgK

Oblitas (2006), *Psicología de la salud y calidad de vida* (2ª edición), México: Thomson

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2000.

Otero C, (2011). *Drogodependencias en el lugar del trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo*. Medicina y seguridad del trabajo. (57)1

Pasquel A. Ma. O., Morell de la Vega N. *Mobbing: el peligroso fantasma de las instituciones*, Hospitalidad ESDAI; 19:111-144. Recuperado de:

<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=dfdc52f6-d036-4f58-bd2e-fe63bc67e5%40sessionmgr115&vid=3&hid=5>

Pardo y Núñez (2008). *Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven*, Aquichan, (8)2: 266-284,19. Recuperado de:

<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=abd407be-4632-4dfc-b6fc-9f7747e82bdb%40sessionmgr14&vid=7&hid=22>

Perea et. al. (2009). *Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo*. Psicothema (21)1:39-44. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3592.pdf>

Pérez et. al. (2005) *Identificación de comportamientos de riesgo para enfrentar la promoción de estilos de vida saludables*, Medicentro Electrónica (9) 3:1-6.

Recuperado de:

<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=abd407be-4632-4dfc-b6fc-9f7747e82bdb%40sessionmgr14&vid=10&hid=120>

- Ramos (2007), *El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud*, Revista Cubana de Salud Pública; (33) 2:1-7. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b2876f95-040b-45ea-acc1-a27dafd7c0a3%40sessionmgr111&vid=31&hid=115>
- Revilla et. al. (2012). *Factores psicosociales en alcohólicos dependientes*, Caso clínico, MEDISAN, (16)7. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192012000700019&lang=pt
- Rodríguez et. al. (2006). *Auto concepto físico y estilos de vida en la adolescencia*, Psychosocial Intervention / Intervencion Psicosocial (15) 1: 81-94. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&hid=6&sid=b2876f95-040b-45ea-acc1-a27dafd7c0a3%40sessionmgr111>
- Rodríguez et. al. (2011) *Mejoramiento sostenible de la calidad de vida de la población mediante el trabajo comunitario* Revista Cubana de Salud Pública. 2011; 37(3):219-229. Recuperado de:
<Http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=124&sid=80aa91a9-f60a-423f-b198-fd18480e96bd%40sessionmgr111>
- Rodríguez, G. M. et. al. (2009). *Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de pregrado de una universidad privada de Medellín, 2007*. Investigación y Educación en Enfermería, (27)1:60-68. Recuperado de:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2829/2280>
- Ruiz (2007), *Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario*, Revista Latinoamericana de Psicología, (39)3. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000300008&lang=pt

Ruiz (2012), *Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescente*. Modelos animales, Revista cubana de investigaciones biomédicas, (31)1. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003&lang=es

S/N, *El tabaquismo y sus consecuencias: Enfermedades producidas por el tabaco*. Recuperado de:
http://www.url.edu.gt/otros_sitios/noTabaco/02-02enfermedades.htm

Salazar I, Varela M, Tovar J, y Cáceres de Rodríguez (2006). *Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios*. Acta colombiana de psicología 9(2): 19-30. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Samaniego et. Al. (2005), Factores asociados al consumo de tabaco en una población de adultos, anuario de investigaciones. Salud, epidemiología y prevención. (12). Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Samet (2002). *Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo*. Salud pública de México. (44)5: 144-16. Recuperado de:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10644520&iCveNum=249>

Sánchez H.C. (2011). *Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes*, Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)(19):730-737. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=96ebd212-19f8-406c-8368-5e614fa6e6bea%40sessionmgr110&vid=7&hid=20>

Sansores et. al. (2002) *Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México, Salud pública de México*. Instituto nacional de salud pública. (44)5:116-124. Recuperado de:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10644517&iCveNum=249>

Sauter et. al. s/n, *Factores psicosociales y de organización*, Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, cap. 34. Recuperado de:

Http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/enciclo/general/contenido/tomo2/34.pdf

Schult y Schultz (2009) *Teorías de la personalidad*, CENGAGE LEARNING 9 edición.

Seijas et. al. (1999), *Dependencia de nicotina: seguimiento a un año plazo de pacientes tratados con terapia grupal más reemplazo de nicotina*, Revista médica de Chile (127)11. Recuperado de:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498871999001100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Shaughnessy y Zechmester (2007), *Métodos de investigación en psicología*. (7ª edición). Estados Unidos: Mc Graw Hill

Trujillo et. al. (2007), *Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas*, Innovar (17) 29. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512007000100004&lang=pt

Ubaque (2009) *Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar*, Avances en Enfermería (27): 1: 124-129. Recuperado de:

<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=101&sid=5332c8f1-ee23-415f-9ace-b7a1f6c5286b%40sessionmgr115>

Uribe F.P. (2011) *Violencia y acoso en el trabajo Mobbing*. (1ª edición). México: Manual Moderno

- Urzua et. al. (2011). *Competencias parentales percibidas y calidad de vida*, Revista Chilena de Pediatría(82) 4:300-310. Recuperado de:
<http://ehis.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=6&sid=80aa91a9-f60a-423f-b198-fd18480e96bd%40sessionmgr111>
- Varela et. al. (2009), *Acoso laboral - daño psíquico, psicología jurídica* (16). Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862009000100042&lang=pt
- Vázquez et. al. (2010), *Factores psicosociales motivacionales y estado de salud*, Medicina y Seguridad del Trabajo, (56)218. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000100002&lang=pt

CUESTIONARIO EVT (Uribe y García, 2012) (F01)

1	Donde trabajo exageran al controlarme entradas, salidas y movimientos dentro de la empresa
2	En la organización donde laboro mi jefe me impone su voluntad e intereses
3	Mi jefe me ha obligado a pedirle perdón de manera humillante por errores de trabajo
4	Me amenazan con reducirme mi tiempo de descanso
5	En mi lugar de trabajo he descubierto que inventan “chismes” de mí
6	Me han amenazado con reportarme o inhabilitarme para otros trabajos
7	Mi jefe y/o compañeros de trabajo suelen hacerme llamadas telefónicas con propuestas sexuales, las cuales me molestan y rechazo
8	Mis compañeros de trabajo me hacen la vida imposible
9	En el trabajo me calumnian y se murmura a mis espaldas
10	He observado que mi jefe y mis compañeros se ponen de acuerdo para sabotear mi trabajo

11	Si me rehusó a realizar actividades extras recibo amenazas por parte de mi jefe
12	Mi jefe y/o compañeros de trabajo me tratan mal por mi orientación sexual
13	Cuando mis familiares o amigos llegan a comunicarse telefónicamente conmigo al trabajo, se les niega la posibilidad de hablar conmigo sin razón aparente
14	He tenido que soportar peticiones de favores sexuales por parte de compañeros de trabajo que abusan de su jerarquía institucional
15	Mi jefe acostumbra insinuar que soy mal trabajador lo que me genera culpa aunque no sea cierto
16	En la empresa en donde trabajo se percibe un clima de trabajo hostil y tenso
17	Si tengo la oportunidad de salir de mi trabajo de acuerdo al horario establecido mis superiores se encargan de hacerme sentir incomodo para que salga más tarde
18	En mi trabajo me culpan de cualquier error
19	Mi jefe me castiga prohibiéndome usar el teléfono para hacer llamadas personales
20	Percibo que mis compañeros se burlan de mi manera de pensar

21	Cuando llego a retrasarme en la entrega de trabajo, mi jefe me lo reprocha exageradamente haciéndome sentir mal
22	Minimizan mi desempeño laboral ya que argumentan que no cuento con las capacidades o habilidades necesarias para realizar las actividades que se me encomiendan
23	Mi jefe y/o compañeros suelen presionarme con intenciones sexuales para salir a comer o a tomar algo
24	Mis compañeros de trabajo suelen comentar que mi trabajo es poco profesional aunque no sea cierto
25	Me han presionado con sanciones laborales si no acepto propuestas sexuales
26	Me obligan a hacer cosas de trabajo para las que saben que no estoy preparado y así hacerme quedar mal

27	Se me trata diferente entre mis compañeros de trabajo por mi sexo
28	Mi jefe (s) me grita frente a todos mis compañeros para ponerme en ridículo
29	Cuando estoy con mi jefe y/o compañeros, estos suelen tener conversaciones con contenido sexual alusivos a mi persona, lo cual me incomoda
30	Algunos compañeros de trabajo suelen mirarme morbosamente (con intenciones sexuales) para molestarme y hacerme sentir mal
31	Me asignan lugares de trabajo que me mantienen aislado del resto de mis compañeros
32	En mi trabajo he sido castigado, por no colaborar, hasta altas horas de la noche
33	He sufrido amenazas de perder el empleo
34	En mi trabajo tengo que atenerme arbitrariamente a lo que disponga mi jefe según su estado de ánimo
35	En mi trabajo me castigan poniéndome a hacer tareas absurdas
36	En el trabajo prohíben a mis compañeros o colegas hablar conmigo
37	Me impiden intencionalmente el acceso a cursos, pláticas, juntas importantes para mi trabajo etc.
38	En algunas ocasiones mi jefe me encarga trabajos especiales o urgentes, pero estos son ignorados después y tirados a la basura.
39	A pesar de cualquier tipo de esfuerzo mis jefes y/o compañeros de oficina critican mi trabajo

40	Mi jefe me castiga recortando mis tiempos de descanso
41	Han agredido a algún amigo, familiar o colaborador cercano para intimidarme
42	Bromas, comentarios, chistes de naturaleza sexual molestos hacia mi persona son realizados por mis jefes o compañeros de trabajo después de haber solicitado una mejora laboral
43	Mis jefes no atienden las peticiones que hago
44	Mi jefe y/o compañeros de trabajo han llegado a hacerme propuestas indecorosas a cambio de una mejora o permanencia laboral
45	Cuando hay juntas importantes se me informa de ellas en el último momento para que parezca improvisado
46	Mi trabajo es evaluado de forma negativa y lo comparan con el de mis compañeros
47	Le ocasionan daños en su domicilio por rencillas de trabajo
48	Mis compañeros de trabajo hacen diferencias de trato por mi apariencia física
49	Controlan de manera muy estricta y exagerada mis horarios de trabajo, alimentos y movimientos dentro de la empresa

50	En el trabajo atacan o se burlan de mis preferencias políticas o religiosas
51	Mi jefe abusa del cargo que tiene para satisfacer sus intereses parándose el cuello con mi trabajo sin reconocérmelo
52	Mi jefe acostumbra aventarme documentos en el escritorio
53	Mis compañeros me hacen responsable de sus errores haciéndome sentir culpable
54	Se me controla excesivamente el uso de material, equipo y artículos de oficina
55	En el trabajo me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores, fallas, omisiones y confusiones que no dependen totalmente de mi

56	Algunas personas distorsionan malintencionadamente lo que digo o hago para hacerme quedar mal en el trabajo
57	Modifican mis responsabilidades o funciones a realizar sin previo aviso
58	Recibo ataques físicos leves como advertencia por problemas de trabajo
59	Me siento en un clima de trabajo inestable
60	Mi jefe hace comentarios intimidatorios respecto a mi permanencia en la empresa
61	Recibo insultos o comentarios obscenos o degradantes por parte de mis compañeros de trabajo
62	Me atacan físicamente por venganzas de trabajo
63	Hacen circular rumores falsos o infundados sobre mi persona
64	En general, se me ignora y se me trata como si fuera invisible
65	En mi trabajo me hacen sentir que no cuento con las capacidades y habilidades necesarias para la realizar las tareas encomendadas
66	En mi trabajo me hacen sentir diferente por mi origen cultural
67	Me reducen mi hora de alimentos como castigo
68	En mi trabajo siento como si estuviera pintado, ya que mis compañeros y/o jefes no me toman en cuenta
69	Me chantajea con cambiarme de puesto cuando mi jefe considera que no le gusta mi trabajo
70	He tenido que trabajar los fines de semana como forma de castigo
71	Mi jefe me solicita trabajo con información poco clara

72	Recibe daños en sus pertenencias o en su vehículo por problemas de trabajo
73	Mis jefes y/o compañeros de trabajo me privan de información necesaria para hacer mi trabajo
74	Han inventado errores en mi trabajo, mismos que yo no he cometido y que han sido causa para que sea solicitada mi renuncia
75	Las personas que me apoyan reciben amenazas, o presiones para que se aparten de mi
76	Me zarandean, empujan o agreden físicamente para intimidarme por razones laborales
77	Mi jefe ha utilizado mis errores para exhibirme en público frente a mis compañeros
78	En mi trabajo existe un trato déspota entre compañeros
79	Manipulan mis herramientas de trabajo (por ejemplo, borran archivos de la computadora, me esconden o descomponen objetos de trabajo)
80	Si llego tarde a mi trabajo, mi jefe me lo reprocha hasta que logra hacerme sentir mal
81	Mis compañeros de trabajo me han humillado públicamente

82	Mis compañeros de trabajo me ignoran, me excluyen o fingen no verme
83	En la organización en la que me encuentro se acosa laboralmente
84	Me asignan plazos irracionales para entregar proyectos de trabajo
85	En mi trabajo me critican por mi forma de vestir
86	En mi lugar de trabajo no se respeta mi estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, madre soltera, etc.)
87	Observo que al participar en reuniones de trabajo mis opiniones son ignoradas
88	Me amenazan con usar instrumentos disciplinarios (rescisión de contrato, manchar mi

	expediente, sanciones económicas, traslados, etc.)
89	Me obligan a realizar trabajos nocivos o peligrosos
90	Mi jefe y/o compañeros de trabajo me prometen ocultar mis errores a cambio de algún tipo de contacto sexual
91	Me saturan con una carga de trabajo exagerada en forma malintencionada

92	Estando en mi espacio laboral recibo acercamientos físicos sexualmente indeseados e incómodos por parte de algún miembro de la organización
93	Me han querido asustar con la sanción de evaluar mal mi desempeño, a pesar de que mi trabajo es el adecuado
94	Se esperan a la hora de salida para solicitarme trabajo de último momento
95	Mi jefe me exige mas allá de los buenos resultados para que él sobresalga de entre sus colegas
96	El ambiente de trabajo es tan desagradable que no tengo ánimo para relacionarme con otras personas
97	Donde laboro si cometo un error soy castigado
98	¿Que edad tiene?
99	Sexo
100	Estado Civil
101	¿Qué escolaridad tiene?
102	¿Qué ocupación tiene?
103	¿En su trabajo que tipo de puesto ocupa?
104	¿Cuántas horas trabaja al día?
105	¿Cuánto tiempo de antigüedad tiene en la empresa en la que labora actualmente?
106	¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibe, sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
107	¿En que tipo de organización labora?
108	¿Qué tipo de contrato tiene?
109	¿Tiene personas a tu cargo?
110	¿Cuántas?
111	¿Con que frecuencia fuma?
112	¿Cuántos cigarros fuma?
113	¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?
114	¿Padece dolores de cabeza? (cefalea tensional, migraña, etc.)
115	¿Padece dolores musculares? (cuello, espalda, extremidades, etc)
116	¿Padece problemas gastrointestinales? (diarreas, gastritis, colitis, ulceras, etc.)
117	¿Padece trastornos del sueño? (insomnio, pesadillas, no poder despertar, etc.)
118	¿Padece ansiedad? (nerviosismo inexplicable, angustia, temblores, etc.)
119	¿Padece tristeza, llanto, melancolía, depresión?
120	¿Padece disminución del apetito o satisfacción sexual?
121	¿Padece trastornos alimenticios? (falta o exceso de apetito, vomito, nauseas)
122	¿Padece miedos, temores, fobias, etc. hacia situaciones u objetos?
123	¿Actúa y responde con agresividad incontrolable?

124	¿Recibe quejas por parte de sus familiares por su forma de consumir alcohol?
125	¿Qué tan seguido toma para relajarte o para aliviar la ansiedad?
126	¿Qué tan seguido tomas más de lo que tenías planeado?
127	¿Qué tan seguido desperdicia oportunidades importantes profesionales, sociales o familiares por estar tomando?
128	¿Qué tan seguido se ha visto afectada tu productividad por estar tomando?
129	¿En las ocasiones que ingiere alcohol, ha sido porque has estado expuesto a situaciones de tensión o estrés?
130	¿Qué tan seguido ha pensado que tienes problemas con el alcohol?
131	¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas por diversión?
132	¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas para sentir seguridad en sí mismo?
133	¿Con que frecuencia fumas en tu lugar de trabajo?
134	¿Con que frecuencias utilizas el cigarrillo como método de relajación?
135	¿Con que frecuencia en las ocasiones en las que fumas, es porque has estado expuesto a situaciones de tensión o estrés?
136	¿Con que frecuencia los efectos que tiene sobre ti el fumar son: reducir ansiedad?
137	¿Con que frecuencia fumas al recibir una mala noticia?
138	¿Con que frecuencia fumas cuando tienes problemas, laborales/familiares?
139	¿Con que frecuencia fumas porque te encuentras nervioso (a)?