

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“CONSUMO DE ALCOHOL, PROBLEMAS  
DE SALUD MENTAL Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS  
EN TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA  
GASTRONÓMICA Y HOTELERA DE LA CIUDAD  
DE MÉXICO”**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
EUNICE MAGDALENA RUIZ CORTÉS**

**DIRECTOR: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO  
REVISOR: MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA**



**Facultad  
de Psicología**

**ABRIL 2009**



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.

El presente trabajo se realizó gracias al apoyo financiero del  
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)  
Proyecto CONACyT-2002-C01-42260

y

Forma parte de un estudio más amplio  
Realizado por investigadores del  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
Proyecto 4550

## **DEDICATORIA**

**AL ETERNO  
POR TODO  
EN TODO**

### **A MI FAMILIA**

**Los que se quieren de veras ni el tiempo ni el espacio los separan**

Eva Cortés Villa, mujer valiente y fuerte, gracias por apoyarme y creer en mí.  
Puedo llamarte bienaventurada.

Daniel Ruiz Jacobo, papá por 6507 días maravillosos, gracias por enseñarme a tener menos miedo y por tus frases memorables. Te sobrevive todo.

Daniel Ruiz Cortés, gracias por acompañarme, cuidarme y tolerarme.

**A MI**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y a la vida, por poner a tanta gente extraordinaria en mi camino, por los buenos y los malos momentos, porque estoy aquí, terminando un trayecto, más no el camino.

A los amigos que me han acompañado en este proceso, gracias por su amistad, por sus palabras, por escucharme, por los abrazos, las risas y las lágrimas compartidas, por su apoyo, por estar ahí, junto a mí.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, específicamente a la Facultad de Psicología, por permitirme crecer en ella como profesional y como ser humano, por brindarme innumerables experiencias y darme la oportunidad de concretar esta meta... como no te voy a querer...

A la Maestra Lilia Joya, por sus valiosas aportaciones y sugerencias, además de respetar mis ideas, aceptar mis cambios, teneme paciencia y por apoyar este proyecto, muchísimas gracias.

A la Maestra Laura Somarriba, por su apoyo en la realización de este trabajo.

A mis sinodales: Dra. Catalina Gonzalez, Lic. Jorge Álvarez y Dra. Shoshana Berenzon, por sus valiosos comentarios y sugerencias.

Silvia, nada de esto habría sido posible sin ti, estoy muy agradecida de haberte conocido, ya que además de haber aprendido muchísimas cosas en el aspecto profesional, me has dado la oportunidad de crecer como persona.

Paco, por las clases y el apoyo estadístico y metodológico, gracias.

Nora, muchas gracias por las revisiones, comentarios y sugerencias para este trabajo, también por las palabras que en más de una ocasión me obligaron a avanzar.

Al personal del departamento Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, por el apoyo brindado durante este proceso.

# ÍNDICE

	Página
<b>RESUMEN</b>	i
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ii
<b>CAPITULO 1.- CONSUMO DE ALCOHOL</b>	
1.1-Panorama epidemiológico	1
1.1.1 Panorama Internacional	1
1.1.2 Panorama Nacional	2
1.2-Efectos del consumo de alcohol	3
1.2.1 Diferencias individuales	4
1.2.2 Efectos en el organismo	6
1.2.3 Consecuencias en el sistema nervioso central	7
1.2.4 Manifestaciones conductuales del consumo de alcohol	8
1.2.5 Consecuencias sociales del consumo de alcohol	11
1.2.6 Dinámica familiar	12
1.2.7 Violencia y accidentes	13
1.3-Evaluación del consumo de alcohol	14
1.3.1 Bebidas estándar	15
1.3.2 Límites de menor riesgo	16
1.3.3 Niveles y Patrones de consumo	17
1.3.4 Medición del consumo	20
<b>CAPÍTULO 2.- SALUD MENTAL Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS</b>	
2.1-Salud mental	23
2.1.1 Epidemiología	23
2.1.2 Definiciones de salud mental	25
2.1.3 Factores relacionados con la salud mental	27
2.1.4 Evaluación del estado de salud mental	28
2.2-Síntomas somáticos	30
2.2.1 Definiciones de somatización y síntomas somáticos	30
2.2.2 Epidemiología	32
2.2.3 Evaluación de síntomas somáticos	33
2.2.4 Factores relacionados con la sintomatología somática	35
2.3-Comorbilidad de los problemas de salud mental	38
2.3.1 Comorbilidad de problemas de salud mental y consumo de alcohol	39
2.3.2 Comorbilidad de problemas de salud mental y síntomas somáticos	42
<b>CAPITULO 3.- SALUD EN EL TRABAJO</b>	
3.1-Salud en el trabajo	47
3.1.1 Factores que inciden en la salud de los trabajadores	48
3.2-Trabajo y consumo de alcohol	51
3.2.1 Epidemiología del consumo de alcohol en ámbitos laborales	51
3.2.2 Factores relacionados con el consumo de alcohol en el ámbito laboral	53
3.2.3 Consecuencias del consumo en el trabajo y el trabajador	58

	Página
3.3-Trabajo, problemas de salud mental y síntomas somáticos . . . . .	60
3.3.1 Epidemiología de los problemas de salud mental y los síntomas somáticos en ámbitos laborales . . . . .	60
3.3.2 Factores relacionados a los problemas de salud mental y la sintomatología somática en el ámbito laboral . . . . .	63
3.3.3 Consecuencias de los problemas de salud mental y los síntomas somáticos en el trabajo y el trabajador . . . . .	67
3.4-Industria gastronómica y hotelera . . . . .	70
3.4.1 Características del sector . . . . .	70
3.4.2 Panorama internacional . . . . .	72
3.4.3 Panorama nacional . . . . .	73
<b>CAPITULO 4.- METODO</b>	
4.1 Objetivo general . . . . .	77
4.2 Objetivos específicos . . . . .	77
4.3 Hipótesis . . . . .	
4.3.1 Hipótesis conceptual . . . . .	78
4.3.2 Hipótesis de trabajo . . . . .	78
4.4 Variables . . . . .	
4.4.1 Definición de las variables . . . . .	78
4.5 Muestreo . . . . .	80
4.6 Sujetos . . . . .	80
4.7 Procedimiento . . . . .	82
4.8 Instrumentos . . . . .	83
4.9 Tipo de estudio . . . . .	88
4.10 Diseño de investigación . . . . .	89
4.11 Análisis estadístico . . . . .	89
<b>CAPITULO 5.- RESULTADOS</b>	
5.1 Validez y confiabilidad de las escalas . . . . .	
5.1.1 Prueba AUDIT rápida . . . . .	91
5.1.2 Inventario MHI-5 . . . . .	92
5.1.3 Escala de Somatización del SCL-90 . . . . .	93
5.2 Frecuencias generales . . . . .	
5.2.1 Nivel de Consumo de Alcohol . . . . .	95
5.2.2 Síntomas de Problemas de Salud Mental . . . . .	98
5.2.3 Nivel de Malestar ocasionado por los Síntomas Somáticos . . . . .	100
5.3 Relación entre consumo de alcohol, problemas de salud mental y síntomas somáticos. Prueba de hipótesis . . . . .	104
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES</b> . . . . .	110
<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</b> . . . . .	117
<b>REFERENCIAS</b> . . . . .	119
<b>ANEXO</b> . . . . .	146

## RESUMEN

Los problemas de salud mental, los relacionados con el consumo excesivo de alcohol, y los malestares somáticos ocasionan diversas dificultades al individuo y a la sociedad, específicamente en el ámbito laboral generan accidentes, disminución de la productividad, ausentismo y elevados gastos en servicios de salud, entre otros. Se ha encontrado que estos factores se presentan de manera conjunta en muchos casos, afectándose y complicándose entre sí. La identificación temprana de los sujetos que presentan estas problemáticas y de quienes se encuentran en riesgo de desarrollarlas, permite realizar acciones preventivas y de intervención que pueden reducir la ocurrencia de las problemáticas asociadas.

El objetivo de este trabajo fue conocer los niveles de consumo de alcohol, el porcentaje de sujetos que presentan síntomas de probables problemas de salud mental y el nivel de malestar ocasionado por síntomas somáticos que presenta un grupo de trabajadores que laboran en la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México, afiliados a una organización sindical; así como determinar si existe correlación entre estos tres aspectos.

La muestra total fue de 194 trabajadores todos hombres, mayores de 18 años.

El instrumento fue un cuestionario autoaplicado con la prueba AUDIT rápida para consumo de alcohol; la prueba de salud mental MHF-5; la escala de somatización del SCL-90; y preguntas de datos demográficos.

Respecto a los resultados, 34.1% de los sujetos beben alcohol en un nivel de riesgo y 10.4% lo consumen en un nivel peligroso; 11.3% fueron identificados como casos con síntomas de algún problema de salud mental; 69.6% indicaron que habían experimentado al menos un síntoma somático en el último mes; 14.7% presentaron malestar psicológico ocasionado por los síntomas somáticos; el dolor muscular fue el síntoma que tuvo mayor prevalencia (51.1%) y ocasiono el mayor malestar (17.6%). Aplicando una correlación de Pearson se encontraron relaciones positivas y significativas entre el nivel de consumo de alcohol y el malestar ocasionado por los síntomas somáticos ( $r_p = .404$   $p < .01$ ); entre los síntomas de problemas de salud mental con el malestar ocasionado por los síntomas somáticos ( $r_p = .230$   $p < .01$ ); y entre el nivel de consumo de alcohol y los síntomas de problemas de salud mental ( $r_p = .262$   $p < .01$ ). Con un análisis de regresión lineal se encontró que el consumo de alcohol incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas de problemas de salud mental y física.

Sea que el consumo excesivo de alcohol incremente la ocurrencia de problemas de salud mental y física, o que el consumo se presente como una reacción ante la presencia de estos malestares, estos factores se relacionan entre sí, por lo que es necesario tenerlo en consideración al momento de diseñar acciones encaminadas a la detección e intervención en cualquiera de las variables, con lo que se puede reducir la ocurrencia de problemas asociados, beneficiando a las empresas y los trabajadores.

### **Palabras Clave**

**Consumo de alcohol; salud mental; síntomas somáticos; trabajadores**

## INTRODUCCIÓN

Debido a que la ingesta de bebidas alcohólicas tiene una elevada prevalencia en nuestro país y a que el nivel de consumo que presenta un individuo puede dar idea de que tan probable es que presente problemas relacionados con el mismo en diversas áreas individuales y sociales, es necesario identificar estos niveles de consumo de manera temprana para a partir de ello poder sugerir acciones preventivas y de atención a quienes presentan problemáticas relacionadas.

El incremento en la presencia de problemas de salud mental hace pensar que dentro de pocos años será una de las principales causa de solicitud de atención médica y de discapacidad. El concepto de malestar emocional permite hacer referencia a la manera en cómo se sienten los individuos con respecto a diversos estados de ánimo.

Dentro de la somatización, el componente subjetivo se refiere a la percepción e interpretación que hace el individuo respecto a los malestares físicos que experimenta. La presencia de somatización y malestares somáticos ocasiona elevados gastos en servicios de salud por ejemplo por las incapacidades laborales que propicia.

En ocasiones las manifestaciones físicas resultan más aceptables para los sujetos que el hablar de problemas de salud mental, puesto que genera menos suspicacias y está menos estigmatizado socialmente. Además se ha encontrado que tanto el consumo de alcohol como los problemas de salud mental y los malestares somáticos tienen efectos adversos en diversas áreas, además de que en ocasiones tienen una elevada interacción o co-ocurrencia entre sí.

En el caso de los trabajadores del sector gastronómico y hotelero, por las características de su actividad laboral, existen elevados riesgos para la presencia de problemas con el consumo de alcohol, de salud mental y malestares somáticos.

Por ello, en este trabajo, que forma parte de un estudio más amplio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se presentan los niveles de consumo de alcohol, el porcentaje de sujetos que presentan síntomas

de algún probable problema de salud mental y el nivel de malestar ocasionado por síntomas somáticos que experimenta un grupo de trabajadores que laboran en la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México, afiliados a una organización sindical. También se examina si existe relación entre estos tres factores en este grupo de trabajadores.

En el primer capítulo se hace referencia al panorama epidemiológico del consumo de alcohol en población general; se mencionan algunas de las consecuencias personales, sociales y de salud que se pueden presentar como resultado del consumo de alcohol. Se habla de los diferentes niveles de consumo, los límites de menor riesgo y aspectos relacionados a la evaluación del consumo de alcohol.

En el capítulo dos se presentan algunas definiciones de lo que es la salud mental, mencionado elementos de malestar y bienestar emocional. Se refieren aspectos epidemiológicos, factores asociados a los problemas de salud mental y a la evaluación del estado de la salud mental de los individuos. También se hace referencia al componente subjetivo de la somatización que permite hablar del malestar ocasionado por los síntomas somáticos; se incluyen definiciones, datos epidemiológicos, algunas formas en que se ha evaluado la sintomatología somática y factores que pueden propiciar su presencia.

En el tercer capítulo se mencionan algunos aspectos relacionados con el ámbito laboral y las condiciones de trabajo que pueden afectar a la salud física y mental de los sujetos. También se hace referencia a la presencia de consumo de alcohol, problemas de salud mental y sintomatología somática en el ámbito laboral, las consecuencias que estas situaciones pueden generar en el contexto del medio de trabajo y algunos aspectos epidemiológicos de su ocurrencia. De manera específica se habla de las características y situación internacional y nacional del sector gastronómico y hotelero.

En el capítulo cuatro se describe la metodología del estudio, mencionando los objetivos, las hipótesis, las definiciones de las variables a evaluar, la manera en que se obtuvo la muestra, indicando las características demográficas y laborales de los sujetos que la conformaron, se explica como se efectuó la

investigación, además de hacer una descripción de los instrumentos empleados para el estudio y mencionar los principales análisis estadísticos que se realizaron en el mismo.

En el capítulo cinco se muestran los resultados de la investigación, donde se menciona la confiabilidad y validez de las escalas; se describe el nivel de consumo de alcohol, los síntomas de problemas de salud mental y el nivel de malestar ocasionado por los síntomas somáticos que presenta esta muestra; también se presentan las correlaciones observadas entre las variables.

Después se presenta la discusión y conclusiones; se mencionan las limitaciones del estudio y sugerencias para futuras investigaciones. Finalmente se proporciona la bibliografía y un anexo en el que se muestran los instrumentos empleados para evaluar las variables analizadas en este estudio.

## **CAPÍTULO 1.- CONSUMO DE ALCOHOL**

### **1.1 Panorama Epidemiológico**

Para iniciar el capítulo y tener una visión global de la prevalencia del consumo de alcohol se muestra un panorama epidemiológico a nivel internacional y nacional, enfatizando datos de población masculina, debido a que los sujetos que integran la muestra con la que se realiza la presente investigación son varones.

#### **1.1.1 Panorama Internacional**

Entre 5 y 10% de la población mundial se encuentra afectada por complicaciones a causa del consumo de alcohol (Leal, 2002; Secretaria de Salud [SSA], 2001).

Por ejemplo, respecto a la población inglesa se menciona que 38% de los hombres consumen más de cuatro copas de alcohol en una ocasión y 21% más de 8 copas en un día, siendo el promedio semanal de consumo de 16.9 copas (Lader y Goddard, 2004).

En Irlanda se considera que 53% de los jóvenes entre 15 y 24 años consumen bebidas alcohólicas con regularidad y en el grupo de 25 a 34 años el porcentaje llega a 80%, mientras que el promedio de bebedores en la Unión Europea en estas edades es de 36% (Eurostat, 2004).

En Estados Unidos hacia el año 2000, 62.4% de los hombres mayores de 18 años reportaban beber al menos una copa al mes. Entre esta población se ha observado que el consumo tiende a disminuir conforme aumenta la edad, ya que en el grupo de 18 a 21 años la prevalencia de consumidores de alcohol es de 70%, en el de 26 a 29 años es de 61.7%, disminuyendo hasta ser de 32.4% entre la gente mayor de 65 años (Kessler, Crum, Warner, Nelson, Schulenberg y Anthony, 1997; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2003).

Además, en población estadounidense la prevalencia de consumo de alcohol entre quienes se encuentran trabajando de tiempo completo es de 61.2%, mientras que para las personas desempleadas es de 57%. Del total de sujetos que

reportan beber cinco o más copas en una ocasión por lo menos 5 veces en los últimos 30 días, 79.7% se encuentran empleados (SAMHSA, 2003).

### **1.1.2 Panorama Nacional**

En lo que respecta a las estadísticas de consumo de alcohol en el ámbito nacional, hacia 1988 del total de la población masculina mayor de 17 años, 73% habían consumido alcohol durante el año anterior y 31% lo hicieron una vez por semana o en más ocasiones. En ese entonces el patrón de consumo reportado con mayor frecuencia fue el moderado con altas cantidades de alcohol por cada ocasión de consumo (21%). El consumo consuetudinario<sup>1</sup> se observó en 14% de la población masculina y se encontró un bajo índice de bebedores frecuentes. El consumo entre la población masculina se produjo principalmente entre los 30 y 39 años, descendiendo luego hasta llegar a su mínimo entre la población mayor de 50 años (Medina–Mora, Tapia, Sepúlveda, Rascón, Mariño y Villatoro, 1991).

Solís, Vélez y Berumen (2000), mencionan que hacia 1994 el abuso en el consumo de las bebidas alcohólicas se presenta en 30% de los hombres de 15 a 45 años que asisten a servicios de atención primaria.

Para el año 2002 en todo México existían poco más de 32 millones de personas de entre 12 y 65 años que habían consumido bebidas alcohólicas al menos una vez en el año anterior, es decir, aproximadamente 46% de la población de ambos sexos en este rango de edad (Medina -Mora, Villatoro, Cravioto, Fleiz, Galván, Rojas, Castrejón y Kuri, 2004).

Se ha confirmado en estudios recientes que los hombres beben más que las mujeres, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer, y que la mayor parte del alcohol disponible es consumido por hombres de entre 30 y 49 años de edad. De ésta manera, 72.2% de la población masculina en México reportó haber consumido bebidas alcohólicas durante el año anterior y 9.3% cumplieron con los criterios de dependencia al alcohol. El patrón de consumo más común en hombres fue de 3 a 4 copas por ocasión, con una frecuencia de una a tres veces por mes

---

<sup>1</sup> Bebedor consuetudinario: los que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo por lo menos una vez a la semana.

(22.53%), mientras que 20% consumían una vez por semana o con mayor frecuencia, 16.9% consumieron una vez al mes con cinco copas o más por ocasión, 51.6% consumieron cinco copas o más por ocasión en algún momento y 12.4% reportaron beber cinco copas o más al menos una vez por semana (Medina-Mora, Villatoro, Cravioto, Fleiz, Galván, Rojas, Castrejón y Kuri, 2004; Encuesta Nacional de Adicciones [ENA], 2002).

En población general de todo el país, aplicando la prueba AUDIT se ha encontrado que entre los hombres en el grupo de edad de 45 a 49 años, uno de cada 15 sujetos tienen consumo peligroso de alcohol, además, uno de cada 4 del total de sujetos tiene problemas con el consumo. Entre el total de los hombres el consumo de bajo riesgo fue de 77.8%, el de riesgo fue de 17.7% y el peligroso de 4.5% (De la Cruz, Fernández, Tudon-Garcés, Escobedo, Zarate-Aguilar y Madrazo, 2002).

Como puede observarse, tanto en otros países como en México, el consumo de alcohol se presenta en un considerable porcentaje de la población, especialmente entre los hombres en edad productiva, entre quienes se ubican los porcentajes más elevados de problemas relacionados con la ingesta excesiva, en riesgo y peligrosa.

En el siguiente apartado se mencionarán algunas de las consecuencias personales, sociales y de salud que se pueden presentar como resultado del consumo de alcohol.

## **1.2 Efectos del consumo de alcohol**

En esta segunda parte del capítulo se da una mirada a la manera en que las características individuales influyen en el procesamiento de la sustancia y sus efectos. Se mencionan algunos de los efectos que el consumo de alcohol tiene en el organismo, haciendo énfasis en lo que sucede a nivel del sistema nervioso central. También se mencionan los efectos que el alcohol puede ocasionar en la conducta de los individuos y en la sociedad, específicamente en la convivencia familiar y en la ocurrencia de accidentes y hechos violentos.

### **1.2.1 Diferencias individuales**

Por sus diversos efectos y maneras en que puede ser utilizado, se le han asignado al alcohol toda clase de valoraciones a favor y en contra de su consumo. Un factor que ha contribuido con estas percepciones está relacionado con los efectos orgánicos y conductuales que ocasiona el consumo de bebidas alcohólicas.

Los efectos dependerán de diversos factores inherentes a cada individuo. Uno de ellos es la edad, ya que el consumo es especialmente nocivo si se realiza cuando el organismo aún está madurando o cuando la edad es avanzada. Otro factor es el peso, puesto que el consumo de una misma cantidad de alcohol afectará menos, aún en iguales circunstancias, a las personas más corpulentas que la media, más a las personas con volumen corporal medio y mucho más a las personas de estatura y peso inferiores a la media (Cormillot y Lombardini, 1992; Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2000).

La cantidad y velocidad con que se ingiere la bebida propician la intoxicación cuando se consume más alcohol en menos tiempo, puesto que cuanto más se consume más fuertes serán los efectos, independientemente del tipo de bebida que se emplee, lo importante será la cantidad de alcohol que contenga cada bebida. Si se bebe a mayor velocidad de la que el hígado es capaz de metabolizar el alcohol, la intoxicación aumenta progresivamente (Cormillot y Lombardini, 1992; OIT, 2000).

La ingesta de comida, sobre todo de alimentos grasos, así como el tiempo transcurrido entre la ingestión y el consumo de alcohol, aceleran o retardan el paso del alcohol al intestino y en consecuencia al torrente sanguíneo (Cormillot y Lombardini, 1992; OIT, 2000).

Algunos medicamentos como las aspirinas disminuyen el metabolismo gástrico del alcohol, aumentando los niveles de alcohol en la sangre, especialmente después de beber pocas cantidades de manera repetida (Baraona, Gentry y Lieber, 1994).

Las personas que beben alcohol de manera frecuente al paso del tiempo pueden requerir mayor cantidad para alcanzar el grado de intoxicación al que

antes llegaban tomando menos, por lo que se ven menos afectados por la ingestión de varias copas de alcohol que las personas abstemias o que solo beben esporádicamente (Cormillot y Lombardini, 1992; OIT, 2000).

La sensibilidad individual a los efectos del alcohol también varía en gran medida, algunas personas pueden permanecer conscientes después de beber una cantidad de alcohol que en otras personas provocaría inconsciencia, estado de coma o incluso la muerte. Otras son tan sensibles al alcohol que con sólo una o dos copas pueden experimentar molestias agudas acompañadas de cambios fisiológicos producto de la intoxicación. Es probable que estas diferencias se deban a las distintas capacidades de metabolizar el alcohol o a diferencias innatas en la sensibilidad del sistema nervioso central al alcohol (Sarason y Sarason, 1996).

Una persona fatigada puede verse más afectada por el alcohol que alguien descansado, lo mismo sucede cuando la persona está enferma o cuando está tomando alguna droga. Este factor es muy importante en el caso de los trabajadores que tienen turnos prolongados, nocturnos, tareas físicamente agotadoras o en general entre quienes están desvelados o físicamente cansados (Cormillot y Lombardini, 1992; OIT, 2000).

Algunas características psicológicas también pueden influir en los efectos del alcohol, por ejemplo, las expectativas con las que se bebe, cuando una persona toma con la expectativa de emborracharse, parece alcanzar la ebriedad con mucha mayor rapidez. El alcohol también parece afectar más rápidamente y con mayor fuerza a aquellas personas que se encuentran deprimidas. Por otra parte, si una persona toma alcohol en una fiesta o reunión social, el efecto es más moderado que si hubiera consumido igual cantidad estando sola (Cormillot y Lombardini, 1992; Medina-Mora, 1994).

En conclusión, características como la edad, las circunstancias en las que ocurre el consumo, las diferencias de susceptibilidad, la frecuencia y cantidad que se bebe, así como el estado emocional del individuo en el momento de la ingesta de alcohol tienen un importante papel en los efectos del mismo.

Ahora se mostrarán algunos de estos efectos a nivel individual y social.

### **1.2.2 Efectos en el organismo**

El consumo excesivo de alcohol puede afectar el sistema gastrointestinal, principalmente el hígado, el sistema inmunitario, los músculos, huesos y piel. También puede ocasionar deficiencias en la nutrición, anemias, neuropatías que pueden desembocar en demencia, convulsiones y alucinaciones, insomnio, ansiedad, temblor de manos, tensión nerviosa sin causa aparente, entre otros. Quienes beben en exceso y luego se vuelven abstemios, presentan una disminución en las molestias, pero esto no cura el daño que ya se ha producido (De la Fuente y Kershenobich, 1992; Kershenobich y Vargas, 1994; Avis, 1999; Simon y Chevins, 2002).

Por otra parte se ha señalado que el consumo moderado, particularmente de vino de uva, protege el corazón. Sin embargo, las dosis altas de alcohol pueden desencadenar arritmia cardíaca y subir la presión sanguínea. Una gran diferencia entre los efectos protectores y dañinos del alcohol es que los primeros son reversibles y los otros no (Campillo y Romero, 1998; Avis, 1999; San José, Van de Mheen, Van Oers, Mackenbach y Garretsen, 1999; Simon y Chevins, 2002).

Los efectos de muchos medicamentos se intensifican por el alcohol, mientras que otros se inhiben. Es especialmente relevante el efecto reforzante en los ansiolíticos, los sedantes, los antidepresivos y los medicamentos anti-psicóticos. El alcohol interactúa también con muchos fármacos tomados por los diabéticos; afecta a los fármacos que previenen convulsiones y coágulos de sangre y aumenta el riesgo de hemorragias gastrointestinales en las personas que toman aspirinas y anti-inflamatorios como el naproxeno (Baraona, Gentry y Lieber, 1994; Simon y Chevins, 2002).

Algunos autores desglosan los efectos a partir de la cantidad ingerida y el consecuente porcentaje de alcohol en la sangre, como se puede apreciar en el cuadro uno, sin embargo, los porcentajes pueden variar dependiendo de las características de cada individuo y la situación de consumo (Brailowsky, 1995. citado por Brailowsky y García, 1998).

Cuadro 1		
Alteraciones por los niveles crecientes de alcohol en la sangre		
Número de copas	% de alcohol en la sangre	Efectos físicos y psicológicos
1	0.02 – 0.03	Sin efecto. Ligera elevación en los estado de ánimo
2	0.05 – 0.06	Sensación de relajación, calor, disminución del tiempo de reacción y de la coordinación fina
3	0.08 – 0.09	Alteración ligera del equilibrio
4	0.10	Niveles de intoxicación legal en algunos países y estados
5	0.11 – 0.12	La coordinación y el equilibrio se dificultan. Alteración de las facultades mentales y del juicio
6	0.14 – 0.15	Alteración mayor del control físico y mental. Habla y visión difíciles
7	0.20	Pérdida de control motor (requiere ayuda). Confusión mental
10	0.30	Intoxicación severa. Control consciente mínimo
14	0.40	Inconsciencia, umbral del estado de coma
17	0.50	Coma profundo
20	0.60	Muerte por depresión respiratoria
Brailowsky, 1995, citado por Brailowsky y García, 1998.		

Las consecuencias que se pueden observar en el sistema nervioso central están dadas por los efectos directos o indirectos del consumo de alcohol en el cerebro, mismos que influyen en la conducta y el funcionamiento general, además de tener una importante relación con las consecuencias psicológicas y psiquiátricas derivadas del consumo (Martin y Bates, 1998; Avis, 1999). Por ello se dedica un apartado a revisar algunos de los efectos del consumo de alcohol en éste sistema.

### 1.2.3 Consecuencias en el Sistema Nervioso Central

Cuando una persona ha tomado alcohol o está ebria, es posible notarlo por el cambio en su comportamiento, en sus procesos de pensamiento y en la manifestación de sus emociones, el modo de hablar y la mala coordinación de sus movimientos. Estos cambios se producen debido a que el cerebro es afectado en

sus funciones progresivamente, según la cantidad de alcohol consumida y la frecuencia con que se beba. De hecho, el alcohol funciona como depresor del sistema nervioso central (Cormillot y Lombardini, 1992; Villamil, 2003).

El alcohol ejerce sus efectos sobre las neuronas y la glía al interactuar con los neurotransmisores. Es en sí mismo una sustancia tóxica para los tejidos del sistema nervioso central y periférico, pudiendo llegar a producir lesiones anatómicas que afectan a las estructuras funcionales del cerebro. Algunas de las áreas que pueden presentar más daño son el lóbulo frontal, que es responsable del razonamiento abstracto, la planeación y las conductas enfocadas a metas; y el sistema límbico, principalmente el hipocampo y la amígdala, relacionados con el aprendizaje, la memoria, la regulación de las emociones, del procesamiento sensorial, del apetito y del estrés (Brailowsky y García, 1998; Avis, 1999; Simon y Chevins, 2002; Villamil, 2003; Garrido y Fernández-Guinea, 2004).

También se ve afectado el cerebelo, que coordina los movimientos musculares. Además el alcohol incrementa los problemas de respiración y ronquidos durante el sueño al actuar sobre la médula, esto puede ser muy peligroso ya que se incrementa el riesgo de falta de oxigenación (apnea). La habilidad del cuerpo para regular su temperatura puede verse afectada con fatales consecuencias, ya que la temperatura corporal se reduce y la medula no puede compensar esto. También se pueden presentar problemas neurológicos leves como insomnio y dolor de cabeza (Cormillot y Lombardini, 1992; Avis, 1999; Simon y Chevins, 2002).

Además de los efectos en el organismo, el consumo de alcohol tiene consecuencias en las áreas personal y social, como se verá a continuación.

#### **1.2.4 Manifestaciones conductuales del consumo de alcohol**

Los efectos del alcohol en la conducta pueden ser muy diversos y dependerán de la cantidad ingerida, el tiempo durante el cual se consumió y el nivel de alcohol en la sangre (Samson y Forrest, 1998).

Dado que los efectos del alcohol dependen de factores individuales, no es posible establecer con anticipación cuales serán los efectos de acuerdo a la cantidad consumida, sin embargo se producen progresivamente diversos cambios en quien bebe.

Al principio se afectan los centros en donde se integran funciones relacionadas con el comportamiento social, con lo que inicialmente el sujeto pasa por una fase de excitación, experimenta bienestar y desinhibición, se torna sociable, hablador, relajado y despreocupado (Cormillot y Lombardini, 1992; Cruz-Martín del Campo, 1994; Castaño, 1995).

Posteriormente se puede presentar euforia, excitación, locuacidad, hiperactividad o depresión; el estado de ánimo se encuentra exaltado por lo que se presenta una conducta errática, el sujeto se siente fuerte y seguro de sí mismo, se torna insistente, fastidioso e irritable; disminuye la agudeza mental, el juicio se altera, se presentan trastornos en el equilibrio, el habla, la coordinación y los reflejos en general (Cormillot y Lombardini, 1992; Castaño, 1995).

Si el consumo continúa se experimenta confusión, desorientación, mayores problemas de coordinación y equilibrio, los reflejos se encuentran más alterados; aparecen sentimientos de tristeza, melancolía, miedo y/o furia, hay cierta excitación que lleva a tener comportamientos riesgosos, la locuacidad se torna en incoherencia al hablar, la persona canta, grita, discute o pelea, actuando y tomando decisiones de manera impulsiva (Cormillot y Lombardini, 1992; Castaño, 1995).

Al proseguir la ingesta el sujeto ya no puede mantenerse de pie o caminar, están alteradas las conductas motoras y el funcionamiento mental, el comportamiento sigue siendo peligroso, se pierde la noción del tiempo y el espacio (no sabe quién es ni dónde está), disminuye la sensibilidad y la conducta se altera cada vez más, incluso hasta llegar a ser psicótica (Cormillot y Lombardini, 1992; Castaño, 1995).

Finalmente, si la ingestión de alcohol continúa se presentan estados de inconciencia, las funciones vitales se vuelven más lentas, si la concentración de alcohol sobrepasa los 4.5 gramos de alcohol por litro de sangre se puede

presentar un estado de coma, un paro respiratorio o cardiaco, o se puede llegar a la muerte debido a la depresión de los centros respiratorios. Entre quienes no consumen de manera frecuente esto es menos probable, ya que en ellos generalmente los efectos no le permiten llegar a una cantidad tal que les provoque este paro respiratorio, sino que sucede entre quienes beben de manera crónica debido a la tolerancia que han desarrollado a los efectos depresores del alcohol (Cruz-Martín del Campo, 1994).

Las consecuencias psicológicas del consumo crónico, excesivo o la dependencia al alcohol, se pueden definir por la ocurrencia de muy diversos problemas en las áreas afectiva, cognitiva, motivacional y conductual. Algunas de estas consecuencias pueden ser síntomas del abuso o dependencia del alcohol o bien de otros problemas de salud mental (Martin y Bates, 1998).

Los estados de bienestar, euforia, relajación, desinhibición, la despreocupación, temeridad y agresividad que sienten las personas después de haber bebido alcohol son resultado del efecto depresor del etanol sobre el cerebro. La desinhibición puede ocasionar o incrementar la probabilidad de ocurrencia de conductas que normalmente son reprimidas, como las que podrían ocasionar graves consecuencias físicas o sociales (Castaño, 1995; Brailowsky y García, 1998; Samson y Forrest, 1998).

Ciertas maneras de beber pueden ser indicio del surgimiento de problemas relacionados, es el caso de quien bebe con el propósito de cambiar su estado de ánimo o de embriagarse. Otras situaciones que también pueden indicar el surgimiento de problemas con el consumo son relacionarse principalmente con otros bebedores excesivos; dedicarse a actividades recreativas que en su mayoría suponen consumir alcohol; recurrir con frecuencia al alcohol para mitigar el estrés, la ansiedad y la depresión. También los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol y en general las situaciones problemáticas ocurridas por causa del consumo o las secuelas del mismo (resaca, problemas de salud) pueden indicar que se está ante un problema relacionado con el consumo excesivo de alcohol (OIT, 2000).

Además de las consecuencias que el consumo de alcohol llega a ocasionar en el individuo, bajo ciertas circunstancias puede también afectar a la sociedad, principalmente en el ámbito familiar, laboral y en la ocurrencia de accidentes.

### **1.2.5 Consecuencias sociales del consumo de alcohol**

No todas las personas que beben tendrán problemas relacionados, aunque cualquiera puede tener consecuencias adversas, ya sea por beber en exceso o por hacerlo en ocasiones en que no debería de beber. Por ello si se enfoca la atención únicamente en las personas dependientes, se deja fuera a muchas otras que tienen problemas relacionados con el consumo, sin ser dependientes. De tal manera que, para estudiar las consecuencias sociales derivadas del consumo de alcohol, se requiere medir el consumo individual, así como la influencia de otras variables tanto psicológicas como sociales y culturales (Medina-Mora, 1994).

La manera en que el alcohol se consume en determinada cultura permite tener una idea del tipo de problemas relacionados. Las consecuencias sociales ocurren más a menudo en aquellos lugares en los que cuando se bebe es en exceso, aún cuando no se haga con frecuencia, puesto que los problemas relacionados se derivan del consumo en situaciones en las que puede resultar riesgoso. Esta manera de beber es la que predomina en México, donde se ha considerado que el principal problema a este respecto es el abuso en el consumo y las consecuencias adversas que produce esta manera de beber (Medina- Mora, 1993, 1994).

Esto se debe a que las cantidades de alcohol necesarias para que se presenten diversos tipos de problemas no son similares en el caso de las consecuencias físicas y las psicosociales ya que, por ejemplo, para que suceda un accidente automovilístico se requiere de una concentración mucho menor y durante una sola ocasión de consumo, mientras que para que se desarrolle cirrosis se requieren de 10 a 20 años de consumo constante (Kershenobich y Vargas, 1994).

De esta manera el consumo de alcohol no solo afecta al bebedor, sino que tiene repercusiones al interior de su comunidad. Así, puede ocasionar daños a la salud del sujeto o de otras personas y a sus propiedades, debido por ejemplo a accidentes de tránsito y hechos violentos; también ocasiona problemas como desintegración y violencia intrafamiliar; disminución en el nivel económico; trastornos de conducta, aprendizaje y desarrollo de los hijos; además del costo que representa para la sociedad la rehabilitación y tratamiento de las personas dependientes o con problemas médicos derivados del consumo excesivo y las medidas de prevención (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994).

El consumo excesivo de alcohol propicia también la ocurrencia de problemas interpersonales, principalmente al interior de las familias, incrementa la tensión con los compañeros de trabajo y otros problemas laborales, así como las probabilidades de cometer actos violentos o ser víctima de violencia. (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Rascón, Mariño y Villatoro, 1991; NIAAA, 1999).

De hecho, uno de los ámbitos en donde se refleja con mayor dramatismo el efecto de los problemas relacionados con el consumo de alcohol es precisamente en la familia de quien presenta estos problemas.

### **1.2.6 Dinámica familiar**

Suele suceder que en tanto se mantienen los patrones socialmente aceptados de integración familiar y responsabilidad laboral, las personas con quienes los bebedores conviven no experimentan preocupaciones sobre el consumo. Esta preocupación puede surgir a partir de que se presentan problemas económicos o de salud por la manera de beber que tiene el consumidor, o cuando se percibe al consumo como un riesgo para la estabilidad familiar (Solache, Tapia, León, Lazcano, Borja y Sepúlveda, 1990).

Algunos de los problemas relacionados con el consumo de alcohol que con mayor frecuencia reportan los hombres son iniciar discusiones o peleas con su esposa o compañera mientras están bebiendo, en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito, y ser arrestados mientras conducen

después de haber tomado (Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002; Medina-Mora, Cravioto, Fleiz, Galván, Rojas, Castrejón y Kuri, 2003).

La violencia doméstica es una consecuencia común del consumo excesivo. Para las mujeres el factor más grave de riesgo de lesiones por violencia doméstica es el abuso de alcohol por parte de su pareja. Las familias en donde existen problemas con el consumo de alcohol son menos unidas, tienen más conflictos y sus miembros son menos independientes y expresivos que en donde no se tienen estos problemas (Natera, Tiburcio y Villatoro, 1997; Simon y Chevins, 2002).

En mujeres que viven con personas dependientes al alcohol se ha encontrado que presentan tendencias esquizoides, autoconcepto negativo, baja autoestima, aislamiento, ansiedad, estrés, tristeza y depresión, además de problemas con la pareja y con su familia de origen (Gaona, 2004).

Además de ello se puede presentar maltrato y descuido de los hijos, problemas en su desarrollo, deserción escolar, actos antisociales, drogadicción, incremento en los problemas de salud mental como depresión, angustia, estrés y una autoestima más baja que sus pares, etc. (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994; Simon y Chevins, 2002).

En el aspecto financiero los consumidores pueden llegar a gastar en la bebida más de lo que ganan o descuidan la manera en que manejan sus ingresos, lo que también afecta a la economía familiar (Maddux y Voorhees, 1991; Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994).

Además de las consecuencias en la familia, el consumo de alcohol puede generar graves repercusiones en otras personas al ser un factor relacionado con la ocurrencia de accidentes y hechos violentos.

### **1.2.7 Violencia y accidentes**

Se pueden atribuir, completa o parcialmente, unas 100,000 muertes al año al consumo de bebidas alcohólicas. El riesgo de muerte prematura aumenta conforme se incrementa el consumo. En general las personas que beben

regularmente tienen un índice más alto de muertes por lesiones y violencia (Simon y Chevins, 2002).

El alcohol desempeña un papel importante en más de la mitad de las muertes por accidentes automovilísticos ya que menos de dos copas pueden reducir la capacidad para conducir. El alcohol también aumenta el riesgo de lesiones accidentales por muchas otras causas. Estudios en salas de urgencias muestran que haber tomado más de una copa duplica el riesgo de lesiones y que al tomar más de cuatro copas el riesgo es once veces más alto. Además, la dependencia se presenta como diagnóstico primario en una cuarta parte de todas las personas que se suicidan y el alcohol está implicado en 67% de todos los asesinatos (Simon y Chevins, 2002).

También se ha encontrado que en los ingresos a servicios de atención médica de urgencias, quienes llegan por situaciones de violencia o accidentes reportan mayor consumo de alcohol que quienes ingresan debido a alguna emergencia médica. Entre 14% y 15% de quienes acuden debido a lesiones derivadas de accidentes de tránsito o actos violentos han consumido alcohol en las seis horas que antecedieron al accidente, lo cual representa un factor de mayor riesgo que el consumo habitual o la dependencia (Borges, Medina-Mora, Cherpitel, Casanova, Mondragón y Romero, 1999; Casanova, Borges, Mondragón, Medina-Mora y Cherpitel, 2001).

De esta manera, las consecuencias negativas que ocasiona el alcohol se pueden presentar no solo en personas con síntomas de dependencia o alcoholismo, sino también entre individuos que consumen en exceso o en lugares u ocasiones en que el beber incrementa el riesgo de ocurrencia de estas consecuencias. Por ello es importante buscar si no necesariamente la abstinencia, si que el consumo ocurra dentro de límites y circunstancias de bajo riesgo.

A continuación se mencionarán los diferentes niveles de consumo, los límites de menor riesgo, aspectos relacionados a la evaluación del consumo de alcohol, entre otros aspectos.

### **1.3 Evaluación del consumo de alcohol**

En la tercera parte de este capítulo se mencionan los límites de consumo considerados por diversas instancias de salud como de menor riesgo para quienes deciden beber alcohol, señalando la equivalencia entre diversos tipos de bebidas, así como algunas de las maneras en que ha sido estudiado el consumo de alcohol a partir de indicadores como la frecuencia y cantidad que se ingiere, además de mencionar la utilidad de los instrumentos de detección temprana o tamizaje.

#### **1.3.1 Bebidas estándar**

La palabra alcohol proviene del árabe “al-kuhl” (sustancia sutil) (Guedes, 2003). Se trata de una sustancia que se ha consumido a lo largo de toda la historia de la humanidad, aunque la obtención y denominación de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas ha tenido rasgos particulares en cada cultura y época. Por ello, al hablar de la cantidad de alcohol que se consume, es necesario tener una referencia estandarizada que permita identificar cuánto se está ingiriendo, independientemente del tipo de bebida o la presentación que ésta tenga.

Se ha definido una bebida estándar como aquella que contiene entre 0.5 y 0.6 onzas (aproximadamente 12 grs.) de etanol puro, equivalente a 12 onzas de cerveza (una botella de 350 ml.), 5 ½ onzas de vino (una copa de 175 ml.) ó 1.5 onzas de bebidas destiladas de 45° (un caballito o copa de 45 ml. de ron, whisky, tequila, etc.). Esta estandarización a menudo se menciona como equivalencia, lo que significa que estas tres bebidas son equivalentes (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 1999; Avis, 1999; Simon y Chevins, 2002).

En México también se ha adoptado esta clasificación, considerando como copa una botella chica de cerveza, un jarro de pulque, una copa de licor o vino de mesa, un caballito de tequila o mezcal, o un vaso de brandy, ron, whisky, ginebra o vodka (Medina-Mora, 1994; Campillo y Romero, 1998; Medina- Mora, 1998b; Carreño, Berenzon, Medina-Mora, Ortiz y Juárez, 1999).

En el cuadro número dos se resumen algunos valores que se han utilizado para definir la concentración de alcohol en algunas de las bebidas alcohólicas más comúnmente consumidas en México.

Cuadro 2				
Concentración de alcohol en diferentes bebidas alcohólicas				
Bebida	Medida estándar	% de alcohol por volumen	gr. alcohol / 100 ml	gr. alcohol /medida (copa)
Alcohol 96°		96		
Pulque	1 vaso (250ml)	3-6	2.4 -3.2	6-8
Cerveza	1 lata (340 ml)	4 -5	3.2	10.88
Vino de mesa	1 copa (150 ml)	12	9.5	14.3
Vino fortificado	1 copita (60 ml)	18	14.2	8.5
Destilados (brandy, ron, ginebra, tequila, vodka, whisky)	1 caballito (30 ml)	40-43	31.6 - 34	9.5- 10.2
Licores	1 copita (30 ml)	45	35.5	10.7
Fuente: Medina-Mora, 1994; Kershenobich, Vargas y Robles-Díaz, 1998.				

Además de esta equivalencia de bebidas, diversos autores e instituciones han mencionado límites en los que el consumo de alcohol presenta menores riesgos para el individuo y la sociedad

### 1.3.2 Límites de menos riesgo

Los límites de consumo de menor riesgo no deben ser confundidos con los patrones de consumo aceptados en los grupos sociales específicos en que ocurren, puesto que a menudo el consumo socialmente permitido también se asocia con diferentes problemas. El consumo de menor riesgo es entonces el que no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad, aunque definir cuál es la cantidad de alcohol que no causa problemas es complicado por las diferentes maneras en que puede afectar a diversas personas (Medina-Mora, 1994).

La Organización Mundial de la Salud establece como límites para el consumo moderado de bebidas alcohólicas no más de una copa por hora, no más de tres copas por día y no más de 9 copas por semana para mujeres y no más de una copa por hora, no más de 4 copas por día y no más de 12 copas por semana

para hombres adultos. En México diversos autores también han manejado estos límites (Campillo y Romero, 1998; Medina- Mora, 1998b; Carreño, Berenzon, Medina-Mora, Ortiz y Juárez, 1999).

Sin embargo, existen grupos especiales que por sus características o en circunstancias específicas no pueden o no deberían beber, por ejemplo en el caso de quienes tienen problemas de dependencia al alcohol, menores de edad, mujeres embarazadas y cualquier persona antes de conducir un automóvil, operar maquinaria, si está tomando medicamentos o cuando existe alguna enfermedad que se puede agravar con el consumo de alcohol (Campillo y Romero, 1998; Medina- Mora, 1998b; Carreño, Berenzon, Medina -Mora, Ortiz y Juárez, 1999).

A pesar de que se han propuesto estas recomendaciones para moderar el consumo de alcohol con el propósito de reducir la ocurrencia de problemas relacionados, existen niveles y patrones de consumo que salen de estos límites, con lo que se incrementa el riesgo de presentar problemas.

### **1.3.3 Niveles y Patrones de consumo**

Las diversas maneras en que se clasifican los patrones y niveles de consumo muchas veces difieren entre sí, principalmente debido a que la metodología y los instrumentos empleados para obtener dichas clasificaciones no son siempre los mismos, por ejemplo en cuanto al tiempo al que hacen referencia para indagar sobre la ingesta, algunos se basan en el consumo diario de alcohol, otros lo hacen de acuerdo al consumo semanal o mensual, o a la cantidad máxima consumida en alguna ocasión. Por ello también existen variaciones en cuanto a las percepciones de los efectos ocasionados por diversas cantidades en un mismo individuo (Kershenobich y Vargas, 1994).

Las instancias internacionales definen el abuso de alcohol como el punto a partir del cual el consumo constituye un riesgo significativo de ocurrencia de problemas de salud, sociales, familiares o laborales relacionados con el alcohol, puesto que el sujeto puede beber en situaciones peligrosas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992; Medina-Mora, 1994).

El consumo perjudicial es aquel que afecta a la salud física o mental del consumidor; designa al usuario regular que empieza a manifestar problemas derivados del consumo pero que aún no cumple con los criterios de dependencia (OMS, 1992; Medina-Mora, 1994).

Considerando las consecuencias del consumo la dependencia se caracteriza por un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo consume a pesar de presentar problemas significativos derivados de su ingesta de alcohol, la que se ve reforzada por la tolerancia, el síndrome de abstinencia y el consumo compulsivo (OMS, 1992; Villamil, 2003).

Cormillot y Lombardini (1992), diferencian tres grupos de bebedores que tienen además varios subtipos. El primer grupo lo conforman los bebedores no problemáticos, que se dividen en bebedores ocasionales y bebedores moderados. Un segundo grupo está formado por los bebedores problema, en este se encuentran los bebedores sociales, los bebedores fuertes y los ebrios ocasionales. El tercer grupo esta formado por quienes desarrollan dependencia al alcohol o alcoholismo (Cormillot y Lombardini, 1992).

Dentro de las diversas clasificaciones de tipos de bebedores o de niveles y patrones de consumo de alcohol, que parten de las consecuencias sociales y personales que propicia el consumo de bebidas alcohólicas, se puede mencionar la de Campillo y Romero (1998), quienes mencionan cinco tipos de bebedores: Bebedores inadecuados, bebedores vulnerables, bebedores con daño establecido, dependientes al alcohol o alcohólicos y bebedores disfuncionales.

También tomando en cuenta el daño personal y social que ocasiona el alcohol, además de la cantidad y frecuencia de copas consumidas, Simon y Chevins (2002), mencionan varios niveles de consumo: Consumo moderado, consumo excesivo, consumo de riesgo, consumo perjudicial y abuso del alcohol.

Encuestas realizadas en Estado Unidos reportan tres maneras de consumo de alcohol, dependiendo de la cantidad y frecuencia con que se realiza, éstas son: Consumo actual, consumo episódico y consumo fuerte (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2003).

En México se han establecido diversos patrones de consumo de alcohol en población adulta, considerando la frecuencia y cantidad que se ingiere por cada ocasión.

Basados en la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988 se definieron siete patrones de consumo de alcohol en la población mexicana: Abstemios, bebedores poco frecuentes, bebedores moderados de bajo nivel, bebedores moderados de alto nivel, bebedores frecuentes de bajo nivel, bebedores frecuentes de alto nivel y bebedores frecuentes consuetudinarios (Medina–Mora, Tapia, Sepúlveda, Rascón, Mariño y Villatoro, 1991).

Elizondo (1998b) menciona cuatro tipos de bebedores: Abstemios, bebedores moderados, bebedores excesivos y dependientes.

En otros países utilizando la Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés) se han definido diversas categorías de consumo de acuerdo a la cantidad y frecuencia: No bebedores (considerados como tales quienes no habían consumido nada de alcohol en el último año); bebedores ocasionales (que consumen una vez al mes o menos); bebedores de bajo nivel (hasta 14 copas estándar a la semana para hombres); bebedores de alto nivel (hasta 28 bebidas estándar a la semana para hombres); y bebedores en niveles de riesgo y dañinos (más de 28 bebidas estándar a la semana) (Rodgers, Korten, Jorm, Christensen, Henderson y Jacomb, 2000).

Para la adaptación y aplicación de esta misma prueba en México, se emplearon criterios derivados de la CIE-10 para referirse al consumo nocivo, también mencionado como perjudicial o dañino, como aquel que ocasiona daños a la salud ya sea física o mental, además de que quien consume de esta manera muchas veces recibe comentarios negativos sobre su manera de beber y en ocasiones este consumo le ocasiona problemas en el aspecto social (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1992; OMS, 1992).

Además, se incluyen los conceptos de consumo de bajo riesgo, en donde la persona es abstemia o bebe con moderación y su riesgo de tener problemas de salud es mínimo. En el consumo en riesgo se incrementan los riesgos para la

salud, por lo que es necesario tratar de disminuir el consumo y tener precaución con la manera de beber. Con el consumo peligroso, que se define como un patrón de ingesta ocasional, repetitivo o persistente, existe peligro de desarrollar dependencia y representa serios riesgos para la salud mental o física del individuo. En el presente trabajo se utiliza esta clasificación para hacer referencia a los niveles de consumo de alcohol, es decir, bajo riesgo, en riesgo y peligroso (Cormillot, y Lombardini, 1992; Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1992; OMS, 1992; Medina-Mora, 1994).

Por otra parte, para poder determinar la manera en que se está consumiendo el alcohol y poder establecer así estos niveles o patrones de consumo, se pueden utilizar diversas estrategias como pruebas de laboratorio y cuestionarios autoaplicables.

#### **1.3.4 Medición del consumo**

La evaluación del consumo de bebidas alcohólicas se puede dirigir a dos áreas, una enfocada en el síndrome de dependencia al alcohol y otra que se dirige al estudio de todas las formas de utilización de bebidas alcohólicas (incluyendo a los abstemios) y de los problemas de salud, accidentes, individuales, familiares y sociales, que se relacionan con su uso, independientemente de si los sujetos son dependientes o no (Borges, 1989).

El diagnóstico temprano de un problema con el consumo de alcohol se puede realizar mediante la detección temprana, que es un proceso práctico, sencillo, rápido y poco costoso, capaz de establecer la presencia o ausencia del abuso de alcohol y en algunos casos la severidad del cuadro o los niveles de consumo que presenta el individuo en determinado momento; esta detección puede ser aplicada incluso por personal paramédico o para-profesional capacitado para ello (Velasco, 1994).

El diagnóstico, por otra parte, es la confirmación de la naturaleza y las circunstancias de cada caso. Por ello, cuando el primer filtro se aplica correctamente, es posible que no sea necesario hacer una confirmación posterior. Los métodos para aplicar este filtro o tamizaje incluyen el uso de cuestionarios

auto aplicables, entrevistas, encuestas, pruebas, exámenes u otros que pueden aplicarse de manera rápida, para la búsqueda de indicadores de problemas relacionados con el consumo de alcohol, algunos más complicados incluyen análisis de laboratorio para marcadores biológicos (cantidades de alcohol en la sangre, por ejemplo) del consumo excesivo (Velasco, 1994).

El tamizaje es un proceso breve, que permite explorar si existe un problema relacionado con el abuso de alcohol y si es necesario referir el caso para profundizar en su estudio o intervención, aunque su objetivo no es el diagnóstico en sí. La identificación temprana de quienes tienen problemas con el consumo de alcohol puede ayudar a prevenir que éste se incremente o se llegue a la dependencia. El tamizaje se enfoca a los bebedores que están empezando a tener problemas sociales, laborales o físicos debido al consumo de alcohol (Medina-Mora, 1994; García, 1995).

Algunos de los cuestionarios utilizados para el tamizaje de trastornos relacionados con el alcohol detectan bebedores con problemas con su consumo de alcohol, otros identifican síntomas de dependencia y posibles complicaciones, algunos más detectan casos graves pero no a personas en riesgo de incrementar sus problemas (Velasco, 1994; Medina-Mora, 1994).

Varios de los instrumentos diseñados en otros países se han utilizado en población mexicana, sin embargo, en algunos casos la manera en que se consume alcohol en una cultura específica ocasiona que algunos instrumentos ubiquen como casos con problemas de consumo o dependencia a quienes no lo son, debido a los diferentes patrones de consumo y a la cultura de cada país (Medina-Mora, 1994; Carreño, 1998).

Además, los cuestionarios auto aplicables son más fáciles de aplicar y calificar, lo que los hace recomendables para efectuar detecciones masivas. También se ha observado que en los estudios que asignan a cada copa una cantidad similar de concentración de alcohol, se obtienen mediciones menos sesgadas (Medina-Mora, 1994; Carreño, 1998).

En México la utilización de encuestas auto aplicables se considera como una manera adecuada para obtener datos respecto al consumo de alcohol y problemas

relacionados, aunque un inconveniente es el margen de error en la confiabilidad, que está relacionado con la baja escolaridad de parte de la población (Ley, 1989).

Como puede observarse, desde hace miles de años el consumo de alcohol se ha presentado en México, la manera en que se bebe ha experimentado diversos cambios a lo largo de la historia, sin embargo, existen factores inherentes al individuo que pueden incidir en mayor o menor medida en las consecuencias personales y sociales que su consumo le puede ocasionar.

Actualmente el consumo de alcohol tienen una elevada prevalencia en nuestro país y su consumo excesivo se encuentra asociado a la ocurrencia de diversos efectos en todas las áreas del individuo, por ello es relevante su estudio, para a partir de ello poder sugerir acciones preventivas y de atención a quienes presentan problemáticas relacionadas.

Basándose en estas consecuencias, considerando la cantidad y frecuencia con que se bebe y partiendo de la idea de que los diferentes tipos de bebidas que se ingieren contienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol puro, se han establecido diversas clasificaciones de los patrones y niveles de consumo, indicando los límites considerados como menos riesgosos para los sujetos que deciden beber. Además, se ha planteado la necesidad de detectar de manera temprana a los sujetos que presentan problemas con su consumo de alcohol, para prevenir que estos se compliquen y se incrementen. Para esta detección los instrumentos de tamizaje se han mostrado efectivos, ya que requieren de poco tiempo para ser respondidos además de que pueden ser aplicados por personal y profesionales sin formación clínica.

En este trabajo otro de los factores que se estudian es la salud mental de los individuos, por lo que en el siguiente capítulo se presentarán algunos aspectos relacionados.

## **CAPÍTULO 2.- SALUD MENTAL Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

### **2.1 Salud mental**

En este apartado se presentan algunas definiciones que se han dado a la salud mental, así como aspectos epidemiológicos, factores asociados y algunas formas en que se ha evaluado el estado de la salud mental de los individuos.

#### **2.1.1 Epidemiología**

En cuanto a la prevalencia de problemas de salud mental, los trastornos mentales y de la conducta representaron 11 % de la carga total de enfermedad en el mundo en 1990. Se prevé que para el año 2020 esto aumentará hasta 15 % (OMS, 2001b; 2004).

Se calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen a entre 12% y 20% del costo total de las enfermedades médicas. Entre los problemas de salud mental destaca la depresión, que por si sola representa 36.5% del total, y el alcoholismo, con 11.3%. De hecho, cinco de las principales causas generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales: depresión mayor, uso de alcohol, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo (Secretaria de Salud, 2001).

Hacia el año 2000 los porcentajes de población que admitían haber tenido cualquier trastorno de salud mental durante su vida fueron: 36.3% en Brasil, 37.5% en Canadá, 40.9% en los Países Bajos y 12.2% en Turquía. Las tasas más altas de prevalencia ocurrieron entre los grupos de edad más jóvenes y con menor estatus socioeconómico (OMS, 2000).

En Estados Unidos se estima que más de 40 millones de personas tienen algún tipo de trastorno de salud mental en el transcurso de su vida, lo que representa alrededor de 48.6% de la población, y entre 4 y 5 millones de adultos tienen algún problema de gravedad (Harnois y Gabriel, 2000; OMS, 2000).

Hacia 1994 la prevalencia de trastornos mentales entre la población adulta de México era de entre 15 y 18% de la población general, la depresión era el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres. En ese entonces se

consideraba que una sexta parte de la población nacional, aproximadamente 15 millones de personas, presentaría en algún momento de su vida algún problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada (Secretaría de Salud, 2001).

En fechas más recientes se ha calculado que alrededor de 20% de la población adulta en este país presenta durante el transcurso de su vida algún trastorno de salud mental. Entre los padecimientos con mayores índices se encuentran los trastornos afectivos, la depresión, las crisis de angustia, el síndrome de dependencia al alcohol, la farmacodependencia, la violencia intrafamiliar, la esquizofrenia, el retraso mental, la epilepsia y el suicidio. Además, estos padecimientos presentan una tendencia creciente, con lo cual se incrementan las necesidades de atención (Díaz y Jiménez, 1999; OMS, 2000; Secretaría de Salud, 2001).

Algunas de las principales causas de años de vida saludable perdidos están relacionadas con problemas de salud mental y adicciones: homicidios y violencia, accidentes de vehículos, cirrosis hepática, demencias, consumo de alcohol y trastornos depresivos (Secretaría de Salud, 2000).

Por otro lado, los factores de la salud mental que preocupan más a la población en general son el consumo de alcohol entre adultos varones, de drogas en adolescentes, la violencia intrafamiliar y los problemas de lenguaje y aprendizaje en niños (Mora, Flores, De Alba y Marroquín, 2003).

En cuanto al estudio del malestar y bienestar emocional, las investigaciones se han centrado en población femenina, como en el caso de los estudios realizados por Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara (2002), y por Valdez y Salgado (2004), en los que se ha considerado la presencia de malestar emocional como indicador de algún tipo de trastorno del afecto, incluyendo ansiedad y depresión.

Los problemas de salud mental, en sus aspectos cualitativos y cuantitativos, se pueden evaluar o medir de múltiples maneras, que en general reflejan el sustento teórico y la definición que hace de la salud/enfermedad mental quien realiza esta evaluación.

### **2.1.2 Definiciones de salud mental**

La definición que la OMS da al concepto de salud es integral, pues se refiere a ésta como a un estado de completo bienestar físico, mental y social, no se trata únicamente de la ausencia de enfermedad; lo que significa que la salud mental es un componente básico de la salud general del individuo. Sin embargo, dar una única definición de la salud mental, generalizable para toda época y lugar resulta difícil por la diversidad de enfoques existentes para explicar un mismo proceso psicológico (Lloret y González, 1994; OMS, 2004).

De esta manera, la OMS ha definido a la salud mental como la capacidad que tienen el individuo, el grupo social y el ambiente para interactuar entre sí de manera que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y de relación), así como la adquisición de las metas individuales y colectivas. Se trata entonces de una condición de bienestar en la que el individuo desarrollando sus recursos, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, funcionar productivamente y contribuir con su comunidad, de tal manera que es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, quién estará entonces bien adaptado a su medio (Lloret y González, 1994; Secretaria de Salud, 2001; OMS, 2004).

De manera específica, dentro de las diversas definiciones de salud mental se ha hecho referencia a la ausencia de síntomas, a estar libre de angustias, a tener una conducta adaptada a la realidad, a la calidad de vida y a estados de salud mental positiva, donde se pueden incluir sensaciones de bienestar general y estados de ánimo positivos, como el bienestar emocional o psicológico, además de indicadores como autoestima favorable, confianza y aceptación de la gente, sociabilidad, amistad y satisfacción general con la vida (Warr 1987; Álvaro, 1996; Secretaria de Salud, 2001; Romero, 2002; Colín y Fontes, 2002; OMS, 2004).

Con respecto a los estados de ánimo positivos, Warr (1987), menciona al bienestar psicológico como una importante dimensión que determina el nivel de salud mental de un individuo, puesto que hace referencia al estado afectivo del sujeto y comprende estados placenteros y de excitación. Así, el afecto positivo refleja energía, bienestar, excitación y entusiasmo; quienes puntúan alto en

afectividad positiva están generalmente contentos, seguros y satisfechos. Este factor, al igual que el afecto negativo, se puede medir como rasgo y como fluctuaciones transitorias del estado de ánimo, presentando elementos subjetivos del estado de salud mental del individuo (Romero, 2002; Santed, 2002).

De esta manera, la salud mental implica más que la ausencia de enfermedad mental, incluye un amplio rango de conductas, emociones, cogniciones y aptitudes, aunque en general los estudios sobre salud mental se han enfocado más al ámbito de la psicopatología, que a los factores que permiten promover la salud mental (Trucco, 1997; Lluch, 2002).

A pesar de las diversas visiones acerca del concepto de salud mental se han establecido ciertos criterios que permiten discriminar entre alguien con salud mental deteriorada y alguien sin deterioro, ya que se considera que las personas con cualquier problema de salud se sienten mal, tienen alguna o varias de sus funciones físicas, psicológica o sociales deterioradas y se aprecia la presencia de un conjunto de síntomas, independientemente de que la persona afectada lo reconozca como tal o no (Lloret y González, 1994; OMS, 2004).

Las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención, la memoria, el pensamiento, el estado de ánimo, la sensopercepción, el aprendizaje y la conducta entre otros, los cuales interfieren en la vida y la productividad del individuo, puesto que su reacción ante diversas situaciones, aunque quizás sea para él la única posible, agrava sus dificultades en lugar de aliviarlas (Noriega, Franco, Martínez, Villegas, Alvear y López, 2001; Secretaria de Salud, 2001).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV se define el trastorno mental, no a la salud mental, mencionando que se trata de un síndrome o patrón de comportamiento o un estado psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o un riesgo. No entran dentro de esta definición ni el comportamiento desviado ni el conflicto entre el individuo y la sociedad, a menos que éstos sean síntomas de disfunción (Dudet, 1999; DSM-IV-TR, 2003).

Se ha hablado de mala salud mental para hacer referencia a desórdenes de la conducta que no sólo incluyen a quienes presentan alguna enfermedad psiquiátrica definida, sino también a quienes presentan un mal ajuste en las relaciones sociales; a quienes tienen dificultades para lograr el desarrollo de sus potencialidades; a situaciones en las que el individuo se siente infeliz o desadaptado o con ansiedad persistente, abatimiento del estado de ánimo, desesperanza, propensión a sufrir síntomas corporales y formas mal definidas de somatización. Estas condiciones a su vez se pueden manifestar como insatisfacción, irritabilidad, síntomas psicofisiológicos, ansiedad y abatimiento del humor (De la Cruz, Gómez y Suaste, 1990; De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

De manera muy parecida, el afecto negativo ha sido definido como una dimensión general de malestar emocional subjetivo que incluye un amplio rango de estados de ánimo negativos como irritabilidad, disgusto, nerviosismo, culpa, temor, depresión, ansiedad, baja autoestima, pobre inhibición de impulsos, indefensión, desajuste psicosocial, inestabilidad emocional, sintomatología somática, etc., así como la manifestación de conductas y rasgos cognitivos asociados (Romero, 2002; Santed, 2002).

Por otra parte, existen diversos factores personales y socioculturales que van a incidir en el estado de salud mental de cada individuo, en sus manifestaciones y percepciones subjetivas, puesto que como ser social se encuentra inserto en una cultura y en un momento histórico específico. Estos factores influirán de diversa manera por cuestiones individuales como la edad o el género, además de las experiencias que se hayan tenido a lo largo de la existencia.

### **2.1.3 Factores relacionados con la salud mental**

Entre los factores sociales que pueden incidir en la salud mental se encuentran elementos de carácter económico, ideológico, político y jurídico, que pueden presentarse de manera continua, o bien, ser parte de las experiencias de la vida cotidiana dentro de la familia, la escuela, en las calles y en el trabajo,

producto de la interacción social, así como de los recursos y valores culturales (Lehtinen, Riikonen y Lahtinen 1997; Martínez, 2000; OMS, 2004).

Algunos de estos aspectos son: desigualdades sociales como la desnutrición, derivadas de la distribución inequitativa de la riqueza; bajos niveles de educación y socioeconómicos; experiencias de inseguridad, discriminación y desesperación; riesgos de violencia y mala salud física, a su vez generadores de estrés; la globalización; aunados a los rápidos cambios sociales y de salud, como el incremento de la ocurrencia de enfermedades crónico degenerativas (Lehtinen, Riikonen y Lahtinen 1997; Díaz y Jiménez, 1999; Martínez, 2000; OMS, 2004).

Entre los elementos que pudieran estar relacionados específicamente al ámbito laboral se encuentran problemas en cuanto a las oportunidades de control y desarrollo, la variedad en las tareas, las tensiones y demandas del puesto, claridad de la comunicación, bajos salarios, inseguridad física, riesgos de perder el empleo, valoración social de la actividad y las oportunidades de contacto interpersonal que el ambiente proporciona. Las condiciones de trabajo pueden generar directamente malestar en el individuo, o pueden influir en su autopercepción favorable o desfavorable (Lloret y González, 1994; Romero, 2002; Patel y Kleinman 2003; OMS, 2004).

Se puede observar que los problemas de salud mental no se refieren únicamente a trastornos orgánicos, psiquiátricos o psicopatológicos, sino que abarcan un espectro más amplio de malestares emocionales, valorados de manera subjetiva por quien los experimenta, que pueden afectar el funcionamiento del individuo en todas las áreas de su vida. A continuación se revisarán algunas maneras en que se puede analizar esta valoración subjetiva del estado de salud mental.

#### **2.1.4 Evaluación del estado de salud mental**

Hasta ahora el diagnóstico de las enfermedades mentales es básicamente clínico, los criterios más utilizados a nivel internacional para la elaboración del diagnóstico son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales

(DSM-IV-R) y la clasificación Estadística Internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud mental (CIE-10) (Secretaria de Salud, 2001).

Para obtener un indicador subjetivo de las variables de salud/enfermedad y del malestar que generan, se utilizan con frecuencia medidas psicométricas de autoinforme. Se trata de cuestionarios que solicitan a los sujetos que evalúen con qué frecuencia o intensidad han experimentado varios tipos de síntomas físicos o emocionales, como: dolores de cabeza o espalda, náuseas; sentirse tristes o sin ánimos, sentirse felices etc. A estos reportes también se les llama de salud subjetiva o de quejas de salud (Santed, 2002).

La ventaja de estos instrumentos es que la información procede directamente de la persona que está experimentando el síntoma. Además, los auto reportes pueden ser aplicados y calificados incluso por personas que no son necesariamente profesionales de la salud mental (Bonicatto, Dew, Soria y Seghezzeo, 1997).

En la atención médica general la identificación de los problemas de salud mental se ve facilitada con la utilización de instrumentos de tamizaje, lo que a su vez permite llevar a cabo intervenciones oportunas al disminuir el tiempo que requeriría una investigación más exhaustiva. El costo-beneficio del uso de mecanismos de identificación temprana del malestar emocional puede redituarse a mediano y largo plazo en un ahorro significativo de gastos en atención a la salud mental (De la Fuente, Medina-Mora, Caraveo, 1997; Valdez y Salgado, 2004)

De todo lo anterior se desprende la necesidad de realizar acciones de identificación temprana de malestares emocionales y trastornos de salud mental, para poder evitar en la medida de lo posible su progresión.

Además, como parte de la salud integral, de la cual es elemento fundamental la salud mental, es necesario atender otros aspectos específicos que tiene que ver con la salud física y mental, como en el caso de la sintomatología somática, que se revisará a continuación.

## **2.2 Síntomas somáticos**

En este apartado se mencionan aspectos generales sobre la somatización y los síntomas somáticos, incluyendo definiciones, datos epidemiológicos, algunas formas en que se ha evaluado la sintomatología somática y factores que pueden propiciar la presencia de este tipo de síntomas.

### **2.2.1 Definiciones de somatización y síntomas somáticos**

Para hablar de los síntomas somáticos es necesario remitirse al concepto de somatización. La primera referencia a estos trastornos la realizaron los egipcios, describiendo una enfermedad en la que se producían síntomas físicos sin que los médicos pudieran detectar ninguna alteración orgánica. Los griegos, quienes utilizaron por primera vez el término de histeria, también identificaron el padecimiento. Ya hacia el siglo XVI se describía que las personas aquejadas por esta enfermedad presentaban una gran cantidad de síntomas físicos capaces de mimetizar múltiples enfermedades (García y Ledo, 2002).

Sin embargo, el término de somatización fue utilizado inicialmente por escritores psicoanalíticos a principios del siglo XX para referirse a un proceso estrechamente relacionado con el concepto de conversión, en el cual los mecanismo de defensa se encargaban de suprimir la experiencia del afecto ansioso y solo se permitía su expresión consciente a partir de las manifestaciones físicas o los trastornos corporales producidos por ésta neurosis (García, 1995; García y Ledo, 2002).

Sin embargo, es hasta la década de 1980 que el concepto de somatización abandona su alusión psicoanalítica. Algunas de las definiciones dadas en ese entonces, mencionan a la somatización como una forma de expresar el malestar personal y social, donde las personas articulan sus problemas psicológicos y emocionales mediante quejas corporales o síntomas físicos, buscando ayuda médica para ellos (García y Ledo, 2002).

El término de somatización también se ha empleado para describir a los pacientes con quejas físicas que no tienen una base orgánica, incluyendo de esta manera una amplia variedad de fenómenos clínicos, haciendo referencia a una

variedad de procesos individuales que llevan a los sujetos a buscar ayuda médica para síntomas físicos que son atribuidos de manera equivocada a una causa orgánica, aunque es posible que coexistan con una enfermedad física (García, 1995).

De hecho, se ha mencionado que los fenómenos y alteraciones psicológicas y somáticas suceden en un mismo sistema biológico, por lo que es probable que ambos fenómenos sean parte de un mismo proceso (Flores y Jiménez, 2001).

El concepto de somatización incluye componentes subjetivos, cognoscitivos y conductuales. El componente subjetivo se refiere a la experiencia del sujeto, es decir, cómo vive y evalúa el malestar que experimenta; surge a partir de lo que percibe en relación a su cuerpo, sea dolor u otras manifestaciones corporales desacostumbradas, disfuncionales o de cambio de apariencia, siendo un factor generalmente solo identificable por el individuo (García, 1995; Cruz, 2001; García y Ledo, 2002).

El aspecto cognitivo se refiere al marco de referencia dentro del cual el sujeto interpreta sus percepciones, lo que influirá en el significado subjetivo de los síntomas para el sujeto y en a qué atribuye lo que experimenta, por ejemplo, que piense que tiene migraña y que por eso le duele la cabeza (García, 1995; García y Ledo, 2002).

El tercer componente es un factor conductual que incluye las acciones y la comunicación verbal y no verbal que sigue a las atribuciones que el sujeto hace a sus síntomas, es decir, a la acción que el sujeto realiza como consecuencia de los otros dos factores, generalmente estas conductas llevan a los sujetos a buscar atención médica, a automedicarse, o a quejarse ante sus familiares o amigos (García, 1995; García y Ledo, 2002).

En esta investigación se retoma el componente subjetivo de la somatización para referirse a los síntomas somáticos que han experimentado los sujetos y al malestar psicológico ocasionado por los mismos.

A continuación se presentarán algunos datos epidemiológicos respecto a la prevalencia de sintomatología somática y somatización.

### **2.2.2 Epidemiología**

Uno de los aspectos que muestran la relevancia del estudio de la sintomatología somática y la somatización es la escasa calidad de vida que ocasiona a quienes los padecen, ya que a pesar de que la incapacidad que ocasiona es similar a la que manifiestan personas aquejadas de otros trastornos psiquiátricos, su calidad de vida comparada con la de personas que tienen otras enfermedades crónicas es menor (García y Ledo, 2002).

Se ha mencionado que entre 60% y 80% de la población adulta experimenta uno o más síntomas somáticos a la semana, pero sólo unos cuantos de ellos acudirán al médico. Además, cuando un paciente acude al médico con una queja somática, entre 20 y 84% de las ocasiones no es posible determinar la causa orgánica. La somatización representa 10% del gasto sanitario total de cualquier país desarrollado, sin incluir los gastos por invalidez y las bajas laborales; de hecho, los fenómenos de somatización se asocian a una utilización excesiva e ineficiente de los recursos de salud (Kellner 1985; García, 1995; García y Ledo, 2002; Jiménez, 2002; Terre, Poston, Foreyt y St.Jeor, 2003).

En Estados Unidos se ha encontrado que los trastornos somatomorfos tienen una prevalencia de entre 0.38% y 4.4% en población general, donde las variaciones en los porcentajes dependen del número de síntomas requeridos para su diagnóstico. Se calcula que 1% de los pacientes que acuden a consulta con el médico familiar puede ser diagnosticado como somatizador (García y Ledo, 2002).

La prevalencia de los fenómenos de somatización en México es elevada, llegando hasta 9.4% en atención primaria en población general y 56% en pacientes con trastornos psiquiátricos (Jiménez, 2002).

En población general se ha visto que los síntomas somáticos más frecuentes son dolores de cabeza y espalda, mareos y dolor abdominal. En trabajadores del sector educativo los síntomas más comunes son dolores musculares y de cabeza, mareos, fatiga y dormir en exceso, tensión muscular, en el cuello, rostro y espalda, contracciones estomacales, movimientos ansiosos y entumecimiento en las extremidades (García, 1995; Montaña, 2004).

Como puede verse, la sintomatología somática tiene una elevada prevalencia y ocasiona considerables costos en lo personal, lo físico y lo social; en este último caso por ejemplo por los gastos en servicios de salud que ocasiona la sobre utilización de los recursos y por los altos índices de incapacidad y ausentismo laboral del paciente. Hay variaciones en los porcentajes que reportan las prevalencias, debido en buena parte a la manera y las pautas diagnósticas que se utilizan para evaluar la presencia de sintomatología somática.

### **2.2.3 Evaluación de síntomas somáticos**

La evaluación de la somatización generalmente se hace a partir de criterios de diagnóstico clínico, como los que menciona el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. Por ejemplo, se considera que los trastornos somatomorfos constituyen un grupo de trastornos caracterizados porque el paciente presenta síntomas somáticos que sugieren un trastorno físico, pero no existe ninguna causa orgánica demostrable que explique los síntomas, mientras que es posible asumir que los síntomas están asociados a factores psicológicos como el estrés. Estos trastornos constituyen las formas más crónicas e invalidantes de los fenómenos de somatización (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, 1995; García y Ledo, 2002).

Los criterios que establece el DSM-IV para diagnosticar el trastorno de somatización incluyen una historia de múltiples síntomas físicos con inicio antes de los 30 años, que persiste durante varios años obligando al paciente a buscar atención médica, provocando un significativo deterioro en sus actividades sociales, laborales y de otras áreas (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, 1995).

Además, deben cumplirse otros criterios, como la presencia de dolor relacionado con al menos cuatro zonas del cuerpo o funciones del mismo, sea la cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto, o bien durante la menstruación, el acto sexual, o la micción. También deben presentarse dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor; se requiere de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor; la presencia de algún síntoma o déficit

que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor, como alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones o pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa; síntomas disociativos como amnesia o pérdida de conciencia distinta del desmayo (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, 1995).

Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas orgánicos puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia y en caso de haber alguna enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, además de que los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, 1995).

Sin embargo, estos criterios para el diagnóstico están dados desde un enfoque que no incluye aquellos casos que no presentan trastornos psiquiátricos, a pesar de manifestar quejas somáticas. Se menciona como requisito la búsqueda de ayuda médica para las manifestaciones somáticas, que el paciente debe considerar como causadas por una enfermedad física cuando consulta al médico (García, 1995).

Por otra parte, una alteración objetiva de salud puede ser amplificada o aminorada por la manera en que el sujeto percibe e interpreta la información. No habiendo ninguna alteración real, el síntoma puede ser atribuido por completo a las diferencias individuales en la percepción, interpretación, respuestas e informes o quejas respecto al mismo. Los sujetos que tienen mayor nivel de afecto negativo tienden a informar o quejarse con mayor probabilidad de sus sensaciones físicas que quienes puntúan bajo en el afecto negativo (Santed, 2002).

Para evaluar estos aspectos se pueden utilizar escalas de autoinforme de salud, que miden un componente subjetivo y psicológico, y otro objetivo y que se encuentra más relacionado con la salud física. En el caso del componente subjetivo, se trata de cuestionarios que solicitan a los sujetos que evalúen con que

frecuencia o intensidad han experimentado varios tipos de síntomas somáticos, como dolores de cabeza o espalda, náuseas, etc. A estos reportes también se les llama de salud subjetiva o de quejas de salud (Santed, 2002).

No necesariamente existe equivalencia entre salud objetiva y subjetiva, sin embargo, las diferencias pueden ser que, por ejemplo, un sujeto informe diversos síntomas y sin embargo no se encuentren signos objetivos de enfermedad, por otra parte, puede haber sujetos que manifestando signos objetivos de padecer alguna enfermedad, no tengan quejas somáticas de la misma (Santed, 2002).

Como puede observarse, existen una serie de criterios que permiten diagnosticar el trastorno de somatización, entre ellos, indicadores objetivos como la ausencia de una enfermedad física que ocasione los malestares. Por otra parte, los componentes subjetivos de la somatización pueden ser evaluados con instrumentos de autoinforme del malestar que ocasionan y la frecuencia o intensidad con que se experimentan los síntomas somáticos.

Se han mencionado diversos factores que pueden estar relacionados con la presencia de somatización y sintomatología somática, a continuación se mencionarán algunos de ellos.

#### **2.2.4 Factores relacionados con la sintomatología somática**

La etiología de los trastornos de somatización y los síntomas somáticos es multifactorial y compleja. Ninguna teoría por sí sola puede explicar completamente la somatización, dado que va desde síntomas menores que son comunes a mucha gente, hasta los más graves e incapacitantes, ya que las manifestaciones y causas varían de una persona a otra. Aunque no es posible determinar el porcentaje exacto en que influyen los diversos factores que pueden generar somatización, se ha mencionado que 80% de las enfermedades físicas son de índole psicósomática, es decir, afecciones físicas provocadas por factores psicológicos (Lara, 1992; García, 1995; Cruz, 2001).

Algunos autores mencionan que cuando no es posible que las emociones emerjan, el cuerpo las externa a través de la somatización, puesto que registra lo que el sujeto experimenta y busca la manera de expresarlo para mostrar lo que se

pretende ocultar. Varios de los síntomas somáticos aparecen en aquellos órganos inervados por el sistema nervioso autónomo y no poseen ningún significado psicológico específico, pero pueden ser resultados finales o acompañantes de conflictos inconscientes reprimidos. Aunado a esto existe cierta predisposición genética, además de los factores psicológicos implicados, para que la energía psíquica reprimida sea descargada fisiológicamente. La emoción es una de las causas de irritaciones neurovegetativas que pueden traducirse en una lesión (Flores y Jiménez, 2001).

Se refiere que las emociones negativas o desagradables pueden ser fuente de dolores, éstas provocan la contracción no solo de los músculos voluntarios o estriados, sino también de los involuntarios o lisos de los órganos internos y la tensión prolongada de los músculos se acompaña de dolor muscular. En situaciones en las que se perturba el equilibrio emocional, el individuo se pone involuntariamente rígido, sus músculos se tensan y endurecen, principalmente en la nuca, cuello y hombros. Además bs sujetos que experimentan malestar o se sienten inquietos se encuentran en un estado permanente de tensión excesiva, alterándose la circulación de la sangre en las zonas donde hay rigidez, ocasionado que pierdan tono muscular (Passebecq, 1987; Cruz, 2001).

Los dolores localizados en la parte izquierda del pecho pueden hacer pensar en problemas cardiovasculares, pero también pueden ser manifestaciones de dolor en los músculos pectorales. También se conoce la influencia de los estados emocionales en enfermedades de la piel, diabetes, asma, etc. (Passebecq, 1987; Cruz, 2001).

Los problemas de salud pueden implicar de manera causal un elevado nivel de afectividad negativa, ocasionando malestar e insatisfacción, por lo que el malestar emocional sería en este caso otra consecuencia adversa de la enfermedad (Santed, 2002).

El papel de los trastornos mentales en el incremento de la vulnerabilidad para padecer enfermedades físicas está bien documentado. Las creencias psicológicas como el optimismo, el control personal y un sentido de significado de la vida se conocen como protectores de la salud mental y física. De modo

semejante, la salud física es un atributo positivo que puede influir en enfermedades mentales y físicas tanto como en su pronóstico (OMS, 2004).

Puede ser también que existiendo una alteración objetiva de salud, ésta sea amplificada o aminorada por la manera en que el sujeto percibe e interpreta la información, o bien, que no habiendo ninguna alteración real, el síntoma sea atribuido por completo a las diferencias individuales en la percepción, interpretación, respuestas e informes o quejas del mismo. Sin embargo, debe considerarse que la ausencia de indicadores objetivos de salud no necesariamente significa que no exista algún padecimiento real. La discrepancia entre los indicadores subjetivos y objetivos también puede deberse al momento de medida, ya que los padecimientos pueden no ser fácilmente detectables en sus inicios (Santed, 2002).

También se mencionan factores socioculturales, condiciones individuales y sociales que dan mayor o menor validez al rol de “enfermo” así como al significado atribuido a la enfermedad, con lo que pueden influir en el inicio, desarrollo y resultados de enfermedades tanto físicas como mentales. Los sistemas ambientales como la familia y el trabajo afectan el rol del sujeto, al mismo tiempo que estos sistemas responden ante la expresión de síntomas, ocasionado pérdidas o ganancias para el individuo (García, 1995; OMS, 2004).

Se han analizado en México los ámbitos familiar, escolar y laboral como los entornos de relaciones interpersonales de mayor importancia e influencia en el ser humano, que pueden generar emociones negativas que tiendan a somatizarse, o ser sistemas de apoyo de factores psicológicos que fomenten una mejor salud (Cruz, 2001).

Además, se ha reportado que la exposición continua a estímulos aversivos incrementa la susceptibilidad a infecciones y disminuye la cantidad de anticuerpos, mientras que el estrés sostenido reduce la resistencia a infecciones (Valdez y Flores, 1985; Cruz, 2001).

El trabajo representa un aspecto significativo de la autoestima en las personas en la cultura occidental. La seguridad social y las incapacidades laborales se han desarrollado para legitimar y apoyar a personas con problemas

físicos y emocionales crónicos, sin embargo, las normas sociales hacen que sea deseable que la incapacidad dure lo mínimo necesario, esperando que el sujeto haga lo posible para dejar el rol de enfermo a la brevedad (García, 1995).

Para muchos trabajadores dejar el empleo por un problema emocional o mental puede ser poco aceptable. En algunas investigaciones se ha visto que en la mayoría de los casos antes de la presencia de problemas físicos o accidentes ocurre un proceso psicológico, para el que los problemas físicos pueden verse como una solución. Previo a una lesión o enfermedad los sujetos han experimentado problemas de salud mental como depresión, ansiedad y sentimientos de inadecuación, que se perciben como incapacidades inaceptables, debido a las implicaciones de debilidad e ineffectividad que representan para los sujetos, al ser considerados malestares surgidos de las propias personas. En contraste, las lesiones o síntomas físicos se pueden considerar externos y por ende no implican inadecuación de los sujetos, ya que no están bajo su control, tornando estas situaciones más aceptables (García, 1995).

Habiendo revisado aspectos de los problemas de salud mental y los síntomas somáticos, ahora se hablará de la comorbilidad que se puede dar entre estas variables y el consumo de alcohol, al presentarse de manera simultánea en un mismo sujeto.

### **2.3 Comorbilidad de los problemas de salud mental**

En esta sección se habla del concepto de comorbilidad y se presentan algunas anotaciones sobre la comorbilidad entre problemas de salud mental, el consumo de alcohol y la sintomatología somática.

La comorbilidad en general se refiere a la presencia simultánea de dos o más enfermedades en la misma persona, aunque esto no necesariamente implica que los procesos patológicos estén relacionados entre sí o que tengan las mismas causas o que sean de la misma índole. Es posible que, sin considerar la secuencia en que se presentan los trastornos, el curso de una enfermedad influya de alguna manera en el curso de la otra, o de las otras, ya que pueden coincidir varias.

Además puede presentarse ya sea que la asociación entre los trastornos se deba o no al azar (Velazco, 1998; Leal, 2002).

Se han señalado cuatro tipos de comorbilidad: Al azar, clínica, familiar y epidemiológica. La comorbilidad al azar es la posibilidad de co-ocurrencia de dos trastornos, que no necesariamente se están influyendo de manera mutua; la comorbilidad clínica se refiere al efecto de un trastorno en la presentación, curso, parámetros biológicos y resultados del tratamiento de otro trastorno; la comorbilidad familiar existe cuando la presencia de un trastorno en relación a un individuo afecta a la posibilidad de que éste tenga otro trastorno; finalmente, la comorbilidad epidemiológica es una asociación entre dos trastornos en una población definida (Leal, 2002).

La mayoría de las enfermedades mentales no se presentan solas en un individuo, por lo general persisten dos o más entidades que limitan la elaboración del diagnóstico y complican el tratamiento del mismo. Las condiciones comórbidas generalmente tienen un curso más crónico y severo que los trastornos que se presentan solos y tienen también menor respuesta al tratamiento. Los individuos con dos o más trastornos comórbidos son más propensos a experimentar deterioro en el funcionamiento social y ocupacional (Secretaría de Salud, 2001; Leal, 2002).

Algunos problemas de salud mental, como la ansiedad o la depresión, los malestares somáticos, así como el abuso de alcohol, son situaciones frecuentes entre la población general, por lo que seguramente coincidirán en un buen número de personas, sin embargo, es posible que estos factores estén relacionados y se agraven entre sí.

### **2.3.1 Comorbilidad de problemas de salud mental y consumo de alcohol**

Se han propuesto diferentes explicaciones para la relación entre problemas de salud mental y el consumo de alcohol. Una de ellas menciona que el abuso de alcohol contribuye a la presencia de niveles elevados de depresión, ansiedad y otros malestares de salud mental, al inicio, durante el transcurso o en alguna

recaída del trastorno de consumo. En estos casos el problema de consumo ocurre primero y la patología mental surge como consecuencia, tratándose entonces de complicaciones del consumo que incluyen problemas psicológicos, interpersonales y somáticos que afectan el funcionamiento de las personas de una manera clínicamente significativa, más que de padecimientos comórbidos. Incluso se ha mencionado que pequeñas cantidades de alcohol pueden asociarse con el desarrollo de síntomas afectivos y de ansiedad, y que el incremento en las cantidades de alcohol que se consume por ocasión incrementa también el riesgo de que se presenten síntomas de problemas mentales durante la sobriedad (Cuadrado, 1996; Martin y Bates, 1998; Velazco, 1998; Caraveo y Colmenares, 2002; Leal, 2002).

Otra explicación es que los problemas de salud mental pueden conducir a un incremento en los niveles y frecuencia de consumo de alcohol como una forma de automedicación, pues algunas personas tienen la creencia de que el alcohol reduce o elimina el malestar emocional y puede mitigar la angustia y otros síntomas que acompañan un trastorno afectivo. En este sentido se ha mencionado que el alcohol funciona como reforzador al reducir la tensión, lo que efectivamente puede suceder puesto que se trata de un tranquilizante, con lo cual se refuerza la conducta de consumo, lo que eventualmente puede conducir al abuso o la dependencia. Algunos autores señalan que los trastornos de ansiedad pueden ser determinantes en el mantenimiento del consumo excesivo (Antón, 1996; Driessen, et al. 1998; Velazco, 1998; Leonar y Blane, 1999; Leal, 2002; Simon y Chevins, 2002).

También se sugiere que existen factores ambientales y/o genéticos, que contribuyen tanto al abuso o dependencia al alcohol, como a la manifestación de trastornos de salud mental. Se ha mencionado que, por ejemplo, los efectos del alcohol se pueden asociar con el sitio físico en el cual se experimentan (Brailowsky y García, 1998; Leal, 2002; Simon y Chevins, 2002).

En los estudios en que se ha observado la relación entre el consumo de alcohol y mala salud mental, generalmente los aspectos que se han estudiado de salud mental se refieren a depresión y ansiedad (Post, 1996).

Se ha encontrado que hasta 25% de quienes presentan diagnóstico de dependencia al alcohol y de trastornos fóbicos, también manifiestan un trastorno depresivo actual, trastorno de ansiedad y puntuaciones elevadas en psicopatología general (Schadé, Marquenie, Van Balkom, Koeter, De Beurs, Van Den Brink y Van Dyck, 2004).

En Estados Unidos se ha reportado que es mayor la prevalencia de solicitantes de servicios de salud mental en quienes tienen comorbilidad entre un trastorno psiquiátrico y el consumo excesivo o la dependencia al alcohol, que entre quienes sólo tienen problemas con el consumo de alcohol u otra sustancia. La presencia de problemas psiquiátricos en quienes abusan del alcohol es de 36.6%, 12.3% de quienes presentan problemas por el consumo excesivo también manifiestan criterios positivos para diagnosticar algún trastorno del estado de ánimo, incluyendo depresión mayor (11.3%) y trastorno bipolar (0.3%). Por otro lado, se ha reportado que entre aquellas personas que presentan un trastorno mental, 23.3% también presentan algún problema con el consumo de alcohol, mientras que entre quienes no manifiestan trastornos mentales, esta prevalencia es de 11% (Cuadrado, 1996; Velazco, 1998; Petrakis, González, Rosenheck y Krystal, 2002).

Se ha observado que entre 20 y 30% de los pacientes que acuden a los servicios médicos presentan patologías que guardan una estrecha relación con el consumo de alcohol. La mayoría de los casos no se identifica con un problema de consumo, pues el motivo de la consulta generalmente se refiere a molestias somáticas concretas, que el médico no puede ubicar como resultado del consumo de alcohol (Campillo y Romero, 1998).

En estudios en población general, se han encontrado correlaciones positivas entre ansiedad, somatización, depresión y consumo de alcohol. Se menciona la automedicación como una característica de quienes somatizan y que el abuso en el consumo de sustancias se presenta a menudo como precursor del tratamiento para la depresión, además 17% de la población estudiada manifestó una combinación de ansiedad ó depresión y abuso de sustancias (Mehrabian, 2001).

Como puede verse, es complicado establecer si un trastorno antecede a la ocurrencia de otro, incluso es posible que ambos sean ocasionados por los mismos elementos ambientales o personales y que únicamente estén ocurriendo al mismo tiempo, sin tener relación entre sí. Sin embargo, existe en muchos casos la coocurrencia de trastornos de salud mental y síntomas somáticos a la par de problemas con el consumo de alcohol. A continuación se hablará de la comorbilidad entre la sintomatología somática y otros problemas de salud mental.

### **2.3.2 Comorbilidad de problemas de salud mental y síntomas somáticos**

Se ha mencionado que dado que los fenómenos somáticos y psicológicos suceden en el mismo sistema biológico, pueden ser dos aspectos del mismo proceso. Por ejemplo, la medicina psicosomática estudia la importancia que el estrés y los factores psicológicos tienen en la aparición, evolución y tratamiento de las enfermedades físicas (Flores y Jiménez, 2001).

En la atención médica general sólo se identifica a la mitad de quienes tienen algún trastorno mental, el resto no son identificados en gran parte porque muchos trastornos mentales se presentan acompañados de síntomas somáticos y los médicos generales no prestan atención al componente mental del problema. Estas quejas somáticas suelen estar asociadas con niveles significativos de malestar e incapacidad (De la Fuente, Medina-Mora, Caraveo, 1997; Terre, Poston, Foreyt y St.Jeor, 2003).

El afecto negativo mantiene relaciones consistentes con criterios subjetivos de salud percibida. El deterioro de la salud mental se puede manifestar como un estado subjetivo de malestar y con aspectos fisiológicos y emocionales, como problemas de concentración, atención y memoria, insomnio, cansancio, debilidad, mareos, taquicardia, temblor de manos, desmayos y otros (Romero, 2002; Santed, 2002).

Se ha observado que existe una substancial comorbilidad entre los síntomas de somatización y la depresión, indicando que el número de síntomas somáticos y de trastornos del estado de ánimo están relacionados de manera lineal, formando

un espectro de severidad, lo que puede complicar la identificación y tratamiento de ambos problemas (García, 1995; Terre, Poston, Foreyt y St.Jeor, 2003).

La ansiedad y la depresión frecuentemente causan síntomas somáticos y los síntomas somáticos graves también pueden producir malestar emocional o agravar trastornos emocionales previos; también es posible que quienes puntúan alto en afecto negativo y que realmente tienen problemas de salud física tiendan a exagerar sus quejas. Esta asociación entre dolor y depresión se observa en el hecho de que en 60% de los casos el dolor se presenta como síntoma de depresión y como causa de ella en el 40% (García, 1995; Alonso-Fernández, 2001; Santed, 2002; Terre, Poston, Foreyt y St.Jeor, 2003).

Investigaciones realizadas en México y Estados Unidos han mostrado la comorbilidad de la somatización con trastornos como la ansiedad y la depresión, además de la presencia de manifestaciones somáticas de depresión y ansiedad en 8% de la población (Kirmayer y Robbins, 1991; García, 1997).

De lo mencionado en éste capítulo se puede concluir que los datos epidemiológicos señalan que la prevalencia de problemas de salud mental va en aumento, a tal grado que se considera que en pocos años serán una de las principales causa de solicitud de atención médica, lo que aunado a que se trata de una causa importante de discapacidad y años de vida saludable perdidos, convierten a la atención de la salud mental de la población en un tema prioritario.

Hay diversas maneras de definir a la salud y la enfermedad mental, dependiendo de esta definición la atención puede estar centrada en los aspectos positivos o negativos del estado de salud mental que presenta un individuo o un grupo de personas en un momento determinado. En esta investigación se retoman los conceptos de malestar emocional para hacer referencia a los problemas de salud mental que presentan los trabajadores, puesto que no se indaga sobre trastornos específicos, sino con respecto a la manera en cómo se han sentido los trabajadores con respecto a diversos estados de ánimo.

Por otra parte, existen diversos factores ambientales y sociales que pueden tener efectos en la salud mental, como los relacionados con aspectos socioeconómicos y cambios tecnológicos, también las condiciones laborales

pueden afectar a la salud mental, aunque de ello se hablará más ampliamente en el siguiente capítulo.

Para generar acciones específicas dirigidas a determinados grupos de población es importante conocer cuál es la situación en que se encuentran. En cuanto a la evaluación del estado de salud mental y la sintomatología somática, los instrumentos de tamizaje y autorreporte presentan ventajas para poder obtener información de grandes cantidades de personas en poco tiempo y con bajos costos, además de proporcionar indicadores de la manera en que el sujeto percibe cómo se encuentra su estado de salud mental.

El estudio de las alteraciones fisiológicas tiene importancia para la investigación psicológica de los estados emocionales sólo si se tiene presente y se confronta lo que representa para el propio individuo cada estado emocional, es decir, la interpretación subjetiva de los síntomas que experimenta, de tal manera que se puedan atender a los individuos como tales y no solo como estadísticas

Dentro de la somatización, el componente subjetivo se refiere a la percepción del individuo respecto a lo que está sintiendo; esto se puede evaluar con instrumentos de autoinforme. El porcentaje de personas que presentan somatización y malestares somáticos es muy variable, puesto que depende de la manera en que se diagnostiquen y evalúen. Sin embargo, su presencia ocasiona elevados gastos en servicios de salud por ejemplo por las incapacidades laborales que propicia. De hecho, en ocasiones estas manifestaciones físicas resultan más aceptables para los trabajadores que el hablar de problemas de salud mental, puesto que genera menos suspicacias y está menos estigmatizado socialmente.

A partir de esta información es posible observar que tanto el consumo de alcohol como los problemas de salud mental y los malestares somáticos se presentan entre la población general con cierta frecuencia y tienen efectos adversos en diversas áreas, además de que en ocasiones tienen una elevada interacción o co-ocurrencia entre sí.

En el siguiente capítulo se mostrará brevemente la manera en que estos factores se presentan en población trabajadora y se mencionarán algunas de las

características del sector gastronómico y hotelero, población en la que se centra esta investigación.

## **CAPITULO 3.- SALUD DE LOS TRABAJADORES**

### **3.1 Salud en el trabajo**

En este capítulo se define lo que es el trabajo y su relevancia para el ser humano. Se mencionan algunos aspectos relacionados con el ámbito laboral y las condiciones de trabajo que pueden afectar a la salud física y mental de los sujetos.

Posteriormente se mencionan factores relacionados a la presencia de consumo de alcohol, problemas de salud mental y sintomatología somática en el ámbito laboral, las consecuencias que estas situaciones pueden generar en el contexto del medio de trabajo y algunos aspectos epidemiológicos de su ocurrencia.

Finalmente se habla de las características y situación internacional y nacional del sector gastronómico y hotelero, donde labora la población con la que se realizó este estudio.

Para hablar de la salud de los trabajadores es necesario definir primeramente lo que es el trabajo. Éste ha sido definido como la actividad fundamental del ser humano, que le brinda la posibilidad de su propia creación y desarrollo. Dado que se trata de uno de los puntos de partida para el surgimiento y desarrollo de las sociedades, los otros ámbitos de la vida social son imprescindibles para que este trabajo pueda culminar (Noriega, Franco, Martínez, Villegas, Alvear y López, 2001).

Algunas instancias internacionales han destacado que los asuntos laborales son un componente esencial de la dignidad humana y que la salud de los trabajadores debe considerarse como un derecho universal, de tal manera que la salud y el trabajo deben y pueden interactuar positivamente (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004).

Por otra parte, existen numerosos daños a la salud que tienen su origen en el trabajo; algunos efectos negativos, enfermedades agudas o crónicas, incluso la muerte, pueden ser de origen laboral aún cuando se manifiestan fuera de este ámbito, ya sea porque suceden cerca del final de la jornada o porque son enfermedades de larga evolución que se muestran inicialmente como síntomas

inespecíficos y que poco a poco van invalidando al trabajador y alejándolo de su actividad (Noriega, Franco, Martínez, Villegas, Alvear y López, 2001).

Antes de hacer referencia a algunos de los problemas de salud que pueden presentarse entre los trabajadores, se hará mención de algunas de las condiciones en las cuales se trabaja, mismas que a su vez pueden generar problemas de salud.

### **3.1.1 Factores que inciden en la salud de los trabajadores**

Algunos de los aspectos del ámbito laboral que ayudan a la salud del trabajador son: Que el empleo proporcione ingresos suficientes para satisfacer las necesidades de quien trabaja y su familia; las condiciones seguras de trabajo tanto físicas como psicológicas y organizacionales; un clima laboral agradable para el trabajador; reconocimiento y valoración del trabajo que realiza el personal; y que se le proporcionen oportunidades de desarrollo (Trucco, 1997).

Se considera que cuando las condiciones de trabajo y los factores humanos están en equilibrio, el trabajo resulta satisfactorio, contribuyendo a proporcionar al ser humano una sensación de bienestar, autoconfianza y de valor personal, mientras que aquella actividad laboral que no es satisfactoria para el individuo tiende a ocasionarle malestar, así que la satisfacción laboral contribuye positivamente a la satisfacción con la vida en general, incrementa la motivación, la capacidad de trabajo y mejorando la salud (Castaño, 1995; Pulido, 2001; Aguirre, 2003; OMS y OPS, 2004).

Por otra parte, los factores de riesgo para la salud se originan tanto en las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores, como en la vulnerabilidad y hábitos del individuo. Las condiciones de trabajo que pueden afectar al sujeto incluyen las relacionadas con el puesto que desempeña, las condiciones laborales de la empresa y las condiciones del sistema social y económico que tienen que ver con el trabajo (Trucco, 1997; Cruz, 2001).

La organización del trabajo puede generar una carga de actividad física y mental inadecuada, además de que puede ser causa de problemas de salud en ambas áreas. Los factores de la organización que más pueden afectar son los

relacionados con el tiempo de trabajo y el ritmo del mismo, junto con aquellos factores que definen el papel del individuo dentro de la organización, como el nivel de automatización, la comunicación, las relaciones interpersonales, entre otros (Aguirre, 2003).

Los cambios en la estructura y formas de trabajo pueden incidir también en la salud de los trabajadores. Por ejemplo, la globalización ha generado grandes cambios en las estructuras laborales, propiciando nuevas formas de organización del trabajo y tecnologías cada vez más sofisticadas en aspectos de automatización y sistemas de información, con lo que se han propiciado paulatinas modificaciones en el entorno de los trabajadores, lo que a su vez ha incrementado las presiones a las que se ven sujetos los empleados ante la disminución de la estabilidad laboral, la competencia y la amenaza latente de la pérdida del empleo, además de que puede ocasionar al trabajador sentimientos de inadaptación y deshumanización al ser visto como una cifra más o como extensión de la maquinaria. Todo esto contribuye a disminuir la calidad de vida de los trabajadores generándoles altos niveles de ansiedad y estrés. El estrés, a su vez, tiene consecuencias en la salud del individuo y en su satisfacción y desempeño en el trabajo (Castaño, 1995; Trucco, 1997; Pulido, 2001; De Micco, De Santis, Petrillo, Spezia y Zak, 2003).

Las condiciones ambientales de trabajo pueden estar relacionadas con el estado del lugar donde se labora, como su superficie y ubicación, iluminación, ventilación, temperatura y de manera importante en el sector gastronómico, la limpieza de las áreas de trabajo. Otros elementos que pueden afectar al trabajador son las herramientas y maquinarias que utiliza para realizar sus labores, como las cocinas, freidoras, fuentes de energía, maquinarias en general, etc. (Castaño, 1995).

Además, cada tipo de actividad laboral requiere de un esfuerzo físico concreto, por lo que la forma de realización del trabajo, los movimientos, ritmos y la técnica que se utiliza para realizar las actividades del puesto que se desempeña pueden causar alteraciones en la salud. La fatiga va disminuyendo la capacidad de resistencia de las personas sometidas a esfuerzos intensos o prolongados, los

trabajos muy repetitivos y con un excesivo ritmo de producción pueden ocasionar fatiga nerviosa. Las posturas forzadas unidas a una posición estática mantenida por largo tiempo, pueden llegar a ocasionar o agravar diversas alteraciones de la columna vertebral, propiciando dolores y molestias en la espalda y vértebras cervicales (Castaño, 1995).

El ambiente social hace referencia a las relaciones humanas que se presentan al interior o relacionadas con la empresa, como las relaciones y problemas entre jefes y subordinados o entre trabajadores, diferentes jornadas de trabajo entre parejas, falta de coincidencia de vacaciones entre miembros de la familia, etc. (Castaño, 1995).

La distribución de la jornada de trabajo y los periodos de descanso afecta a las posibilidades de compatibilizar sin tensiones la vida laboral con las obligaciones familiares o el ocio y esparcimiento. Las personas que trabajan en horarios que cambian constantemente o en horario permanentemente nocturno, además de presentar alteraciones en el ciclo circadiano, suelen experimentar los problemas que estos horarios representan para sus relaciones familiares o sociales, lo cual muchas veces incrementa los niveles de tensión en el trabajo e influye tanto física como psicológicamente en el trabajador y en su rendimiento (Castaño, 1995; Pulido, 2001; Aguirre, 2003).

Cuantas más dificultades encuentra un trabajador para conciliar su vida profesional con los papeles que debe asumir en su vida privada, tanto mayor es el daño que puede tener su estado de salud mental, se incrementan sus niveles de ansiedad, tiene conflictos de roles y su autoestima disminuye (Aguirre, 2003).

La interacción negativa entre condiciones del trabajo y factores humanos del trabajador pueden conducir a perturbaciones emocionales y problemas de comportamiento que presentan riesgos adicionales de enfermedades mentales y físicas, adicionalmente pueden presentarse también efectos nocivos para la satisfacción y el rendimiento en el trabajo (Aguirre, 2003).

Entre trabajadores mexicanos se ha encontrado que hay diversos tipos de exigencias laborales que inciden en su salud física y mental: Las exigencias relacionadas con el tipo de tareas, cuya característica principal es la falta de

contenido, que incluye inmovilidad o movimientos repetitivos; las asociadas al tiempo dedicado al trabajo, duración de la jornada laboral, descansos y vacaciones; y finalmente, las exigencias relacionadas con una supervisión y control muy estrictos (Pulido, 2001).

Como puede verse, el desempeño de la actividad laboral genera condiciones que pueden resultar benéficas para el individuo, sin embargo, también hay condiciones dentro del ámbito de trabajo que pueden afectar a la salud de los trabajadores, las condiciones de trabajo al interactuar a su vez con elementos de carácter individual, pueden propiciar al mismo tiempo los problemas durante la realización de las actividades.

Uno de los problemas de salud que pueden afectar a la población trabajadora está relacionado con el consumo de sustancias, específicamente en este caso de alcohol, ya sea dentro o fuera del horario de labores, el cual dependiendo de la frecuencia, cantidad y circunstancias en que se realice, puede propiciar diversas problemáticas relacionadas.

### **3.2 Trabajo y consumo de alcohol**

El consumo de alcohol se presenta en personas de todas las edades y condiciones sociales, su utilización inadecuada puede llegar a ocasionar graves consecuencias sociales, laborales y de salud. Es por esto que representa un problema de salud pública, y la población trabajadora no está exenta de ello, en esta sección se presentan algunos aspectos relacionados con el consumo de alcohol en el ámbito laboral.

**3.2.1 Epidemiología del consumo de alcohol en ámbitos laborales** En cuanto a la presencia del consumo de alcohol en el contexto internacional, en estudios realizados en España se ha observado que existe mayor prevalencia de consumo y abuso entre la población trabajadora (12.3%) que en población general (6%). Además, 81.5% de los trabajadores consideran que el consumo de alcohol representa una problemática importante en sus centros de trabajo; 41.6% conocen a compañeros que beben en exceso y 2% de los empleados admiten beber en su

lugar de trabajo. Entre los usuarios con un alto riesgo predominan los hombres que laboran en áreas de minería, construcción, transportes, hotelería, comunicaciones y química, junto con las áreas con predominio de personas de bajo nivel educativo (Cabrero, Barrios, Osuna, Luna del Castillo, Jiménez y Luna, 1996; Vargas, 2000; Gómez, Del Río y Álvarez, 2002).

En México se han llevado a cabo diversas investigaciones sobre el consumo de alcohol entre trabajadores de diversas profesiones y grupos ocupacionales, muchas de ellas enfocadas únicamente a población dependiente, aunque se han considerado otros niveles y patrones de consumo.

Álvarez, Castillo y Muñoz (1988), encontraron que entre trabajadores de la compañía de luz quienes realizaban actividades de mayor riesgo consumían mayores cantidades de alcohol para compensar las condiciones inseguras de trabajo.

Varela y Álvarez (1991) reportan que entre trabajadores de una fábrica de llantas se encontró que a mayor escolaridad había menos consumo de alcohol. El día en que se reportó mayor consumo fue el sábado (79%), que además era el día de pago. En cuanto a la frecuencia de episodios de intoxicación, 20% mencionó que le ocurrió 2 veces en el último año, y 7% una vez al mes. Además, se encontró que entre más alto era el patrón de consumo, hubo mayor frecuencia de episodios de intoxicación.

Entre trabajadores del sector marítimo Ocaña, Mouriña y Zamudio (1997), mencionan que 49.1% abusan del alcohol.

En estudios en población masculina de empresas textiles se ha observado que el porcentaje de bebedores es de 61.4%. La frecuencia de consumo de 3.5% de ellos es de dos o más veces por semana, mientras que 47.6% beben un máximo de cuatro copas por cada ocasión de consumo y 22.5% de los sujetos reportan haber consumido seis copas o más en alguna ocasión en el último año. En esta población el nivel de consumo de 28% de los sujetos fue de riesgo y 4% lo hacían de manera peligrosa, de acuerdo a la versión rápida de la prueba AUDIT. Algunos de los predictores del consumo en esta población fueron el estrés laboral,

la edad y los problemas en el trabajo, además de que el consumo en riesgo se incrementó al aumentar la edad (Carreño, 1998).

En una empresa química en México se encontró un porcentaje de consumidores de alcohol de 59%, además, 24% de los trabajadores fueron calificados como casos con problemas con su consumo de alcohol por la prueba AUDIT completa; en tanto que con la prueba breve se detectó que 37.7% tienen un consumo de riesgo por la elevada frecuencia y cantidad que beben y 5.3% lo hacen de manera peligrosa (Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Martínez, Juárez y Villatoro, 2002).

En personal de salud se ha encontrado que más de 90% de los trabajadores consumen alcohol; aplicando la prueba AUDIT se observó que 33% tenían problemas con el consumo de alcohol, de ellos 70% tuvieron menos de 40 años, sin embargo el nivel de consumo fue mayor para el grupo de 40 a 49 años (Guedes, 2003).

Como puede observarse, la prevalencia del consumo de alcohol entre población trabajadora es incluso más elevada que entre la población general, tanto en el ámbito internacional como en el nacional y se presenta en muy diversos tipos de actividades.

Por otra parte, existen diversos factores en el ámbito de trabajo que pueden propiciar o incrementar la presencia de problemas con el consumo de alcohol entre los trabajadores.

### **3.2.2 Factores relacionados con el consumo de alcohol en el ámbito**

**laboral** Entre las condiciones de trabajo que pueden contribuir al surgimiento de problemas relacionados con el alcohol y que también se han señalado para explicar porqué en algunas ocupaciones se presentan mayores problemas asociados al consumo, se encuentran:

La disponibilidad física del alcohol en el lugar de trabajo, por ejemplo en comercios donde se venden bebidas (Díaz-Leal, 1998; OIT, 2000; Öjesjö, 2001). La aceptación del consumo y las presiones ejercidas por la sociedad o los compañeros para que se beba en el trabajo; de hecho, se menciona que la

conjunción de factores organizacionales y personales propician la aparición de subculturas que favorecen o desestiman el consumo de alcohol en el trabajo y que factores inherentes a cada individuo van a llevarlo a dirigirse a determinados grupos que propiciarán su consumo en el trabajo y la aparición de problemas derivados de ello (Ames y Janes, 1992; Sarason y Sarason, 1996; Díaz-Leal, 1998; OIT, 2000; Öjesjö, 2001; Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Martínez, Juárez y Villatoro, 2002)

El estrés en el trabajo, por ejemplo ocasionado por situaciones peligrosas o por la insatisfacción del sujeto con su ocupación, es otro factor que puede propiciar los problemas con el alcohol, en estos casos la ansiedad o angustia que genera una situación de riesgo o insatisfacción laboral puede ser afrontada de manera evitativa por el trabajador con la ingesta de bebidas alcohólicas como una manera de disminuir la tensión nerviosa. El estrés también puede derivarse de la falta de control sobre las actividades que se realizan, las elevadas demandas del trabajo, el empleo precario, la posibilidad del desempleo y la situación familiar y financiera (Varela y Álvarez, 1991; Sarason y Sarason, 1996; Díaz-Leal, 1998; Grunberg, Moore y Greenberg, 1998; OIT, 2000; Öjesjö, 2001; Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Martínez, Juárez y Villatoro, 2002; Guedes, 2003).

De hecho, algunos autores han mencionado que el consumo de alcohol por parte de los trabajadores se presenta como respuesta directa o indirecta a los aspectos físicos y psicosociales negativos del ambiente laboral, como situaciones de mucho aburrimiento o trabajo monótono; el trabajo por turnos o nocturno; la necesidad de viajar constantemente, cambiando de colaboradores y de superiores; la ausencia de supervisión directa; niveles de ingresos muy bajos; o para olvidar problemas familiares y del trabajo, entre otros (Varela y Álvarez, 1991; Ortega 1997; Frone, 1999; OIT, 2000; Öjesjö, 2001).

A pesar de lo anterior, es mucho menor la información que existe al respecto del consumo de sustancias derivada de los centros laborales que la proveniente de instituciones de salud y educativas. A veces los mismos empresarios no permiten que se haga este tipo de investigación, pensando que su imagen pública

puede deteriorarse al saber que en su empresa existen personas que tienen problemas con el alcohol (Ruiz, 2004).

En México son pocas las empresas que cuentan con programas para apoyar a los trabajadores que tienen problemas con el consumo de sustancias, en muchos casos se toma una actitud de negación o minimización, al insistir en que en los centros de trabajo no existen personas que tengan problemas con el consumo, o se tiene una actitud represora, despidiendo a quien de señales de tener problemas de abuso de alcohol. Estas situaciones muchas veces están relacionadas con la poca claridad de las políticas de la empresa respecto al consumo de alcohol por parte de los trabajadores; también tienen que ver con los grupos de trabajo, la manera de administrar las empresas, así como el clima, cultura y ambiente organizacional (Maddux y Voorhees, 1991; Ames y Delaney, 1992; Elizondo, 1998).

Entre las empresas que sí atienden estos problemas, una gran mayoría se enfocan más en quienes son dependientes o ya presentan problemas muy graves con su manera de beber, descuidando a aquellos trabajadores que aún no presentan problemas, que son la mayoría, gastando mayores recursos en la atención al daño que en la prevención (Tiburcio, 2004).

De hecho, diversos organismos internacionales han emitido sugerencias para identificar, analizar y prevenir el consumo excesivo de alcohol en ámbitos laborales. La Organización Internacional del Trabajo ha establecido recomendaciones dirigidas a los empresarios, patrones, autoridades y trabajadores para orientar acciones que permitan reducir esta problemática (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2000).

En cuanto a las maneras en que se puede realizar la identificación de trabajadores que tienen problemas con el consumo de alcohol, se encuentra la auto evaluación, o la identificación realizada por amigos, familiares o compañeros de trabajo, quienes se dan cuenta de que el sujeto aparentemente tiene problemas con su consumo y le sugieren que busque ayuda por ello. Finalmente, puede ser identificado a partir de análisis o encuestas aplicadas a solicitud de los empleadores (OIT, 2000).

Entre las recomendaciones para prevenir o atender el consumo de sustancias, se ha sugerido que tanto los trabajadores como los empleadores y las organizaciones sindicales tomen medidas para evitar que se incite, fomente o facilite el consumo excesivo de alcohol dentro de las empresas. Una manera de lograrlo es limitar o prohibir la posesión, el consumo o la venta de bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo, incluso en áreas como el comedor de los empleados. Otra recomendación se refiere a evitar o prohibir que se remunere a los trabajadores con bebidas alcohólicas (OIT, 2000).

Este mismo organismo ha señalado que la estabilidad que ofrece un empleo es un factor que ayuda a superar los problemas relacionados con el consumo de alcohol, por lo que recomienda llevar a cabo programas de información y capacitación sobre las consecuencias del alcohol y las drogas que sean integrados, en la medida de lo posible, en programas de salud más amplios (OIT, 2000).

En cuanto a los aspectos legales que están relacionados al consumo de alcohol en ámbitos laborales en México, a pesar de que la dependencia es considerada como una enfermedad, el marco jurídico actual no brinda al trabajador la posibilidad de solicitar una incapacidad para recibir atención por este padecimiento, al contrario de lo que sucede con otras enfermedades (Melo, 2004).

Sin embargo, en el marco legal mexicano no se pasa por alto el consumo de alcohol en los centros de trabajo, el artículo 123 de la constitución menciona expresamente la prohibición de vender bebidas embriagantes en todo centro de trabajo, así como la entrega del salario en restaurantes, cantinas o bares a no ser que éstos sean los lugares donde los sujetos laboran (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2003).

Está expresamente prohibido el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes en los centros de trabajo, considerando como embriagantes aquellas con un contenido de alcohol superior al 5%. No se especifica como se procederá en el caso de que las empresas mismas sean lugares de venta o consumo de tales bebidas (Ley Federal del Trabajo, 2004).

En la Ley Federal del Trabajo (2004), también se establece que acudir a desempeñar un trabajo en estado de embriaguez es una causa de rescisión del contrato laboral, sin embargo, no se especifica exactamente a que se refiere con embriaguez. Además, se menciona que está prohibido que tanto los patrones como los trabajadores se presenten a laborar en estado de ebriedad y se prohíbe que los trabajadores ejecuten cualquier acto que pueda poner en peligro su seguridad o la de otras personas o de las instalaciones de trabajo. A pesar de que no lo menciona expresamente, una de estas acciones inseguras puede ser el consumo de alcohol antes o durante el trabajo, o el consumo excesivo en cualquier circunstancia.

Esta misma ley establece sin embargo que se considerará como enfermedad de trabajo aquella que tenga su origen en el trabajo o en el medio en el que el trabajador desempeñe sus labores. Considerando la dependencia al alcohol como una enfermedad, no se contempla si quienes laboran en un medio con fácil acceso a esta sustancia están en mayor riesgo de desarrollarla (Ley Federal del Trabajo, 2004)

En la aplicación, es común que para probar el estado de ebriedad se acepte la prueba testimonial de tal condición, pues los síntomas de la intoxicación alcohólica pueden identificarse por medio de los sentidos. Para que el estado de ebriedad se considere como causal de despido lo que se toma en cuenta principalmente son los efectos que ocasiona el consumo en la persona del trabajador, independientemente de la cantidad ingerida (Moctezuma, 1998).

Por otro lado, en el caso de las instituciones de seguridad social y salud para los trabajadores, los servicios especializados generalmente no detectan ni reciben canalizaciones por abuso de alcohol y tampoco lo registran como enfermedad laboral ni lo vinculan con la ocurrencia de accidentes, cuando mucho es detectado e incluido como una situación que afecta el proceso de trabajo o a la salud general del empleado (Vargas, 2000).

Las instancias de seguridad social para los trabajadores y las leyes federales excluyen de la clasificación de riesgos de trabajo aquellos accidentes ocurridos cuando el trabajador se encuentra en estado de ebriedad, lo cual también quita a

quien se encuentre en esta situación la posibilidad de obtener las indemnizaciones y prestaciones correspondientes (Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], 2002; Ley del seguro Social, 2004; Ley Federal del Trabajo, 2004).

Como puede verse, existen elementos físicos, sociales, ambientales y organizacionales inherentes al ámbito de trabajo que pueden propiciar o incrementar la ocurrencia del consumo excesivo de alcohol y de problemas relacionados al mismo. A pesar de ello, en muchas empresas se niega o minimiza esta problemática y se realizan pocas acciones para prevenirlo o atenderlo. Entre las empresas que llevan a cabo programas de atención al consumo de sustancias, se enfocan predominantemente en la atención a las personas dependientes y en menor medida en la prevención. Sin embargo, organismos nacionales e internacionales han emitido diversas recomendaciones y leyes para regular, prevenir y atender el consumo de sustancias entre los trabajadores. Esto adquiere relevancia al considerar que el consumo puede provocar consecuencias adversas en el individuo y en el medio en que realiza sus labores, afectando también a sus compañeros y a la empresa.

### **3.2.3 Consecuencias del consumo en el trabajo y el trabajador**

Algunos de los indicadores que permiten conocer la índole y magnitud del consumo de alcohol en el lugar de trabajo son los datos epidemiológicos del consumo a nivel nacional o local; las encuestas realizadas en empresas del mismo giro que el que se esté estudiando; indicadores de ausentismo y retardos; permisos o incapacidades por enfermedad; tasas de accidentes; rotación del personal; el consumo de bebidas alcohólicas durante las pausas para comer; además de las percepciones de los mandos medios, directivos, trabajadores, representantes sindicales, personal de seguridad y de salud que laboran en cada empresa (OIT, 2000).

Se ha observado que existen algunas situaciones que en conjunto pueden sugerir que existe un problema con el consumo de alcohol en el lugar de trabajo. Entre estas se pueden mencionar: Las variaciones en el ritmo de trabajo, la

productividad y responsabilidad; la disminución de la eficiencia, calidad o cantidad del trabajo realizado; presentar excusas irracionales por los errores; problemas de ausentismo o retardos que se van incrementando gradualmente; demoras en el tiempo de comida o continuos descansos durante el día o salidas temprano del trabajo (Maddux y Voorhees, 1991; Ortega, 1997; Vargas, 2000).

Otras situaciones de este tipo son los accidentes que provocan heridas leves al sujeto, a otras personas o daños al equipo; el incremento de enfermedades físicas o malestares que ocasionan pérdidas de tiempo; las quejas de otros trabajadores, clientes, o del público sobre la motivación, actitud y el rendimiento, calidad y puntualidad del trabajador; cambios emocionales que producen tensión, conflictos y problemas entre los compañeros; la falta de atención en los detalles o incapacidad para concentrarse en el trabajo, además del incumplimiento de las promesas de mejorar la conducta ante llamados de atención (Maddux y Voorhees, 1991, Cormillot y Lombardini, 1992; Carreño, 1998).

De hecho, el desajuste personal y social ocasionado por el consumo de alcohol tiene una fuerte trascendencia en el desarrollo económico de las naciones, en los países industrializados esto ocasiona una disminución de hasta 25% en la productividad y competitividad de las empresas debido a las consecuencias derivadas del ausentismo y los accidentes de trabajo, como el incremento de las cuotas por riesgos de trabajo ante el Seguro Social y la baja calidad de los productos o servicios que proporcionan (Cormillot y Lombardini, 1992, Castaño, 1995; Medina, 2004).

La mayor parte de los problemas relacionados con el consumo de alcohol son ocasionados por trabajadores que no identifican la cantidad que beben como nociva, aunque entre mayor es el consumo de alcohol en la población económicamente activa, mayor es el riesgo de que éste consumo tenga repercusiones en su trabajo, por ejemplo, se ha observado que los bebedores con un nivel de consumo de bajo riesgo o de riesgo tienen mayor cantidad de accidentes que quienes no beben o quienes tienen dependencia al alcohol. De hecho, una quinta parte de los accidentes laborales están relacionados con la ingestión excesiva de alcohol, se ha considerado que entre 100 personas

intoxicadas se pueden producir hasta 123 accidentes anuales de trabajo, mientras que 100 trabajadores sobrios solo tienen 44 y estas situaciones pueden afectar a personas que por lo demás son útiles a las empresas (Cormillot y Lombardini, 1992; Carreño, 1998; Carreño, Ortiz, Medina-Mora, Nátera, Tiburcio, Martínez, Velez y Fauske, 2000; Vargas, 2000; Gómez, Del Río y Álvarez, 2002; Melo; 2004).

El consumo excesivo de alcohol e incluso el consumo moderado en ciertas circunstancias, puede ocasionar problemas que afectan tanto al trabajador que bebe como a sus compañeros y a la empresa en que labora, incrementando los riesgos de su actividad, el estrés laboral y los gastos en servicios de salud. Al mismo tiempo, la ocurrencia de situaciones problemáticas en el ámbito de trabajo puede ser un indicador de que se está ante un trabajador que presenta problemas con su consumo.

Los factores laborales además de incidir en conductas como la de consumo de alcohol, también afectan a la salud mental y física de los trabajadores, por ello en el siguiente apartado se hará mención de estos aspectos.

### **3.3 Trabajo, problemas de salud mental y síntomas somáticos**

El lugar de trabajo tiene un impacto significativo en la promoción u obstaculización de la salud mental y el bienestar de los individuos (Harnois y Gabriel, 2000).

En esta sección se mencionan algunos aspectos relacionados con la salud mental y la sintomatología somática de los trabajadores, mencionando datos epidemiológicos sobre el particular y señalando elementos del ámbito laboral que inciden en la salud mental y física, y las consecuencias que pueden tener los problemas de salud mental y los síntomas somáticos en los trabajadores.

#### **3.3.1 Epidemiología de los problemas de salud mental y los síntomas somáticos en ámbitos laborales**

En Chile entre trabajadores administrativos y de la educación se ha encontrado una prevalencia de problemas de salud mental de 49.5% alguna vez

en la vida y de 23.45% en los seis meses anteriores (Rioseco, Vielma, Vicente, Muñoz, Valdivia y Boggiano, 1998; Saldivia, Vicente, Rioseco, Vielma, Muñoz y Boggiano, 1998).

En el Reino Unido entre 15 y 30% de los trabajadores experimentará alguna forma de problema de salud mental durante su vida laboral, de hecho, estos problemas son una de las principales causas de enfermedad e incapacidad. En la Unión Europea esta proporción es de 20% de la población trabajadora adulta (Harnois y Gabriel, 2000).

La Organización Internacional del Trabajo estima que del costo total de las enfermedades y accidentes ocupacionales en el mundo, 7% se puede atribuir a problemas mentales (Hemispheric Conference on Work and Mental Health, 2003).

En México, Matraj (1994), encontró que entre la población trabajadora la prevalencia de trastornos mentales era de 24%, contra 20% como promedio nacional en población general.

Otros autores han encontrado que 9.1% de los hombres que trabajan presentan síntomas de neurosis invalidante y que 19.2% padecen trastornos neuróticos menores, así como cuadros psicósomáticos (Cordero, 1995). Este autor también señala que los problemas de salud mental en ocasiones están enmascarados y semejan trastornos orgánicos, además de mencionar que la prevalencia de trastornos de salud mental en los trabajadores se incrementa conforme aumentan los años de trabajo, aunque señala que en algunos casos desde los cuatro años de antigüedad aparecen padecimientos ocasionados por el proceso laboral.

Además, entre trabajadores del sector de servicios y asistencial el tiempo de exposición necesario para la aparición de problemas de salud mental, al contrario de los problemas físicos, puede ser bastante corto. Se ha observado en estas profesiones que el contacto continuo con otras personas los coloca en una situación de riesgo para la presencia de trastornos emocionales (Cordero, 1995).

En trabajadores mexicanos se ha encontrado que los factores organizacionales relacionados con el exceso de tareas y la insatisfacción con el trabajo incrementan el riesgo de presentar alteraciones en la salud mental y en

otros aspectos de salud entre los que destacan accidentes de trabajo, problemas cardiovasculares, gastritis y úlceras (Tovalín, Miranda, Ortega y Rodríguez, 1997).

Ocaña, Mouriña y Zamudio (1997) reportaron que en un grupo de trabajadores del sector marítimo en México, éstos mostraban una prevalencia de entre 30% y 56% de síntomas de malestar emocional. Más del 50% de los trabajadores mencionaron tener síntomas somáticos como pesadez en brazos y piernas, debilidad muscular, insomnio y dolor de espalda, además de accidentes leves.

Pulido (2001), menciona que en una industria químico farmacéutica los trastornos psicológicos, psicosomáticos y la fatiga se encontraron en 69% de los sujetos, mientras que 48% presentaron trastornos músculo esqueléticos. Entre los síntomas y malestares reportados por los trabajadores se mencionan trastornos psicosomáticos digestivos, ansiedad, fatiga, trastornos del sueño, varices, depresión, migrañas, gastritis, úlceras y colitis.

Datos de la Secretaría del Trabajo (2003) dentro de la Estadística Nacional de Accidentes y Enfermedades de Trabajo, mencionan que dentro de las enfermedades de trabajo, al clasificarlas por la naturaleza de la lesión, los trastornos mentales y del comportamiento incrementaron su prevalencia de representar 0.3% de las enfermedades de trabajo en 1999, al 1.9% en 2003.

Entre trabajadores de la salud, específicamente psicólogos, se han encontrado prevalencias de hasta 20% de síntomas físicos de estrés y 16% de síntomas psíquicos relacionados con el estrés y síndrome de fatiga psicológica (Meda, Palomera, García, Zambrano y de Santos, 2004).

Como puede verse, entre los trabajadores muchas veces se presenta de manera conjunta la ocurrencia de problemas de salud mental y las manifestaciones físicas de origen psicosomático, además de diversos trastornos gastrointestinales y músculo esqueléticos, entre otros. La prevalencia de estos trastornos se ha incrementado en los últimos años e incluso en algunos casos se presenta de manera más elevada entre los trabajadores que entre la población general. Esto último puede deberse a diversos factores derivados del contexto de

trabajo, del ámbito social y económico y del propio sujeto, como se verá a continuación.

### **3.3.2 Factores relacionados a los problemas de salud mental y la sintomatología somática en el ámbito laboral**

Como se mencionó anteriormente, los aspectos laborales pueden incidir de diversas maneras en la salud y el bienestar de los trabajadores. Los factores psicológicos en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan aspectos subjetivos y objetivos.

El trabajo proporciona experiencias que promueven el bienestar psicológico, como las oportunidades de establecer buenas relaciones interpersonales; el esfuerzo y propósitos colectivos, al proporcionar un contexto social externo a la familia; e identidad social, como un importante elemento de autodefinición y actividad regular, organizando las actividades cotidianas. La posibilidades de control y de aprender nuevas cosas, oportunidades de ascender, la adecuación entre las exigencias del puesto y las capacidades personales, el salario y la seguridad física y laboral también influyen en el bienestar psicológico (Harnois y Gabriel, 2000; Romero 2002).

Algunos elementos que afectan a la salud de los trabajadores se refieren a la vulnerabilidad de ciertos individuos o grupos para manifestar problemas de salud. En estos casos los factores organizacionales interactúan con las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal dentro del trabajo, todo lo cual puede influir en su salud, rendimiento y satisfacción en el empleo. Por ejemplo, se ha mencionado que algunas personas o grupos sociales se encuentran en una situación de desventaja al tener que enfrentar un mayor número de experiencias estresantes y ver disminuidos sus recursos para hacerles frente. En este sentido se ha encontrado que los trabajadores de menor calificación, nivel escolar e ingresos presentan mayor deterioro psicológico (Ruiz, 1993; Trucco, 1997; Romero, 2002; Aguirre, 2003).

La percepción por parte de los trabajadores de que sus actividades son repetitivas y carentes de contenido e interés se puede expresar en la aparición de malestares físicos y especialmente mentales. Existen mayores riesgos de experimentar trastornos psicológicos, disgustos, tensiones, fatiga y manifestaciones psicológicas y somáticas entre los trabajadores que tienen una percepción negativa del valor de su trabajo, de su satisfacción con el mismo, del control sobre su actividad y del apoyo social recibido, que entre quienes perciben estos aspectos de manera más positiva (Pulido, 2001).

También hay aspectos que están ligados a las condiciones y al medio ambiente de trabajo desfavorables, por ejemplo, algunas formas de empleo precario o poco estable, incluyendo todos aquellos empleos en los que el trabajador se ve afectado negativamente por un alto grado de incertidumbre con respecto al futuro tienen efectos psicológicos negativos y se asocian a cuadros clínicos como síndromes neuróticos asociados al trabajo, alteraciones de la personalidad y trastornos psicósomáticos (Calero, Dávila, Domínguez, Jaramillo y Portilla, 1994; De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997; Trucco, 1997; National Mental Health Strategy, 2000; Grebogi, 2001; Romero, 2002; Aguirre, 2003).

Ruiz (1993), menciona que entre mayor organización tenga el trabajo, existe un menor contenido significativo para la satisfacción simbólica de deseos, lo que propicia mayor frustración y sufrimiento, que se ve reflejado en malestares emocionales como falta de autorrealización, frustración, baja autoestima, enojos, etc. La organización del trabajo, principalmente en el sector de comercios y servicios, tiene efectos muy importantes en la vivencia de no realización y desgaste mental. Sin embargo, los trabajadores pueden no querer hablar de sus enfermedades y malestares por que esto se asocia con no poder servir ni trabajar, con lo cual piensan que existe el riesgo de perder el empleo.

Las condiciones inadecuadas en lo que respecta a horarios y presiones de tiempo, movimientos repetitivos, jornadas extensas y rotación de turnos, el esfuerzo físico, realizar una actividad para la que se está sobre calificado, trabajo repetitivo o mecanizado y estresores relacionados con el clima y el ambiente de trabajo, así como los riesgos laborales y los estilos de liderazgo, también están

asociados a una elevada prevalencia de trastornos mentales, puesto que afectan a la satisfacción, la motivación y el compromiso, propician sentimientos de alienación y ocasionan bajo rendimiento individual y grupal (Calero, Dávila, Domínguez, Jaramillo y Portilla, 1994; De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997; Trucco, 1997; National Mental Health Strategy, 2000, Romero, 2002; Aguirre, 2003; De Micco, De Santis, Petrillo, Spezia y Zak, 2003).

En el caso de la rotación de turnos, en términos generales altera el equilibrio biológico, tanto físico como psicológico, como consecuencia del desfase de los ritmos circadianos, producido por el constante cambio en los hábitos de sueño y alimentación, y como consecuencia de las perturbaciones de la vida familiar y social del trabajador. La mayoría de los problemas de salud que aquejan a las personas que trabajan por turnos se asocian a un mal descanso derivado de los constantes cambios a los que se ve sometido con las variaciones del horario de trabajo, ya que al finalizar un turno laboral por la mañana el cuerpo no se encuentra en términos generales perfectamente predispuesto para el sueño, además de sumarse factores externos poco propicios como la luz natural y el ruido, aunado a que existe mayor movimiento familiar y social (Aguirre, 2003).

Otros factores se refieren a las influencias económicas y sociales ajenas al lugar de trabajo pero que repercuten en él. Un ejemplo de este último factor es la globalización, que presenta nuevas oportunidades para el desarrollo de la economía mundial y nacional, al tiempo que ha propiciado un dramático cambio en las condiciones de trabajo y el mercado laboral. La tendencia hacia la mecanización y la automatización ha incrementado la demanda psicológica de los trabajadores, al someterlos a cambios que implican simplificación, monotonía y repetición de las tareas, así como actividades carentes de contenido e interés. Las consecuencias de estos cambios se manifiestan en trastornos mentales asociados con el estrés y la fatiga (Ruiz, 1993, Harnois y Gabriel, 2000; National Mental Health Strategy, 2000; Pulido, 2001; Aguirre, 2003; De Micco, De Santis, Petrillo, Spezia y Zak, 2003).

Por lo anterior, actualmente se considera que las acciones de seguridad e higiene para la protección del trabajador no solo deben tomar en cuenta los

riesgos somáticos, químicos y biológicos del medio ambiente, sino también los diversos factores psicosociales inherentes a la empresa que pueden influir considerablemente en el bienestar físico y mental del trabajador. A este respecto, se han establecido recomendaciones encaminadas a propiciar un ambiente de trabajo que no cause estrés, ni exija esfuerzos físicos o mentales excesivos, planteando la necesidad de dar a los trabajadores la posibilidad de influir y controlar sus actividades, experimentar sentimientos de comunidad y pertenencia a la empresa y desarrollar sus capacidades personales y aptitudes profesionales mediante el aprendizaje continuo (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2000; Pulido, 2001; Aguirre, 2003).

Sin embargo, la legislación en materia de salud laboral aún no contempla de manera adecuada todos estos factores ni la relevancia de los problemas de salud mental entre la población trabajadora. La Ley Federal del Trabajo (2004), menciona casos de indemnización por incapacidad mental dentro de las compensaciones por riesgos de trabajo, además de señalar a la demencia crónica y la enajenación mental incurable producto de algún accidente o riesgo de trabajo como causas de incapacidad total permanente. Sin embargo, la neurosis es el único trastorno mental reconocido por la Ley Federal del Trabajo como enfermedad laboral, aunque otros países latinoamericanos, como Chile y Colombia, han incluido otras enfermedades mentales en las tablas de enfermedades profesionales de su país (Hemispheric Conference on Work and Mental Health, 2003).

Las condiciones y experiencias que proporciona la actividad laboral pueden influir en la promoción de la salud de los trabajadores, o pueden afectar a la misma. Entre los factores que pueden llegar a alterar la salud de este sector de la población se encuentran elementos inherentes al individuo o al grupo social en el que se desenvuelve, además de factores organizacionales y macroeconómicos. Las acciones de prevención y promoción de la salud deben tomar en cuenta estos factores para poder incidir en todas las áreas que pueden representar factores de riesgo para la salud física y mental de los trabajadores, debido a que estos problemas representan a su vez riesgos potenciales para la ocurrencia de otros en

el ámbito laboral, mientras que sus promoción incrementa el bienestar y la productividad.

### **3.3.3 Consecuencias de los problemas de salud mental y los síntomas somáticos en el trabajo y el trabajador**

El deterioro de la salud de los trabajadores puede manifestarse con condiciones físicas como alteraciones de los hábitos alimenticios, que ocasionan problemas gastrointestinales a largo plazo; alta presión arterial; enfermedades del corazón; úlceras; trastornos del sueño o de los ritmos biológicos; migrañas; erupciones en la piel; dolor de cuello y espalda y poca resistencia a infecciones. También pueden presentarse alteraciones neuropsicológicas; depresión; estrés; ansiedad; hastío laboral y otros problemas psicosociales. Sin embargo, la intensidad o grado de afectación puede variar dependiendo de la influencia de circunstancias como la edad, la antigüedad en el trabajo, el género, las características fisiológicas y las psicosomáticas (Harnois y Gabriel, 2000; Aguirre, 2003; De Micco, De Santis, Petrillo, Spezia y Zak, 2003).

Por ejemplo, existe una alteración de carácter psicosomático denominada síndrome del trabajador nocturno o que rota turnos, donde se pueden presentar, en caso de fatiga crónica, síntomas neuróticos o alteraciones digestivas, ocasionadas por el desfase de los horarios de comida, que modifican el apetito y la secreción de jugos gástricos. La rotación de horarios también provoca alteraciones en el sistema nervioso, produciendo irritabilidad, dificultades de atención, dolores de cabeza, etc. En estos casos la edad y la antigüedad en el trabajo constituyen factores agravantes debido al debilitamiento propio del envejecimiento (Aguirre, 2003).

Otro aspecto importante a considerar es el hecho de que los trabajadores que rotan turnos o laboran en horarios nocturnos se vuelven más propensos a consumir estimulantes debido a los desequilibrios nerviosos y los malos hábitos alimenticios. Se ha observado que la jornada a turnos induce a ingerir bebidas alcohólicas, así como a consumir medicamentos para dormir durante el día y para

mantenerse despierto por la noche, junto con trastornos nerviosos y problemas incipientes de salud mental (Aguirre, 2003).

Los problemas de salud mental en el lugar de trabajo tienen consecuencias no solo para el individuo sino también en la productividad de la empresa. El bajo rendimiento y mal desempeño del trabajador, la ocurrencia de enfermedades, ausentismo e impuntualidad, el estrés laboral, accidentes y rotación de personal son algunas de las situaciones que pueden propiciarse por el estado de salud mental de los empleados (Harnois y Gabriel, 2000; Grebogi, 2001; De Micco, De Santis, Petrillo, Spezia y Zak, 2003).

Por ejemplo, algunos autores mencionan que las enfermedades emocionales son causa de 45% de las faltas al trabajo, al ocasionar alteraciones físicas consideradas como enfermedad general, particularmente en periodos cortos. Las quejas laborales son un indicador frecuente, ya que quienes son hipersensibles a las condiciones de trabajo de acuerdo con sus características individuales de personalidad, utilizan las quejas como una manera de expresar sus inconformidades. Los accidentes son también expresión en muchas ocasiones de la inadaptación del trabajador a su ambiente y los conflictos y problemas de un grupo de trabajo reflejan los niveles de salud mental que predominan entre esos empleados (Harnois y Gabriel, 2000; Colín y Fontes, 2002).

Las personas que desempeñan tareas peligrosas, como policías y bomberos, parecen correr mayor riesgo de padecer estados de malestar psicológico, por ejemplo, ansiedad. Los músicos profesionales, los actores y maestros también se ubican dentro de este grupo, por su continua exposición al juicio público (De Micco, De Santis, Petrillo, Spezia y Zak, 2003).

Mientras tanto, en las profesiones con elevados ritmos de trabajo y baja discreción con respecto al uso de destrezas, como en el caso de las secretarías, los meseros y los obreros de la construcción, el riesgo de presentar algún tipo de trastorno mental también es elevado. De igual manera, entre el personal de los sectores asistencial y de servicios, como los trabajadores de la salud, maestros, empleados de limpieza, amas de casa y trabajadores de la industria del transporte, se ha observado que se encuentran en una situación vulnerable para tener

agotamiento emocional, debido a la interacción que constantemente tienen con otras personas, ocasionándoles enfermedades físicas, especialmente cardíacas, como consecuencia de la tensión laboral que origina su empleo, y presentan mayor probabilidad de abandonar su trabajo por alteraciones de la salud mental (De Micco, De Santis, Petrillo, Spezia y Zak, 2003; Ortiz, Monroy y Suárez, 2004)

Los gastos por incapacidades y ausentismo se incrementan debido a la mala salud mental de los trabajadores, inclusive se ha considerado que las enfermedades mentales dañan a más personas y ocasionan un mayor gasto de recursos que cualquier otra forma de discapacidad (Harnois y Gabriel, 2000).

Además, las personas que han sido afectadas por situaciones derivadas de su trabajo no se recuperan de manera automática al terminar sus labores, la condición de malestar continua después de dejar su empresa y la llevan consigo hasta su hogar. En otras ocasiones, la necesidad de ejercer control en algún momento de su existencia, misma que no pueden ejercitar durante su trabajo, permanece latente y puede manifestarse como agresividad dentro de la familia, ocasionando mayores conflictos al trabajador (Pulido, 2001).

Como puede verse, los problemas de salud de los trabajadores pueden manifestarse como condiciones físicas o psicológicas, incluso como ambos a la vez. Su ocurrencia al mismo tiempo genera condiciones que pueden afectar la estabilidad laboral, con lo cual se incrementan los factores de riesgo para la salud, generando así un estado constante de malestar para los sujetos y los grupos de trabajo.

Por ello resulta relevante detectar la ocurrencia de estas situaciones de manera temprana, identificando las áreas que pudieran resultar más problemáticas para la salud, de tal manera que se ubiquen los aspectos sobre los que es necesario intervenir.

En el caso específico de este estudio, la población con la que se realizó la investigación labora en el ramo de la industria gastronómica y hotelera, por lo cual se presenta un panorama de sus condiciones específicas de trabajo.

### **3.4 Industria gastronómica y hotelera**

En este apartado se describen algunas de las características del sector laboral en el cual se realizó el presente estudio, mencionando aspectos del ámbito internacional y nacional en cuanto a sus condiciones de trabajo y los riesgos potenciales para su salud.

#### **3.4.1 Características del sector**

El sector hotelero comprende toda clase de establecimientos que brindan hospedaje, no solo los grandes hoteles sino también casas de huéspedes, pensiones, hostales, etc. Mientras que el sector gastronómico puede abarcar también a bares, cafeterías, restaurantes de comida rápida, etc. (Castaño, 1995).

Los trabajadores de la industria gastronómica y hotelera generalmente tienen que trabajar en horarios que varían con la cantidad de trabajo que se acumula por temporadas o por eventos y casi todos trabajan los domingos y hasta bien entrada la noche y casi la mitad tiene también horario nocturno, resintiendo efectos en los ritmos circadianos en sus patrones de sueño, en su salud mental y somática, en la eficiencia y seguridad al desempeñar su trabajo, e incluso en su calidad de vida en el trabajo y en las actividades fuera del trabajo, puesto que afecta sus interacciones familiares y sociales (Maturana, 1995; OIT, 2001; Aguirre, 2003).

Los salarios de los trabajadores del sector gastronómico y hotelero son en promedio 20% inferiores a los de otros sectores económicos, porque en estos empleos se requiere una proporción más elevada de trabajadores no calificados. Las propinas aumentan los ingresos de los trabajadores que están en contacto con los clientes. No obstante, poco se sabe del pago de las horas extraordinarias y de la remuneración del trabajo irregular (OIT, 2001).

Debido a las diversas maneras de contratación, los trabajadores se dividen en diversas categorías con condiciones de empleos diferentes, incluso si realizan las mismas tareas, la consecuencia de ello es que se propicia el individualismo y competencia, lo que dificulta las relaciones al interior de las empresas, propiciando situaciones estresantes, acoso laboral, etc. (OIT, 2001).

En este sector se presentan elevados índices de rotación de personal. Los empresarios explican que esto sucede porque muchas de estas personas que tienen alta movilidad son quienes no están interesados en trabajar de manera permanente, principalmente jóvenes estudiantes. Los trabajadores en cambio, explican la rotación por los bajos salarios, los horarios de trabajo y el estrés físico, además de la falta de posibilidades de desarrollo y prestaciones (OIT, 2001).

Además, en este sector se ha visto como característica la reducida autoestima de los trabajadores, debido a que su imagen suele estar devaluada, ya que es un sector al que se asocia la idea tradicional de servicio, que implica una relación de sumisión. En segundo lugar, el éxito profesional en estos servicios es difícil de medir objetivamente, puesto que depende de la apreciación subjetiva de los clientes (OIT, 2001).

Entre los riesgos profesionales que se pueden presentar dentro del sector gastronómico y hotelero se encuentran los riesgos físicos, derivados del ambiente laboral en los lugares de trabajo; riesgos de tipo mecánico, derivados de la utilización de máquinas y utensilios que pueden ocasionar cortes, quemaduras, etc.; riesgos de origen eléctrico que se presentan al trabajar con equipo que utiliza electricidad para su funcionamiento; riesgos de carácter biológico, que existen al laborar en ambientes que pueden ser contaminados por bacterias, parásitos, hongos, etc.; riesgos de incendios, al trabajar en ambientes que contienen materiales inflamables; y riesgos psicológicos, que son todos aquellos que pueden conducir a la depresión, fatiga profesional, insatisfacción personal o laboral (Castaño, 1995; OIT, 2001).

Los accidentes de trabajo suelen ser frecuentes aunque de poca gravedad, 50% tienen que ver con el suelo resbaladizo que propicia caídas que generan lesiones que pueden producir inasistencias del trabajador, además de gastos para las empresas por conceptos de incapacidades y atención médica. También pueden ocurrir caídas de objetos desprendidos o en manipulación, choque con objetos inmóviles, proyección de fragmentos o partículas, lesiones por sobre esfuerzos físicos, exposición a temperaturas ambientales extremas, quemaduras,

exposición a contactos eléctricos y a sustancias gaseosas, explosiones e incendios (Castaño, 1995).

En la rama gastronómica y hotelera existen varios tipos de enfermedades profesionales que pueden presentarse como consecuencia de las actividades que se realizan. Entre las enfermedades de la piel se encuentra la dermatitis. Otras, como el asma, son provocadas por la inhalación de humo, polvo, gases o vapores. Sin embargo, se considera que la enfermedad profesional más común es el estrés y se ha percibido un incremento en la violencia en el lugar de trabajo entre quienes laboran en este sector (Castaño, 1995; OIT, 2001).

El trabajo en el sector gastronómico y hotelero cuenta con características específicas que pueden llegar a propiciar problemas de salud entre los trabajadores, debido a aspectos como los horarios de trabajo, la valoración social de las actividades, los sueldos que se perciben, los elementos y materiales que se manipulan, así como el contacto directo que se tiene con los clientes y con gran cantidad de personas. A continuación se presentan datos específicos que muestran como se presentan estas circunstancias en el ámbito internacional.

#### **3.4.2 Panorama internacional**

En la Unión Europea un estudio realizado en el sector reveló que 50% de los trabajadores del sector gastronómico y hotelero trabajaba en horas irregulares; 80% trabajaba de dos a cinco domingos al mes y 41% trabajaba seis o más noches al mes. Además, 25% no cuenta con un salario fijo, hay falta de pago generalizada de las horas extraordinarias y los niveles de remuneración son 20% inferiores al promedio de los sueldos en la Unión Europea (OIT, 2001).

En Alemania nueve de cada diez empleados mencionan no haber elegido trabajar en esta industria como primera opción y únicamente uno de cada siete se encuentra satisfecho de haber elegido este tipo de actividad (OIT, 2001).

En el Reino Unido la tasa de rotación de personal en el sector es de 42%. En Asia, la rotación es de aproximadamente 30%, llegando hasta más del 50% en algunos países. En Estados Unidos, la rotación es de entre 12% y 51.7% dependiendo del nivel, ya que el personal operativo tiene mucho mayor

movimiento que los administrativos. En el caso de la comida rápida la rotación llega hasta 300% (OIT, 2001).

En cuanto a la prevalencia del consumo de alcohol en diversas profesiones, en Estados Unidos el grupo ocupacional que presenta más casos de consumo excesivo o dependencia al alcohol es el de los cantineros, con 42.19%, entre estos trabajadores el consumo llega hasta los 35.2 gramos de alcohol por día. Los meseros también manifiestan un consumo alto de alcohol comparados con quienes desempeñan otras profesiones, con un promedio de consumo de 17.9 gramos diarios. En México no se han realizado estudios comparativos en los que se desglose el nivel de consumo de alcohol por cada tipo de empleo (Anthony, Eaton, Mandell y Garrison, 1992; Parker y Harford, 1992; Stinson, DeBakey y Steffens, 1992).

En el ámbito internacional se han realizado diversas investigaciones que han permitido identificar las características y problemáticas que se presentan entre los trabajadores del sector gastronómico y hotelero. A continuación se mencionará cuál es la situación en México.

### **3.4.3 Panorama nacional**

La mayor parte de los trabajadores del sector son hombres (64%), con estudios máximos de secundaria (66.1%), menores de 45 años (88.2%) y 84% cuenta con una experiencia laboral en estas actividades de aproximadamente un año o menos, mientras que son pocos los que llevan más de cinco años en una misma empresa, a pesar de que la rotación del personal se da dentro del mismo sector (López, 1995; Beltrán, 2002; Rodríguez, 2002; Secretaría del Trabajo, 2005).

La Ley Federal del Trabajo (2004) dedica un capítulo a regular específicamente el trabajo en hoteles, restaurantes, bares y establecimientos similares. En esta ley, se menciona que las propinas son parte del salario de los trabajadores, que si se les proporciona algún tipo de alimentación esta debe ser saludable y establece indicaciones sobre la vigilancia de normas respecto a la

jornada laboral. Como obligación de los trabajadores menciona que deben tratar de manera cortés a los clientes.

Sin embargo, en México se ha investigado muy poco sobre la salud mental y el consumo de alcohol en trabajadores de la industria gastronómica y hotelera, a pesar de que el turismo representa una de las principales fuentes de ingresos. La mayor parte de las investigaciones realizadas en este sector y los programas de capacitación dirigidos a los trabajadores, se relacionan con aspectos operativos, de relaciones humanas y de atención al cliente descuidando lo referente a la salud física y mental de quienes laboran en estas áreas, afectando con ello su bienestar y productividad a mediano y largo plazo (Beltrán, 2002; Rodríguez, 2002; López, 1995).

Entre las pocas investigaciones que se han hecho sobre la salud de los trabajadores del sector, algunas se han enfocado en comportamientos de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual en trabajadores del sector turístico, manejando como uno de los factores de riesgo la ingesta de bebidas alcohólicas antes de tener relaciones sexuales. También se menciona que en este sector el lugar de trabajo proporciona acceso a un ambiente permisivo, que muestra normas y costumbres novedosas para los trabajadores, quienes adoptan nuevos patrones de conducta que pueden poner en riesgo su salud (Rasmussen, Hidalgo y Alfaro, 2003).

Otros autores mencionan que en las industrias de servicios, sobre todo en los restaurantes, muchos de los trabajadores tienen problemas no solo con el consumo de alcohol sino de otras sustancias. Algunas organizaciones sindicales están desarrollando acciones principalmente en el sector turístico para atender a los trabajadores que tienen problemas con el consumo de alcohol y otras sustancias (Castrejón, 2004; Ruiz, 2004).

De esta manera, se observa que existen diversos factores a nivel personal y laboral que pueden afectar a la salud física y mental del trabajador, por otra parte, las alteraciones en la salud de éste pueden tener repercusiones en el ambiente de trabajo. Los problemas con el consumo de alcohol, de salud mental y los malestares somáticos, son algunos de los problemas de salud que presenta la

población trabajadora, en ocasiones incluso de manera más elevada que entre la población general. A pesar de ello y de la legislación existente, se desarrollan pocas acciones encaminadas a conocer, prevenir y atender estas problemáticas.

En el caso del sector gastronómico y hotelero, existen fuertes riesgos para la salud de los trabajadores, puesto que por un lado existe una elevada disponibilidad de bebidas alcohólicas, y por otro, las exigencias y características de las tareas, pueden favorecer la presencia de problemas de salud mental y de malestares somáticos.

A partir de lo descrito en estos tres capítulos se observa que el consumo de alcohol, los problemas de salud mental y los malestares somáticos en población general se presentan en muchas ocasiones de manera simultánea. Además, son situaciones que afectan a la población trabajadora, pudiendo derivarse de factores inherentes al ámbito laboral y ocasionando a su vez consecuencias físicas, psicológicas y sociales. A nivel nacional, a pesar de que en la industria gastronómica y hotelera laboran alrededor de 1, 591,592 personas (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS] e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2005), no se han realizado investigaciones al respecto de la ocurrencia y relación de estos factores, por lo que en este estudio se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el nivel de consumo de alcohol que presenta una muestra de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México, afiliados a una organización sindical?

¿Cuál es la proporción de trabajadores que presentan síntomas de probables problemas de salud mental en esta muestra de sujetos pertenecientes a la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México afiliados a una organización sindical?

¿Cuál es el nivel de malestar que les ocasionan los síntomas somáticos a los trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México afiliados a la organización sindical que conforman esta muestra?

¿Existe alguna relación entre el nivel de consumo de alcohol, el malestar ocasionado por los síntomas somáticos y los problemas de salud mental en este grupo de trabajadores afiliados a la organización sindical que laboran en la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México?

## **CAPITULO 4.- MÉTODO**

A partir de lo descrito en los capítulos anteriores, se puede observar que la salud de los trabajadores es un tema poco explorado en México, especialmente en los que respecta a problemas con el consumo de alcohol y la salud mental. En este capítulo se presentan los objetivos de esta investigación, las hipótesis de las cuales se parte, las definiciones de las variables a evaluar, se describe cómo fue obtenida la muestra, sus características, la manera en que se realizó la investigación, además de hacer una descripción de los instrumentos empleados para el estudio y mencionar los principales análisis estadísticos que se realizaron en el mismo.

### **4.1 Objetivo General.**

Conocer los niveles de consumo de alcohol, los síntomas de problemas de salud mental y el nivel de malestar ocasionado por síntomas somáticos que presenta un grupo de trabajadores que laboran en la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México, afiliados a una organización sindical; y determinar si existe correlación entre estos tres aspectos.

### **4.2 Objetivos Específicos**

**4.2.1** Determinar los niveles de consumo de alcohol que presentan los sujetos que conforman esta muestra de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México afiliados a la organización sindical.

**4.2.2** Determinar el porcentaje de sujetos que presentan síntomas de problemas de salud mental en esta muestra de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México afiliados a la organización sindical.

**4.2.3** Identificar el nivel de malestar que ocasionan los síntomas somáticos a esta muestra de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México afiliados a la organización sindical.

**4.2.4** Establecer si existe relación entre el nivel de consumo de alcohol, los síntomas de problemas de salud mental y el malestar ocasionado por los síntomas

somáticos entre los trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México afiliados a la organización sindical, que conforman esta muestra.

### **4.3 Hipótesis**

#### **4.3.1 Hipótesis conceptual**

Existe relación entre los niveles de consumo de alcohol, los síntomas de problemas de salud mental y el malestar ocasionado por los síntomas somáticos en este grupo de sujetos que trabajan en la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México, afiliados a la organización sindical.

#### **4.3.2 Hipótesis de trabajo**

Existe relación entre el nivel de consumo de alcohol y los puntajes de las pruebas de malestar ocasionado por los síntomas somáticos y síntomas de problemas de salud mental que presenta el personal afiliado a la organización sindical que trabaja en la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México que conforma esta muestra.

### **4.4 Variables**

#### **4.4.1 Definición de las variables**

##### **Nivel de consumo de alcohol**

##### *Definición conceptual*

El consumo de alcohol se refiere a la ingesta de bebidas que contienen algún porcentaje de alcohol, a partir de la cantidad y frecuencia con que se ingieren estas bebidas. Carreño, Ortiz, Medina-Mora, Nátera, Tiburcio, Martínez, Vélez y Fauske (2000), mencionan tres niveles de consumo: de poco riesgo, que se refiere a las personas que no beben o lo hacen de manera moderada, por lo que su manera de beber no les ocasiona problemas; el consumo en riesgo se refiere a las personas que por la elevada cantidad y/o frecuencia de consumo están en riesgo de desarrollar problemas serios; finalmente el consumo peligroso se refiere a quienes tienen problemas severos por el consumo de alcohol.

##### *Definición operacional*

El consumo de alcohol, se evaluó a partir del puntaje obtenido en la Prueba de Identificación de Trastornos del Consumo de Alcohol (the Alcohol Use

Disorders Identification Test, ó AUDIT por sus siglas en inglés) en su versión de tres reactivos o AUDIT rápida. A partir de la calificación obtenida por los sujetos en las preguntas sobre la cantidad y frecuencia de su consumo se les ubicó en un nivel de consumo de bajo riesgo, en riesgo o consumo peligroso.

### **Síntomas de Problemas de Salud Mental**

#### *Definición conceptual*

La OMS (2004), define a la salud mental como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de manera que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales. Se habla de salud mental positiva como un conjunto de áreas que incluyen sensaciones de bienestar y estados de ánimo positivos y de salud mental negativa como aquellas sensaciones de malestar y estados de ánimo negativos (SSA, 2001).

#### *Definición operacional*

En este trabajo los síntomas de problemas de salud mental se consideraron en función de los puntajes obtenidos en el Inventario de Salud Mental de Cinco Reactivos (Mental Health Inventory, MHI-5), con lo que se identificó a los sujetos que obtuvieron 16 ó más puntos como aquellos que manifiestan síntomas de presentar algún problema de salud mental como ansiedad, depresión o cualquier trastorno afectivo clasificable por el DSM-IV.

### **Malestar ocasionado por los Síntomas somáticos**

#### *Definición conceptual*

Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil y Cavazos (2005) mencionan que éste concepto hace referencia a “Síntomas que reflejan el malestar subjetivo que surge de la percepción de disfunciones corporales, quejas respecto a los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, etc., cefalea, lumbalgia, mialgias y otros”.

#### *Definición operacional*

Para efectos descriptivos se consideró como cantidad de síntomas somáticos aquellos síntomas de malestar físico que los sujetos refirieron haber tenido en el mes anterior a partir del listado de 12 síntomas que emplea la escala de

somatización derivada del instrumento conocido como Symptoms Check List-90, SCL-90 (Lista de Chequeo de Síntomas de 90 reactivos). Como malestar ocasionado por los síntomas somáticos se consideró el nivel de malestar psicológico subjetivo que dichos síntomas han ocasionado a los sujetos. Se identificó a los sujetos que obtuvieron 8 ó más puntos como aquellos que presentaban malestar ocasionado por los síntomas somáticos

#### **4.5 Muestreo**

Se realizó un muestreo intencional, no probabilístico, por cuota, puesto que el cuestionario se aplicó a todos los sujetos que acudieron a la convocatoria realizada para ello, por lo cual no se realizó una selección al azar de la muestra (Kerlinger y Lee, 2002).

#### **4.6 Sujetos**

En total se aplicaron 225 cuestionarios, el porcentaje de no respuesta fue de 13.77% (n =31). La muestra final quedó conformada por 194 sujetos, todos ellos hombres, mayores de 18 años, que laboran en la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México, pertenecientes a una organización sindical, provenientes de diferentes empresas y centros de trabajo. La investigación se realizó con estos trabajadores por sugerencia del secretario general de la asociación sindical, ya que estaba a punto de despedirse a 100 trabajadores por problemas con el consumo de alcohol.

Para evitar suspicacias por parte de los trabajadores y reducir las posibilidades de que fueran identificados de manera individual todas las opciones de respuesta de los datos sociodemográficos fueron agrupadas por rangos en el cuestionario.

#### **Descripción de la muestra**

Esta muestra estuvo conformada únicamente por varones, debido a que por el tipo de actividades laborales que realizan al atender eventos como banquetes o fiestas, las empresas prefieren contratar hombres ya que por su fuerza física pueden cargar más peso en las charolas con platos. Por lo mismo es muy bajo el porcentaje de mujeres que se encuentra afiliado a la organización sindical.

El mayor porcentaje de trabajadores (36.6%) tienen entre 18 y 30 años, en tanto que 70.1% del total son menores de 45 años. Prácticamente no hay diferencia entre el porcentaje de los sujetos casados o viviendo en unión libre (49%) y quienes están sin pareja por ser solteros, divorciados, separados o viudos (51%).

En cuanto a la escolaridad, 17.1% de los sujetos cuentan con estudios de primaria completa o incompleta, o bien no recibieron educación formal a pesar de saber leer y escribir, la mayor proporción de los sujetos (43.8%) tienen escolaridad de secundaria completa o incompleta, sin embargo, hay un elevado porcentaje de sujetos (29.2%) que tienen estudios de bachillerato o licenciatura completa o incompleta.

Los sujetos laboran en empresas del giro restaurantero, hotelero, centros de convenciones o salones de banquetes, además del personal que colabora en el sindicato a la par de sus funciones en estas empresas. Sin embargo, todos los sujetos se encuentran afiliados a la organización sindical

La mayor proporción de los sujetos que conformaron la muestra, (86.3%) son meseros, considerando en este grupo a los autodenominados como dependientes de comedor, meseros, ayudantes de mesero y garroteros, en tanto 13.7% se encontraban desempeñando otras ocupaciones dentro del ramo gastronómico y hotelero, como mantenimiento, cantinero, limpieza, empleados en la cocina entre otros.

El trabajo de estos sujetos se lleva a cabo de manera primordialmente eventual, es decir cuando se les requiere para atender algún desayuno, comida o cena, fiesta, exposición, entre otros.

Por la misma razón, 70.5% mencionan que en la semana previa su horario de trabajo fue variable dependiendo de la hora en que se llevaron a cabo los eventos que atienden, pudiendo tener diferentes turnos de trabajo en una misma semana (horario mixto, por ejemplo tres días atendiendo desayunos o comidas de 9:00 am a 4:00 pm, y el fin de semana atender dos cenas que terminan por la madrugada de 3:00 pm a 5:00 am), o bien pudiendo pasar incluso toda la semana sin atender ningún evento. 14.2% mencionaron haber trabajado en un horario

nocturno, de entre 3 y 6 de la tarde hasta la 1 a 6 de la mañana. El resto de los trabajadores (15.4%) mencionaron que el horario en el que laboraron fue solo por la tarde, no más allá de las 9 de la noche, o entre las 6 am y las 8 pm (horario diurno).

En cuanto a la antigüedad, 68.4% de los sujetos reportaron tener tres años o menos laborando en empresas del ramo gastronómico y hotelero, mientras que casi 20% tienen seis años o más de antigüedad en sus empleos (cuadro 3).

Cuadro 3 Datos Demográficos y Laborales de la Muestra (n=194)					
		%			%
<b>Edad</b>			<b>Estado civil</b>		
18 a 30 años	36.3		Casado o en unión libre	49.0	
31 a 44 años	33.8		Sin pareja	51.0	
45 años o más	29.9				
<b>Escolaridad</b>			<b>Ocupación</b>		
Primaria o menos	17.1		Meseros	86.3	
Secundaria	43.8		Otros	13.7	
Carrera técnica	9.9				
Bachillerato o profesional	29.2				
<b>Turno</b>			<b>Antigüedad</b>		
Variable / Mixto	70.5		Menos de 1 año	20.9	
Nocturno	14.2		De 1 a 3 años	47.5	
Vespertino o diurno	15.4		De 3 a 5 años	11.9	
			6 ó más años	19.8	

#### 4.7 Procedimiento

Para realizar la aplicación del cuestionario el primer paso fue acudir con los encargados del departamento de capacitación de la organización sindical con el propósito de solicitar su autorización para realizar la investigación.

Una vez recibida su aprobación se estableció una fecha para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos.

Los materiales que se emplearon para la aplicación fueron: lápices, gomas y los cuestionarios diseñados para la investigación.

La aplicación se llevó a cabo de manera grupal en un auditorio de capacitación, en presencia de entrevistadores capacitados para apoyar y resolver las dudas que surgieron durante la misma.

Se consideró un tiempo aproximado de dos horas para responder el cuestionario, proporcionándoles una copia del mismo y lápiz para responder.

Uno de los entrevistadores inició la aplicación presentándose y dando una breve explicación “Soy (Nombre del entrevistador), vengo del Instituto Nacional de Psiquiatría, el cual está realizando un trabajo de investigación en colaboración con ésta organización sindical. La información que aquí se recoja es confidencial y será tratada anónimamente por lo que no es necesario escribir nombre ni algún otro dato que los identifique, en la encuesta sólo se preguntan los datos indispensables para estadísticas y para hacer sugerencias a la organización respecto a las necesidades de prevención, también se proporcionará apoyo a las personas que así lo soliciten. Les pido por favor que contesten con sinceridad todo el cuestionario y si tienen alguna duda levanten la mano y alguno de nosotros irá hasta su lugar”.

Una vez que los sujetos terminaban de responder el cuestionario lo entregaban al aplicador y podían retirarse del auditorio.

Realizado el levantamiento de datos se codificaron y capturaron los cuestionarios y se procedió a realizar el análisis estadístico de los mismos. Finalmente se efectuó el análisis y discusión de los resultados y se procedió a obtener conclusiones.

#### **4.8 Instrumentos**

Para la investigación se diseñó un cuestionario autoaplicable, de lápiz y papel, en el cual se incluyeron diversas escalas, entre ellas las que se reportan en este trabajo.

La información general de los sujetos como edad, sexo, escolaridad, tipo de actividad que desempeñan, etc., se obtuvo a partir de la cédula de identificación establecida para ello en los cuestionarios (ver anexo).

### **Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (the Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT )**

La Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol, AUDIT (the Alcohol Use Disorders Identification Test) es un instrumento de tamizaje desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, que consta de 10 reactivos, los tres primeros se refieren a la cantidad y frecuencia con que se bebe y proporcionan un indicador de consumo peligroso, los siguientes tres son sobre síntomas de dependencia al alcohol y los cuatro restantes se refieren a problemas provocados por el alcohol, lo que permite detectar el consumo nocivo. Este instrumento permite detectar no solo a quienes beben en exceso de manera regular, sino también a quienes tienen episodios ocasionales de consumo excesivo (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1992; De la Fuente y Kershenovich, 1992; Medina - Mora, Carreño y De la Fuente, 1998).

En este caso para determinar los niveles de consumo de alcohol que presentan los sujetos se empleó la versión breve, también llamada rápida, de la prueba AUDIT, que está formada por los tres primeros reactivos. La prueba cuenta con 5 opciones de respuesta, al obtener la sumatoria de los tres reactivos el puntaje mínimo posible es cero y el máximo posible es de doce puntos, que indica un nivel más alto de consumo de alcohol. Se trata de un instrumento autoaplicable de tamizaje, en el cual las preguntas hacen referencia al consumo en los últimos 12 meses y se refieren a la cantidad y frecuencia del mismo en una ocasión típica, así como a la frecuencia de consumo intenso (más de seis copas por ocasión) (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1992).

La prueba AUDIT rápida permite identificar a los sujetos que están en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol y a quienes tienen un consumo peligroso, ya sea por la cantidad o por la frecuencia con que beben. Ésta prueba ha sido recomendada por la OMS como instrumento de detección

temprana (Carreño, 1998; De la Cruz, Fernández, Tudon-Garcés, Escobedo, Zarate-Aguilar y Madrazo, 2002).

De acuerdo a la calificación obtenida, de cero a tres puntos los sujetos se ubican en un nivel de bajo riesgo, de cuatro a siete puntos en un nivel de riesgo y con ocho o más puntos se considera que los sujetos beben de manera peligrosa (Carreño, Ortiz, Medina-Mora, Nátera, Tiburcio, Martínez, Vélez y Fauske, 2000).

Medina-Mora, Carreño y De la Fuente (1998) reportan una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.87 para la prueba rápida en un grupo de trabajadores mexicanos con los que se probó la propuesta inicial del instrumento por parte de la OMS.

En población masculina de empresas textiles se ha encontrado una confiabilidad con el alfa de Cronbach de 0.82 en la prueba rápida. En este caso el porcentaje de sujetos con consumo en riesgo fue de 28% y 4% con consumo peligroso (Carreño, 1998).

Con trabajadores de una empresa química se obtuvo una confiabilidad con el alfa de Cronbach de 0.89 para la prueba AUDIT rápida. Se observó que 33% de los sujetos presentaban un nivel de consumo de riesgo, mientras que 3% bebían de manera peligrosa (Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Martínez, Juárez y Villatoro, 2002).

### **Inventario de Salud Mental I de 5 reactivos (Mental Health Inventory, MHI-5)**

Para evaluar los problemas de salud mental se empleó el Inventario de Salud Mental de 5 reactivos (MHI-5, por sus siglas en inglés). Se trata de un instrumento autoaplicable de tamizaje, que consta de cinco preguntas. A pesar de que no es un instrumento para diagnosticar trastornos específicos, es un indicador para determinar quien manifiesta síntomas de algún probable problema de salud mental. Permite detectar a la mayoría de las personas que presentan algún trastorno clasificable por el DSM-IV, como depresión, trastornos de ansiedad y trastornos afectivos generales no psicóticos (Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara, 2002).

El MHI-5 fue desarrollado originalmente por Veit y Ware (1983) como un instrumento de autorreporte para realizar una evaluación cuantitativa de la salud mental percibida por el propio sujeto e inicialmente se aplicó como parte de un estudio acerca de la salud general de la población en Estados Unidos en el Rand Health Insurance Experiment, en un instrumento que originalmente consistió en 38 preguntas que se refieren a la salud general del sujeto durante el último mes. El MHI-5 contiene los cinco reactivos del instrumento original que hacen referencia al estado de salud mental del individuo (Wyshak, 2001; Brunier, Graydon, Rothman, Sherman y Liadsky, 2002; Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara, 2002).

Para su calificación el MHI-5 evalúa la presencia de síntomas de bienestar y malestar emocional durante el último mes, con base en una escala tipo Likert de 6 puntos, en un rango de 1 “todo el tiempo” a 6 “nada del tiempo”, el mayor puntaje posible es 30 mientras que el más bajo es 5 (Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara, 2002).

El malestar emocional está representado por tres ítems, cada uno extraído de las dimensiones sintomáticas de ansiedad “Ha estado muy nervioso”, depresión “se ha sentido triste y melancólico” y pérdida del control emocional/conductual “se ha sentido abatido, que nada lo puede animar”. El bienestar emocional está evaluado por dos reactivos que representan afecto positivo: “se ha sentido calmado y en paz” y “se ha sentido feliz” (Mc Horney y Ware, 1995).

Dado que tres de los reactivos se encuentran enfocados en aspectos negativos de salud mental y dos de ellos se refieren a aspectos positivos, Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara (2002) sugieren que para los análisis estadísticos se recodifiquen los reactivos que se refieren al malestar emocional, de tal manera que los valores de las respuestas queden en sentido inverso y de este modo todos vayan en el mismo sentido, permitiendo así considerar el puntaje más elevado como el menos favorable para la salud mental.

Realizado esto, el puntaje de los reactivos se suma y dependiendo de la calificación obtenida se ubica a los sujetos que obtienen 16 ó más puntos como casos con síntomas de problemas de salud mental, y a quienes tienen 15 ó menos puntos como sujetos sin síntomas de problemas de salud mental. Ese punto de

corte permite mayor probabilidad de que una persona con síntomas de problemas de salud mental sea clasificada adecuadamente por el instrumento como caso con tales trastornos (Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara, 2002).

Se han observado correlaciones altas y significativas de este instrumento con otras escalas de síntomas de depresión, somatización y ansiedad (Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara, 2002).

El instrumento se ha empleado en trabajadores del sector salud en el Reino Unido, donde 61% de los sujetos tuvieron buena salud mental, mientras que 2% mostraron indicios de problemas de salud mental (Tucker, Parry, McCabe, Nicholson y Tarnow-Mordi, 2002).

En estudios realizados en mujeres mexicanas, la confiabilidad a través del alfa de Cronbach fue de 0.83. (Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara, 2002), en una muestra de población general la confiabilidad con el alfa de Cronbach fue de 0.83 (Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Gandek y Medina-Moreno, 1999), no se tienen datos específicos de la confiabilidad del instrumento en población masculina en México. Al aplicarlo a población de habla hispana en otros países también se ha encontrado buena confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.89 (Health Assessment Lab, 2000).

### **Escala de somatización derivada de la Lista de Chequeo de Síntomas de 90 reactivos (Symptoms Check List-90, SCL-90)**

Para evaluar los síntomas somáticos se utilizó la escala de somatización del SCL-90 (Symptoms Check List-90). Este instrumento fue diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore Estados Unidos, con el propósito de tener un cuestionario que permitiera la autoevaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos y que fuera aplicable a pacientes médicos, psiquiátricos y a población general. El instrumento original constaba de 51 reactivos y era conocido como Hopkins Symptom Check List (HSCL) creado por Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi en 1974 y del cual se derivó posteriormente la Simptom Checklist de 90 reactivos (SCL-90) (Santed, 2002).

La SCL-90 explora 9 dimensiones sintomáticas de perfiles psicopatológicos, cada uno de los cuales comprende una escala específica: somatización, afectividad interpersonal; hostilidad; depresión; trastorno obsesivo-compulsivo; ansiedad; psicoticismo; ideación paranoide y ansiedad fóbica (Kaplan, 1998; Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti y Tress, 1999).

Para responder, el sujeto selecciona de entre una lista de 12 síntomas físicos aquellos que ha experimentado en el último mes, e indica mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, que tanto le han molestado estos síntomas, desde 0 “nada” hasta 4 “le ha molestado de manera extrema” (Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti y Tress, 1999; Leathem y Babbage, 2000).

La escala de somatización se ha utilizado con migrantes mexicanos en Estados Unidos, obteniéndose una media de  $11.3 \pm 9.6$  puntos en el malestar ocasionado por los síntomas físicos y una confiabilidad con alfa de Cronbach de 0.89 (Cervantes, Padilla y Salgado, 1990). Otros autores (Kirmayer y Robbins, 1991) también mencionan que se trata de una escala confiable y válida como indicador de malestar somático, con una confiabilidad con alfa de Cronbach de 0.80.

En un estudio en Argentina en una muestra de población general donde se empleó la escala de somatización del SCL-90 en su versión en español, se obtuvo una confiabilidad con el alfa de Cronbach de 0.79 (Bonicatto, Dew, Soria y Seghezze, 1997).

Cruz, López, Blas, González y Chávez (2005), mencionan que en sí el instrumento no proporciona un diagnóstico clínico, sino más bien un indicador del malestar psicológico que ocasionan los síntomas experimentados por el sujeto en cada una de las dimensiones. Estos autores encontraron que en población general de la Ciudad de México la confiabilidad de la escala de somatización tuvo un alfa de Cronbach de 0.85.

Algunos autores mencionan que la aplicación principal de esta escala parece ser en la detección de psicopatología en población general, así como para evaluar cambios en los síntomas a través del tiempo; también consideran que el instrumento ofrece una medida de malestar general más que un perfil

psicopatológico determinado. Por otra parte se menciona que como instrumento autoadministrado puede ser difícil de aplicar en sujetos con bajo nivel educativo (De las Cuevas, et al. 1991; Martínez-Azumendi, Fernández-Gómez y Beitia-Fernández, 2001; Ingmar y Hendriks, 2001).

En esta investigación se empleó la escala de somatización para determinar el número de síntomas somáticos y la presencia o ausencia de síntomas de malestar psicológico derivado de alguna molestia física, no para evaluar somatización como trastorno, ya que no se aplicó ningún método para determinar el origen psicológico de tales síntomas, ni para indagar alguna explicación o solución médica para los mismos. Además, en la escala de somatización del SCL-90 no se contemplan todos los criterios diagnósticos para trastorno de somatización que menciona el DSM-IV (1995), por ejemplo, no se incluyen en la lista de síntomas aspectos de trastornos de la sexualidad ni del sueño.

#### **4.9 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio transversal, por que los acontecimientos se exploraron en un momento determinado del tiempo; descriptivo, ya que se realizó la descripción de la interacción entre las variables; correlacional, puesto que se busco establecer si existe relación entre las variables; y de campo, ya que se llevó a cabo en instalaciones pertenecientes a la organización sindical, lo que corresponde al entorno de trabajo de los sujetos (Kerlinger y Lee, 2002)

#### **4.10 Diseño de investigación**

Se trata de un diseño no experimental debido a que no se manipularon las variables; de una sola muestra con una sola aplicación, puesto que solo se realizó una medición de las variables en estudio con un único grupo de sujetos (Kerlinger y Lee, 2002).

#### **4.11 Análisis estadístico**

El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo usando el paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales SPSS versión 10 (SPSS Inc., 2000).

Para cubrir los objetivos propuestos en la presente investigación se realizaron los siguientes análisis:

- a) Se obtuvieron frecuencias simples de todas las variables del estudio.
- b) Se realizaron análisis estadísticos de cada una de las escalas para obtener su confiabilidad mediante el alfa de Cronbach y su validez con el método de análisis factorial con rotación Varimax.
- c) Se aplicaron correlaciones de Pearson para saber si existe relación entre el nivel de consumo de alcohol, los síntomas de problemas de salud mental y el malestar ocasionado por los síntomas somáticos en esta muestra de trabajadores.
- d) Se aplicó un análisis de regresión lineal múltiple para determinar la relación entre el consumo de alcohol, la presencia de malestar ocasionado por los síntomas somáticos y los síntomas de problemas de salud mental.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de este estudio.

## CAPÍTULO 5.- RESULTADOS

En este capítulo se presenta la validez y confiabilidad de las escalas aplicadas a este grupo de sujetos; también se describe el nivel de consumo de alcohol, los síntomas de problemas de salud mental y el nivel de malestar ocasionado por los síntomas somáticos que presenta esta muestra, finalmente se presentan las correlaciones observadas entre las variables y el resultado del análisis de regresión lineal múltiple.

### 5.1 Validez y Confiabilidad de las Escalas

#### 5.1.1 Prueba AUDIT rápida

##### Validez

Se realizó un análisis factorial de la prueba AUDIT rápida con el método de rotación varimax, donde se encontró que en esta escala hay un solo factor, lo que indicaría que en esta muestra el consumo de alcohol presenta una dimensión que abarca tanto la cantidad, como la frecuencia con que se ingieren bebidas alcohólicas y la frecuencia con que se bebe en exceso.

Todos los pesos factoriales de los reactivos fueron superiores a .85, el alfa de Cronbach del factor fue de .82 y este factor explica 76.14% de la varianza de la escala (tabla 1).

Tabla 1 Validez de la Prueba AUDIT Rápida	
	Factor Consumo de alcohol
1. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	.866
2. Cantidad de copas consumidas por ocasión típica	.856
3. Frecuencia de consumo de 6 copas o más por ocasión	.895
<b>Total de la varianza explicada</b>	<b>76.14%</b>

##### Confiabilidad

Se obtuvo una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.82 para la prueba AUDIT rápida. Es decir que la confiabilidad de la prueba para esta muestra es buena. La

correlación de cada uno de los reactivos con la escala completa estuvo por encima de 0.60, la menor correlación se presentó en el reactivo referente a la cantidad de copas consumidas por ocasión (0.68), y la más elevada fue observada en la pregunta sobre la frecuencia del consumo de seis copas o más (0.74) (Tabla 2).

Tabla 2 <b>Confiabilidad de la Prueba AUDIT Rápida</b>			
	<b>Media/s</b>	<b>Correlación del reactivo con escala completa</b>	<b>Alpha si se elimina el reactivo</b>
1. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	1.17/0.90	0.69	0.77
2. Cantidad de copas consumidas por ocasión típica	1.18/1.40	0.68	0.80
3. Frecuencia de consumo de 6 copas o más por ocasión	0.98/1.01	0.74	0.70
<b>Alpha de Cronbach</b> .8208			

### 5.1.2 Inventario MHI-5

#### **Validez**

Al analizar la validez de constructo del inventario MHI-5 con un análisis factorial con el método de rotación varimax se puede observar que la validez del instrumento es buena, ya que los reactivos relacionados con malestar emocional (“muy nervioso”, “triste y melancólico” y “abatido”) se agruparon en un solo factor. Los dos reactivos que se refieren al afecto positivo “sentirse calmado y en paz” y “sentirse feliz” también se agruparon juntos, pero por tratarse únicamente de dos reactivos no se les considera como otro factor (Mc Horney y Ware, 1995).

El peso factorial de los reactivos correspondientes al malestar emocional es superior a 0.70 (tabla 3). En este factor el alfa de Cronbach fue de .73 y ese factor explica 39.6% de la varianza de la escala

Tabla 3 Validez del Inventario MHI-5			
	Factor 1 Malestar emocional	Reactivos de Bienestar emocional	%de la varianza explicada
1. Ha estado muy nervioso	.739		39.598
3. Se ha sentido triste y melancólico	.833		
4. Se ha sentido abatido, que nada le puede animar	.840		
2. Se ha sentido calmado y en paz		.877	
5. Se ha sentido feliz		.865	
<b>Alpha de Cronbach del factor</b>	<b>.7264</b>		<b>Total de varianza explicada por el factor de malestar emocional 39.6%</b>

### Confiabilidad

En esta muestra se obtuvo la confiabilidad del inventario MHI-5 con un alfa de Cronbach de 0.73 (tabla 4) para la escala de tres reactivos que evalúa malestar emocional.

Tabla 4 Confiabilidad del factor de Malestar Emocional del Inventario MHI-5			
	Media/s	Correlación del reactivo con escala completa	Alpha si se elimina el reactivo
1. Ha estado muy nervioso	1.80/0.95	0.48	0.71
2. Se ha sentido triste y melancólico	2.01/1.14	0.58	0.59
3. Se ha sentido abatido, que nada le puede animar	1.82/1.22	0.59	0.58
<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>.7264</b>		

### 5.1.3 Escala de Somatización del SCL-90

#### Validez

La escala de somatización del SCL-90 en esta muestra se presenta con cuatro factores, que en conjunto explican 63.54% de la varianza total. El alfa de

Cronbach de los tres primeros factores es superior a 0.60 y la del cuarto factor es un poco menor. El peso factorial de los reactivos en el primer factor fue superior a .60, en el segundo fue superior a .55, mientras que en el tercer y cuarto factor los reactivos tuvieron un peso factorial de entre .40 y .89 (tabla 5). Se trata de una escala valida y confiable para esta muestra de trabajadores.

<b>Tabla 5 Validez de la Escala de Somatización del SCL-90</b>						
	<b>Reac- tivo Núm.</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>%de la varianza explicada</b>
Dolor muscular	5	<b>.686</b>				32.052
Sensación de peso en brazos y piernas	9	<b>.804</b>				
Debilidad en alguna parte del cuerpo	11	<b>.820</b>				
Debilidad o mareo	2		<b>.554</b>			13.390
Náuseas o estómago revuelto	4		<b>.795</b>			
Ataques de calor o frío	7		<b>.832</b>			
Dolores de cabeza	1			<b>.412</b>		9.708
Dolor en el corazón o el pecho	3			<b>.891</b>		
Dolores en la parte baja de la espalda	12			<b>.655</b>		
Dificultad para respirar	6				<b>.464</b>	8.386
Estremecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	8				<b>.447</b>	
Nudos en la garganta	10				<b>.892</b>	
<b>Alpha de Cronbach del factor</b>		<b>.7452</b>	<b>.7602</b>	<b>.6182</b>	<b>.5936</b>	<b>Total de varianza explicada 63.54</b>

## Confiabilidad

La lista de síntomas somáticos de la de la Escala de Somatización del SCL-90 se empleó solo para conocer la presencia de éstos en el último mes para efectos descriptivos, por lo que se presentará únicamente la validez y confiabilidad del malestar ocasionado por los síntomas.

El alpha de Cronbach obtenido en las preguntas sobre la molestia que los síntomas somáticos le han ocasionado a los sujetos en el mes previo fue de .80, se trata de una confiabilidad aceptable (tabla 6). La correlación de los reactivos con la escala completa fluctuó entre 0.62 (“dolor muscular”) y 0.31 (“dificultad para respirar” y “nudos en la garganta”).

Tabla 6 <b>Confiabilidad de la Escala de Somatización del SCL-90</b>			
	<b>Media/s</b>	<b>Correlacion del reactivo con escala completa</b>	<b>Alpha si se elimina el reactivo</b>
1.Dolores de cabeza	0.42/0.75	0.50	0.78
2.Debilidad o mareo	0.22/0.47	0.46	0.78
3.Dolor en el corazón o el pecho	0.16/0.46	0.37	0.79
4.Náuseas o estómago revuelto	0.31/0.64	0.43	0.78
5.Dolor muscular	0.65/0.81	0.62	0.76
6.Dificultad para respirar	0.16/0.46	0.31	0.79
7.Ataques de calor o frío	0.11/0.40	0.39	0.79
8.Estremecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	0.26/0.52	0.51	0.78
9.Sensación de peso en brazos y piernas	0.25/0.55	0.43	0.78
10.Nudos en la garganta	0.09/0.34	0.31	0.79
11. Debilidad en alguna parte del cuerpo	0.30/0.61	0.56	0.77
12.Dolores en la parte baja de la espalda	0.52/0.89	0.46	0.79
<b>Alpha de Cronbach .7973</b>			

## 5.2 Frecuencias Generales

### 5.2.1 Nivel de Consumo de Alcohol (Prueba AUDIT rápida)

Para cubrir el primer objetivo específico de este trabajo se describirán los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba AUDIT rápida, mencionando en la tabla 7 los porcentajes de sujetos que se ubican en cada nivel de consumo de alcohol.

Del total de trabajadores entrevistados (n=194), una quinta parte (23.7%) indicaron ser abstemios, es decir sujetos que refieren no haber consumido alcohol en los últimos doce meses, por lo cual en esta muestra el porcentaje de bebedores es de 76.3%.

Entre los bebedores 7.4% consumen alcohol dos veces o más por semana, 28.4% beben de dos a cuatro veces al mes, mientras que 40% sólo toman bebidas alcohólicas una vez al mes o con menor frecuencia.

Respecto a la cantidad de alcohol que se bebe en cada ocasión, 31.9% de los sujetos beben una cantidad mayor a la recomendada por la OMS como límites de menor riesgo (es decir, consumen cinco copas o más por ocasión), 12.3% beben diez ó más copas por ocasión, mientras que casi 70% de los trabajadores no consume o tiene un consumo moderado (de cuatro copas por ocasión o menos).

En tanto, 61% de los sujetos mencionan que han bebido seis copas o más por ocasión al menos una vez en el último año, sólo 39% de los trabajadores de esta muestra no han consumido más de seis copas al menos una vez durante el último año (tabla 7).

Tabla 7 Consumo de alcohol en el último año (n=194)	
	%
<b>Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas</b>	
No consume	23.7
Una vez al mes o menos	40.5
2-4 veces al mes	28.4
2-3 veces por semana	6.3
4 o más veces por semana	1.1

<b>Cantidad de copas consumidas por ocasión típica</b>	
No bebe, 1 ó 2	45.3
3 ó 4	22.8
5 ó 6	11.2
7 a 9	8.4
10 ó más	12.3
<b>Frecuencia de consumo de 6 copas o más por ocasión</b>	
Nunca	39.0
Menos de 1 vez al mes	31.9
Mensualmente	18.1
Semanalmente	10.5
Diario o casi diario	0.5

\* Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

Con la prueba breve del AUDIT se encontró que 55.5% de los trabajadores se encuentran en un nivel de consumo de bajo riesgo, 34.1% beben alcohol en un nivel de riesgo y 10.4% consumen alcohol en un nivel peligroso (tabla 8). En la prueba AUDIT breve la calificación estuvo en el rango de 0 (24.3%) a 12 puntos (0.6%), la media fue de 3.33 puntos ( $\pm 2.90$ ).

<b>Tabla 8 Nivel de consumo de alcohol con la prueba AUDIT Breve</b>		
<b>(n=194)</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
Bajo riesgo		55.5
En riesgo		34.1
Peligroso		10.4

\* Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

Del total de los sujetos que tienen problemas con su consumo de alcohol, al estar en un nivel de consumo en riesgo o peligroso, es decir 87 personas (45% de la muestra total); 39.4% tienen edad entre 18 y 30 años, mientras que 34.8% tienen entre 31 y 44 años, el resto (25.8%) tienen 45 años o más. La mayoría viven con su pareja (60.5%) y 39.5% están solteros, viudos, divorciados o

separados. En cuanto a la escolaridad, 17.1% tienen primaria o menos, 44.7% tienen secundaria, mientras que sólo 11.8% cursaron una carrera técnica y 26.3% cuentan con estudios de bachillerato o licenciatura.

La mayoría de los trabajadores de esta muestra que tienen problemas con su consumo de alcohol se desempeñan como meseros (87.8%) y 12.2% tienen otras ocupaciones como garroteros, cantineros, etc. El horario de trabajo del 67.1% es variable o mixto, 16.4% laboran en el turno nocturno y una proporción igual (16.4%) trabaja en el turno vespertino o diurno. Respecto a la antigüedad, 20% tienen menos de un año, casi la mitad (54.3%) tienen entre uno y tres años, 10% tienen entre 3 y 5 años y 15.7 tienen 6 ó más años trabajando en este sector. (tabla 9).

Tabla 9 Características de los sujetos que presentan consumo problemático de alcohol (n= 87)			
		%	%
<b>Edad</b>			<b>Puesto</b>
18 a 30 años	39.4	Mesero	87.8
31 a 44 años	34.8	Otro	12.2
45 años o más	25.8		
<b>Estado civil</b>			<b>Turno</b>
Casado o en unión libre	60.5	Variable / Mixto	67.1
Sin pareja	39.5	Nocturno	16.4
		Vespertino o diurno	16.4
<b>Escolaridad</b>			<b>Antigüedad</b>
Primaria o menos	17.1	Menos de 1 año	20
Secundaria	44.7	De 1 a 3 años	54.3
Carrera técnica	11.8	De 3 a 5 años	10
Bachillerato o profesional	26.3	6 ó más años	15.7

\* Porcentajes obtenidos del total de trabajadores con consumo de alcohol en riesgo y peligroso.

### 5.2.2 Síntomas de Problemas de Salud Mental (MHI-5)

Las respuestas de los sujetos a las preguntas del factor de malestar emocional del MHI-5, que se refieren a la presencia de síntomas en el último mes se presentan en la tabla número 10.

Tabla 10 Síntomas de Problemas de Salud Mental (n=194)						
Todas las respuestas son en %						
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Una parte del Tiempo	Un poco del Tiempo	Nada de tiempo
Ha estado muy nervioso	2.2	0.5	1.6	12.1	41.2	42.3
Se ha sentido triste y melancólico	2.3	2.3	5.1	14.1	37.9	38.4
Se ha sentido abatido, que nada le puede animar	5.0	1.7	1.7	9.5	30.7	51.4

\* Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

Al obtener la sumatoria de los tres reactivos que conforman el factor de malestar emocional del MHI-5, se obtuvo una media de 5.64 puntos ( $\pm 2.67$ ). La puntuación mínima fue 3 (24.4%) y la máxima fue 18 puntos (1.2%).

Se estableció el punto de corte del factor de malestar emocional del MHI-5 para esta muestra a partir de la media muestral más una desviación estándar, estableciéndose un punto de corte en 9 o más puntos. Al utilizar este criterio, el porcentaje de sujetos identificados como casos con síntomas de algún problema de salud mental fue de 11.3% (tabla 11).

Tabla 11 Malestar Emocional (n=194)	
	%
Sujetos con síntomas de algún problema de salud mental (punto de corte en 9 ó más)	11.3

\* Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

En cuanto a las características demográficas y laborales de los trabajadores identificados como casos con síntomas de problemas de salud mental a partir del factor de malestar emocional de la prueba MHI-5 con punto de corte en 9 ó más puntos, se puede observar que del total de sujetos identificados como casos con un probable trastorno emocional, 75% tienen 44 o menos años de edad, 25% tienen 45 o más años.

Respecto al estado civil, 57.9% están casados o viven con su pareja, 42.1% no viven con su pareja. La escolaridad de 21% de los trabajadores es de primaria, mientras que 26% tienen escolaridad de secundaria, 15% carrera técnica y el porcentaje más elevado, 36.8%, se observa en el caso de quienes tienen estudios de bachillerato o superiores.

Más de 70% de los trabajadores de esta muestra se desempeñan como meseros, 27.8% desempeña otras funciones como garroteros, cantineros, etc. El horario de labores de la mayoría (82.3%) es mixto o variable, mientras que 17.7% tienen un turno fijo, ya sea matutino, vespertino o nocturno. En cuanto a la antigüedad en sus empleos, 75% tienen tres años o menos de antigüedad, mientras que 6.3% tienen entre 3 y 5 años y 18.8% tienen seis o más años de antigüedad en sus empleos (tabla 12).

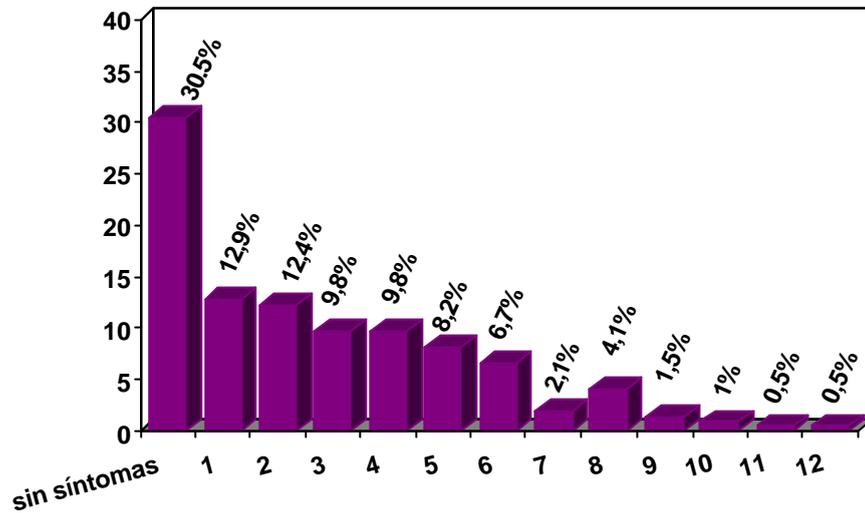
Tabla 12 Características de los sujetos con síntomas de probables problemas de salud mental			
(n=22)			
		%	%
<b>Edad</b>			<b>Puesto</b>
18 a 30 años	31.3	Mesero	72.2
31 a 44 años	43.8	Otro	27.8
45 años o más	25		
<b>Estado civil</b>			<b>Turno</b>
Casado o en unión libre	57.9	Variable / Mixto	82.3
Sin pareja	42.1	Matutino o vespertino	11.8
		Nocturno	5.9
<b>Escolaridad</b>			<b>Antigüedad</b>
Primaria o menos	21.1	Menos de 1 año	31.3
Secundaria	26.3	De 1 a 3 años	43.8
Carrera técnica	15.8	De 3 a 5 años	6.3
Bachillerato o profesional	36.8	6 ó más años	18.8

\* Porcentajes obtenidos del total de personas que presentan sintomatología de probables problemas de salud mental.

### 5.2.3 Nivel de Malestar Ocasionado por los Síntomas Somáticos (Escala de somatización del SCL-90)

En lo que respecta al nivel de malestar ocasionado por la presencia de síntomas somáticos, la mayor parte de los sujetos (69.5%) indicaron que habían experimentado al menos un síntoma somático en el último mes, 30.5% reportaron no haber experimentado ningún síntoma. La media de síntomas experimentados fue de 2.71 ( $\pm$  2.74). Los puntajes fluctuaron entre 0 (30.5%) y 12 síntomas (0.5%) como puede verse en la gráfica 1.

**Gráfica 1**  
**Número de síntomas somáticos experimentados por los sujetos en el último mes (n=194)**



\* Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

Del total de los 135 trabajadores que experimentaron al menos un síntoma somático de los mencionados en la lista de la escala de somatización del SCL-90, 35.1% tuvieron entre uno y tres síntomas y 34.4% mencionaron 4 ó más síntomas.

Los síntomas que más reportaron los sujetos fueron dolor muscular (51.1%), dolores en la parte baja de la espalda (36.1%), dolores de cabeza (32.1%) y debilidad en alguna parte del cuerpo (28.3%) (tabla 13).

Tabla 13 <b>Presencia de Síntomas Somáticos en el Último Mes (n=194)</b>	
<b>Síntoma</b>	<b>%</b>
Dolor muscular	51.1
Dolores en la parte baja de la espalda	36.1
Dolores de cabeza	32.1
Debilidad en alguna parte del cuerpo	28.3
Sensación de peso en brazos y piernas	23.9
Náuseas o estómago revuelto	23.0
Estremecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	22.5
Debilidad o mareo	20.7
Dolor en el corazón o el pecho	14.2
Dificultad para respirar	13.0
Nudos en la garganta	12.2
Ataques de calor o frío	10.4

\* Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

La media de las molestias ocasionadas por los síntomas somáticos en toda la escala de somatización del SCL-90 es de 3.47 ( $\pm 4.00$ ). Las calificaciones para esta escala de malestar fluctuaron entre 0 (35.3%) y 19 puntos (0.7%).

Dado que se emplea esta escala como instrumento de tamizaje, se definió el punto de corte para esta muestra a partir de la media más una desviación estándar, con lo cual el punto de corte se estableció en 8 o más puntos para identificar a los sujetos que reportan malestar psicológico causado por la percepción subjetiva de un mal funcionamiento corporal. Con este punto de corte se determinó que 14.7% de los sujetos que conforman la muestra tienen sintomatología somática que les ocasiona malestar psicológico (tabla 14).

Los síntomas que ocasionan mayor malestar (reportado por los sujetos como molestia moderada, bastante o extremada) son: dolor muscular (17.6%), dolores en la parte baja de la espalda (12%), dolores de cabeza (9.7%), debilidad en alguna parte del cuerpo (7.1%) y náuseas o estómago revuelto (6.7%).

<b>Tabla 14 Molestias Ocasionadas por los Síntomas Somáticos Experimentados Durante el Último Mes (n=194)</b>					
<b>Todas las respuestas son en %</b>					
	Nada	Un poco	Moderada	Bastante	Extrema
<b>Dolor de cabeza</b>	71.0	19.3	6.3	2.8	0.6
<b>Debilidad y mareo</b>	81.6	16.2	1.7	0	0.6
<b>Dolor en el corazón</b>	86.7	10.0	2.2	0.6	0.6
<b>Nauseas o estomago revuelto</b>	78.5	14.7	4.5	1.1	1.1
<b>Dolor muscular</b>	54.5	27.9	15.8	1.2	0.6
<b>Dificultad para respirar</b>	88.4	8.8	1.7	0.6	0.6
<b>Ataques de calor o frío</b>	91.5	6.8	0.6	0.6	0.6
<b>Estremecimiento u hormigueo en el cuerpo</b>	78.1	17.5	3.8	0	0.5
<b>Sensación de peso en brazos y piernas</b>	78.9	17.1	2.9	1.1	0
<b>Nudos en la garganta</b>	91.2	5.8	2.9	0	0
<b>Debilidad en el cuerpo</b>	76.5	16.5	5.3	1.2	0.6
<b>Dolor en la parte baja de la espalda</b>	68.3	19.8	7.2	4.2	0.6
<b>Sujetos con malestar psicológico causado por los síntomas somáticos, con punto de corte en 8 o más puntos</b>					<b>14.7%</b>

\* Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

Del total de sujetos que presentan malestar psicológico debido a las molestias ocasionadas por los síntomas somáticos con un punto de corte de 8 o más, 89.5% tienen 44 años o menos, mientras que 10.5% tienen 45 años o más. Respecto al estado civil, 65% tienen pareja y 35% están solteros, viudos, divorciados o separados.

En cuanto a la escolaridad, 63% cuentan con estudios de secundaria, 5.3% tienen carrera técnica y 31.6% tienen estudios de licenciatura o bachillerato. 95% son meseros, el resto (5%) tienen otras ocupaciones. El horario de trabajo de 70% de los sujetos fue variable o mixto; 20% tuvo horario nocturno; 10% laboraron en el horario vespertino o diurno.

En cuanto a la antigüedad, 73.7% tienen menos de tres años en las empresas en que laboran; 15.8% tienen entre tres y cinco años y 10.5% tienen seis o más años de antigüedad (tabla 15).

Tabla 15 Características demográficas y laborales de los sujetos con malestar psicológico ocasionado por la percepción de los síntomas somáticos que experimentan (n=29)			
%		%	
<b>Edad</b>		<b>Puesto</b>	
18 a 30 años	47.4	Mesero	95
31 a 44 años	42.1	Otro	5
45 años o más	10.5		
<b>Estado civil</b>		<b>Turno</b>	
Casado o en unión libre	65	Variable / Mixto	70
Sin pareja	35	Nocturno	20
		Vespertino o diurno	10
<b>Escolaridad</b>		<b>Antigüedad</b>	
Primaria o menos	0	Menos de 1 año	26.3
Secundaria	63.2	De 1 a 3 años	47.4
Carrera técnica	5.3	De 3 a 5 años	15.8
Bachillerato o profesional	31.6	6 ó más años	10.5

\* Porcentajes obtenidos del total de personas que presentan malestar psicológico derivado de sus síntomas somáticos.

### 5.3. Relación entre consumo de alcohol, salud mental y síntomas somáticos (Prueba de Hipótesis)

Para conocer si existe relación entre el nivel de consumo de alcohol, los síntomas de problemas de salud mental y el malestar ocasionado por los síntomas somáticos, se realizó la comparación de las calificaciones obtenidas en las escalas a través de correlaciones.

Se aplicó una correlación de Pearson con la sumatoria de cada una de las escalas, resultando significativas las correlaciones existentes entre el nivel de consumo de alcohol y el malestar ocasionado por los síntomas somáticos ( $r_p = .404$   $p < .01$ ); entre los síntomas de problemas de salud mental con el malestar ocasionado por los síntomas somáticos ( $r_p = .230$   $p < .01$ ); y entre el nivel de consumo de alcohol y los síntomas de problemas de salud mental ( $r_p = .262$   $p < .01$ ) (cuadro 4).

	Problemas de Salud mental (Malestar Emocional, MHI-5)	Malestar ocasionado por Síntomas somáticos (SCL-90)
Nivel de consumo de alcohol (AUDIT rápida)	** .262	** .404
Problemas de Salud mental (Malestar Emocional, MHI-5)		** .230
* $p < .05$ ** $p < .01$		

Finalmente, con el propósito de identificar la manera en que está presentándose la relación entre el nivel de consumo de alcohol con los síntomas de problemas de salud mental y el malestar ocasionado por los síntomas

somáticos, determinados todos a partir de la calificación total de las escalas; se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, con método de extracción “stepwise”, ya que de esta manera se puede tener control en cuanto a la significancia de las variables y el aumento de la varianza explicada.

Con este análisis se observó que el consumo de alcohol es un predictor de los síntomas de problemas de salud mental, lo que explica el 6.7% de varianza. Este modelo excluye al malestar ocasionado por los síntomas somáticos, que no se presenta como predictor de los problemas de salud mental cuando se incluye el consumo de alcohol en el análisis (tabla 16).

Tabla 16. Coeficiente de regresión múltiple para predecir la presencia de síntomas de problemas de salud mental (Sumatoria de los tres reactivos del Factor de Malestar Emocional del MHI-5)					
Modelo 1	Coeficiente		Coeficiente Estandarizado		Sig.
	B	Error Estándar	Beta	t	
Consumo de alcohol	.243	.084	.259	2.879	.005
F = 8.291			sig = 0.005		

En otro modelo, se encuentra que solo el consumo de alcohol es predictor de la presencia de malestar derivado de los síntomas somáticos, este modelo en el que no se relacionan los síntomas de problemas de salud mental, explica 14.8% de la varianza, un poco más que el modelo anterior (tabla 17).

Tabla 17. Coeficiente de regresión múltiple para predecir el malestar ocasionado por los síntomas somáticos (Sumatoria de molestias de los síntomas somáticos SCL-90)						
Modelo 2	Coeficiente		Coeficiente Estandarizado		t	Sig.
	B	Error Estándar	Beta			
Consumo de alcohol	.546	.122	.384		4.467	.000
F = 19.950			sig = 0.000			

Al plantear un modelo en el que no se incluya el consumo de alcohol, y realizar un análisis de regresión lineal múltiple, con método de extracción normal, se puede establecer que la presencia de malestar ocasionado por los síntomas somáticos permite predecir los síntomas de problemas de salud mental, con 5.3% de la varianza explicada (tabla 18).

Tabla 18. Coeficiente de regresión múltiple para predecir la presencia de síntomas de problemas de salud mental (Sumatoria de los tres reactivos del Factor de Malestar Emocional del MHI-5) Modelo sin Consumo de Alcohol						
Modelo 3	Coeficiente		Coeficiente Estandarizado		t	Sig.
	B	Error Estándar	Beta			
Sumatoria de molestias derivadas de los síntomas somáticos	.151	.057	.230		2.638	.009
F = 6.959			sig = 0.009			

Es decir que el consumo de alcohol en el último año, evaluado a partir del puntaje completo obtenido en la prueba AUDIT rápida, predice de manera significativa la presencia de síntomas de problemas de salud mental y la de malestar ocasionado por los síntomas somáticos. Mientras que se requiere plantear un modelo en el que se excluya el consumo de alcohol, para poder identificar al malestar derivado de los síntomas somáticos como predictor del malestar emocional.

Ahora se procederá al análisis y discusión de los resultados obtenidos y posteriormente se presentarán conclusiones sobre los aportes más relevantes de esta investigación.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### Discusión

En lo que respecta a las características demográficas y laborales de los sujetos que conformaron la muestra, 70% son menores de 45 años, por lo que es de esperarse que aún laboren durante varios años y que sea más factible que las problemáticas que presenten en el ámbito laboral incidan fuera de este ambiente, afectando a su vida familiar y social, a su economía y su salud. En lo que respecta a la escolaridad de los sujetos, una considerable proporción (60.9%) tiene estudios máximos de secundaria.

Se encontró que poco más de cuatro quintas partes de los trabajadores no cuentan con un horario de trabajo fijo o desempeñan sus actividades por la noche. Esta situación, como menciona Aguirre (2003), puede incrementar sus niveles de tensión y estrés, además de los problemas en sus relaciones sociales y familiares, así como el consumo de alcohol (OIT, 2000; Grebogi, 2001) afectando con ello a su salud física y mental.

Es importante también resaltar el poco tiempo que tienen laborando en las empresas en las que se desempeñan, puesto que solo uno de cada cinco tiene una antigüedad mayor a cinco años, lo que puede estar relacionado con la elevada rotación de personal en el sector, como mencionan López (1995), Beltrán (2002) y Rodríguez (2002).

A partir de los resultados obtenidos en el análisis estadístico, en cuanto al consumo de alcohol de este grupo de trabajadores se puede observar que tres cuartas partes consumen bebidas alcohólicas, con una prevalencia 4% superior a la reportada por Medina-Mora, Villatoro, Cravioto, Fleiz, Galván, Rojas, Castrejón y Kuri (2004) en población nacional.

Mientras tanto, al comparar a estos trabajadores con otros grupos ocupacionales, el porcentaje de sujetos que mencionaron consumir bebidas alcohólicas al menos una vez en el último año (76.3%) fue más elevado en comparación con trabajadores varones de una empresa química (59%) (Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Martínez, Juárez y Villatoro, 2002) y del sector textil (61.4%)

(Carreño, 1998). Además, el porcentaje de sujetos que mencionan haber consumido seis copas o más en al menos una ocasión el año anterior fue considerablemente mayor en esta muestra (60.9%) que lo mencionado por Carreño (1998) en trabajadores de una empresa textil (22.5%).

Sin embargo, la frecuencia de consumo de estos trabajadores en comparación con la población general es menor, puesto que solo 7% de los sujetos beben alcohol dos o más veces por semana, mientras que Medina-Mora, Villatoro, Cravioto, Fleiz, Galván, Rojas, Castrejón y Kuri (2004) mencionan que 23% de los hombres mayores de 18 años en población urbana beben una vez por semana o con mayor frecuencia.

Al ubicar a los sujetos de acuerdo a su nivel de consumo, fue posible observar que el porcentaje de sujetos que se encuentran en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol (34.1%) o presentan ya un consumo peligroso (10.4%), fue en esta muestra superior a lo encontrado en trabajadores en el ámbito internacional (8.6%), y nacional en los sectores textil (32%) y de la salud (33%) (Cabrero, Barrios, Osuna, Luna del Castillo, Jiménez y Luna, 1996; Carreño, 1998; Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Martínez, Juárez y Villatoro, 2002; Guedes, 2003).

En lo que respecta a la salud mental de los sujetos, en el análisis factorial de la validez del instrumento se encontró que los reactivos correspondientes al malestar emocional se agrupan en un factor, que justamente corresponde a la dimensión de malestar emocional, como mencionan Mc Horney y Ware (1995).

Al obtener la confiabilidad del instrumento MHI-5, con los cinco reactivos, la confiabilidad es más baja que la obtenida cuando se analizan únicamente los reactivos de malestar emocional. Por ello se puede considerar que a pesar de que en otras poblaciones se han utilizado los cinco reactivos, en esta muestra específica únicamente fueron válidos los reactivos de malestar emocional para evaluar la presencia de síntomas de problemas de salud mental. Por lo mismo, los resultados deben ser tomados con precaución y no es posible hacer generalizaciones.

Al comparar los resultados obtenidos en esta muestra del sector gastronómico y hotelero respecto a la presencia de síntomas de problemas de salud mental (11.3% de casos) se observa que las prevalencias son menores en comparación con las encontradas en otras muestras de trabajadores en México, (Ocaña, Morriña y Zamudio 1997; Matraj 1994; Pulido, 2001; Meda, Palomera, García, Zambrano y de Santos, 2004).

Esta discrepancia puede estar relacionada con la diferencias que existen en la satisfacción con el trabajo entre los sujetos incluidos en las muestras (Tovalín, Miranda, Ortega y Rodríguez, 1997), el tipo de contratación, ya sea de planta o eventual, el horario de trabajo, la capacitación que resulta elevada o insuficiente para los requerimientos de la tarea y el trabajo repetitivo (Romero 2002).

Además las diferencias pueden deberse a las diversas maneras de evaluar la salud mental, y al periodo al cual se hace referencia, puesto que algunas encuestas evalúan la prevalencia alguna vez en la vida, o los últimos seis meses o en este caso, en el mes anterior, por lo cual los valores solo se comparan para hacer un aproximado de la situación que guarda la salud mental de los trabajadores.

El hecho de que los sujetos de esta muestra hayan mostrado una menor prevalencia de problemas emocionales que la población general y otro grupos de trabajadores, también pudiera estar relacionado con lo que menciona García (1995), sobre el temor que en ocasiones le genera al trabajador aceptar que está experimentando algún problema psicológico, puesto que puede ir asociado con la idea de incapacidad para el trabajo e incluso, en términos populares, con la idea de locura, por lo cual puede resultarle menos amenazante la idea de expresar sus malestares e inconformidades personales o laborales a través de situaciones menos estigmatizantes, como síntomas físicos, accidentes y mal cumplimiento de su trabajo, e incluso de conductas que en su grupo son socialmente aceptadas aunque le ocasionen mayores problemas, como pudiera ser en este caso el consumo excesivo de alcohol.

Respecto a los sujetos que fueron ubicados como casos, se les considera como tales debido al malestar emocional que manifiestan, que al encontrarse por

encima del punto de corte se considera como síntoma de que el sujeto posiblemente esté experimentando algún problema de salud mental, que puede ser depresión, ansiedad o cualquier trastorno afectivo no psicótico. Se encontró que 75% de los sujetos con probables problemas de salud mental son menores de 45 años y la gran mayoría trabajan en horarios variables, coincidiendo con lo mencionado por Maturana (1995), Castaño (1995) y Aguirre (2003) acerca de los efectos de la edad y la rotación de turnos sobre la salud mental y el bienestar de los trabajadores.

También se encontró que el porcentaje de sujetos con consumo peligroso de alcohol es mayor entre aquellos sujetos con síntomas de probables problemas de salud mental, lo cual puede ser un indicador de comorbilidad entre problemas de salud mental y el consumo de alcohol, como lo menciona Leal (2002). Situación que se observa de manera similar con los resultados de la regresión. También, es posible que esta correlación tenga que ver con las razones de los sujetos para beber en exceso, como han mencionado Cárdenas, Vite, Aduna, Echeverría y Ayala (1993); Carreño (1998); Leonar y Blane (1999); Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Martínez, Juárez y Villatoro (2002) y Simon y Chevins (2002).

En lo que respecta a los síntomas somáticos, se encontró que dos terceras partes de los sujetos habían experimentado al menos uno de los síntomas contemplados en la lista, la mayor prevalencia se encontró en síntomas referentes a dolor y debilidad muscular, coincidiendo con lo reportado por Ocaña, Morriña y Zamudio (1997), García (1995) y Montaña (2004).

Los síntomas somáticos con mayor prevalencia entre estos sujetos fueron dolores musculares y dolores en la parte baja de la espalda. Ambos síntomas fueron considerados como parte de la escala de somatización, sin embargo, existe la posibilidad de que más que indicar síntomas de somatización, estos porcentajes reflejen alguna enfermedad o padecimiento derivado de su actividad laboral, ya que como menciona Castaño (1995), el esfuerzo físico y las posturas forzadas o estáticas mantenidas de manera continuada, que se presentan con frecuencia en

los trabajadores de este sector, pueden ocasionar alteraciones de la columna vertebral, dolores de espalda y de las vértebras cervicales.

La prevalencia de síntomas somáticos en esta población (69.6%) fue superior a la reportada en trabajadores del sector marítimo (Ocaña, Morriña y Zamudio, 1997) y personal de salud (Meda, Palomera, García, Zambrano y de Santos, 2004).

Se encontró que el puntaje medio de la escala ( $3.47 \pm 4.00$  puntos), fue menor a lo reportado por otros autores en población masculina en México (Cruz, López, Blas, González y Chávez, 2005).

Cabe resaltar que los síntomas con mayor prevalencia fueron también aquellos que ocasionaron mayores malestares entre los sujetos. Por otra parte, se encontró que casi la mitad de los casos con malestar ocasionado por los síntomas físicos beben en un nivel peligroso. Además, los síntomas somáticos presentan relación significativa con el nivel de consumo de alcohol y con el estado de salud mental de los sujetos.

La correlación entre las tres variables puede deberse a la comorbilidad que se presenta entre estas tres situaciones, como han mencionado algunos autores (Martin y Bates, 1998; Schadé, Marquenie, Van Balkom, Koeter, De Beurs, Van Den Brink, y Van Dyck, 2004).

## **Conclusiones**

En conclusión, se pudo establecer que un poco más de la mitad de los sujetos que conformaron la muestra presentan un nivel de consumo de bajo riesgo, mientras que la tercera parte tienen un nivel de consumo en riesgo y 10% un consumo de alcohol en un nivel peligroso. La prueba AUDIT rápida tuvo buena validez y confiabilidad para esta muestra.

En lo que respecta a la escala utilizada para evaluar los síntomas de problemas de salud mental, el factor de tres reactivos de malestar emocional, permitió determinar que 11% de los sujetos presentan síntomas de problemas de salud mental.

Respecto al malestar psicológico ocasionado por los síntomas somáticos, se estableció que a 14% de los sujetos les ocasiona malestar alguno o varios de los síntomas somáticos que experimentan.

Se pudo determinar que existe relación entre el nivel de consumo de alcohol, los síntomas de problemas de salud mental y el malestar ocasionado por los síntomas somáticos en esta muestra de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México.

En los modelos de regresión lineal múltiple el consumo de alcohol se identificó como el más importante predictor de la presencia de malestar ocasionado por los síntomas somáticos y de los síntomas de problemas de salud mental, esto implicaría que éste consumo es el que más peso tiene en cuanto a los efectos negativos en la salud física y mental de los trabajadores.

Es posible que la relación encontrada entre los síntomas de problemas de salud mental y el nivel de malestar ocasionado por los síntomas somáticos esté reflejando diferentes expresiones de una misma conflictiva personal, que tiene salida de una u otra forma, presentándose en ocasiones de manera conjunta.

En cuanto a los síntomas somáticos que han experimentado, existe la posibilidad de que algunos de ellos más que indicar síntomas de somatización, reflejen alguna enfermedad o padecimiento derivado de la actividad laboral.

La relación entre el consumo de alcohol y los problemas de salud mental puede deberse al uso de alcohol como una manera de hacer frente a sus problemas emocionales.

Por otro lado, la relación entre el consumo de alcohol y los síntomas somáticos, puede derivarse de las problemáticas de salud relacionadas al consumo excesivo o con la utilización del alcohol para aliviar los malestares ocasionados por el cansancio y la carga de trabajo.

A partir de los resultados obtenidos en este trabajo, es necesario introducir medidas preventivas, que proporcionen los conocimientos de un estilo de vida saludable, consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas tanto en la salud como en su trabajo, así como la promoción del consumo moderado o

responsable a través límites de menos riesgo, que le permita a esta población reducir su consumo y evitar problemas.

Es importante mencionar que los trabajadores de esta rama de la industria tienen una alta disponibilidad de bebidas alcohólicas, ya que son principalmente meseros, cantineros y cocineros que atienden eventos festivos y en donde está presente el alcohol, esto implica que dentro de su horario de trabajo consumen y se propicia el consumo excesivo, aún después de terminado el evento. Esto, aunado a que, en comparación con otras ramas de actividad, presentan un mayor nivel de consumo de bebidas alcohólicas, hace patente la necesidad de proporcionar a esta población alternativas de prevención y atención al abuso en el consumo de alcohol, que sean breves para no interferir en sus actividades además de que estén adaptadas a la población objetivo.

## SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

La manera de presentar el instrumento generó algunos problemas al momento de aplicarlo, puesto que algunos de los trabajadores tuvieron confusiones sobre la manera de responder, sin embargo, esta situación fue resuelta satisfactoriamente por los entrevistadores.

El haber obtenido una baja confiabilidad en el instrumento inicialmente utilizado para evaluar los problemas de salud mental y haber decidido realizar los análisis únicamente con los tres reactivos de malestar emocional implica que los resultados deben ser tomados con reserva para la muestra en cuestión. Esto, aunado a que por la manera en que fue obtenida la muestra, ésta no es representativa de la población que labora en este sector, también implica que no es posible hacer generalizaciones para el resto de los trabajadores de la industria gastronómica y hotelera.

En posteriores investigaciones sobre este sector laboral se puede considerar analizar si hay relación entre la escolaridad de los sujetos y la rotación de personal, así como estudiar si ésta situación es un elemento que propicia la insatisfacción del trabajador con su empleo o la presencia de problemas emocionales relacionados.

Queda también para futuros estudios la posibilidad de indagar si a pesar de que el consumo disminuye con la edad, los problemas de salud relacionados se incrementan al aumentar la edad de los sujetos, y si se incrementa el porcentaje de trabajadores con un nivel de consumo en riesgo.

Hasta ahora, las investigaciones respecto al consumo de alcohol con grupos de trabajadores se han enfocado a población masculina y si bien es cierto que el consumo de alcohol tienen mayor prevalencia entre varones que entre mujeres, ellas también presentan problemáticas relacionadas, por lo cual se propone que se realicen investigaciones en las que se tome en cuenta a las trabajadoras, utilizando los mismos instrumento.

En cuanto a la salud mental, sería interesante que se analizara la confiabilidad del instrumento para muestras de población masculina y femenina

por separado, para analizar los efectos del género en este instrumento, puesto que en población mexicana se ha encontrado que son diferentes las proporciones en los trastornos de salud mental que presentan hombres y mujeres.

Además, como en este caso se puede considerar para futuras investigaciones la posibilidad de emplear únicamente los tres reactivos de la dimensión de malestar emocional de la escala MHI-5 como una escala breve para evaluar este aspecto de la salud mental.

Finalmente es necesario realizar investigaciones sobre la comorbilidad entre el consumo excesivo de sustancias y los problemas de salud mental y los malestares ocasionados por los síntomas somáticos de los trabajadores, puesto que estos aspectos disfuncionales propician la ocurrencia de accidentes y problemas laborales, sociales y familiares, así como elevados gastos y pérdidas económicas, lo cual eventualmente genera mayores problemáticas para la población trabajadora.

## REFERENCIAS

Acosta, M. 2001. Factores psicosociales en el trabajo. *Investigación en Salud*, vol. 3 (3), diciembre, p. 177-185.

Aguirre, V. F. J. 2003. *Rotación de turnos, efectos en la salud del trabajador*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Derecho. Universidad Nacional Autónoma de México.

Alonso-Fernández, F. 2001. Cuadros depresivos somatomorfos. Sesión Científica del 23 de octubre de 2001. Real academia nacional de medicina, España. Recuperado el 9 de enero de 2004, de <http://ranm.insde.es/sesiones/conf2001102301.htm>

Álvarez, M. J., Castillo, H. I., y Muñoz, C. A. 1988. *El alcoholismo y su relación con los accidentes de trabajo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Ames, G. y Delaney, W. 1992. Minimization of workplace alcohol problems: The supervisor's role. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, vol. 16 (2), marzo-abril, p. 180- 189.

Ames, G. M. y Janes, C. 1992. Cultural approach to conceptualizing alcohol and the work place. *Alcohol health and Research world*, vol. 16 (2), pp. 112-119.

Anton, R. F. 1996. Neurobehavioral basis for the pharmacotherapy of alcoholism: Current and future directions. *Alcohol and alcoholism*, vol. 31 (supl.1), pp. 43-53.

Anthony J., Eaton W., Mandell W., Garrison R. 1992. Psychoactive drug dependence and abuse: more common in some occupations than others?. *Journal of employee assistance research*, vol. 1 (1) summer, pp. 148 – 186.

Avis, H. 1999. *Drugs and life*. 4ª ed. McGraw Hill. Boston.

Ayala, V. H., Echeverría, S. V. L. 1998. Detección temprana. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders, J., Grant, M. 1992. *AUDIT. Prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol: Pautas de uso en la atención primaria de la salud*. Organización Mundial de la Salud, Programa sobre Abuso de Sustancias.

Baraona, E., Gentry, R.T., Lieber, C.S. 1994. Bioavailability of alcohol: role of gastric metabolism and its interaction with other drugs. *Diagnostic Disease*, vol. 12(6), nov-dic, pp. 351-367.

Beltrán, M. A. 2002. *Competencias laborales: metodología para la elaboración de programas modulares de capacitación en el sector hotelero*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM. México.

Bonicatto, S., Dew, M. A., Soria, J. J., Seghezzi, M.E. 1997. Validity and reliability of Symptom Checklist 90 (SCL-90) in an Argentine population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 32, pp. 332- 338.

Borges, G. 1989. Epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas: delimitación y objetivos. *Salud Mental*. Vol. 12 (2), junio, pp.13-19.

Borges, G., Medina-Mora, M. E., Cherpitel, C. J., Casanova, L., Mondragón, L., y Romero, M. 1999. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*, vol. 41 (1), pp. 3-11.

Brady, K.T., Sonne, S.C. y Roberts, J.M. 1995. Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*. vol. 56(11), nov, pp. 502-506.

Brailowsky, S. 1995. Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología. SEP, FCE, CONACYT. México. Citado por Brailowsky, S., García, O. 1998. El cerebro. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Brailowsky, S., García, O. 1998. El cerebro. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Brauer, M. 2001. Intergroup perception in the social context: The effects of social status and group membership on perceived out-group homogeneity and ethnocentrism. *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 37 (1), enero, pp.15-31.

Bridges, W., Goldberg, D. 1985. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research*, vol. 29, pp. 563 – 569. Citado por García Alcaraz, A. A. 1995. *Trastornos somatomorfos y somatización en el primer nivel de atención médica*. Maestría en especialidad en Cirugía general. Facultad de Medicina. UNAM.

Brunier, G., Graydon, J., Rothman, B., Sherman, C. y Liadsky, R. 2002. The psychological well-being of renal peer support volunteers. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 38(1), pp. 40–49.

Bushman, B. J., y Cooper H. M. 1990. Effects of alcohol on human aggression: an integrative research review. *Psychological Bulletin*, vol. 017, pp. 341 – 353. Citado por Tovar G. I. 2004. *Agresión y violencia en un grupo de delincuentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Cabrero, E., Barrios, I., Osuna, E., Luna del Castillo, J. D., Jiménez B. M. C., Luna, A. 1996. Detección del bebedor excesivo en el medio laboral mediante el test de Le Gô. *Adicciones*, vol. 8 (3), pp. 321 – 329.

Calero, B. N., Dávila, C. E., Domínguez, R. F., Jaramillo, A. C., Portilla, S.C. 1994. *Prevalencia de los trastornos mentales en el sur de Quito y su relación con factores socio-económicos*. Facultad de Ciencias Médicas, Quito, Ecuador.

Campillo, C., Romero, M. 1998. Efectos del alcohol: perspectiva médica. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Caraveo A. J., Calatayud, A., y López M. S. 1985. Evaluación de la salud mental ocupacional. *Salud Pública de México*. vol. 27 (5), Sep-Oct, pp. 391-401.

Caraveo, A. J., Medina-Mora, M. E., Tapia, C. R., Rascón, G. M. L., Gómez E. M., y Villatoro, V. J. 1993. Trastornos psiquiátricos en niños de la república mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatría*. vol. 9 (3), Sep-Dic, pp. 137-151.

Caraveo, J., Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Villatoro, J., López, E. K., Juárez, F., Gómez, M., Martínez, V. A. 1994. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultado de una Encuesta Nacional en hogares. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reseña de la IX Reunión de Investigación*. vol. 5, pp. 22-42.

Caraveo A. J., Gómez E. M., Saldívar H. G., González R. E. 1995. Encuesta Nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Salud Mental*. vol. 18 (4), Diciembre, pp. 1-9.

Caraveo, A. J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López-Lugo, E. K., Martínez, V. A., 1995. Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México*. vol. 37 (5), Agosto, pp. 446-451.

Caraveo, J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rascón, M. L., y Martínez, V. A. 1995. El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. *Salud Mental*. vol. 18 (2), Junio, pp. 18-24.

Caraveo, A. J., Villatoro, V. J., y Martínez, V. N. 1995. El consumo de alcohol y los síntomas depresivos en el adulto y su asociación con síntomas específicos en los niños. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza*. vol. 6, pp. 109-114.

Caraveo, A. J., Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Villatoro, J. Martínez, V. A., Gómez, M. 1996. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*. vol. 19 (3), Septiembre. 14-21.

Caraveo, A. J., Colmenares, B. E. 2002. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental*. vol. 25 (2), Abril, pp. 9-15.

Cárdenas, G., Vite, A., Aduna, A. Echeverría, L. Ayala, H. 1993. Estrés y estilos de afrontamiento en bebedores excesivos de alcohol. *Revista intercontinental de Psicología y educación*, vol. 6 (1 y 2), pp. 195-205.

Carreño, S. 1998. *Consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Carreño S, Ortiz A. Medina Mora M., Natera, G. Tiburcio, M., Martínez N., Velez A. y Fauske S. 2000. *Manual General del Programa Modelo de prevención del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en trabajadores y sus familias. Cómo introducir el Programa a su centro de trabajo*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

Carreño, S., Medina -Mora, M. E., Ortiz, A., Martínez, N., Juárez, F., y Villatoro, J. 2002. Factores psicosociales, consumo de alcohol y problemas laborales en trabajadores de una empresa química. *La psicología social en México*, vol. 9, pp. 679 – 685.

Casanova, L., Borges, G., Mondragón, L., Medina-Mora, M. E., y Cherpitel, C. J. 2001. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud mental*, vol. 24 (5), pp. 3-11.

Castaño, L. A. 1995. *Seguridad e higiene laboral en la hostelería y restauración*. Ed. Mundi-Prensa Libros. Madrid, España.

Castellanos, E. M., Gutiérrez P. J. 1986. *Estudio comparativo entre trabajadores alcohólicos y no alcohólicos dentro de una empresa*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Castrejón, J. 2004. En: Fundación de Investigaciones Sociales. El abuso de alcohol y el alcoholismo en el ámbito laboral. *Cuadernos FISAC, año 5, vol. 1 (20), mayo. Pp. 48*.

Cervantes, R. C., Padilla, A. M., Salgado, S. N. 1990. Reliability and Validity of the Hispanic Stress Inventory. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*. vol. 12 (1) Feb, pp. 76-82.

Colín, A. N., Fontes, P. V. 2002. *Estudio comparativo de niveles de salud mental, estrés, apoyos y tensión arterial entre médicos adscritos y residentes de un hospital del ISSTE*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. 2004. Revisada y actualizada por Carbonell, M. Ed. Porrúa, México.

Cooper, C. L., Liukkonen, P., Cartwright, S. 1996. Stress prevention in the workplace: Assessing the costs and benefits to organizations. European foundation for the improvement of living and working conditions. En Acosta, M. 2001. Factores psicosociales en el trabajo. *Investigación en salud*, vol. 3 (3). Diciembre. pp. 177-185.

Cordero, V. A. 1995. *Prevalencia de los trastornos de salud mental en los maestros de primaria*. Tesis Especialidad en Medicina General Familiar. Facultad de Medicina. UNAM.

Cormillot, A., Lombardini, J. C. 1992. *Beber o no beber ¿Esa es la cuestión?*. Ed. Paidós, Argentina.

Corro G. G. 2004. Por una empresa libre de abuso y dependencia. En: Fundación de Investigaciones Sociales. El abuso de alcohol y el alcoholismo en el ámbito laboral. *Cuadernos FISAC, año 5, vol. 1 (20), mayo*. pp. 35.

Cruz, F. C., López, B. L., Blas, G. C., González, M. L., Chávez, B. R. 2005. Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud mental*, vol. 28 (1), febrero, pp. 72-81.

Cruz, J. N. R. 2001. *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.

Cruz-Martín del Campo, S. L. 1994. Farmacología de las sustancias psicoactivas. En: Tapia, C. R. 1994. *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*. Ed. El Manual Moderno, México.

Cuadrado, P. 1996. Dependencia alcohólica y comorbilidad psiquiátrica. I. Epidemiología e implicaciones etiopatogénicas. *Actas Luso-Españolas de neurología y psiquiatría*, vol. 24(5), pp. 231-244.

Dejours, C. 1990. Trabajo y desgaste mental, una contribución a la psicopatología del trabajo. Ed. Humanitas. Buenos Aires. Citado por: Ruiz, V. M. E. 1993. *Salud mental y trabajo. Un estudio del narcisismo y la ocupación*. Tesis de Maestría en Administración del Trabajo. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

De la Cruz, M. G. J., Fernández, G. I., Tudon-Garcés, H., Escobedo, P. J., Zarate-Aguilar, A., y Madrazo, N. M. 2002. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica de México*, vol. 44 (2) marzo-abril, pp. 113-121.

De la Cruz, V. U., Gómez, L. M., Suaste, A. G. 1990. *La representación social de la enfermedad mental en cuatro grupos de profesionales de la salud mental*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

De la Fuente, R. 1990. Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México. *Salud Mental*. vol. 13 (3), Septiembre, pp. 1-7.

De la Fuente R., Kershenobich, D., 1992. El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*. Vol. 35 (2). Abril-junio, p. 47-51

De la Fuente R., Medina- Mora M., Caraveo J. 1997. *Salud mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica. México.

De las Cuevas, C. C., González de Rivera, J.L., Benítez, M. H., Gracia, M. R. 1991. Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Psiquis*, vol. 12, pp.19-29.

De las Cuevas, C. C., González de Rivera, J.L., Benítez, M. H., Monterrey, A.L., Rodríguez-Pulido, F., Gracia, M. R. 1991. Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, vol.7(3), pp.27-30.

De Micco S., De Santis E., Petrillo M., Spezia M., y Zak D. 2003. Trabajo y salud mental. Documento recuperado el 4 de diciembre de 2003, de <http://www.monografias.com/trabajos5/trasamen/trasamen.shtml>, 1-oct-2003.

Derogatis, L. R., Melisaratos, N. 1983. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, vol. 13 (3), pp. 595 – 605.

Díaz-Leal, A. L. 1998. La prevención. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Díaz, G. J. A. 1998. *Depresión en pacientes alcohólicos activos*. Tesis Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

Díaz M. A., Jiménez, R. E. 1999. Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*. vol. 22 (Esp), Diciembre, pp. 154-158.

Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J., John, U., Wetterling, T., Dilling, H. 1998. Psychiatric co-morbidity, suicidal behavior and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction*, vol. 93 (6), pp. 889 – 894.

DSM-IV-TR. 2003. *DSM-IV-TR: texto revisado*. López-Ibor, A. J., y Valdés, M.M. (Dir.). Ed. Mason. España.

Dudet, L. C. 1999. *La construcción social de la salud mental*. Tesis Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Ebert, S. A., Tucker, D. C. y Roth, D. L. 2002. Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, health & medicine*, vol. 7 (3), pp. 363 – 375.

Elizondo, L. J. A. 1998a. El programa de asistencia al empleado. *Liber addictus*, año 3 (16), enero-febrero, pp. 31-33.

Elizondo, L. J. A. 1998b. Tratamiento del alcoholismo. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Elkin, A. J., Rosca, P. J. 1997. Promoting mental health at the workplace: The prevention side of stress management. *Occupational medicine: state of the art Review*. 5(4), pp. 739-754. En Acosta, M.2001. Factores psicosociales en el trabajo. *Investigación en salud*, vol. 3 (3). Diciembre. pp. 177-185.

*Enciclopedia Hispánica*. 2001. Macropedia, tomo 1. 2º Ed. Pp. 155-160. Editorial Barsa Planeta. España.

*Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo*. México; Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Eurostat. (2004). *Health Statistics - Key Data on Health 2002*. Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities.

Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., Wagner, E. H. 1982. Cap. 4. Diagnostic strategies. En, Williams y Wilkins, 1982. Clinical epidemiology, the essentials. Baltimore, EUA. Citado por García Alcaraz, A. A. 1995. *Trastornos somatomorfos y somatización en el primer nivel de atención médica*. Maestría en especialidad en Cirugía general. Facultad de Medicina. UNAM.

Flores, M. I., Jiménez, H. M. 2001. *Ideas irracionales y enfermedades psicosomáticas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Franken, I.H., Vincent M., Hendriks, V. M. 2001. Screening and Diagnosis of Anxiety and Mood Disorders in Substance Abuse Patients. *The American Journal on Addictions*, num. 10, p.30-39.

Frone M R. 1999. Work stress and alcohol use. *Alcohol research & health*. Vol. 23 (4) pp. 284– 291.

Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (FISAC). 1999. Encuesta sobre factores que intervienen en la conducta de consumo de bebidas con alcohol en asistentes a espacio 99. *Cuadernos de Investigación, año 0, vol. 1 (1), junio, pp.9. Fundación de Investigaciones Sociales, México.*

Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (FISAC).2000. Políticas de moderación en el consumo de bebidas con alcohol. *Cuadernos FISAC, año 1, vol. 1(4), febrero, pp. 42.*

[http://elmundovino.elmundo.es/elmundovino/noticia.html?vi\\_seccion=1&vs\\_fecha=200403&vs\\_noticia=1079629408](http://elmundovino.elmundo.es/elmundovino/noticia.html?vi_seccion=1&vs_fecha=200403&vs_noticia=1079629408). Publicado el 18.03.2004. En: Fundación de Investigaciones Sociales.

<http://www.alcoholinformate.org.mx/estadisticas.cfm?articulo=71>. Recuperado 27, Enero, 2005.

Gaona, M. L. 2004. *Perfil de personalidad en mujeres que viven con un alcohólico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

García-Alcaraz, A. 1995. *Trastornos somatomorfos y somatización en el primer nivel de atención médica*. Maestría en especialidad en Cirugía general. Facultad de Medicina. UNAM.

García-Alcaraz, A. 1997. Los trastornos somatoformes y la comorbilidad: Un estudio sobre los pacientes que solicitan atención sin tener un diagnóstico médico. *Salud mental, vol. 20, suplemento, Julio, pp. 1-7.*

García-Alcaraz, A., Caraveo A. J. 1993. Somatización y diagnósticos psiquiátricos en primer nivel de atención médica. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, vol. 4 (8), pp.102-110.*

García R.J. 1996. Consumo de drogas, adicciones y ámbitos laborales. *Liber adictus num. 10, pp. 19-20.*

García-C. J., y Ledo, C. 2002. Concepto de trastorno somatomorfo. En: García, C. J., Salvanés, P. R., Álamo, G. C. *Actualización en trastornos somatomorfos*. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Garrido, M. J., Fernández-Guinea, S. 2004. Déficit neuropsicológicos en alcohólicos: Implicaciones para la seguridad vial. *Revista de neurología*, vol. 38 (3), pp. 277-283.

Gill, J. 1994. Alcohol Problems in Employment: Epidemiology and responses Review. *Alcohol and alcoholism*, vol. 29 (3), pp. 233-248. Citado en: Guedes, N. L. H. 2003. *Patrones de consumo de alcohol en el personal de un hospital de la Ciudad de México*. Tesis de Maestría en Administración de Sistemas de Salud. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM.

Gmel, G., 2001. Revising the preventive paradox: The Swiss case. *Addiction*, 96, (2), pp. 273-284. Recuperado el 18 de noviembre de 2003 en: Dossier temático: Ámbito Sanitario 4-VI-2001. [http://www.gizarte.net/drogodependencias/sanitario6\\_c.htm](http://www.gizarte.net/drogodependencias/sanitario6_c.htm)

Gómez, M. T., Del Río, M. C. y Álvarez, F. J. 2002. Alcohol y accidentes laborales en España: revisión bibliográfica, 1995-2001. *Trastornos Adictivos*, vol. 4(4), pp. 244-255.

González de Rivera J.L., Derogatis L.R., De las Cuevas C., Gracia Marco R., Rodríguez, P. F., Henry B. M., Monterrey A.L. 1989. *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson. Clinical Psychometric Research.

Greboji, A. A. 2001. Sicopatología e o mercado de trabalho atual. *Curitiba*, vol 1, pp. 53.

Grunberg, L., Moore, S., Greenberg, E. S. 1998. Work stress and problem alcohol behaviour: a test of the spill over model. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 19 (5), sep., p. 487-502.

Guedes, N. L. H. 2003. *Patrones de consumo de alcohol en el personal de un hospital de la ciudad de México*. Tesis de Maestría en Administración de Sistemas de Salud. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM.

Gutiérrez, M. R. 2004. *Calidad de vida en las organizaciones: Estudios en torno al diagnóstico del estrés ocupacional*. Conferencia Magistral presentada en el XII Congreso Mexicano de Psicología. Guanajuato, México.

Hagihara, A., Miller, A. S., Tarumi, K., Nobutomo, K. 2003. Social support has both positive and negative effects on the relationship of work stress and alcohol consumption. *Stress and Health*, vol. 19 (4). octubre, p. 205- 215.

Harnois, G., y Gabriel, P. 2000. *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Organización Mundial de la Salud.

Health Assessment Lab. 2000. *Psychometric analysis of the Spanish-language version of the Medicare Health Outcomes Survey*. National Committee on Quality Assurance Health Care Financing Administration. Boston, Massachusetts.

Hemispheric Conference on Work and Mental Health. México City, october.2003. *Salud mental y trabajo: Una visión desde la Organización Panamericana de la Salud*.

Hendee, S. S. 2002. Measurement of differences in emotional intelligence and job satisfaction of practicing chefs and culinary educators as measured by the Mayer- Salovey – Caruso Emotional Intelligence Test and Spector's Job Satisfaction Survey. *Dissertation Abstracts International- Section A: Humanities and Social Sciences*, vol. 63 (3-A), septiembre, pp. 916.

Hirschfield A. H., Behan, R. C. 1963. The accident process I. Etiologic considerations of industrial injuries. *JAMA*, no. 186, pp. 193-199. Citado por García Alcaraz, A. A. 1995. *Trastornos somatomorfos y somatización en el primer nivel de atención médica*. Maestría en especialidad en Cirugía general. Facultad de Medicina. UNAM.

Horwitz, C. N., Trucco, M., Marchandon, A. A., Phillips, G.D. 1997. Alcohol y drogas en el trabajo: la pertinencia de un enfoque organizacional. *Cuadernos medico-sociales (Chile)*, vol. 38 84, diciembre, pp. 5-13.

Huber, M. 2000. Aspects of occupational disability in psychosomatic disorders. *Versicherungsmedizin / herausgegeben von Verband der Lebensversicherungs-Unternehmen e.V. Und Verband der Privaten Krankenversicherung e.V*, Jun 1, 52(2), pp.66-75

Ingmar H.A. F. y Hendriks, V. M. 2001. Screening and Diagnosis of Anxiety and Mood disorders in Substance Abuse Patients. *The American Journal on Addictions*, vol. 10, pp.30-39.

Jansen, M. 1986. Emotional disorders and the labour force: prevalence, costs, prevention and rehabilitation. *International labour review*, pp. 605. Citado por: Harnois, G., y Gabriel, P. 2000. *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Organización Mundial de la Salud.

Jervis, G. 1979. Manual critico de psiquiatría. Ed. Anagrama. Barcelona. En: Martínez, A. S. 2000. *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. Serie Académicos CBS, num. 23. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Jiménez, M. D. 2002. Formas clínicas de somatización. En: García, C. J., Salvanés, P. R., Álamo, G. C. *Actualización en trastornos somatomorfos*. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Kaplan, C. P. 1998. SCL 90-R interpretation and brain tumour: a correction factor? *Brain injury*, vol. 12 (11), pp., 977-985.

Kellner, R. 1985. Functional somatic symptoms and hipochondriasis. A survey of empirical studies. *Archives generals of psychiatry*, vol. 42, pp. 821 – 833. Citado en García Alcaraz, A. A. 1995. *Trastornos somatomorfos y somatización en el primer nivel de atención médica*. Maestría en especialidad en Cirugía general. Facultad de Medicina. UNAM.

Kerlinger, F. N. Lee, H. B. 2002. *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4<sup>o</sup> Ed) Mc Graw – Hill Interamericana Editores. México

Kershenobich S. D., Vargas, V. F. Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol. En: Tapia, C. R. 1994. Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. pp. 181-187. Ed. El Manual Moderno. México.

Kershenobich, D., Vargas, V. F., Robles-Díaz, G. 1998. Aparato digestivo. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Kessler, Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C.B., Schulenberg J., Anthony, J.C. 1997. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in The National Comorbidity Survey. *Archives generals of psychiatry*, vol. 54, pp. 313-321. En: Leal, R. J. 2002. *Alcoholismo y comorbilidad psiquiátrica en una población de pacientes del hospital Fray Bernardino Álvarez*. Tesis. Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. 1991. Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The journal of nervous and mental disease*, vol. 179 (11), Noviembre, pp. 647- 655.

Kjaerheim, K., Haldorsen, T., Andersen, A., Mykletun, R., Aasland, O. G. 1997. Work-related stress, coping resources, and heavy drinking in the restaurant business. *Work and Stress*, vol. 11 (1), enero- marzo, pp. 6-16.

Kjaerheim, K., Mykletun, R., Haldorsen, T. 1996. Selection into the restaurant business based on personality characteristics and the risk of heavy drinking. *Personality and Individual Differences*, vol. 21 (4), octubre, pp. 625-629.

Lader, D., Goddard, E. 2004. *Drinking: adults behavior and knowledge in 2004. A report on research using the ONS Omnibus Survey produced by the Office for National Statistics on behalf of the Department of Health*. Londres, Office for National Statistics. Documento recuperado el 30 de julio de 2006, de:

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/79/01/04097901.pdf>.

Ladwig KH; Marten-Mittag B; Erazo N; Gundel H. 2001. Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey: psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics, Nov-Dic, 42(6), pp.511-519*.

Landa, N.; Fernández-Montalvo, J.; Tirapu-Ustarroz, J. 2004. Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones. Vol. 16(1), pp. .*

Lara, M. O. 1992. Factores que influyen en la insatisfacción del trabajador y la repercusión de ésta en el individuo y en la organización. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala. UNAM. Citado por Cruz, J. N. R. 2001. *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.

Lara, M. A., Acevedo, M., López, E. K., Fernández, M. 1993. La salud emocional y las tensiones asociadas con los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. *Salud Mental. vol. 16 (2), Junio, pp. 13-23*.

Lara, M. A., Acevedo, M., López, E. K., Fernández, M. 1994. La conducta de apego en niños de 5 y 6 años: influencia de la ocupación materna fuera del hogar. *Revista Latinoamericana de Psicología. vol. 26 (2), 283-313*.

Lara, M. A. 1999. Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental. vol. 22 (Esp), Diciembre, pp. 121-127*.

Lara, C. M., Mondragón, L. Rubí, N. A. 1999. Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. *Salud mental. Vol. 22 (4), agosto. Pp.41 – 48*.

Lara, C. M., Navarro, C., Mondragón, L., Rubí, N.A., Lara, M.C. 2002. Validez y Confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. *Salud mental, vol. 25 (6), diciembre, pp. 13– 20*.

Lara, M. C., Espinosa, S. I., Cárdenas, M. L., Fócil, M., Cavazos, J. 2005. Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud mental, vol. 28 (3), junio, pp. 42-50*.

Las drogas.info. *Sustancia: Alcohol, efectos*. Instituto para el Estudio de las Adicciones. Dirección General de Atención a la Dependencia. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Recuperado el 27 de enero de 2004, de

<http://www.ieanet.com/drogas/index.html?idsus=1&sus=Alcohol>

Leal, R. J. 2002. *Alcoholismo y comorbilidad psiquiátrica en una población de pacientes del hospital Fray Bernardino Álvarez*. Tesis. Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

Leathem, J. M., y Babbage, D. R. 2000. Affective Disorders after Traumatic Brain Injury: Cautions in the Use of the Symptom Checklist-90-R. Focus on Clinical Research and Practice, Part 2. *Journal of head trauma rehabilitation*, vol., 15(6), Diciembre, 1246–1255.

Lehtinen V, Riihonen E, Lahtinen E (1997). Promotion of mental health on the European agenda. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health. Citado en: Organización Mundial de la Salud. 2004. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Organización Mundial de la Salud, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne.

Leonard, K. E., Blane, H. T. (Eds.). 1999. *Psychological theories of drinking and alcoholism*. The Guilford Press. Nueva York.

*Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y leyes complementarias*. 2002. Ed. Delma, México.

*Ley del Seguro Social: texto y comentarios*. 2004. Instituto Mexicano de Contadores Públicos, México.

*Ley Federal del Trabajo*. 2004. Edit. y Rev. Borrell, N. M. Ed Sista, México.

Lipman, R. S., Covi, L., Shapiro, A. K. 1979. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Factors derived from the HSCL-90. *Journal of Affective Disorders*, vol. 1, pp. 9-24.

Lloret, S. S., González, V. R. 1994. Salud, salud mental y bienestar psicológico. En. González, V. R. (Dir.). 1994. *La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de la salud mental*. Cap. 1, pp. 13-27. Monografías de la UIPOT. Universitat de Valencia, España.

Lluch, M. T. 2002. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud mental*, vol. 25 (4), agosto, pp. 42 – 51.

López, S. S. 1995. *Detección de necesidades de capacitación en grupo Loreda Restaurantes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM. México.

Maddux, R., y Voorhees, L. 1991. *Fármaco dependencia y trabajo*. Ed. Trillas. México.

*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. 1995. Versión española de la cuarta edición del DSM-IV publicado por la American Psychiatric Association, APA. (Trad.) López-Ibor, J. J. A. Ed. Masson, Barcelona.

Martin, C. S., y Bates, M. E. 1998. Psychological and psychiatric consequences of alcohol. En Tarter, R., Ammerman, R., y Ott, P. (Eds.) 1998. *Handbook of substance abuse: Neurobehavioral, pharmacology*. Plenum Press, Nueva York.

Martínez-Azumendi, O., Fernández-Gómez, C., y Beitia-Fernández, M. 2001. Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra psiquiátrica ambulatoria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol.29 (2), pp.95-102.

Martínez, A. S. 2000. *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. Serie Académicos CBS, num. 23. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Matrajt, M. 1994. *Estudios en salud mental ocupacional*. Ed. Taller abierto. México.

Maturana, W. R. 1995. El trabajo en turnos nocturnos: Una Revisión. *Revista de Psiquiatría*. vol. 12 (3-4), Jul-Dic, pp. 148-153.

Mc Horney, C. A., Ware, J. E. 1995. Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-item Health Survey. *Medical Care*, vol. 33 (1), p. 15-28.

Meda, L. R., Palomera, C. A., García, L. B., Zambrano, G. R., y de Santos, A. F. 2004. *Evaluación de los síntomas de estrés en una muestra de psicólogos mexicanos*. Ponencia presentada en el XII Congreso Mexicano de Psicología. Guanajuato, México. Septiembre 22 – 24.

Medina- Mora M. E. 1993. *Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol. Resultado de un estudio de población de más de 18 años en Michoacán*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Medina - Mora M. E., Carreño S., De la Fuente J. R. 1998. Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in México. En Galanter M. 1998. *Recent developments in alcoholism*, vol. 14: *The consequences of alcoholism*. Plenum Press. Nueva York.

Medina-Mora, M. E., De la Parra, A. y cols. 1980. El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. *Salud pública* 3, pp. 281-288.

Medina-Mora, M. E., Tapia, R., Sepúlveda, J., Rascón, M. L., Mariño, M. C., Villatoro, J. 1991. Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reseña de la VI Reunión de Investigación. vol. 2, pp. 133-137.*

Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Tapia E. R., Mariño, M. C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., Gómez, M. 1992. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reseña de la VII Reunión de Investigación. vol. 3. pp. 48-55.*

Medina-Mora, 1994 M. E. I. Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En: Tapia, C. R. 1994. *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. pp. 25-55.* Ed. El Manual Moderno. México.

Medina- Mora, M.E. 1998b. Espacios y estrategias del alcohol: La perspectiva psicosocial. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México.* Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L., Aguilar-Gaxiola, S. 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental. vol. 26 (4), Agosto, pp. 1-16.*

Medina Mora, M.E., Salgado de Snyder, N., Lara C. M., Ramos L. L., Mariño, M.C., 1996. Psicología y salud: modelos para el estudio de los factores psicosociales en la génesis y curso del malestar emocional, adicciones y violencias. En: *Psicología y salud. La experiencia mexicana.* Ortiz V. G. R. (comp.). Biblioteca Universidad Veracruzana. México

Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván, F., Rojas, E., Castrejón, J., Kuri, P. 2004. Uso y abuso de alcohol en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. En Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC, 2004. *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003.* CONADIC, Secretaría de Salud. México.

Medina T. R. 2004. La perspectiva sindical ante la problemática del trabajador alcohólico. En: Fundación de Investigaciones Sociales. El abuso de alcohol y el alcoholismo en el ámbito laboral. *Cuadernos FISAC, año 5, vol. 1 (20), mayo, pp. 23 – 28.*

Melo, M. G. 2004. Bienvenida. En: Fundación de Investigaciones Sociales. El abuso de alcohol y el alcoholismo en el ámbito laboral. *Cuadernos FISAC, año 5, vol. 1 (20), mayo. Pp,7 -9.*

Mercado, R. 2004. La Oficina Internacional del Trabajo frente a la problemática del exceso en el consumo de alcohol en el ámbito laboral. En: Fundación de Investigaciones Sociales. El abuso de alcohol y el alcoholismo en el ámbito laboral. *Cuadernos FISAC, año 5, vol. 1 (20), mayo. pp. 29 – 33.*

Moctezuma, B. G. 1998. Las leyes. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México.* Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., y Borges, G. 1998. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental. vol. 21 (5), Octubre, pp. 20-27.*

Monras, M., Marcos, V. y Rimola, A. 2004. Características de personalidad en pacientes alcohólicos candidatos a trasplante hepático. *Medicina Clínica, vol. 122 (20), mayo, pp. 779 – 781.*

Montaño, A. C. 2004. *Manifestaciones psicosomáticas de estrés en el ámbito laboral.* Tesis de Maestría en Modificación de conducta. ENEP Iztacala. UNAM.

Mora, R. J., Flores, P. F., De Alba, G. M., Marroquín, S. M. 2003. Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal. *Salud Mental. vol. 26 (5), Octubre, pp. 51-60.*

Matrajt, 1986. Estructura social y enfermedad mental: Algunos resultados y conclusiones de investigación. Revista salud Problema, No. 12. UAM, Xochimilco, México. Citado por: Ruiz, V. M. E. 1993. *Salud mental y trabajo. Un estudio del narcisismo y la ocupación.* Tesis de Maestría en Administración del Trabajo. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Nahit, E. S. 2001. The influence of work related psychosocial factors and psychological distress on regional musculoskeletal pain: a study of newly employed workers. *Journal of rheumatology, vol. 28 (6), jun, pp. 1378 – 1384.* Citado por Montaño, A. C. 2004. *Manifestaciones psicosomáticas de estrés en el ámbito laboral.* Tesis de Maestría en Modificación de conducta. ENEP Iztacala. UNAM.

Narro, R. J., Meneses, G. F., Gutiérrez, A. H. 1994. Consecuencias comunitarias del consumo de alcohol. En: Tapia, C. R. 1994. *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas pp.229-244.* Ed. El Manual Moderno. México.

Narváez, A., Rosovsky, H. y López, J. L. 1991. Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. *Salud Mental. vol. 14 (3), Septiembre, pp. 6-12.*

Natera, G., Tiburcio, M., y Villatoro, J. 1997. Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. *Contemporary Drug Problems, 24, pp. 787-804.*

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1999. *Alcohol. Lo que usted no sabe puede perjudicarlo*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Maryland, EUA.

National Mental Health Strategy, 2000. Promotion, prevention and early intervention for mental health: A monograph. National Mental Health Strategy Canberra, Australia. En: Secretaria de Salud. 2001. *Programa de acción en salud mental*. Secretaria de Salud. México.

Noriega, E. M., Franco, E. J., Martínez, A. S., Villegas, R. J., Alvear, G. G., López, A. J. 2001. *Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores*. Serie Académicos CBS, Num., 34. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Ocaña, J. L., Mouriña, P. R., Zamudio, A. J. 1997. *Alteraciones psicológicas y somáticas en trabajadores de transporte marítimo de Petróleos Mexicanos*. Presentado en la I Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D. F. Enero 22 1997. Recuperado, el 01 feb, 05. [http://www.stps.gob.mx/312/312\\_0082.htm](http://www.stps.gob.mx/312/312_0082.htm)

Organización Internacional del Trabajo, OIT. 2000. *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*. Alfaomega grupo editor S. A. de C. V. México.

Organización Internacional del Trabajo, OIT. 2001. *El desarrollo de los recursos humanos, el empleo y la mundialización en el sector de la hotelería, la restauración y el turismo*. Informe para el debate en la reunión tripartita sobre el desarrollo de los recursos humanos, el empleo y la mundialización en el sector de la hotelería, la restauración y el turismo realizado en Ginebra, del 2 al 6 de abril de 2001. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, Suiza.

Öjesjö, L. 2001. Alcoholism, alienation and work stress over the life span. Life histories from the Lundby Community cohort, Sweden. *Work in progress KBS & LHS. Mayo*.

Organización Internacional del Trabajo. 2003. *Hotelería, la restauración y el turismo*. Departamento de las Actividades Sectoriales, Organización Internacional del Trabajo. Última actualización: 12 de mayo de 2003. Recuperado 16 enero, 2005.

<http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/spanish/dialogue/sector/sectors/tourism.htm#Heading1>

Organización Mundial de la Salud, 1992. *CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ed. Meditor. Madrid.

Organización Mundial de la Salud, 1996. La carga global de las enfermedades. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. En: Secretaria de Salud. 2001. *Programa de acción en salud mental*. Secretaria de Salud. México.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Agosto 26, 2004. *Informe de la XIII Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo*. Punto 10.2 del orden del día provisional.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. 2000. *Measuring the Role of Tourism in OECD Economies: The OECD Manual on Tourism Satellite Accounts and Employment*, capítulo 13; «TSA Experiences in Selected OECD Economies», París. En Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2001. *El desarrollo de los recursos humanos, el empleo y la mundialización en el sector de la hotelería, la restauración y el turismo*. Informe para el debate en la reunión tripartita sobre el desarrollo de los recursos humanos, el empleo y la mundialización en el sector de la hotelería, la restauración y el turismo realizado en Ginebra, del 2 al 6 de abril de 2001. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, Suiza.

Ortiz, H. G., Monroy, M. L., Suárez, J. K. 2004. *Hastío laboral en profesores universitarios de la UNAM*. Ponencia presentada en el XII Congreso Mexicano de Psicología. Guanajuato, México.

Parker, D. A., Harford, T. C. 1992. The epidemiology of alcohol consumption and dependence across occupations in the United States. *Alcohol health and research world*, vol. 16 (2), pp. 97-105.

Passebecq, A. 1987. *Psicoterapia por métodos naturales*. Ed. Roca. México. Citado por Cruz, J. N. R. 2001. *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.

Patel V, Kleinman A (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:609–615. Citado en: Organización Mundial de la Salud. 2004. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Organización Mundial de la Salud, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne.

Pérez, V. E. 1988. *La relación psicológica, salud, trabajo: Algunas consideraciones en torno a su estudio*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.

Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R., y Krystal, J.H. 2002. Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders, an Overview. Rates of psychiatric disorders in patients with alcohol use disorders. *Alcohol research and health*, Vol. 26 (2), pp. 81 – 89.

Piña, H. J. 1987. *Alcoholismo y enfermedad psicosomática*. Tesis de Especialidad en Medicina General Familiar. Facultad de Medicina. UNAM.

Pirkola, S., Isometsa, E., Heikkinen, M., y Lonnqvist, J. 1997. Employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, vol. 21(9), pp. 1704 – 1706.

Post, F. 1996. Verbal creativity, depression and alcoholism: an investigation of one hundred American and British writers. *British Journal of psychiatry*, 168, pp.545- 555. En: Leal, R. J. 2002. *Alcoholismo y comorbilidad psiquiátrica en una población de pacientes del hospital Fray Bernardino Álvarez*. Tesis. Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

Prigent, I. 1982. La experiencia depresiva. Ed. Morata. España. Citado por Cruz, J. N. R. 2001. *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.

Promotion, prevention and early intervention for mental health. A monograph 2000. National Mental Health Strategy, Canberra, Australia. En: Secretaria de Salud. 2001. *Programa de acción en salud mental*. Secretaria de Salud. México.

Pulido, N. M. 2001. Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. Documento publicado en: Pulido, N. M. 2001. *Modernización, valoración del trabajo y salud-enfermedad*. Comunicación de resultados, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Pulido, N. M. 2001. *Modernización, valoración del trabajo y salud-enfermedad. Comunicación de resultados, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo*. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Rasmussen, C. B., Hidalgo, S. A., Alfaro, A. N. 2003. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud pública de México*, vol. 45 (suplemento 1), pp. 81-91.

Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. CONADIC, INP, INEGI. <http://www.conadic.gob.mx/fileinclude.asp?Inc=ena2002.ra>  
<http://www.conadic.gob.mx/doctos/ena2002/ENA02-3.pdf>

Rioseco, P., Vielma, M., Vicente, B., Muñoz, M., Saldivia, S., Boggiano, G. 1998. Salud mental de los trabajadores de la Dirección de Educación de la Municipalidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*. vol. 15 (3), Jul-Sep, pp. 112-121.

Rivera, M. M. 2001. *Elaboración de un diagnóstico de salud y un programa de intervención en seguridad, higiene y ecología en una empresa metal mecánica*. Tesis. Especialidad en el trabajo y su impacto ambiental. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.

Robbins, J. M. y Kirmayer, L. J. 1986. *Illness cognition, symptom reporting and somatization in family medicine. Illness behavior: a multidisciplinary perspective*. S. McHugh, T.M. Vallis (eds.), Plenum, New York, pp. 283-302.

Robbins, J. M., Kirmayer, L. J. y Kapusta, M.A. 1990. Illness worry and disability in fibromyalgia syndrome. *International Journal of Psychiatry Medicine*, vol. 20, pp. 49-63.

Rodgers, B., Korten, A. E., Jorm, A. F., Christensen, H., Henderson, S. y Jacomb, P. A. 2000. Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction*, Vol. 95 (12), dic.

Rodríguez, E. M., Gutiérrez, R., Vega, L. 2003. Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de La Merced. *Salud Mental*. vol.26 (5), Octubre, pp. 73-81.

Rodríguez, M. H. 2002. *Causas y efectos de la rotación de personal en la industria restaurantera*. Tesis de Maestría en Administración, Facultad de Contaduría y Administración, UNAM, México.

Rodríguez, O. M. 1983. *La salud en el trabajo en México*. Tesis. Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM.

Rojas, E., Castro, M. E., De la Serna, J. García, G. 1987. Análisis regional sobre el uso de drogas en la población estudiantil de México. *Salud Pública de México*. vol. 29 (4), Jul-Ago, pp. 331-344.

Rojas E., Medina-Mora, M. E., Galván R. J., Juárez G. F., Carreño G. S., Berenzon G. S., Olmedo C. Raúl ; Ortiz V. E., Nequis, G. 1993. Prevalencia del consumo de drogas en la población escolar. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la VIII Reunión de Investigación*. vol. 4, pp. 192-197.

Rojas, E., Medina-Mora, M. E., Juárez, F., Carreño, S., Villatoro, J., Berenzon, S., López, E. 1995. El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México. *Salud Mental*. vol. 18 (3), Septiembre, pp. 22-27.

Rojas, R. 1983 *Capitalismo y enfermedad*. Plaza y Valdez, México. Citado por Cruz, J. N. R. 2001. *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.

Romero, A. K. 2002. *Relación entre satisfacción laboral y salud mental*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM

Rosovsky, H., Narváez, A., Borges, G., González, L. 1992. Evolución del consumo per capita de alcohol en México. *Salud Mental*. vol. 15 (1), Marzo, pp. 35-41.

Rosovsky, T. H. 1994. Salud pública, disponibilidad y consumo de alcohol: implicaciones y controversias. En: Tapia, C. R. 1994. *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas* pp. 189-211. Ed. El Manual Moderno. México.

Ross, Glaser y Germanson. 1988. Lifetime psychiatric diagnosis per 100 addiction treatment patients by current substance abuse disorder status. *General Archives of psychiatry*, num. 45, pp. 1023–1031. Citado por: Velazco, F. R. 1998. Comorbilidad psiquiátrica. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Ruiz G. C. 2004. En: Fundación de Investigaciones Sociales. El abuso de alcohol y el alcoholismo en el ámbito laboral. *Cuadernos FISAC, año 5, vol. 1 (20), mayo*. pp. 45.

Ruiz, V. M. E. 1993. *Salud mental y trabajo. Un estudio del narcisismo y la ocupación*. Tesis de Maestría en Administración del Trabajo. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., y John, U. 2001. Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Research*, vol. 105 (3), dic., pp. 243-253

Saldivia, S., Vicente, B., Vielma, M., y Escobar, B. 1994. Una Propuesta de Salud Mental Comunitaria desde los Servicios Estatales de Salud. *Revista de Psiquiatría*. vol. 11 (2), Abr-Jun, pp. 54-60.

Saldivia, S., Vicente, B., Rioseco, P., Vielma, M., Muñoz, M., y Boggiano, G. 1998. Clima Organizacional en dos grupos laborales de la Municipalidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*. vol. 15 (3), Jul-Sep, pp.130-141.

Salgado, S. V. N., y Díaz-Pérez, M. J., 1999. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*. vol. 22 (Esp), Diciembre, pp. 68-74.

Salgado, S. N., Maldonado, M. 1993. Funcionamiento psicosocial en esposas de emigrantes mexicanos a los Estados Unidos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. V. 25 (2), pp. 167– 180.

Salud Pública de México, 2002. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. *Salud Pública de México*, vol. 44 (3), mayo-junio, pp. 266 – 282. Recuperado el 14 nov. 2004 de: [www.insp.mx/salud/44/443\\_11.pdf](http://www.insp.mx/salud/44/443_11.pdf)

Samson, H. H., y Forrest, J. F. 1998. Behavioral pharmacology of alcohol. En Tarter, R., Ammerman, R., y Ott, P. (Eds.) 1998. *Handbook of substance abuse: Neurobehavioral, pharmacology*. Plenum Press, Nueva York.

San Jose B., Van de Mheen, H., Van Oers, J.A., Mackenbach J.P., Garretsen H.F. 1999. The U-shaped curve: various health measures and alcohol drinking patterns. *Journal of studies on alcohol*, vol. 60(6), Nov, pp. 725-731.

Santed, G. M. 2002. Naturaleza de la relación entre estrés psicosocial y sintomatología somática. En: García, C. J., Salvanés, P. R., Álamo, G. C. *Actualización en trastornos somatomorfos*. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Sarason, I. G., Sarason, B. R. 1996. *Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada*. Séptima ed. Prentice Hall Hispanoamericana. México.

Secretaria de Salud. 2000. *Programa nacional de salud 2001 – 2006*. Secretaria de Salud. México.

Secretaria de Salud. 2001. *Programa de acción en salud mental*. Secretaria de Salud. México.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. 2005. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. Recuperado el 06 de abril de 2006 de <http://www.observatoriolaboral.gob.mx/pPanoramaOc.asp?pclave=0722-05>

Simon H., Chevins, C. (Eds.). 2002. *Alcoholismo*. Well-Connected Spanish Health Pamphlets, no. 1091. Alcohol Research Center, Bronx V.A. Medical Center, NY.

Solache, A. G., Tapia, C. R., León, G., Lazcano, F., Borja, V., Sepúlveda, J. 1990. Encuesta Nacional de Salud: el consumo de bebidas alcohólicas. *Salud Mental*. Vol. 13 (3), Septiembre, pp.13-19.

Solís, L. R., Vélez, A., Berumen, D. 2000. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. *Salud Mental*. vol. 23 (3), Junio, pp. 38-45.

Solís, L. R., y Medina-Mora, M. E. 1994. La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos encuestas Nacionales. *Salud Mental*. vol. 17 (1), Marzo, pp. 7-10.

Schadé, A., Marquenie, L. A., Van Balkom, A. J., Koeter, M. W., De Beurs, E., Van Den Brink, W. y Van Dyck, R. 2004. Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: A comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients. *Alcohol & Alcoholism*, vol. 39(3), pp. 241-246.

Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiusde, J., Franke, G.H., Reister, G., Tress, W. 2000. The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, vol. 9, pp.185-193.

Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., y Tress, W. 1999. Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34: 360 – 366.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. 2003. *Estadísticas de Accidentes y Enfermedades de trabajo 1999-2003*. Documento electrónico recuperado el 04/11/04 de [www.stps.gob.mx](http://www.stps.gob.mx).

Stinson, F. S., DeBakey, S. F., Steffens, R.A. 1992. Prevalence of DSM-III-R alcohol abuse and/or dependence among selected occupations: United States, 1988. *Alcohol health and research world*, vol. 16 (2), pp. 165-172.

Substance Abuse & Mental Health Services Administration (SAMHSA). 2003. Office of Applied Studies/Department of Health and Human Services/ 2003 *National Survey on Drug Use and Health: Results, USA*.

<http://www.oas.samhsa.gov/NHSDA/2k3NSDUH/2k3results.htm#ch3>. En: Fundación de Investigaciones Sociales.

<http://www.alcoholinformate.org.mx/estadisticas.cfm?articulo=71>. Recuperado 27, Enero, 2005.

Tapia-Conyer, R., Medina-Mora, M. E., Sepúlveda, J., De la Fuente, R., Kumate, J. 1990. La encuesta nacional de adicciones de México. *Salud Pública de México*. vol. 32 (5), Sep-Oct, pp. 507-522.

Tapia, R., Sepúlveda, J., Solache, G., Lazcano, F., Medina Mora, M. E., Otero, B. R., Rascón, M. L., Rojas, E., De la Serna, J., Mariño, M. C. 1988. Encuesta Nacional de Adicciones y Salud Mental: estado actual. *Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. vol. 4, pp.221-230.

Terre, L., Poston, W. C., Foreyt, J., St.Jeor, S.T. 2003. Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression? *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol.72 (5), p. 261-267.

Tiburcio, S. M. 2004. Hacia una política de prevención del abuso en el consumo de alcohol en el área laboral.. En: Fundación de Investigaciones Sociales. El abuso de alcohol y el alcoholismo en el ámbito laboral. *Cuadernos FISAC, año 5*, vol. 1 (20), mayo. Pp. 11 – 22.

Tovalin, A. H., Miranda, M. A., Ortega, A. M., Rodríguez, M. M., 1997. *Factores psicosociales en el trabajo y salud mental*. Presentado en la I Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D. F. Enero 22 1997. Recuperado, el 01 feb, 05. [http://www.stps.gob.mx/312/312\\_0082.htm](http://www.stps.gob.mx/312/312_0082.htm)

Travis, F., y Durchholz, C. 2000. Can an electronic device improve mood and well-being, and decrease anxiety. *International Journal of Neuroscience*, vol. 103, pp. 91–99.

Trucco, B. M. 1997. Promoción de la salud mental de los trabajadores. *Revista de psiquiatría, Chile*, vol. 14 (2), Abr-Jun, pp. 65-71.

Tucker, J., Parry, G., McCabe, C., Nicholson, P., Tarnow-Mordi, W. 2002. Patient volume, staffing, and workload in relation to risk-adjusted outcomes in a random stratified sample of UK neonatal intensive care units: a prospective evaluation. *The Lancet*, vol. 359, jan, p. 99-107.

Uriarte, G. J. 2000. Programa nacional de prevención y detección oportuna del consumo de drogas de abuso en operadores de transporte a nivel federal. Prevención al volante. *Liber-Addictus*, vol. 43, pp. 27-29.

Valdez, M. y Flores, T. 1985. *Psicobiología del estrés*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. Citado por Cruz, J. N. R. 2001. *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.

Valdez, R. S., y Salgado, S. N. 2004. ESP, Escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas. *Salud Mental*. vol. 27 (4), agosto, p.55-62.

Varela, C. Álvarez, V. P. 1991. *Diagnóstico del consumo de alcohol en una empresa dedicada a la fabricación y venta de llantas y cámaras*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vargas, S. M. E. 2000. *Los efectos de la dependencia al alcohol en el rendimiento laboral*. Tesis de Licenciatura en psicología. Universidad Intercontinental.

Veit, C.T., y Ware, J. E. 1983. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 51(5), pp. 730-742.

Velasco F. R. 1994. Detección temprana del bebedor problema. En: Tapia, C. R. 1994. *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*. Ed. El Manual Moderno. México.

Velazco, F. R. 1998. Comorbilidad psiquiátrica. En: Fundación de Investigaciones Sociales. 1998. *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México.

Vicente, B., Cifuentes, M., Vielma, M., Rioseco, P., y Saldivia, S. 1995. Salud mental y trabajo del Conductor de Movilización Colectiva. *Revista de Psiquiatría*. vol. 12 (3-4) , Jul-Dic, pp. 220-226.

Vidal, G. y Alarcón. R. 1995. Alcoholismo. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Vol. I, pp. 64-75. Citado por Guedes, N. L. H. 2003. *Patrones de consumo de alcohol en el personal de un hospital de la ciudad de México*. Tesis de Maestría en Administración de Sistemas de Salud. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM.

Viesca, C. T. 1994. Bosquejo histórico de las adicciones. En Tapia, C. R. 1994. *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*. Ed. El Manual Moderno. México.

Villamil, S. V. 2003. *Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo a su consumo de alcohol según el AUDIT y el CIDI*. Tesis de Maestría en Ciencias. Facultad de Medicina. UNAM.

Villatoro, V. J., Medina-Mora, M. E., López-Lugo, E. K., Juárez, G. F., Rivera, G. E., Fleiz, B. C. 1996. La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental*. vol. 19 (3), Septiembre, pp. 1-6.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P., Blanco, J., 2001. *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000*. Reporte Global del Distrito Federal. Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Educación Pública. México

Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., Juárez, F. 2002. ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*. vol. 25 (1), Febrero, pp. 43-54.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M., y Ramos, A. 2004. *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003*. Reporte Estadístico. Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Educación Pública. México

Warr, P. 1987. Work, unemployment and mental health. Oxford University Press. Citado en: Lloret, S. S., González, V. R. 1994. Salud, salud mental y bienestar psicológico. En. González, V. R.(Dir.). 1994. *La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de la salud mental. Cap. 1, pp. 13-27.* Monografías de la UIPOT. Universitat de Valencia, España.

Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C., Finch, A. 2004. Work and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 39, pp. 866-873.*

Organización Mundial de la Salud. 2000. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Organización Mundial de la Salud, International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of World Health Organization, vol. 78 (4), pp. 417.*

Organización Mundial de la Salud (2001). Basic documents. 43rd Edition. Geneva, Organización Mundial de la Salud:1. Citado en: Organización Mundial de la Salud. 2004. *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report.* Organización Mundial de la Salud, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. ISBN 92 4 159159 5

Organización Mundial de la Salud (2001a). Strengthening mental health promotion. Geneva, Organización Mundial de la Salud (Fact sheet, No. 220). Citado en: Organización Mundial de la Salud. 2004. *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report.* Organización Mundial de la Salud, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. ISBN 92 4 159159 5

Organización Mundial de la Salud (2001b). Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report. Geneva, Organización Mundial de la Salud. Citado en: Organización Mundial de la Salud. 2004. *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report.* Organización Mundial de la Salud, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. ISBN 92 4 159159 5

Organización Mundial de la Salud (2001c). Atlas: mental health resources in the world. Geneva, Organización Mundial de la Salud. Citado en: Organización Mundial de la Salud. 2004. *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report.* Organización Mundial de la Salud, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. ISBN 92 4 159159 5

Organización Mundial de la Salud. 2004. Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report. Organización Mundial de la Salud, Department of Mental Health and Substance Abuse, Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), University of Melbourne.

Wyshak, G. 2001. Women's college Physical activity and self reports of physician – diagnosed depression and of current symptoms of psychiatric distress. *Journal of women's health & gender based medicine*, vol. 10 (4), pp. 363– 370.

Zúñiga, M., Carrillo-Jiménez, G., Gandek B., Medina-Moreno, M. 1999. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: Resultados preeliminares en México (SUP\*). *Salud Pública de México*, vol. 41 (2), marzo, pp. 110-118.

## ANEXO CUESTIONARIO

### Consumo de alcohol Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba AUDIT rápida)

Este cuestionario es parte de un estudio que realiza el Instituto Nacional de Psiquiatría que tiene como propósito conocer tus hábitos de consumo de alcohol y diversas situaciones en tu trabajo. Es necesario que contestes con mucho cuidado y con veracidad para que la información sea útil y pueda ser usada para darte alternativas de ayuda. Esto es en tu beneficio y de tus compañeros. La información que proporcionas es **confidencial** y nadie de la organización sindical o empresa podrá tener acceso a ésta.

**Tabla 1: Equivalencia de bebidas**



Instrucciones: Empezaremos con unas preguntas sobre el consumo de alcohol y algunas situaciones relacionadas. Encierra en un círculo el número que corresponda a tú respuesta:

**Piensa en el consumo de alcohol que has tenido en el último año o los últimos 12 meses y contesta...**

1. ¿Qué tan frecuentemente tomas bebidas alcohólicas?
  - 0) Nunca
  - 1) Una vez al mes o menos
  - 2) Dos a cuatro veces al mes
  - 3) Dos o tres veces por semana
  - 4) Cuatro o más veces por semana
2. ¿Cuántas copas tomas en un día típico de los que bebes? (cubas o equivalentes como cervezas, vasos de pulque, cócteles o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol). **Ver la tabla1**
  - 0) 1 ó 2
  - 1) 3 ó 4
  - 2) 5 ó 6
  - 3) 7 a 9
  - 4) 10 ó más
3. ¿Qué tan frecuentemente tomas 6 ó más copas en al misma ocasión? (**EN UN MISMO DÍA EVENTO O REUNIÓN**)
  - 0) Nunca
  - 1) Menos de una vez al mes
  - 2) Mensualmente
  - 3) Semanalmente

**Salud Mental**  
**Mental Health Inventory-5 (MHI-5)**

<b>¿En el último mes, qué tanto del tiempo te has sentido de la siguiente manera...?</b>						
	<b>Todo el tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Una buena parte del tiempo</b>	<b>Una parte del Tiempo</b>	<b>Un poco del Tiempo</b>	<b>Nada de tiempo</b>
a) ¿Has estado muy nervioso(a)?	1	2	3	4	5	6
b) ¿Te has sentido calmado(a) y en paz?	1	2	3	4	5	6
c) ¿Te has sentido triste y melancólico(a)?	1	2	3	4	5	6
d) ¿Te has sentido abatido(a), que nada te puede animar?	1	2	3	4	5	6
e) ¿Te has sentido feliz?	1	2	3	4	5	6

**Síntomas Somáticos**  
**Escala de Somatización del Symptom Ccheck List -90 (SCL-90)**

¿En el último mes has tenido...?			¿Qué tanto te ha molestado?				
	No	Si	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
a) Dolores de cabeza	0	1	0	1	2	3	4
b) Debilidad o mareo	0	1	0	1	2	3	4
c) Dolor en el corazón o el pecho	0	1	0	1	2	3	4
d) Náuseas o estómago revuelto	0	1	0	1	2	3	4
e) Dolor muscular	0	1	0	1	2	3	4
f) Dificultad para respirar	0	1	0	1	2	3	4
g) Ataques de calor o frío	0	1	0	1	2	3	4
h) Estremecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	0	1	0	1	2	3	4
i) Sensación de peso en brazos y piernas	0	1	0	1	2	3	4
j) Nudos en la garganta	0	1	0	1	2	3	4
k) Debilidad en alguna parte del cuerpo	0	1	0	1	2	3	4
l) Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	0	1	2	3	4

### Datos Demográficos

<p>a) Edad en años cumplidos</p> <p>1) 17 años o menos                  2) 18 a 30 años                  3) 31 a 40 años                  4) 45 años o más</p>
<p>b) ¿Cuál fue el último año que aprobaste en la escuela?</p> <p>1) Ninguno                  2) Nunca fui a la escuela pero se leer y escribir                  3) Primaria completa o incompleta                  5) Secundaria completa o incompleta                  7) Carrera técnica                  8) Preparatoria o más</p>
<p>c) ¿Cuál es tu estado civil actual?</p> <p>1) Casado o Unión libre                  2) Soltero o sin pareja (separado, divorciado o viudo)</p>
<p>d) ¿En qué empresa trabajas? _____</p> <p>e) ¿En qué departamento trabajas? _____</p> <p>f) ¿Cuál es tu puesto o nivel?                  _____</p>
<p>g) ¿Cuánto tiempo tienes trabajando en esta empresa?</p> <p>1) Menos de un año                  2) De 1 hasta 3 años                  3) De 3 a 5 años                  4) De 6 a 10 ó más años</p>
<p>h) ¿Cuánto tiempo tienes trabajando en la rama?</p> <p>1) Menos de un año</p>

<p>2) De 1 año a 3 años                  3) De 3 a 5 años                  4) De 6 a 10 ó más años</p>
--

<p>i) ¿Actualmente en qué turno trabajas?  <b>Especificar los días con el horario.</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>DÍAS</b></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>HORARIO</b></td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	<b>DÍAS</b>	<b>HORARIO</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>DÍAS</b>	<b>HORARIO</b>															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															
_____	_____															