



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ADICCIÓN AL TRABAJO Y SATISFACCIÓN LABORAL
EN EMPLEADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES
PSIQUIÁTRICOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

NADIA NATALIE ORTEGA FLORES
ITZEL LUISA MARÍA VELASCO FUENTES

DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. RODRIGO PENICHE AMANTE

ESTA TESIS PERTENECE AL PROYECTO PAPIIME PE305813

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Nacional Autónoma de México máxima casa de estudios y a la Facultad de Psicología por proporcionarnos todas las herramientas necesarias para formarnos y desarrollarnos como profesionistas con valores y ganas de aportar siempre lo mejor de nosotras.

A la DGAPA por darnos la oportunidad de participar en el proyecto de "Panorama actual de la Psicología de la Salud Laboral en México" y por el apoyo brindado.

A los hospitales Psiquiátricos Samuel Ramírez Moreno, Fray Bernardino Álvarez y personal de enfermería por abrirnos las puertas y darnos la oportunidad de realizar nuestro proyecto. Esperando que estos resultados puedan contribuir de forma positiva.

Al Mtro. Rodrigo Peniche Amante porque sólo con su paciencia y experiencia pudimos lograrlo, también le agradecemos el conocimiento que nos compartió así como el tiempo y la paciencia brindada pero sobre todo por la confianza que depositó en nosotras al incluirnos en su proyecto que ha sido un parteaguas en nuestra vida profesional. Además de su valiosa amistad y apoyo incondicional.

A nuestro revisor Mtro. Juan Varela y sinodales Mtro. Gabriel Jarillo, Lic. Adelina Eslava y Lic. Adriana Martínez agradecemos el apoyo y profesionalismo con el que ayudaron a enriquecer este trabajo, así como su tiempo y consejos brindados.

A Marcos Verdejo Manzano, gracias por tu valioso apoyo y atención en la elaboración estadística de esta investigación.

NADIA:

Toda mi vida estuve esperando llegar a este momento, doy gracias a Dios por haberme abierto tantas puertas, llenarme de bendiciones y rodearme de personas tan valiosas que han aportado tanto a mi vida.

A mi Mama José por ser mi ángel y enseñarme que todo se alcanza con esfuerzo y dedicación, siempre creíste en mí, siempre estarás presente en mis pensamientos y en mi corazón.

A mi Papi y a July por acompañarme en el largo camino de la vida, por toda su paciencia, por sus consejos, por estar conmigo cuando más los he necesitado, por hacer mi vida más fácil y ayudarme a salir adelante, por hacerme una persona autosuficiente y llena de valores, porque cuando tenía miedo fueron mi respaldo GRACIAS. ¡Los amo!

A mi Mamá por enseñarme que nunca es tarde para hacer lo que deseas, porque siempre he admirado tu persistencia para lograr lo que quieres y enseñarme que no hay que rendirse nunca, por tu amor incondicional y escucharme cuando te necesito ¡Te amo!

A mis Tías Janet y Lety que siempre han estado en los momentos más importantes para mí, porque cuando he necesitado de su ayuda me han abierto las puertas de forma incondicional, me han cuidado y enseñado cosas importantes a lo largo de mi vida, las amo mucho.

A mis hermanas Andrea, Yadira y Carolina, por siempre escuchar mis consejos y darme su amor, así como su confianza y admiración, son un gran motor para mi vida.

A Alan Mora, mi gran amor, porque siempre has estado ahí para mí dándome tu amor, tu apoyo incondicional y tu paciencia, comenzamos juntos esta etapa y vamos a compartir muchas etapas más. Gracias por escucharme y alentarme en los momentos de debilidad. ¡Te amo!

A Montse, José, Lalo y Juan por tanto apoyo y cariño, porque aunque sean muchas o pocas cosas las que he vivido a su lado han sido experiencias únicas y valiosas para mí los quiero muchísimo.

A mis amigos Cecy, Dhamarys, Elias, Denisse, Samantha y Berenice que siempre estuvieron conmigo para darme ánimos, porque creyeron en mí, porque con ustedes he vivido momentos inolvidables y una gran etapa de mi vida.

A Itzel por darme la oportunidad de trabajar juntas, porque esto empezó como un proyecto de vida y se convirtió en una linda amistad.

A todas las personas que hicieron posible alcanzar este sueño...

¡Gracias!

ITZEL:

Estoy completamente segura que cada instante y persona que han sucedido y estado en mi vida me han dejado un gran aprendizaje, pero existen personas que han marcado el rumbo de mi existencia a las cuales quiero y admiro, a todos ustedes les digo que nunca duden que tendrán mi lealtad, apoyo pero sobre todo amor.

Gracias papi por enseñarme lo que es bueno y malo por siempre guiarme con sabiduría, eres un hombre lleno de valores, trabajador y perseverante, estoy realmente orgullosa de ti. Mami tu amor y comprensión siempre me han ayudado a sobresalir de las dificultades, gracias por estar conmigo siempre, eres la persona más noble y con el corazón más grande que he conocido, eres mi ejemplo a seguir como madre y mujer.

A ambos les doy las gracias por nunca dejarme dar por vencida, sin sus consejos y regaños no podría haber llegado hasta donde estoy, los admiro infinitamente por todo lo que han logrado pero principalmente por siempre mantenernos como una familia unida y por qué sé que su apoyo y amor son incondicionales.

A mis hermanitos Leo y Ricardo de quienes aprendo día a día y que estoy segura serán hombres de bien porque así siempre nos han enseñados nuestros padres, no olviden que pueden lograr todo lo que sueñen, confíen siempre en ustedes mismos.

Gracias a toda mi familia abuelas, abuelos, tías, tíos, primas y primos por su comprensión y por siempre estar al pendiente de mí, ustedes son un pilar indispensable en mi vida.

A Iván, gracias amor por tus consejos, por estar conmigo en las buenas y las malas, por no defraudarme y creer en mí, juntos lograremos cosas increíbles.

A todos mis amigas y amigos por esos momentos tan especiales, a Nadia la que inició siendo mi compañera y ahora es una gran amiga, me divertí y aprendí mucho contigo, eres una gran persona y tienes todo para cumplir lo que te propongas.

A Dios por bendecirme con tanto amor y rodearme de personas fantásticas, por permitirme tener una vida llena de plenitud, felicidad y darme oportunidad de gozar esta experiencia que me ha hecho crecer personal y profesionalmente.
¡Muchas gracias!

ÍNDICE

Resumen.....	10
Introducción	11
Capítulo 1 EL TRABAJO	13
1.1 Concepto de trabajo.....	13
1.2 El trabajo a través del tiempo	14
1.2.1 Teoría clásica	18
1.2.2 Teoría humanista.....	21
1.3 El trabajo en la actualidad	23
1.4 Satisfacción e insatisfacción laboral.....	26
1.4.1 Modelos de Satisfacción Laboral.....	29
1.4.1.1 Teoría de la aproximación bifactorial.....	29
1.4.1.2 Teoría de la jerarquía de necesidades.....	31
1.4.1.3 Teoría de las necesidades aprendidas.....	34
1.4.1.4 Teoría de las expectativas	36
Capítulo 2 SALUD/ ENFERMEDAD	40
2.1 Concepto de salud.....	40
2.1.1 Niveles de salud	41
2.1.2 Modelos de salud.....	43

2.2	Concepto de enfermedad.....	44
2.3	Evolución de la aproximación hacia la salud y la enfermedad.....	46
2.4	Enfermedades relacionadas con el trabajo.....	49
2.4.1	Accidente de trabajo.....	50
2.4.2	Enfermedades profesionales.....	50
2.5	Las adicciones.....	58
2.6	Efectos de las adicciones.....	64
2.6.1	Fisiológicos.....	64
2.6.2	Conductuales.....	65
2.6.3	Sociales.....	66
2.6.4	Laborales.....	67
2.7	Adicciones con sustancia.....	67
2.8	Adicciones sin sustancia.....	73
2.9	Adicción al trabajo.....	77
2.9.1	Concepto de adicción al trabajo.....	77
2.9.2	Características de la adicción al trabajo.....	79
2.9.3	Rasgos de personalidad del adicto al trabajo.....	81
a)	Infancia.....	82
b)	Características Sociales.....	83
c)	Factores laborales.....	85
Capítulo 3 LOS HOSPITALES COMO ORGANIZACIÓN.....		88
3.1	Las organizaciones.....	88
3.1.1	Tipo de organizaciones.....	90

a) Sector público.....	90
b) Sector privado	92
3.2 Hospitales	93
3.3 Niveles de las instituciones de salud	95
3.3.1 Nivel 1 Atención Primaria	96
3.3.2 Nivel 2 Atención Secundaria.....	97
3.3.2.1 Hospitales psiquiátricos.....	98
a) Atención a pacientes agudos.....	99
b) Atención a pacientes crónicos.....	99
3.3.3 Nivel 3 de atención terciaria.....	101
3.4 Agentes que intervienen en el proceso de cuidado de la salud	102
3.4.1 Médico.....	103
3.4.2 Enfermero.....	104
3.4.3 Psiquiatra.....	106
3.4.4Psicólogo.....	107
3.4.5 Familias.....	108
4. METODOLOGÍA.....	110
4.1 Justificación	110
4.2 Planteamiento del problema.....	112
4.3 Objetivo General.....	113
4.4 Objetivos específicos	113
4.5 Preguntas de investigación.....	113
4.6 Tipo de investigación	114

4.7	Tipo de estudio	114
4.8	Tipo de diseño	114
4.9	Consideraciones éticas	114
4.10	Hipótesis	115
4.11	Variables	116
4.12	Muestra	119
4.13	Procedimiento	119
4.14	Instrumentos.....	120
5.	RESULTADOS.....	122
6.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	141
7.	LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	145
8.	REFERENCIAS	146
9.	ANEXOS.....	162

Resumen

El presente trabajo fue realizado con la finalidad de investigar la relación entre la Satisfacción Laboral y la Adicción al Trabajo. Los datos fueron obtenidos a través de las escalas DUWAS 10 (Del Líbano y Cols, 2009), Escala de Satisfacción General (Warr, Cook y Wall, 1979); en una muestra de 120 empleados de enfermería que se encuentran laborando en los Hospitales Psiquiátricos Dr. Samuel Ramírez Moreno y Fray Bernardino Álvarez. Los resultados muestran que sí existe una correlación significativa entre las variables anteriormente mencionadas. Así mismo casi la mitad de la muestra presenta altos índices de satisfacción laboral mientras que únicamente cinco personas del total presentan tendencias a adicción al trabajo, es decir, entre mayor satisfacción laboral presente un trabajador menor adicción al trabajo.

Palabras Clave: Adicción al trabajo, Satisfacción Laboral, Enfermería, Hospitales Psiquiátricos.

Introducción

El objetivo del presente trabajo es identificar si existe una correlación significativa entre la satisfacción laboral y la adicción al trabajo, ya que estos fenómenos no sólo impactan en la vida personal del individuo sino también en la organización y en la sociedad, como lo señalan Hewlett y Buck (2006).

Esta investigación está enfocada en el estudio de enfermeros que laboran en hospitales psiquiátricos, los datos obtenidos servirán como información novedosa para el estudio de la adicción al trabajo y la satisfacción laboral.

La importancia de evaluar factores como la adicción al trabajo y satisfacción laboral en enfermeros de hospitales psiquiátricos es conocer el panorama de atención que están brindando y cómo éstos pueden afectar la calidad del servicio al paciente, a continuación se describe el contenido de cada uno de los capítulos de este trabajo.

En el capítulo uno se describe el concepto de trabajo, se realiza un repaso histórico sobre la evolución de éste desde la época primitiva hasta la actualidad. Como tema principal se desarrolla el concepto de satisfacción e insatisfacción laboral, se abordan los distintos modelos existentes que explican estos fenómenos, incluyendo las consecuencias y/o beneficios que pueden ocasionar en la conducta y su impacto dentro de las organizaciones. Por último cómo se manifiestan los indicadores de satisfacción en los trabajadores.

En el capítulo dos se definen los conceptos salud y enfermedad y sus consecuencias en el desempeño laboral así como una breve descripción de la aproximación al concepto salud - enfermedad. Por otra parte se explicarán las enfermedades relacionadas con el trabajo, desglosando el concepto de adicción, sus efectos, los tipos de adicciones (con sustancia y sin sustancia) y finalmente se explica ampliamente la adicción al trabajo, sus características, los principales rasgos de la personalidad de los adictos al trabajo y los factores organizacionales que favorecen esta patología.

En el capítulo tres se conceptualiza al hospital como organización y los diferentes niveles hospitalarios existentes en México, enfatizando el nivel de atención recibido dentro de los hospitales psiquiátricos para pacientes agudos y pacientes crónicos. Se describe la importancia de

la intervención de los agentes de salud (médico, enfermero, psicólogo, psiquiatra y la familia) en el tratamiento del paciente.

En el capítulo 4 presenta la metodología, la cual comprende la justificación, planteamiento del problema, objetivos, resultados, discusión y conclusiones. En este apartado se presenta el proceso que se llevó a cabo durante la investigación la aplicación de las escalas y el análisis estadístico para determinar la relación entre adicción y satisfacción.

Finalmente se analizan los resultados los cuales mostraron presencia de satisfacción laboral y adicción en el trabajo. Del análisis de estas variables se obtuvo una correlación positiva entre estas dos variables. Esta correlación indica que entre mayor satisfacción laboral presente un trabajador menor adicción al trabajo.

Capítulo 1 EL TRABAJO

1.1 Concepto de trabajo

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) **define al trabajo como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos.** El empleo es definido como "trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especie)" sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo) (OIT, 2015).

El Diccionario de la Real Academia Española señala al trabajo como “El esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza”, por lo tanto se puede decir que el trabajo es el resultado de la actividad humana que tiene por objeto alcanzar satisfacción (Real Academia Española, 2000).

La palabra trabajo proviene de dos raíces latinas la primera es *trabs, trabis*, que significa traba, pues se considera que el trabajo representa un obstáculo o reto para los individuos ya que siempre lleva implícito un esfuerzo determinado. La segunda raíz latina es la palabra *laborare o labrare* que significa labrar, término relativo a la labranza de la tierra. Algunos otros autores mencionan que la palabra trabajo, proviene del griego *thilbo*, que es un concepto que denota una acción de apretar, oprimir o afligir (González, 2009).

En México, de acuerdo a la Ley Federal del Trabajo se considera al trabajo como toda actividad humana, intelectual o material, que debe efectuarse en condiciones que aseguren a vida, la salud, y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia. El trabajo es un derecho y un deber social que exige respeto a las libertades y dignidad de quien los presta. También define al trabajador como la persona física que presta a otra física o moral un trabajo personal subordinado. (Ley Federal de Trabajo, 2014)

Desde el punto de vista de la psicología es importante señalar que el trabajo proporciona salud física y mental ya que permite expresarse y desarrollar habilidades con las cuales se adquiere entretenimiento, prestigio y contactos sociales. El trabajo requiere algún grado de esfuerzo físico

y mental; es mediante el trabajo que las personas buscan obtener recompensas económicas, materiales, sociales, afectivas, etc., que le permiten al ser humano cubrir sus necesidades y alcanzar sus objetivos, su realización personal y sus metas (Gamero, 2003).

Es así, que a través del tiempo el ser humano ha encontrado en el trabajo un medio para satisfacer sus necesidades, vincularse a grupos e integrarse a la sociedad. Es una de las formas que tiene el ser humano de identificarse y ser útil para la comunidad, tomando en cuenta que el trabajo es una actividad estructurada, que moldea y da calidad al ser humano (Morales, 1997).

1.2 El trabajo a través del tiempo

El trabajo ha evolucionado a lo largo de la historia, éste es parte fundamental de la vida del ser humano pues a través de este se obtiene progreso, riquezas y beneficios. Desde los orígenes de la civilización, el ser humano tuvo que trabajar para lograr el sustento propio y de su familia (Lastra, 1999).

Cuando el ser humano comenzó a realizar actividades que darían lugar a lo que se conoce como trabajo, utilizó su fuerza muscular y posteriormente se apoyó en diferentes animales, los cuales con el tiempo logró domesticar.

El hombre desarrolló la capacidad de transformar en su beneficio los productos de la naturaleza, comenzó a tallar piedras, palos y huesos como herramienta de trabajo, conoció el fuego y comenzó a realizar actividades en grupo tales como la caza y la pesca (Nouguer, 1974).

En la prehistoria predominaba el hombre nómada, quien vivió en cuevas naturales, las cuales eran elegidas de acuerdo a las posibilidades de caza, recolección y pesca, con esto surgió la división del trabajo desde la época primitiva. La transición del ser humano nómada a sedentario se generó a partir del desarrollo de la agricultura y la ganadería, las cuales modificaron la forma de distribución del trabajo, a partir de ahí surgieron los primeros agricultores y la caza de animales potencialmente domesticables.

Se creó la jerarquía entre los grupos nómadas como una nueva forma de organización de los grupos, en la cual el jefe del clan era el experto en la producción de agricultura, dirigía a sus

subordinados y administraba los cultivos para satisfacer las necesidades de las personas que integraban el clan (Nougier, 1974).

Las primeras aldeas fueron de pescadores y posteriormente se convirtieron en establecimientos agrícolas, los cuales se ubicaron en las orillas de los ríos Nilo, Tigris y Éufrates, que dieron paso al surgimiento de las grandes culturas. Mesopotamia fue la cuna de todas las civilizaciones, predominaba la agricultura, y existían otros oficios como panadería, carnicería y carpintería.

En Egipto se practicaba la ganadería y agricultura, también existían talleres de cerámica, carpintería, cuero, cestería etc. En Egipto surgió la servidumbre como una nueva forma de trabajo, los impuestos eran tan grandes que provocaron endeudamiento en los campesinos libres que los obligaron a vender sus bienes y a rentarse a sí mismos como sirvientes para otras personas (Trueba, 1985). Con el paso del tiempo la esclavitud se generalizó en las culturas clásicas de la antigüedad sometiendo a las personas a través de fuerza física y con ello lograban dominar a otros.

En la antigua Grecia existían dos tipos de trabajadores: los libres y los esclavos. La esclavitud se consideraba como una condición socialmente aceptada y el trabajo manual fue considerado una ocupación vil, indigna de los ciudadanos (Lastra, 1999). Para los grandes filósofos griegos, el trabajo era una actividad física exclusivamente, que se reducía al esfuerzo que debían hacer las personas para asegurarse el sustento, satisfacer sus necesidades vitales y reproducir su fuerza de trabajo. Era una actividad degradante, no valorizada socialmente y que se justificaba en última instancia por la dependencia que los seres humanos tienen con respecto a sus necesidades. (Neffa, 1999)

Los ciudadanos libres podían ocuparse de la política y de actividades ajenas al trabajo, en primer lugar el ocio dedicado a la teorización, la reflexión matemática y filosófica, o sea la contemplación de la realidad, de la verdad y la belleza (Neffa, 1999). Las profesiones intelectuales incluían a los escribas, los heraldos, adivinos, sacerdotes, los médicos, filósofos, juristas y oradores cuya labor era fundamental en una sociedad guerrera. (Buen Lozano, 1974).

La época clásica griega que va de los años 480 a 330 A.C. fue una época de esplendor económico, con una enorme cantidad de esclavos que ejercían prácticamente todos los oficios como zapateros, herreros, negociantes, tenderos, carniceros, vendedores, perfumistas, Barberos,

jornaleros, secretarios, etc. Para la última etapa de la civilización Griega se inició el proceso de transmisión hereditaria de las actividades artesanales, lo cual es el germen del sistema gremial. Las condiciones de trabajo eran deplorables, los salarios eran escasos y proliferaban las contrataciones temporales con salarios a destajo.

En el año 753 A.C. se funda Roma, y con ella surgen los colegios de artesanos, cada oficio formaba una centuria, dividida interiormente entre jóvenes y ancianos (juniores-seniores). Los colegios podían ser públicos o privados

Para la época Medieval entre los siglos VII al XVII, el sistema de servidumbre adquirió su máximo esplendor, el señor feudal debía prestar atención y servicios a sus vasallos y en cambio estos le ofrecían trabajos personales y tributos.

El trabajo artesanal se organizó en gremios o corporaciones de artesanos para defender sus intereses y derechos ante otros grupos sociales. El gremio se convirtió en un organismo que regulaba los intereses de los trabajadores, controlaba la calidad y la distribución de los productos y los aspectos económicos (Trueba, 1985).

Durante la época de las ciudades medievales el trabajo artesanal y comercial fue organizado en gremios de artesanos y gremios de comerciantes, lo que generó la necesidad de los trabajadores por organizarse para defender sus intereses y derechos. Los miembros de los gremios se dividían en:

- A) Maestros, poseían las materias primas, herramientas y eran los que vendía los productos.
- B) Los oficiales y aprendices, vivían en casa del maestro. El aprendiz se iniciaba en la profesión recibiendo a cambio de su trabajo alimento y alojamiento, una vez que el aprendiz concluía su aprendizaje se convertía en oficial y recibía un pago por su trabajo, a su vez el oficial podía convertirse en maestro después de demostrar sus competencias.

El gremio se convirtió en un organismo que regulaba los intereses de los trabajadores, controlaba la producción y su tecnología, la calidad y la distribución de los productos y los aspectos económicos (Trueba, 1985). Es así que los gremios se convirtieron en los antecesores de los sindicatos.

Durante esta época surgió la necesidad de formar grupos de individuos con derecho a ejercer una actividad artesanal. Las personas con mayor jerarquía eran los maestros que tenían diferente especialización, estos maestros tenían talleres que únicamente producían para abastecer pedidos locales debido a la baja de manda de consumidores en el mercado. En Europa se creó en cada ciudad un “libro de oficios” donde se reglamentaba la calidad que debía tener el trabajo y la forma de hacerlo, además de las obligaciones y derechos de los aprendices, oficiales y maestros (Trueba, 1985).

Cuando la industrialización comenzó los maestros preferían no tener competencia y como consecuencia las condiciones para convertirse en uno de ellos, cada vez fueron más difíciles. Los gremios también se vieron afectados y empezaron a decaer debido a las constantes confrontaciones entre oficiales y maestros. Los comercios comenzaron a experimentar restricciones impuestas debido a la industrialización, la maquila y la prohibición de trabajar en libertad. Además del surgimiento de un nuevo sistema de producción llamado capitalismo sustituyó a los pequeños gremios por producciones a gran escala con los mejores estándares y calidad para alcanzar la distribución masiva de productos.

En los siglos XVIII y XIX la Revolución Industrial significó un cambio para el concepto de trabajo, surgió la máquina de vapor inventada por James Watt, durante esta época comenzó un cambio rotundo en la vida de la humanidad con la invención de los motores y a la producción a gran escala, sin embargo la condición de los trabajadores era miserable, humillante e inhumana.

Los obreros estaban especializados en una fracción del trabajo y poco calificados, con poca movilidad, mucha monotonía y fatiga debido a las jornadas laborales que llegaban a ser de hasta 16 horas diarias. En las fábricas aceptaban a los niños como trabajadores sufriendo las mismas condiciones laborales que los adultos con míseros salarios que no les alcanzaban para sustentar sus necesidades básicas.

Como consecuencia de estas malas condiciones surgió el movimiento obrero para oponerse a las malas condiciones las cuales se caracterizaban por jornadas con duración extrema, escaso salario, explotación laboral de mujeres y niños, miedo de perder el empleo, falta de higiene en el lugar de trabajo, la falta de creatividad, la dependencia económica absoluta, el sometimiento total de producción, etc.

Seguido de estos eventos las empresas implementaron la estrategia de división del trabajo para incrementar la productividad, volviendo el trabajo mecánico, esto aumentó la destreza de los trabajadores ahorrando tiempo introduciendo el uso de máquinas en el trabajo. Se implementó la división las actividades en tareas elementales repartiéndolas de acuerdo a su habilidad, fuerza física y conocimientos. Adam Smith mencionó en su obra “La riqueza de las naciones” en 1776 la importancia de esta división para el bienestar social y el crecimiento económico. Para Smith el trabajo es la fuente de toda riqueza distinguiendo que entre los trabajos también hay tipos dividiéndolos en productivos o que agregan valor y los trabajos improductivos (Smith y Rodríguez, 1994)

Uno de los esfuerzos más importantes para entender los cambios ocurridos en la época de la industrialización fueron las aportaciones de Karl Marx quien analizó el capitalismo y criticó el trabajo enajenado o alienado de su actividad productiva, el producto y de los mismos compañeros de trabajo. Marx analizó las dos principales clases sociales del capitalismo que son la burguesía y el proletariado, consideraba al trabajo como un proceso entre el hombre y la naturaleza clasificado dentro de la sociedad capitalista el trabajo como distintas formas que dejaron de lado las capacidades humanas que tenían como fin único las ganancias económicas.

Hacia finales del siglo XIX los industriales buscaron asesoría de los especialistas en áreas como la ingeniería y la administración a realizar investigación sobre los factores que influían en la producción, a partir de ahí surgió la administración científica, que se basa en la tarea, es decir busca aplicar métodos científicos a los procesos, con la finalidad de obtener una alta producción y alto rendimiento del obrero a través de la observación, medición y estandarización.

1.2.1 Teoría clásica

La teoría clásica de la administración, se distinguió por su enfoque sistémico integral, es decir, buscaba abarcar todas las esferas de la empresa. La teoría clásica fue producto de la necesidad de crear una el método científico y estructurar el conocimiento. Enfocando a la organización como una institución formal, estableciendo esquemas lógicos, según los cuales toda la organización debe ser construida y a los cuales todos deben obedecer.

Un aspecto negativo de este enfoque fue la ausencia del trabajo experimental: los autores de la teoría clásica fundamentan sus conceptos en la observación, y sentido común. Su método era empírico y concreto, basado en la experiencia directa. Dejando de un lado la comprobación científica para las afirmaciones de las teorías.

Es así que Frederick Taylor, considerado padre de la administración científica fue el pionero en aplicar los procesos medibles y observables al trabajo. El realizó una serie de estudios sobre tiempos de ejecución y remuneración del trabajo, Taylor dirigía un taller de maquinaria, donde observó el trabajo de los obreros que se encargaban de cortar los metales, el dividió las actividades en tareas simples, las cronometraba estrictamente y exigía a los trabajadores la realización de las tareas necesarias en el tiempo exacto. Esto permitió organizar las tareas de tal manera que se redujeran al mínimo los tiempos muertos por desplazamientos del trabajador, por cambios de actividad o de herramientas. Taylor estableció un salario por pieza producida en función del tiempo de producción estimado, el salario actuaba como incentivo para la intensificación del ritmo de trabajo. A partir de estos antecedentes Taylor creó cuatro principios para explicar la administración científica (Taylor, 1911):

1. Principio de planeación: Administrar los métodos de trabajo basándose en los tiempos y movimientos así como seleccionar al personal adecuado para su trabajo correspondiente según sus capacidades.
2. Principio de control: Crear incentivos económicos por eficiencia o por unidad de producto, de tal manera que el trabajador que produzca más, gane más y evite la simulación del trabajo. Así como contar con una estructura de jefes que puedan coordinar la labor de la empresa y puedan colaborar e instruir a sus subordinados.
3. Principio de la ejecución: Responsabilidad y especialización de los directivos en la planeación del trabajo. Los gerentes se responsabilizan de la planeación, del trabajo mental, y los operarios del trabajo manual, generando una división del trabajo más acentuada y mayor eficiencia.

Para la época en la que Taylor desarrollaba su teoría no existía la división del trabajo por lo cual el comenzó a estudiar los tiempos y movimientos para la mejora del trabajo, la cual es una herramienta para la medición del trabajo utilizada con éxito desde finales del Siglo XIX.

La implementación de estos estudios ha ayudado a solucionar problemas de producción y a reducir costos. La Medición del trabajo es la aplicación de técnicas para determinar el tiempo que invierte un trabajador en llevar a cabo una tarea determinándola y efectuándola según un proceso de ejecución preestablecida. La medición del trabajo, sirve para investigar, minimizar y eliminar el tiempo improductivo, es decir, el tiempo durante el cual no se genera valor agregado. Mientras que aplicar técnicas de movimientos preestablecidos permite mecanizar el trabajo y mejorar los tiempos de trabajo. Una función adicional de la Medición del Trabajo es la fijación de tiempos estándar (tiempos tipo) de ejecución, por ende es una herramienta complementaria en la misma Ingeniería de Métodos, sobre todo en las fases de definición e implantación.

Posteriormente Henry Fayol, quien trabajó en la industria minera, también aportó elementos valiosos para determinar de forma científica los métodos administrativos dentro de las empresas. Fayol trabajo sobre la teoría clásica desarrollando un enfoque mecanicista, que está basado en la lógica, el determinismo y mecanicismo de las organizaciones, basándose en la división del trabajo a partir del cual cada operario sabe mucho respecto a pocos aspectos de la tarea, es así que el humano se convierte en una pieza del engranaje de la operación. La teoría de Fayol se refiere a la suposición irreal de la conducta humana equiparándola con una máquina. Fayol estudia a las empresas en su totalidad y funciones, promueve que la organización sea lineal y trabaja en los niveles administrativos. Él formuló 14 principios administrativos basados en criterios técnicos que deben orientar las funciones dentro de una empresa:

- Autoridad
- Unidad de dirección
- Centralización
- Subordinación del interés particular al general
- Disciplina
- División del trabajo
- Orden
- Jerarquía
- Justa remuneración
- Equidad
- Estabilidad

- Iniciativa
- Espíritu de grupo.

Asimismo, Fayol propuso dividir las operaciones de la organización en seis funciones básicas: técnicas, comerciales, financieras, seguridad, contables y administrativas. Se concentró en estas últimas ya que opinaba que eran el aspecto más descuidado de la empresa y procedió a dividir la administración en cinco funciones: (Stoner. 1998, p39)

- Planificación: idear un curso de acción para cumplir las metas organizacionales.
- Organizar: movilizar los recursos materiales y humanos de la organización para poner en práctica los planes.
- Dirección: dirigir a los empleados y lograr que hagan su trabajo.
- Coordinar: significa asegurarse de que los recursos y actividades de la organización estén funcionando armoniosamente en la consecución de las metas deseadas.
- Control: revisar los planes para verificar que se estén efectuando debidamente.

La diferencia entre las teorías de Taylor y Henry Fayol es el uso del tiempo, ya que Fayol se enfoca más en la estructura general de la organización, mientras que Taylor se enfocaba más en el método y herramientas del trabajo para obtener mejores resultados.

1.2.2 Teoría humanista

El origen de esta surge de la necesidad de humanizar la administración. La teoría humanista también es conocida como teoría de las relaciones humanas, la cual fue desarrollada por George Elton Mayo (1880-1949). Esta teoría surge en los Estados Unidos y constituye un movimiento de reacción y oposición a la teoría clásica de la administración. Se crea la necesidad de corregir la fuerte tendencia de la des-humanización del trabajo, aparecida con la aplicación de métodos rigurosos, científicos y precisos, a los cuales los trabajadores debían someterse forzosamente. De ésta manera poco a poco se libera de esos conceptos rígidos y mecánicos de la antigua teoría (clásica), y se adecua a nuevos patrones de vida. Las relaciones humanas se convierten en un movimiento típica mente norteamericano, todo ello enfocado a una democratización de conceptos administrativos más fuertes.

En el enfoque humanístico, la preocupación por la máquina, el método de trabajo, la organización formal y los principios de administración aplicables ceden la prioridad al hombre y su grupo social, los aspectos técnicos y formales se pasa a los aspectos psicológicos y sociológicos. Esta teoría detecta la necesidad de humanizar y democratizar la administración, liberándola de los conceptos rígidos y mecanicistas de la teoría clásica, la teoría de las relaciones humanas fue un movimiento dirigido a la democratización de los conceptos administrativos.

Elton Mayo, considerado el fundador de la escuela resaltó la importancia de los recursos humanos dentro de la organización, el trabajador no sólo trabaja por las remuneraciones económicas, sino que también existen ciertas necesidades psicológicas y sociales que desea satisfacer mediante esta actividad.

Posteriormente Mayo explicó la importancia de que los trabajadores conocieran los objetivos organizacionales así como la comunicación organizacional pues de esta manera los trabajadores se sienten escuchados y conocen la relevancia que tienen las actividades que realizan para el cumplimiento de los objetivos organizacionales. Mayo realizó sus investigaciones Western Electric dividiendo al personal en grupos experimentales, que fueron sometidos a cambios de iluminación. Los resultados no mostraron diferencias significativas (Mayo, 1960).

Lo que llevó a que modificara algunas variables como: la jornada y la semana laborable fueron acortadas, los periodos de descanso y opinar en otros cambios propuestos. Y otra vez los resultados fueron ambiguos. El desempeño tendía a aumentar con el tiempo, pero crecía y disminuía de manera no uniforme (Mayo, 1960).

Ante las investigaciones de Mayo concluyó que la satisfacción o insatisfacción del trabajador se derivaba de la percepción personal respecto a su posición social dentro de la empresa y de lo que creía merecer en cuanto al salario. Lo que finalmente lo llevó a concluir que los factores sociales y humanos, eran los que producían el fenómeno de la productividad y no solo las variables físicas (Guevara, 2008).

1.3 El trabajo en la actualidad

La Revolución Industrial trajo consigo transformación económica, social y tecnológica, los cambios de la revolución industrial impactaron en la economía rural basada principalmente en la agricultura y el comercio a una economía de carácter urbano, industrializada y mecanizada, modificando así los aspectos del estilo de vida y el trabajo. La producción agrícola producida con la industria se multiplicó con una gran disminución en los tiempos.

Se acabó la mano de obra basada en el trabajo manual y en el uso de la tracción animal, siendo éstos sustituidos por maquinaria para la fabricación industrial y el transporte de mercancías y pasajeros. La revolución industrial no solo impacto en el trabajo, sino también en la creación de vías férreas, canales o carreteras. La población experimentó un rápido crecimiento. La introducción de la máquina de vapor significó un aumento espectacular de la capacidad de producción. Más tarde el desarrollo de los barcos, ferrocarriles a vapor y la energía eléctrica generaron un rápido crecimiento tecnológico.

A lo largo de la revolución industrial fue cambiando la modalidad de explotación de la tierra: rotación de cultivos, uso de algunos fertilizantes, mejoras en el instrumental de labranza, reducción del personal al mínimo. Esto provocó que muchos comenzaran a trasladarse hacia los centros urbanos en busca de trabajo. Las ciudades comenzaron a llenarse de establecimientos industriales, las familias numerosas se veían en serias dificultades, porque siempre la cantidad de puestos de trabajo era menor que la masa de obreros sin empleo. Los campesinos no paraban de llegar a las ciudades y esto empeoraba las cosas: ante tanta oferta de mano de obra, los patrones rebajaban los sueldos y despedían a los que estaban trabajando para contratar niños y pagarles menos.

El desarrollo de la industrialización y el inicio de la globalización dio origen a las grandes empresas, que para seguir en el mercado han tenido que modificar su estructura y con el paso del tiempo adaptarse a la globalización y a los nuevos sistemas de mejora, en los tiempos, costos, producción, valorización del trabajo humano y la incorporación de la tecnología a las organizaciones (Bencomo, 2008). Este proceso viene desarrollándose paulatinamente a partir de la Revolución Industrial desde hace unos 200 años (Siglo XVIII) en Inglaterra.

Se crearon a las compañías multinacionales y sus subsidiarias han sido diestras en el desarrollo de planes estratégicos corporativos y nacionales. La globalización trajo consigo algunos beneficios como: reducción de costos, calidad mejorada de productos y programas, la disponibilidad, servicio y el reconocimiento global y finalmente mayor eficacia competitiva.

Sin duda alguna el cambio más importante en la actualidad es la interacción que existe entre tecnología y el factor humano, que se ha combinado para elaborar bienes y servicios. Con el tiempo estas nuevas tecnologías han cambiado la manera en que funcionan las operaciones y la comunicación, generando una nueva forma de interrelacionarnos y de trabajar (Romero, 2005). La tecnología es una herramienta que sirve de apoyo para que el trabajo sea más efectivo.

Existen algunas otras problemáticas dentro de la globalización debido a que esta tiene gran influencia en la libertad e integración mundial de los mercados de trabajo, bienes, servicios, tecnología y capitales. La población ha aumentado y la demanda de trabajo también lo que conlleva a que los trabajadores se enfrenten con el desempleo, el cual denota una condición de ausencia del trabajo y es en este sentido que se puede hablar de cesantía, inactividad, desocupación o simplemente falta de trabajo (Comte, 1995). Las personas sin empleo se ven obligadas a buscar alternativas al desempleo buscando satisfacer sus necesidades y las de sus familias. Las condiciones de desempleo dividen a la población en dos grupos, las personas que poseen un empleo y las personas sin trabajo ya sea de forma voluntaria o por propia decisión.

El panorama laboral en México respecto a la globalización es estable, si se compara con otras economías. Hay datos que avalarían este supuesto. La tasa de desempleo en el país es de alrededor de 5.2%, similar a la de Alemania y por debajo del promedio de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2013 en Muciño, 2013).

Lo cierto es que también se deja afuera el empleo informal, predominante en el país, pues 29.3 millones de personas laboran bajo este esquema, es decir, 6 de cada diez personas trabajan sin ningún tipo de seguridad social, de acuerdo con registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013 en Muciño, 2013).

Por otra parte las personas con empleo según la OCDE (2009) reveló que son los mexicanos los que tienen más horas de trabajo al día, ya sea de manera remunerada y no remunerada. De acuerdo con este indicador, en México se trabajan 10 horas al día, mientras que el promedio de la

organización es de ocho horas de trabajo. Le siguen a México, Japón, Portugal, Canadá, Estonia, Austria, China, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Eslovenia y Suecia. Sin embargo, en Japón y China es mayor la proporción de tiempo de trabajo pagado que el no pagado. Los países que tienen menos horas de trabajo al día son: Bélgica, Dinamarca, Alemania, Sudáfrica, Francia, Holanda, Finlandia, Noruega, Reino Unido e Italia.

Los mexicanos son también los que realizan más horas de trabajo no pagado al día: tres horas; en tanto, los coreanos son los que menos horas de trabajo no pagado al día realizan: una hora, 19 minutos. El trabajo no pagado es aquel que se realiza en casa, como cocinar o limpiar.

Finalmente el factor al que se enfrenta toda la población, es la competencia para la búsqueda de empleo en donde ya no es suficiente contar con un alto nivel de estudios, si no que evalúan otros factores como la experiencia, idiomas y otras competencias que hacen más difícil la búsqueda.

1.4 Satisfacción e insatisfacción laboral

Robbins (1996) indica que los factores más importantes de la satisfacción en el puesto son: un trabajo desafiante desde el punto de vista mental, recompensas equitativas y condiciones de trabajo que constituyen un respaldo.

Para Gibson (1996) la satisfacción es el resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla sus actividades, como es el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la satisfacción de los grupos de trabajo, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones laborales y el margen de beneficios. Aunque son muchas las dimensiones que se han asociado con la satisfacción en el trabajo. Muñoz Adánez (1990) define la satisfacción laboral como el sentimiento de agrado que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que le interesa, en un ambiente que le permite estar a gusto, dentro del ámbito de una empresa u organización que le resulta atractiva y por el que percibe una serie de compensaciones psico-socio-económicas acordes con sus expectativas. Del mismo modo, define la insatisfacción laboral como el sentimiento negativo o de desagrado que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que no le interesa, en un ambiente en el que está a disgusto, dentro del ámbito de una empresa u organización que no le resulta atractiva y por el que recibe una serie de compensaciones psico-socio-económicas no acordes con sus expectativas.

Para la presente investigación se considera a la satisfacción laboral como un estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto (Locke, 1976) dando como resultado varias actitudes que un empleado tiene hacia su trabajo, sus compañeros, sus jefes, y su vida en general. Así mismo a la insatisfacción laboral se define como un estado emocional negativo y no placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto, dando como resultado varias actitudes que afectan al empleado en los siguientes aspectos: el trabajo, los compañeros, el jefe y la vida en general (Gamero, 2003).

Como mencionan Castañeda y Acevedo (2008) la insatisfacción produce una baja en la eficiencia organizacional; se expresa a través de las conductas de falta de lealtad, negligencia, agresión o retiro. La frustración que siente un empleado insatisfecho puede conducirle a una conducta agresiva, la cual puede manifestarse por sabotaje, difamación o agresión directa.

Cuando un trabajador posee algún grado de insatisfacción se ve reflejado en indicadores de conducta, mediante los cuales manifiesta su desacuerdo con alguna faceta que se le presenta en el trabajo. Las personas que gustan de su empleo trabajan con más entusiasmo, y por ende, observan un mejor desempeño, que se traduce en beneficios obteniendo como resultado la satisfacción. Jacobs y Solomon (1977) realizaron un estudio en el que se confirma como el desempeño se relaciona de manera estrecha cuando se traduce en recompensas. Los sueldos o salarios, incentivos y gratificaciones, son la compensación que los empleados reciben a cambio de su labor. Hay personas que percibiendo un salario mínimo se sienten satisfechas con su paga, esto dependerá del puesto y las funciones (Spector, 2002).

Algunos empleados obtienen gran placer y encuentran significado a su trabajo, mientras que otros lo consideran como una labor monótona. La respuesta radica en las diferencias individuales respecto a las expectativas y al grado de cumplimiento de las expectativas en el trabajo. Se ha demostrado que las personas con los mismos puestos y condiciones de trabajo muy similares pueden variar considerablemente en sus grados de satisfacción (Spector, 1997).

Como afirma Hulin (1991) todo trabajo conlleva responsabilidades que pueden proporcionar pocas satisfacciones a algunas personas debido al estrés y a los problemas que acarrea la responsabilidad; otros pueden encontrar que la responsabilidad es una fuente de sentimientos positivos. La satisfacción en el trabajo tiende a aumentar con el nivel del puesto en la jerarquía organizacional, entre más elevado sea el puesto administrativo es mayor la satisfacción en el trabajo (Porter y Lawler, 1968). Los individuos que trabajan en grupos pequeños tienden a estar más satisfechos que los que trabajan en grupos grandes.

La rotación y el ausentismo son un reflejo de la baja satisfacción que posee un empleado, a menudo se denominan conductas de separación, porque reflejan el alejamiento del empleado de unas condiciones de trabajo adversas, ya sea en forma temporal (ausentismo) o permanente (rotación). Cuando es fácil disponer de un trabajo alternativo, habrá mayores probabilidades de que los trabajadores dejen esos trabajos insatisfactorios (Carsten y Spector, 1987). La renuncia al empleo o la rotación se ha vinculado con la satisfacción laboral.

La satisfacción laboral es un indicador de la habilidad que poseen las organizaciones para satisfacer las necesidades de los trabajadores. Dentro de las instituciones de salud, la satisfacción del trabajador se ve reflejada en la calidad de atención que se le da a los pacientes (Robinns, 1987).

La salud mental se ve afectada por las diferencias existentes en los puestos. Las personas con labores rutinarias muestran en promedio una salud mental menos satisfactoria, existen factores que pueden explicarlo, por ejemplo; un bajo sueldo, inseguridad económica y condiciones de trabajo desagradables, pocas probabilidades de ascender en un puesto y las relaciones sociales dentro del trabajo (Kornhauser, 1965).

Se ha observado que la insatisfacción laboral se asocia de forma importante a trastornos mentales comunes (Quintero, Biela, Barrera y Campo, 2007). Los trabajadores insatisfechos, manifiestan con mayor frecuencia síntomas ansiosos y depresivos (Newbury, Kamali, 2001). Asimismo, se ausentan un gran número de días de trabajo (Virtanen, Kimimaki, Elovainio, Batear y Ferrie, 2003) y asisten, por lo general, más veces a consulta médica (Harmon, Scotti, Behson, Farias, Petzel y Neuman, 2003).

Existen dos enfoques desde los cuales se puede medir la satisfacción – insatisfacción que poseen los trabajadores, el primero es un enfoque general que concibe a la satisfacción como una percepción única y general (Warr, Cook y Wall, 1979). El segundo enfoque mide las facetas que componen a la satisfacción dividiéndola de la siguiente manera: trabajo, paga, oportunidades de promoción, supervisión, compañeros de trabajo y la naturaleza del trabajo.

Como se mencionó con anterioridad, son las características personales las que determinarán si la persona se encuentra satisfecha o no. Aspectos como la propia historia personal y profesional, la edad, el sexo, la formación, las aptitudes, la autoestima, el entorno cultural y socioeconómico van a ir delimitando unas determinadas expectativas, necesidades y aspiraciones respecto a las áreas personal y laboral, las cuales, a su vez, condicionarán los umbrales mencionados. La satisfacción laboral va más allá de las respuestas afectivas o emocionales y de ahí la importancia que ésta tiene en las conductas laborales.

1.4.1 Modelos de Satisfacción Laboral

1.4.1.1 Teoría de la aproximación bifactorial

La teoría de aproximación bifactorial, también llamada teoría de los dos factores fue propuesta por el psicólogo Frederick Herzberg en 1966, tras un estudio diseñado para probar que el hombre tiene dos series de necesidades: como animal, su necesidad de evitar el dolor, y como ser humano, su necesidad de crecer psicológicamente.

Para desarrollar esta teoría se entrevistaron 200 ingenieros y contadores, que representaban una sección de una industria en Pittsburgh. Se les preguntó sobre hechos que hubieran disminuido su satisfacción en el trabajo. Se les sugirió que recordaran una ocasión en que se hubieran sentido bien respecto a sus trabajos. Otra pregunta que se les hizo fue que si este factor había afectado su desempeño, sus relaciones personales y su bienestar. Después se les pidió que describieran una sucesión de eventos que hubieran generado sentimientos negativos acerca de su trabajo (Herzberg, 1966)

Esta teoría se basa en la creencia de que la relación de un individuo con su trabajo es fundamental y que su actividad hacia su trabajo puede determinar el éxito o fracaso del individuo ya que la satisfacción del trabajo puede afectar el contexto en que desempeña sus funciones.

Herzberg (1966) señala que la satisfacción e insatisfacción en el empleo son constructos separados e independientes, los factores de motivación pueden conducir a la satisfacción pero su ausencia solo generaría ausencia de satisfacción, más no generaría insatisfacción. Hay que entender que éstos no son conceptos de polaridad pues son dos fenómenos totalmente distintos y separados entre sí en la conducta profesional.

Las necesidades humanas que el trabajo satisface se dividen en dos categorías:

- 1) Las que derivan de manera fisiológica.
- 2) Las que derivan del crecimiento psicológico.

El modelo plantea que la persona trabajadora posee dos grupos de necesidades: unas referidas al medio ambiente físico y psicológico del trabajo (“necesidades higiénicas”) y otras referidas al contenido mismo del trabajo (“necesidades de motivación”). Si se satisfacen las “necesidades

higiénicas”, el trabajador no se siente ya insatisfecho. El individuo sólo está satisfecho en el puesto de trabajo cuando están cubiertas sus “necesidades de motivación” (Chiavenato, 2011).

Los factores higiénicos o de insatisfacción están asociados al ambiente de trabajo, los cuales se destinan a evitar la insatisfacción en el medio o amenazas potenciales al equilibrio. Estos factores influyen en la conducta y no elevan la satisfacción de manera sustancial y duradera. Pero si se presentan en el empleo de manera precaria constantemente provocan insatisfacción, razón por la que se llaman factores de insatisfacción.

Los factores de motivación o de satisfacción están relacionados con el contenido del cargo, producen un efecto de satisfacción duradera y un aumento de la productividad muy superior a los niveles normales. En esta dimensión la persona utiliza sus habilidades personales y formula sus objetivos.

En las figuras 1 y 2 que aparece a continuación se mencionan los factores que pertenecen a cada dimensión y provocan un estado percibido de satisfacción – insatisfacción:

FACTORES HIGIÉNICOS	FACTORES MOTIVACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de trabajo y bienestar • Políticas de la organización y administración • Relaciones con el supervisor • Competencia técnica del supervisor • Salario y remuneración • Seguridad en el puesto • Relaciones con los colegas 	<ul style="list-style-type: none"> • Delegación de la responsabilidad • Libertad para decidir cómo realizar la labor • Posibilidad de ascenso • Utilización plena de las habilidades personales • Formulación de objetivos y evaluación relacionada con ellos • Simplificación del puesto (Por quien lo desempeña) • Ampliación o enriquecimiento del puesto (Horizontal o verticalmente)

Figura 1. Modelo de factores higiénicos y motivacionales basado en la teoría de aproximación bifactorial de Frederick Herzberg (1966).

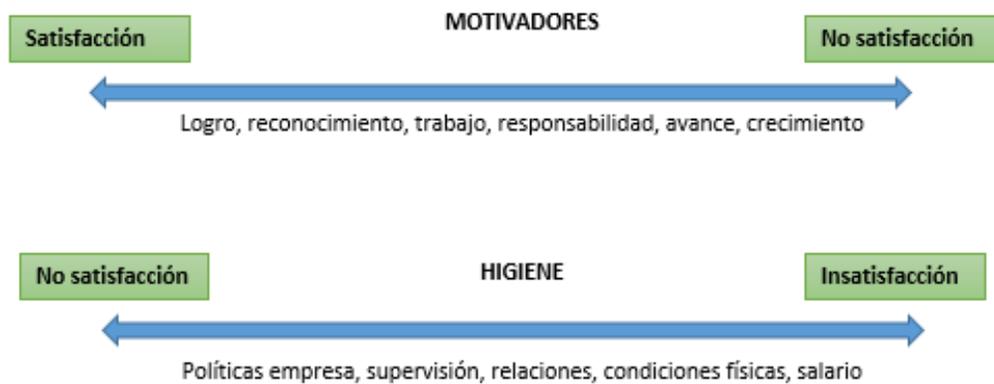


Figura 2. Modelo basado en la teoría de aproximación bifactorial de Frederick Herzberg (1966).

1.4.1.2 Teoría de la jerarquía de necesidades

La teoría de la jerarquía de necesidades fue plantada en 1943 por Abraham Maslow, quien sostuvo que las necesidades insatisfechas pueden influir en la conducta y que la satisfacción de necesidades humanas es indispensable para la salud tanto física como psicológica, por lo cual este modelo también permite explicar la satisfacción laboral como un conjunto de necesidades.

Maslow (1982) afirma que la satisfacción de las necesidades da como resultado una gran actitud positiva de los trabajadores, por tanto se establece que este es uno de los factores prevalentes relacionados con su motivación. Una necesidad debe estar sin ser satisfecha a efectos de generar motivación, de tal modo las personas actúan por el nivel de necesidades más bajo aún no satisfecho.

El hombre debe cumplir ciertos prerequisites para propiciar las condiciones de autorrealización como lo es la libertad de realizar las acciones que le permitirán satisfacer sus necesidades. La censura la falta de honestidad y el bloqueo de comunicación amenazan el desarrollo evitando la satisfacción de las necesidades básicas (Maslow, 1954).

En esta teoría se representa a las necesidades en una pirámide de acuerdo con su importancia respecto de la conducta humana. En la base de la pirámide están las necesidades más recurrentes (Necesidades primarias), mientras que en la cúspide están las más intelectuales (Necesidades secundarias) (Chiavenato, 2011). La pirámide está clasificada en cinco necesidades básicas que se muestran a continuación (Maslow, 1954).

- **Necesidades Fisiológicas:** implican las necesidades básicas como alimento, sueño, sexo, agua. Este tipo de necesidades son cíclicas y reiteradas (Chiavenato, 2011). Cuando se encuentran insatisfechas se buscan satisfacer de manera reiterada, realizando actividades o conductas de una forma impulsiva por ejemplo: comer de manera exagerada, trabajar de manera exagerada.
- **Necesidades de seguridad:** busca garantizar la estabilidad de las personas. La neurosis es una forma de búsqueda de seguridad, se logró observar de una manera más clara en la neurosis compulsiva-obsesiva.
- **Necesidades sociales:** afecto, identificación de sí mismo, filiación, procedencia, aceptación social, amistad, amor y relaciones humanas. Las necesidades de amor suponen dar y recibir afecto; cuando éstas no se cubren las personas experimentan una sensación de vacío. Se deben satisfacer estas necesidades para sobrevivir de una manera sana, la insatisfacción en esta necesidad se ve reflejada como inadaptación social.
- **Necesidad de estima:** respeto de sí mismo y de los demás, factores internos de estima: autonomía, sentido de competencia; factores externos de estima: estatus, prestigio y atención. Las personas tienen una necesidad de valoración alta, necesidad de autorrespeto o autoestima y de estima de los otros. Esta necesidad se divide en dos: El primero es el deseo de fuerza, logro, competencia, confianza ante el mundo, independencia y libertad. En segundo lugar está el estatus, el prestigio, el reconocimiento, la dignidad y la importancia. La satisfacción de esta necesidad conduce a autoconfianza, valía, fuerza, capacidad y autosuficiencia, mientras que la insatisfacción genera sentimientos de inferioridad, de debilidad y de desamparo.
- **Necesidades de Autorrealización:** para llegar a este nivel es importante que la persona satisfaga las necesidades anteriores. Constituye todo aquello que maximiza las actitudes y capacidades potenciales, incluye el crecimiento personal.

Hay que destacar que las necesidades de nivel superior se satisfacen esencialmente de manera interna, mientras que las necesidades primarias se satisfacen con más participación del entorno. Para algunas personas puede tener más importancia satisfacer niveles más altos de la escala que las necesidades más elementales (Spector, 2000). Aunque se debe considerar que el nivel más básico siempre es el que predomina, las personas buscan satisfacer de manera prioritaria el nivel en que se encuentra insatisfechas convirtiéndose en dominante del comportamiento de la persona. Las necesidades más elevadas sólo influyen en el comportamiento cuando las necesidades más bajas están satisfechas.



Figura 3. Modelo basado en la Teoría de la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow (1943).

Las necesidades básicas generalmente son de carácter inconsciente. Las personas van a actuar ordenando la prioridad de sus necesidades, no necesariamente siguiendo la jerarquía que propone Maslow. Cuando una necesidad es satisfecha, surge una necesidad nueva y superior (Maslow, 1954)

1.4.1.3 Teoría de las necesidades aprendidas

David McClelland en 1961, desarrolló la teoría de necesidades aprendidas en la cual postula que existen necesidades adquiridas por la sociedad. Las necesidades humanas se aprenden y adquieren durante la vida de las personas. Plantea que una vez que el individuo ha logrado satisfacer sus necesidades básicas o primarias, la conducta del individuo pasa a estar dominada por tres tipos de necesidades: logro, poder y afiliación.

Esta teoría parte de las siguientes premisas (Duran, 2000):

- El ambiente social y cultural que rodea a los seres humanos a lo largo de la vida va a determinar en buena medida sus necesidades.
- La infancia es un período especial para la vida de cada sujeto. En esta etapa en la que los sujetos aprendemos gran parte de nuestras necesidades.
- Las vivencias determinan a qué tipo de necesidades necesitamos satisfacer, dando prioridad a unas más que a otras.
- Las necesidades que los sujetos tienen se resumen en la afiliación, el poder y logro

Las necesidades se aprenden y el comportamiento recompensado tiende a repetirse con más frecuencia. Las personas desarrollan patrones que afectan su comportamiento y desempeño. Estas se desarrollan de la siguiente manera:

- **Necesidad de logro:** Es el deseo de ser excelente, ser mejor, más eficiente, resolver problemas o dominar tareas complejas. En ésta necesidad las personas buscan adquirir responsabilidad, trazan metas para lograr su propia realización, asumen riesgos calculados y desean retroalimentación de su propio desempeño. Las personas con necesidad de poder se interesan enormemente en ejercer influencia y control, persiguen posiciones de liderazgo. (Chiavenato, 2002). El factor que está implicado en el motivo de logro, es actuar por sí mismo, por la satisfacción intrínseca de hacerlo mejor. Mc Clelland (1961) ha señalado que por eso los grupos de personas emprendedoras con alto nivel de logro tienen a adquirir fama de poco honradas o de tramposas, al parecer están tan obsesionadas por hallar un atajo hacia el objetivo que quizás no se muestren demasiado escrupulosos en relación con los medios alcanzados. También señala que en términos generales los

jóvenes con una necesidad de logro mayor se inclinan a hacer negocios, esta necesidad es la responsable del logro y éxito emprendedor

- **Necesidad de poder:** Refleja la necesidad de poder y autoridad. Es el deseo de controlar a los demás, ser responsable de los demás o influir en su comportamiento. La necesidad de poder lleva a la persona a influir en los demás y vencerlas con argumentación. El poder puede ser negativo cuando se intenta dominar y someter a otras personas, o positivo, cuando se desarrolla un comportamiento persuasivo e inspirador. Son personas que suelen disfrutar que se les tenga estimación y tienden a evitar ser rechazado por un grupo social (Chiavenato, 2002). Las personas que poseen una necesidad de poder mayor participan voluntariamente en más actividades y discusiones (McClelland, 1975).
- **Necesidad de afiliación:** Refleja el deseo de interacción social. Es el deseo de establecer y mantener amistades y relaciones interpersonales con los demás. La persona que tiene esta necesidad colocan la relación social por encima de las tareas de la realización personal. Son personas que tienen un intenso deseo de éxito y un intenso temor al fracaso, gustan de los retos y se ponen metas difíciles. Tienden a ser infatigables, les gusta trabajar por muchas horas, no se preocupan excesivamente por el fracaso en caso de que este ocurra y por lo general prefieren hacerse cargo ellos mismos de sus asuntos (Kootz y Weihrich, 1998).

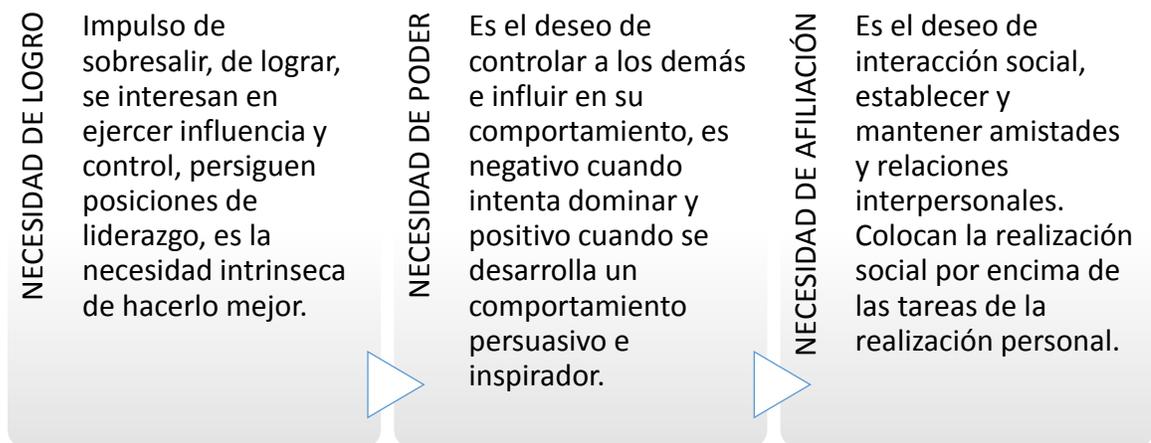


Figura 4. Modelo basado en la teoría de las necesidades aprendidas de David McClelland (1961).

1.4.1.4 Teoría de las expectativas

La teoría de Victor H. Vroom reconoce las diferencias individuales, postula que en cada individuo existen 3 factores que determinan su situación para producir. Vroom propone un modelo de expectativas de la motivación que se basa en objetivos intermedios y progresivos (medios) que conducen a un objetivo final (fin) (Espinoza, s/f).

Sostienen que la gente se sentirá motivada a realizar cosas a favor del cumplimiento de una meta si está convencida del valor de esta y si comprueba que sus acciones contribuirán efectivamente a alcanzarla (Koontz, et al; 1998). La teoría de Vroom postula que la motivación de las personas a hacer algo estará determinada por el valor que le otorguen al resultado de su esfuerzo (ya sea positivo o negativo) multiplicado por la certeza que se tengan de que sus esfuerzos contribuirán al cumplimiento de la meta.

La motivación según Vroom es producto de 3 factores (Hellriegel, Don y Slocum, John (2000):

- **Valencia:** El nivel que posee una persona para alcanzar una meta. Es una variable individual y está condicionada por la experiencia y puede variar con el tiempo. La Valencia puede ser positiva (Deseo de alcanzar algo) o negativa (Huir de lo que se desea).
- **Expectativa:** Es el grado de esfuerzo que se aplicara para realizar una tarea. Se le asume un valor entre 0 (No recompensa por el esfuerzo y desempeño) y 1 (Si recompensa por el esfuerzo y desempeño)
- **Medios:** Es la estimación de la recompensa.

La combinación de estos 3 elementos produce la motivación en distintos grados de acuerdo a la intensidad de los factores, para conocer el grado del cumplimiento de la meta se aplica la siguiente fórmula:

Fuerza = Valencia X Expectativa

La evidencia demuestra que la gente reacciona de manera diferente de acuerdo con la situación, Vroom reconoce las diferencias individuales determinándolas de la siguiente manera:

- **Objetivos individuales:** Es el deseo para producir objetivos individuales para satisfacer sus necesidades.
- **Relación percibida entre el logro de objetivos y alta productividad:** Es satisfacer sus objetivos individuales que son más importantes, es decir si su motivación está enfocada a la aceptación social su productividad será baja, para evitar el rechazo, y si su motivación está enfocada a un nivel salarial alto, su productividad será alta con la finalidad de alcanzar sus objetivos.
- **Percepción de su influencia en su productividad:** Si un empleado se esfuerza mucho y sus resultados son bajos a largo plazo bajará su productividad y no se esforzará.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE EXPECTATIVAS DE VROOM



Figura 5. Modelo basado en la teoría de Expectativas de Vroom, Don H. y Slocum J. (1988).

En este capítulo se revisó el concepto de trabajo y el estudio de la satisfacción e insatisfacción laboral como agentes que influyen en la productividad. Se define al trabajo como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen los bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. El trabajo debe efectuarse en condiciones que aseguren la salud física y mental, la vida y un nivel económico decoroso para el trabajador, el trabajo es un derecho y un deber social. A lo largo de la

historia se observó que las condiciones laborales debían garantizar la seguridad del trabajador así como la productividad empresarial.

Dada la importancia de las condiciones laborales benéficas para los trabajadores el presente trabajo describe la evolución del trabajo a lo largo de la historia y los hechos más importantes que han permitido establecer esquemas lógicos de la creación de una organización y una forma crear organizaciones humanizas enfocadas en buscar la satisfacción en todos los ámbitos de la vida de los trabajadores. En este sentido podemos definir la satisfacción laboral como el sentimiento de agrado que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que le interesa, proveer un trabajo desafiante en el sentido mental, de recompensas y condiciones de trabajo. La insatisfacción por otra parte es un estado emocional negativo y no placentero de la percepción de las experiencias laborales del sujeto.

Capítulo 2 SALUD/ ENFERMEDAD

2.1 Concepto de salud

La salud puede ser entendida como un estado de equilibrio físico, psíquico y espiritual, que constituye la base para satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad. Asimismo, la salud es el medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar por completo sus potenciales (Feito, 2000).

De acuerdo con la definición anterior se entiende que la salud no solo es la ausencia de la enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto social, propicio para el sustento y desarrollo del individuo. La salud descansa en la esfera de todas las interacciones sociales y culturales y junto con ellas un componente sinérgico de bienestar social (Cortes, 2008). Existen indicios claros de que las condiciones de vida, determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, son directamente responsables de alteraciones en la salud biológica (Ribes, 1990).

Otra perspectiva de concepto de Salud es la de Henry E. Sigerist, quien fue el primero en diferenciar salud de enfermedad al definir que la medicina debía desarrollar cuatro grandes tareas: La Promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento del enfermo y la rehabilitación. Él definió que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de responsabilidades que la vida impone al individuo, lo cual significa afrontar el día a día con una actitud positiva (Sigerist, 1941).

Una perspectiva similar fue la de Aarón Antonovsky quien hablaba acerca de la génesis de la Salud un nuevo concepto acerca de la salud que surge como la patogénesis. Esta perspectiva habla de la visión patogénica la cual se pregunta por qué nos enfermamos y cómo podemos mantenernos sanos. Así también aquello que constituye el potencial curativo de cada uno, sus fuerzas de salud, es decir la propia capacidad salutogénica.

La salutogénesis propone posicionarnos en el lugar de la Salud, y comprenderla integrada a la propia biografía del hombre. Para esto, se torna necesario comprender al ser humano como un ser no sólo físico, sino también anímico y espiritual. El enfoque salutogénico está centrado en los factores humanos que apoyan la salud y el bienestar. Más específicamente, el “modelo salutogénico” se refiere a la relación entre la salud, el estrés, y el afrontamiento. Observo que el estrés está presente en la vida de las personas, y hay personas que tiene la capacidad de sobrevivir, de adaptarse y de superarlo. Esta respuesta depende del “sentido de coherencia” (SOC), y de los recursos generalizados de resistencia GRRs; su teoría salutogénica, afirma que la forma de ver la vida tiene una influencia positiva en la salud.

Los GRRs son factores biológicos, materiales, conocimiento, experiencia, autoestima, conducta saludable, compromiso, apoyo social, capital cultural, inteligencia, tradiciones y visión de la vida. Pero lo más importante no es el tenerlos, es ser conscientes de ello y tener la capacidad para utilizar estos recursos propios; esto le proporcionara a la persona una oportunidad mayor para el afrontamiento de las dificultades de la vida.

La salud es la capacidad del individuo para desenvolverse con eficiencia dentro de cierto ambiente y como este ambiente cambia constantemente, la buena salud genera un proceso de adaptación continua a los agentes patógenos, presiones y problemas que desafían diariamente al hombre (Dubos, 1988)

El individuo a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje de salud – enfermedad, sin que pueda permanecer de manera definitiva en un estado saludable, el individuo tendrá momentos negativos que alteren su salud o bienestar, rompiendo el equilibrio entre los factores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

2.1.1 Niveles de salud

La salud es un proceso que se puede definir a través de los niveles y modelos que aparecen a continuación (Arredondo, 1992):

Nivel Físico: A este nivel la salud puede entenderse como un estado de homeostasis que da equilibrio interno al organismo, lo que ocasiona dinamismo en todas las células, tejidos y sistemas. Es una condición para vivir y en todo el organismo deberá existir cierto equilibrio para

alcanzar la compatibilidad de vida, el organismo está en constante interacción con factores internos y externos, la salud va a depender del equilibrio y la adaptabilidad que presente el organismo con el medio externo en diferentes situaciones, un organismo funcionara mejor en la medida que pueda adaptarse (Noriega, 1989). La salud es entendida desde un modelo clínico, donde las personas son consideradas como sistemas fisiológicos multifuncionales. La enfermedad vendría dada por los síntomas de alteración o lesión de sistemas o funciones orgánicas.

Nivel Mental: Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2007). El nivel mental dentro del proceso de salud es importante debido a que es en el cerebro donde se procesan todos los factores emocionales y psicológicos que pueden condicionar el comportamiento del ser humano ya sea de forma positiva o negativa, es a través de los procesos psicológicos básicos de sensación, percepción, lenguaje, memoria, aprendizaje y cognición con los cuales resuelven las problemáticas de la vida cotidiana, por ello la salud psíquica cobra importancia, así como la capacidad de asimilar los cambios y las dificultades. Dentro del nivel mental la persona es capaz de adaptarse y/o modificar el ambiente para obtener satisfacciones personales básicas, de manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales armoniosas. El individuo necesita la salud mental para vivir satisfecho consigo mismo y en su relación con las demás personas.

Nivel Social: La salud social se refiere a gozar de una plena integración como persona en los grupos sociales. El enfoque colectivo sobre la salud y la enfermedad parte del entendimiento de un efecto o consecuencia de las características de los grupos humanos que posee cada sociedad: las condiciones en cómo viven, trabajan y consumen determinará su perfil de salud y enfermedad (Noriega, 1989). Una sociedad enferma da lugar a la aparición de enfermedades individuales (ambiente, hábitat, vivienda, alimentación, transportes, contaminación, etcétera). La salud se identifica como la capacidad del individuo para relacionarse e integrarse a la cultura en la que le haya tocado vivir, así como con su capacidad de desarrollar o adaptarse al rol o la tarea social que él mismo decida otorgarle. El individuo necesita tener habilidades para interactuar con la gente y el ambiente (DGESPE, 1998)

2.1.2 Modelos de salud

Los modelos que se han elaborado sobre los procesos salud-enfermedad han sido desarrollados acorde con el nivel científico y tecnológico que predominantes en cada época, a lo largo de la historia la epidemiología ha modificado sus procedimientos según los modelos de salud enfermedad que sirvieran de sustento (Lifschitz, 2014). Los principales modelos de Salud-enfermedad son los siguientes:

Modelo Unicausal: Explica el proceso salud–enfermedad como la respuesta activa a agentes externos, es un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y la respuesta del individuo, es en este último se busca el agente patógeno de cada enfermedad. Gracias a este modelo se pudo tomar medidas de control y elaboración de fármacos para los tratamientos individuales, aunque nunca se pudo explicar porque el mismo agente no siempre produce la misma enfermedad. Sus principales representantes fueron Pasteur y Koch (Pasteur, 1946 en Arredondo 1992)

Modelo Multicausal: Este modelo plantea que ningún problema de salud responde a una causa única, como condicionante de la salud es importante la influencia simultánea del agente, el huésped y el ambiente, se puede realizar un análisis de estas variables para llevar a cabo medidas preventivas. Los principales representantes fueron Leavell y Clark en la segunda mitad del siglo XX.

Modelo Epidemiológico: Este modelo utiliza para el estudio del fenómeno salud-enfermedad al modelo multicausal e incorpora una gran red de causas, identificando los factores de riesgo pero sin conocer el valor de cada factor y establecen a lo biológico y social como factores indiferenciables. Este modelo se generó en la segunda mitad del siglo XX por MacMahon y Pugh.

Modelo Ecológico: El principal representante de este modelo es Susser en el año de 1970, quien explica que el proceso salud-enfermedad resulta de la interacción con un agente- huésped-ambiente.

1. La presencia de una agente, aquellos elementos que con ausencia enfermedad biológica, física, química o mecánica.

2. Un hospedero humano que alberga el agente en donde se establece la salud o la enfermedad y contempla variables como género, ocupación y similares
3. Un ambiente propicio; biológico, físico o socioeconómico

Modelo Histórico-Social Desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con cinco variables fundamentales: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo.

Modelo Económico: Conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión más amplia del determinante social.

Modelo Biopsicosocial: Este modelo propuesto por Engel (1977) es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica de los niveles biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Estos sistemas intercambian sustancias, energía e información permitiendo explotar las múltiples causas presentes en los problemas de salud (Sperry, 2008 en Juárez, 2011).

2.2 Concepto de enfermedad

El concepto de salud es tan inseparable del de enfermedad que no puede ser definido con exclusión de éste. Los seres humanos adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad (Gracia, 1988).

El termino enfermedad tiene su origen etimológico en el latín *infirmitas*, que se traduce como “falta de firmeza”. Según la OMS, el concepto enfermedad se define como la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (OMS, 1946)

La enfermedad puede provenir tanto de una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno, como de distintos factores sociales que actúan en el medio del ser humano determinan que una enfermedad se inicie y se desarrolle en ciertos sujetos, e incida con mayor o menor peso en determinados grupos poblacionales.

En la enfermedad se puede distinguir entre el componente subjetivo y objetivo, es decir entre síntomas y signos. El componente subjetivo corresponde al síntoma, el cual es descrito por el paciente, este hace referencia al malestar que posee una persona y sus conductas reflejan el problema. El componente objetivo se manifiesta a través de los signos y se refiere al estado orgánico de la enfermedad. Cuando el ser humano se encuentra en equilibrio con todo lo que le rodea y consigo mismo vive en un estado de bienestar y cuando dicho equilibrio se rompe, tanto hacia afuera como hacia adentro, entonces aparecen los diferentes grados de enfermedad o desequilibrio (Bizacarra, 1992).

Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el desarrollo de una o más enfermedades específicas. La enfermedad es una alteración o pérdida de esa armonía de funcionamiento del conjunto. Existen distintos tipos de enfermedades, por ejemplo: infecciosas, degenerativas, inmunológicas, etc. (DGESPE,1998).

La salud es un concepto con constantes cambios en el tiempo, ya que ha ido adquiriendo diferentes significados en sociedades, momentos históricos y culturas.

En la cultura occidental, mientras los griegos de la antigüedad hicieron de la salud un culto, los romanos desarrollaron el interés hacia la enfermedad, comenzaron a investigar y de este modo la medicina llega a subordinarse a la biología y los seres humanos a ser considerados a través de sus órganos y de sus aparatos.

En la segunda mitad del siglo XIX, el descubrimiento de los gérmenes dio lugar a la teoría microbiana, la cual postulaba que para dominar a las enfermedades sólo se requería descubrir para cada enfermedad y su causa. Esta teoría tuvo una repercusión tan importante que los médicos hicieron enormes intentos por asociar prácticamente todas las enfermedades conocidas a un agente contagioso. A partir de este momento la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable, de equilibrio entre el organismo humano y el ambiente, resaltándose la

influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se comienza a hablar entonces del proceso salud-enfermedad.

2.3 Evolución de la aproximación hacia la salud y la enfermedad

Las enfermedades en un comienzo consideradas mágicas, se vinculaban fuertemente con lo sobrenatural y quienes las curaban eran aquellos que podían involucrarse con estos espíritus, eran brujos, magos o chamanes. Las primeras sociedades consideraban que la enfermedad era generada por agentes no terrenales, causada por gusanos o espíritus ajenos al cuerpo.

Las enfermedades eran tratadas con conjuros, danzas, efectos mágicos, hechizos, talismanes y otras medidas. Si ese tipo de tratamiento no funcionaba se trataba de hacer inhabitable el cuerpo al demonio con apaleamientos, torturas o haciendo morir de hambre al paciente, los brujos colocaban al enfermo en pociones que provocaban un vómito violento o se expulsaba a través de un agujero realizado en el cráneo o también llamado trepanación, este también fue un remedio para la locura, la epilepsia y el dolor de cabeza. El mayor logro de la época primitiva fue el uso de extractos de plantas, cuyas propiedades narcóticas y estimulantes se iban descubriendo poco a poco.

En la actualidad se sabe que son muchos los factores que actúan a nivel del ambiente humano y determinan en menor o mayor grado que una enfermedad se inicie y desarrolle.

Hay factores como la calidad y el estilo de vida que generan un factor de riesgo para la salud. Es de gran importancia visualizar de qué manera influyen en la salud de los individuos y como se logra alterar el ecosistema (Álvarez y Faizal, 2012). Existen factores que están fuera del control humano, las enfermedades hereditarias, la mortalidad infantil, los accidentes inesperados, etc.

El estilo de vida genera factores de riesgo identificados en diferentes patologías, como el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, el uso de drogas, los hábitos dietéticos, el ejercicio físico insuficiente (Echeburua, 1993^a). El estilo de vida es una guía de vida y percepción global del mundo que integra la personalidad, la vulnerabilidad psicológica, los acontecimientos vitales, los hábitos de vida y las estrategias de afrontamiento (Ibañez, 1990)

El cuerpo gasta energía en el trabajo, ejercicio físico y mental, cuando la energía que se gasta es mayor a lo que se capta a través de fuentes como el alimento surgen el agotamiento y la enfermedad (Bizacarra, 1992).

La salud en el trabajo.

El trabajo forma parte de la actividad cotidiana de los individuos, exige para su práctica esfuerzo físico y un ambiente propicio. El ambiente de trabajo es aquel en donde se conjuntan las condiciones que rodean a la persona que trabaja y que directa o indirectamente influyen en su salud y en su calidad de vida. La OIT en el 2015 establece un principio de protección de los trabajadores respecto a las enfermedades y accidentes de trabajo, sin embargo, esto está muy lejos de la realidad para millones de personas, pues cada día mueren 6,300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo (OIT, 2015)

El desgaste o la adquisición de algún tipo de enfermedad independientemente del puesto de trabajo que se realice puede afectar al individuo en su salud física o mental. La salud en el trabajo se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las necesidades y las expectativas del trabajador, cuando hay un desequilibrio entre estas, se genera una patología laboral que se puede definir como el conjunto de enfermedades y trastornos que se producen en una persona debido a las características del trabajo tanto los procedimientos como las condiciones físicas laborales (Llor, Abad, García y Nieto, 1995).

La evolución del proceso salud – enfermedad en el trabajo como se conoce en actualidad pasó por 3 momentos que se explican a continuación:

Los cazadores y recolectores primitivos

Desde el comienzo del uso del fuego por el Homo sapiens hasta el inicio de la agricultura, las tasas de mortalidad eran muy altas y la vida poco duradera, debido a que el número de nacimientos del ser humano se tenía que adaptar a través de la selección natural. Las enfermedades que existen hoy en día eran muy raras o no existían, tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes a excepción de las dolencias artríticas y de las incapacidades derivadas de accidentes ocurridos principalmente durante la caza o la recolección de productos vegetales (McKeown, 1990). Las muertes frecuentes se debían a la nutrición defectuosa y las enfermedades parasitarias ligadas a la malnutrición.

Los Agricultores

La caza y la recolección fueron abandonadas hasta que la necesidad de alimentos no pudo satisfacerse, para limitar a la población había abandono de ancianos e infanticidios. La agricultura se aceptó a partir de que la población empezó a extenderse, estos factores fueron los que permitieron que la población aumentara de manera significativa (McKeown, 1990).

Durante la agricultura, las infecciones pasaron a ser la principal causa de enfermedad y muerte, las infecciones endémicas fueron las más devastadoras. El predominio de las infecciones se debía a la exposición repetida a los gérmenes por las condiciones de vida, a la baja resistencia de las personas a las enfermedades y a las condiciones de vida principalmente la nutrición defectuosa.

El Hombre Industrializado

En el último siglo se ha producido un aumento acelerado de la población, este hecho se debe a la disminución de enfermedades y las infecciones han sido desplazadas como causa predominante de muerte prematura. Los genes humanos preparan al organismo para vivir en las condiciones de vida actuales, esto se ve reflejado principalmente en la alimentación reducción de consumo de fibras vegetales y aumento de grasas, azúcares y sal, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, disminución de actividad física y retrasos en los embarazos.

Por lo tanto, el problema surge cuando las exigencias o demandas del medio laboral exceden a las capacidades o necesidades del trabajador, también cuando las necesidades del trabajador son probablemente insatisfechas (Urbaneja et al; 1988).

Salutogénesis

En este modelo se toma alta importancia a todo aquel factor o recurso que potencie la capacidad de las personas, de las comunidades y de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar. Esta metodología se centra en los activos, busca las ventajas y reconoce los talentos, habilidades, intereses y experiencias de los déficits de los individuos y comunidades.

De este modo se propone romper el actual paradigma biomédico donde la salud se entiende desde la perspectiva de riesgos y patología y caminar hacia un concepto salutogénico en el que se estudian los factores que contribuyen a que las personas mantengan y aumenten su bienestar en todas las dimensiones de la persona. En relación con esta idea, Antonovsky postulaba que en el

caso de que las personas actuaran en su vida con conductas promotoras de salud, los riesgos se minimizarían y las personas ahorrarían sufrimiento.

2.4 Enfermedades relacionadas con el trabajo

La salud laboral se define como una actividad multidisciplinaria dirigida a proteger y promover la salud de los trabajadores mediante la prevención de enfermedades, accidentes, así como la eliminación de los factores o condiciones que ponen en peligro la salud y seguridad del trabajo (Ramos, 2001).

Salud y trabajo son dos aspectos estrechamente relacionados: un buen estado de salud permite el adecuado desarrollo de la actividad laboral. El trabajo por sí mismo conlleva factores de riesgo psicosociales y ergonómicos que constituyen una fuente de riesgo para la salud y originan enfermedad. El trabajo, así mismo, permite desarrollar las capacidades físicas e intelectuales. En este sentido, los datos estadísticos disponibles en la actualidad ponen en manifiesto el elevado coste humano y social de los accidentes y enfermedades producidas por el trabajo.

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) junto con el Instituto Mexicano del Seguro Social reportaron la evolución de accidentes y enfermedades de trabajo a nivel nacional con un total de 302,886 en 2005 incrementando a 409,248 para el año 2014. (IMSS, 2014)

Se calcula que cada año 2.34 millones de personas en el mundo mueren a causa de accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo. De todas ellas, la gran mayoría - alrededor de 2.02 millones- fallecen a causa de una de las muchas enfermedades profesionales que existen. De las 6,300 muertes diarias que se calcula están relacionadas con el trabajo, 5,500 son consecuencia de distintos tipos de enfermedades profesionales. La OIT calcula que cada año se producen 160 millones de casos de enfermedades no mortales relacionadas con el trabajo (OIT, 2013).

2.4.1 Accidente de trabajo

Accidente de trabajo es definido de acuerdo a la OIT (2014) como la situación que se deriva o sucede durante el curso del trabajo, y que da lugar a la lesión, sea o no mortal.

La organización Internacional del Trabajo (OIT) calculó que de las 2,34 millones de muertes anuales relacionadas con el trabajo más de 350,000 son por accidentes, además se estima que en 2010 hubo más de 313 millones de accidentes de trabajo no mortales (provocando al menos cuatro días de ausencia en el trabajo). Algunos de los trabajadores que corren mayores riesgos son:

- Albañiles y empleados de la industria de construcción
- Obreros de fábricas
- Vendedores en tiendas de autoservicio
- Empleados de talleres
- Encargados de la preparación de alimentos y bebidas

2.4.2 Enfermedades profesionales

Una enfermedad profesional es aquella que se contrae como resultado de la exposición a algún factor de riesgo relacionado con el trabajo. El origen laboral de una enfermedad, requiere que se establezca la relación causal entre la enfermedad y la exposición del trabajador a determinados agentes peligrosos en el lugar de trabajo. Esta relación suele establecerse sobre la base de datos clínicos y patológicos, historial profesional (anamnesis) y análisis del trabajo, identificación y evaluación de los riesgos del trabajo, así como de la comprobación de la exposición. Cuando se diagnostica clínicamente una enfermedad y se establece dicha relación causal, se considera entonces como enfermedad profesional (OIT, 2013).

La enfermedad laboral ha surgido paralelamente a la evolución que ha tenido las actividades laborales. En la antigüedad no existían las precauciones necesarias para generar medidas que no dañaran al trabajador cubriendo de una enfermedad o accidente (Cabanellas, 1988), no existía preocupación por químicos o maquinaria. Fue hasta el final del siglo XVII y principios del XVIII,

con los trabajos de Ramazzini considerado el padre fundador de la medicina del trabajo, que se empiezan a sistematizar ciertas enfermedades que atacan a determinado grupo de trabajadores afectados por la misma tarea (Pavese y Gianibelli, 1992).

En la actualidad se conoce un conjunto de factores de riesgo profesional que afectan a la salud, tanto física como mental y que se deben tener en cuenta para procurar salud laboral (Peiro, 1992). Es así que el riesgo profesional hace referencia a la posibilidad de sufrir algún daño como consecuencia de las circunstancias o condiciones del trabajo. Esto se refiere a las tareas en determinado entorno que influirán en la salud de una persona, tanto en aspectos físicos, como psicológicos y sociales (Llor et al; 1995)

Por ello se han hecho estudios acerca de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, creando varias clasificaciones de los factores de riesgo (Álvarez y Faizal. 2012) que producen enfermedad, los cuales se enlistan a continuación:

- a) **Físicos:** Son todos los factores ambientales del lugar físico de trabajo que al entrar en contacto con las personas, pueden provocar efectos negativos en la salud según sea la intensidad, la exposición y concentración de los mismos. Los factores dentro del ambiente físico que causan daños pueden ser ruidos, vibraciones, temperaturas extremas, iluminación, rayos X, soldaduras, etc. Las enfermedades que podría generar son: sordera, hipotermia, cáncer por radiación etc.
- b) **Químicos:** Son elementos o sustancias orgánicas o inorgánicas, naturales o sintéticas en el ambiente de trabajo que pueden presentarse en distintos estados físicos que ingresan al organismo en diferentes cantidades por absorción o ingestión y dependiendo de su exposición, pueden lesionar la salud de las personas en contacto con ellas generando efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes, tóxicos y quemaduras que generan principalmente problemas pulmonares.
- c) **Biológicos:** Se refiere a los micro y macro organismos patógenos que están presentes en determinados ambientes de trabajo que por sus características físico-químicas pueden causar enfermedades contagiosas al ingresar al organismo de las personas. Estas enfermedades regularmente son infecciosas y del tipo parasitario, ocasionadas por virus, bacterias, hongos, parásitos, venenos, etc.

d) Ergonómicos: Son todos aquellos factores como objetos, puestos de trabajo y herramientas, que dependen de la carga de trabajo y que producen fatiga física, intelectual o desórdenes músculo-esqueléticos, por la duración de la jornada, ritmos de trabajo e incomodidad en el puesto de trabajo que son generadas por posturas inadecuadas, sobre-esfuerzo físico y movimientos repetitivos que generan algunas enfermedades como: tunnel del carpio, lumbalgia, hernias discales, deformaciones óseas, entre otras.

e) Psicosociales: Se refiere a la interacción de los aspectos propios de las personas y las situaciones laborales que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y las tareas que afectan el desarrollo físico, psíquico y social del trabajador así como al impacto que tienen en el proceso productivo. Los factores que pueden desarrollar un factor de riesgo son el trabajo monótono, trabajo bajo presión y jornada laboral extensa. Las principales enfermedades relacionadas con estos factores: estrés laboral, malas relaciones interpersonales, insomnio, presión de tiempo, insatisfacción laboral, aumento de accidentes y ambigüedad y conflicto en el papel a asumir en el trabajo. Algunas de estas enfermedades son descritas a continuación:

Síndrome del Quemado (Desgaste laboral/ ocupacional)

El síndrome de desgaste ocupacional o *burnout* fue descrito por primera vez por Herbert J. Freudenberger y Cristina Maslach, quienes lo definieron como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en empleos demasiado absorbentes, estresantes y desgastantes. Este síndrome aparece como consecuencia a factores crónicos en el trabajo. Según Malash, Scaufeli y Leiter (2001) las tres dimensiones clave que hay en este síndrome son las siguientes:

- 1) Se manifiesta en la esfera individual y se caracteriza por agotamiento emocional, la persona intenta abarcar demasiadas cosas hasta agotar sus recursos emocionales y físicos.
- 2) Corresponde a los sentimientos de despersonalización que se manifiestan en el área interpersonal del desgaste ocupacional, en esta dimensión la persona tiene un distanciamiento excesivo frente a diversos aspectos del trabajo. La persona que sufre de

este síndrome genera actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento.

- 3) La última dimensión se refleja en una sensación de ineficiencia y falta de realización personal en el trabajo, incluye sentimientos de incompetencia y de productividad en el trabajo (Ramos, 1999).

El síndrome de desgaste ocupacional está relacionado con la respuesta ante el estrés provocado, en mayor o menor medida, por el desgaste del trabajo emocional; convirtiéndose en una forma de estrés ocupacional, el cual se manifiesta principalmente en la población laboral de servicios directos a otras personas. Las personas con este síndrome intentan abarcar varias cosas a la vez y es ante estas conductas que agotan sus recursos emocionales y físicos. Incorporando este estilo de vida a su día a día volviéndolo algo crónico y atrayendo consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad o falta de salud.

El burnout es consecuencia del estrés laboral; y desde una perspectiva psicosocial, puede ser abordado como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas. El proceso de esta enfermedad se ordena de la siguiente forma (Edelwich y Bodsky, 1980 en Carlotto y Gobbi, 2001):

Fase inicial (De entusiasmo): Se experimenta, ante un nuevo puesto o situación retadora, la persona se encuentra llena energía y expectativas positivas, por lo que no importa alargar la jornada laboral. Existe una supervaloración de la capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que influyen en el trabajo ofrecido. La frustración de las expectativas genera sentimiento de desilusión, haciendo que el trabajador pase a la siguiente etapa:

Fase de estancamiento: El trabajador no ve cumplidas sus aspiraciones profesionales y empieza a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. Además se genera un desajuste entre las demandas y los recursos que viene acompañada con la sensación de incapacidad para dar una respuesta eficaz.

Fase de frustración: La desilusión comienza a formar un sentimiento negativo en el individuo. El trabajo carece de sentido, existe irritación y conflictos en el grupo. La salud puede empezar a fallar, apareciendo problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

Fase de apatía: Comienzan a generarse cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a las personas generalmente de forma distanciada y mecánica, se antepone la satisfacción y se tratan de evitar tareas estresantes.

Fase de quemado: Se colapsa emocionalmente y cognitivamente lo cual genera consecuencias para la salud del trabajador. El trabajador siente deseos de dejar el empleo debido a que lo percibe como una vida profesional de frustración. Esta descripción de la evolución del síndrome tiene carácter cíclico; así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

Es difícil observar la sintomatología del síndrome, su cronicidad o su intensidad en las fases más avanzadas lo que habitualmente deriva en consecuencias severas para la persona. Algunos síntomas, al hacerse crónicos se intensifican y degeneran hacia procesos más graves, si no se corrige la situación. Esta respuesta surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales. Supone para el trabajador una sensación de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con los usuarios.

Los principales síntomas del síndrome de burnout se expresan en diferentes esferas, como se muestra a continuación (Álvarez y Fernández, 1991):

Psicosomáticas: Cansancio hasta el agotamiento y malestar general (Deterioro de la calidad de vida), fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.) con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.

Conductuales: Despersonalización en la relación con las personas, absentismo laboral, desarrollo de conductas de abuso como barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para relajarse, incapacidad de concentración, comportamientos de alto riesgo o aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

Emocionales: Predomina el agotamiento emocional, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, soledad, alienación, impotencia o depresión, baja tolerancia a la frustración, desorientación, aburrimiento o, frustración ante la baja realización personal.

Actitudinales: Desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los integrantes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.

Sociales: Actitudes negativas hacia la vida en general, disminución de la calidad de vida, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extra laboral del sujeto. Existe la posibilidad de que este síndrome se presente de forma colectiva, destacando en él propiedades de contagio, lo cual explicaría los elevados porcentajes que a menudo se presentan en los estudios de tal carácter.

Fatiga y Trabajo

El Síndrome de la Fatiga Crónica (SFC) es un mal que puede disminuir hasta un 50% la productividad laboral (Zamora, 2009 En Vargas, 2009) Este padecimiento es una alteración de cansancio o agotamiento prolongado que no se alivia con el descanso, y cuyos síntomas son: pereza, insomnio, molestia muscular y fiebre, entre otros.

Una forma de definir la fatiga física es aquellos cambios subjetivos y objetivos que ocurren en algunas áreas del cuerpo y que son el resultado de esfuerzos repetidos (Carranza y González, 2004). Mientras que la Real Academia de la Lengua (2000) la define como: la agitación duradera, cansancio, trabajo intenso y prolongado.

La fatiga en el trabajo se puede abordar desde dos perspectivas (Morales, 1986):

- Fatiga física, en esta ocurre en aquellas actividades donde se realicen ejercicios estáticos (No hay movimiento del músculo) o dinámicos (Hay movimiento del músculo).
- Fatiga mental: Que se caracteriza por una alteración temporal de la función mental provocada por la resistencia del organismo a la repetición inmediata

De acuerdo a la definición anterior se puede decir que la fatiga es una consecuencia del trabajo, manifestándose de forma general o local por la tensión que no se elimina en determinado plazo. La fatiga mental, entendida como alteración temporal disminuye la eficiencia de los procesos mentales básicos (Atención, concentración, memoria, etc.) y la fatiga física, esta condición en parte está determinada por las características de personalidad, pero en algunas ocasiones el descanso no es suficiente para aliviar el malestar.

En las actividades laborales la fatiga física tiende a aumentar, observándose como fatiga crónica y psíquica, pudiendo llegar a ocasionar envejecimiento precoz en ambientes agresivos. La fatiga laboral se puede medir en diferentes estados de intensidad desde muy ligera hasta el agotamiento total.

La fatiga aparece como una reacción homeostática del organismo para adaptarse al medio y su principal síntoma es una reducción de la actividad como consecuencia de una disminución de la atención, de la motivación y la lentitud del pensamiento. La fatiga produce disminución de la capacidad de respuesta, cuando existe un desequilibrio prolongado entre la capacidad del organismo y el esfuerzo que debe realizar para dar respuesta a las necesidades del ambiente, puede aparecer la fatiga crónica, debido a que una determinada carga que se va repitiendo.

Cuando los síntomas se vuelven crónicos es posible que el organismo se resista al tratamiento. Sus síntomas pueden manifestar inestabilidad emocional (estrés, irritabilidad, ansiedad y estados depresivos), alteraciones del sueño, enfermedades psicosomáticas (mareos, alteraciones cardíacas, problemas digestivos, dolores de cabeza), incapacidad no sólo en la esfera laboral, sino también en la vida personal, familiar y social.

Acoso Laboral (*Mobbing*)

El Acoso Laboral o *Mobbing* proviene del verbo latino “mobile vulgus” cuyo significado indica a un grupo de personas que de modo inmoral se dedica a las actividades violentas e ilícitas. Uno de los primeros científicos en utilizar este término fue Konrad Lorenz, quien lo describe como el ataque de una coalición de los miembros más débiles de una misma especie contra otro individuo más fuerte que ellos.

El acoso laboral como efecto de acosar o molestar, consiste en perseguir insistentemente a una persona. En su manifestación en el ámbito laboral se aborda como acoso moral y sexual.

Mobbing en el mundo laboral se define como el maltrato persistente, deliberado y sistemático de uno o varios miembros de una organización hacia un individuo con el objetivo de aniquilarlo psicológicamente y socialmente y de que abandone la organización (Moran, 2002).

Schuster (1966) define al mobbing como una de las experiencias más devastadoras que puede sufrir un ser humano en situaciones sociales ordinarias. Mencionando que es un objeto de agresión por los miembros del propio grupo social y lo distingue de dos situaciones: el rechazo social, en el que el individuo puede ser excluido por sus iguales de contactos e interacciones, pero no perseguido y la desatención social en la que simplemente el individuo es ignorado.

En la vida laboral, tiene que ver con manifestaciones de hostilidad como acciones o palabras que proceden de un individuo o grupo de individuos y se dirigen a una persona determinada, poniéndola en una situación de desventaja e indefensión, empujándola a marcharse a través de constantes actos de hostilidad (Leymann, 1996 a)

Para que pueda denominarse acoso laboral es necesario que los comportamientos se den bajo las siguientes condiciones (Leyman, 1996):

- 1) Acciones que llegan a ser sentidas como hostiles y tener cierta gravedad como para provocar desórdenes psicosomáticos o psiquiátricos.
- 2) Se repiten frecuentemente (Al menos una vez por semana).
- 3) Se prolongan durante un cierto periodo de tiempo (por lo menos 6 o más meses).

Estos comportamientos van dirigidos a anular profesional y personalmente al acosado, hacen que no pueda expresarse, intentar reducir y destruir sus relaciones sociales y si es necesario llegan a atacar contra su salud física y psíquica, logrando afectar su calidad de vida.

Los comportamientos de acoso laboral, observados directamente o relatados por las víctimas se distribuyen en 4 dependiendo la finalidad con la que cumplen:

- Impedir que la persona acosada se exprese.
- Aislar al acosado.
- Comportamientos dirigidos a desacreditar a la persona acosada delante de sus compañeros.
- Desacreditar al acosado en su trabajo.

- Comprometer la salud de la persona en el proceso.

En cualquier caso el mobbing implica un conjunto de riesgos psicosociales, con las diversas clases de acoso las cuales responden a las relaciones interpersonales que se dan en las empresas e instituciones, y que se manifiestan a través de una serie de conductas que violan los derechos básicos de los trabajadores.

De acuerdo a Coyne (2003 En Becerra y Trujillo, 2007) existen características específicas de las personas más propensas a sufrir este fenómeno: son personas moderadamente inseguras, ingenuas y complacientes, se les dificulta expresar sus emociones, se consideran prudentes, constantes, trabajadores pero con falta de confianza personal, su perfil no es el de un jefe o supervisor.

2.5 Las adicciones

El consumo de sustancias para alterar el estado de consciencia comenzó desde las primeras culturas cuando se exploraron diferentes tipos de hierbas, hojas, semillas y raíces de plantas, que prevenían infecciones y calmaban dolor, en esta búsqueda de promoción de la salud también se descubrieron drogas recreativas, que producían efectos placenteros cuando se ingerían, bebían o fumaban.

En los rituales religiosos se empezaron a consumir las sustancias tóxicas, principalmente opio, hongos y alcohol las cuales causan alteraciones perceptivas que se consideraban manifestaciones divinas. Posteriormente se comenzaron a utilizar las drogas recreativas que se volvieron tan populares que su cultivo en cosechas comerciales se extendió por todo el mundo. Los asiáticos fueron los primeros en descubrir los efectos del cannabis fumado y los americanos descubrieron el efecto del tabaco fumado (Carlson, 2004). A lo largo del tiempo distintas entidades gubernamentales en el mundo han intentado regular el consumo de estas sustancias.

Adicción es el término utilizado para describir a las conductas repetitivas y excesivas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios

continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad (ONU, 1957)

La adicción es una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por alterar los centros de recompensa del cerebro como: la motivación, la memoria y los circuitos relacionados, dichos circuitos buscan de manera patológica recompensa y/o alivio a través del uso de una sustancia u otras conductas. Posteriormente muestran incapacidad de abstenerse deteriorando el control de su comportamiento (Sociedad Americana de la Medicina de la Adicción, 2011).

En general la adicción es toda conducta sistemática que genera un obstáculo para llevar a cabo su vida cotidiana y que pueda categorizarse como adictiva.

La persona que tiene algún tipo de adicción es denominada adicta, esta palabra se remite a la antigua Roma, en donde un sujeto que no podía pagar sus deudas entregaba su vida como esclavo. De este modo salía de deudor pagando con su libertad, llevando este concepto al contexto actual se puede decir que la persona entrega su libertad a una sustancia o a un objeto (Nakken, 2007).

El adicto busca satisfacer sus necesidades de felicidad mediante un patrón adictivo que modifica su conducta y transforma su personalidad a lo largo del tiempo Nakken (2007). El adicto utiliza una sustancia o un objeto para modificar su estado de ánimo, con la creencia de que puede controlar los ciclos adictivos. Para el adicto, el comportarse compulsivamente es un medio para crear un cambio emocional y mental, ya sea a través de pensamientos y/o conductas, él aprende a crear sentimientos de relajación, excitación, control u odio (Guerreschi, 2007)

Bajo estas circunstancias se sabe que la adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psico-social. Las causas que originan la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo, teniendo como resultado una causa y efecto.

Los factores que pueden iniciar una adicción y que intervienen en la repetición de la conducta son se muestran a continuación:

Individuales	Familiares	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición física. • Falta de autoestima. • Baja tolerancia a la frustración. • Sentimientos de soledad. • Estados depresivos. • Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinadas sustancias. • Respuesta ante la angustia. • Anestesia ante el dolor irresistible. • Intento de fuga a la realidad. • Situaciones de aislamiento y soledad. • Aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración del núcleo familiar. • Problemas de comunicación. • Rigidez en los roles. • Abandono afectivo. • Sobreprotección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fácil acceso a sustancias psicoactivas. • Pocas oportunidades para el empleo. • Pocas oportunidades para la educación. • Publicidad relativa a bebidas alcohólicas y tabaco. • Necesidad de pertenencia a un grupo. • Ambiente desfavorable.

Figura 6. Factores que pueden generar una adicción (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2008).

Según el DSM-IV para poder diagnosticar dependencia física y psicológica las personas deben presentar tres o más de los siguientes criterios en un período de 12 meses (APA, 2001):

- a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- b. Dificultades para controlar dicho consumo.
- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.

- e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión cada de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).
- f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Hay que distinguir que también existen las adicciones psicológicas (adicciones sin sustancia) las cuales no están incluidas dentro de los criterios de los manuales diagnósticos DSM IV ni en el CIE – 10; las clasificaciones psicológicas de estos manuales reservan el termino adicción a los trastornos producidos por el abuso de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína y opiáceos, etc.).

La diferencia entre las adicciones con sustancias y adicciones psicológicas radica en que la adicción por sustancias genera una dependencia química entre el individuo y objeto o sustancia, como es el caso del alcohol, drogas psicotrópicas, nicotina y cafeína, etc. (OMS, 2004). Mientras que la adicción psicológica se refiere a eventos que generan dependencia psicológica, como es la comida, el juego, dispositivos electrónicos, internet, sexo y trabajo, entre otros. Las adicciones psicológicas están fomentadas por la sociedad actual, que se basa en el éxito del dinero rápido, impulsando el consumo de una sociedad, en la cual se vale más mientras más tiene y no se ve peligro ante un consumo masivo.

Las adicciones psicológicas se diferencian en algunos aspectos de las adicciones con sustancias. Desde una perspectiva psicopatológica, las adicciones con sustancia (tabaco, alcohol, ansiolíticos, cocaína, etc) son más habituales que las psicológicas, aunque se pueden encontrar pacientes con adicciones psicológicas múltiples que generalmente van acompañadas de una adicción con sustancia. Entre las adicciones psicológicas o comportamentales encontramos al juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas, etc. (Cía, 2013).

Durante el desarrollo de la adicción se presentan los siguientes niveles:

- 1. Experimentación:** La persona siente curiosidad de probar una droga o asumir una conducta.
- 2. Uso:** Se consume y/o se practica durante uno o dos días a la semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de

intoxicación. Mientras que va cayendo poco a poco en la dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.

3. Abuso: Se comienza a usar y/o practicar de manera regular. Comienza un deterioro en el ambiente académico, laboral, social y familiar.

4. Adicción: Rompe sus relaciones sociales. Comienzan las conductas compulsivas. No hay abstinencia. Se recurre a conductas de riesgo para conseguir la droga o realizar la conducta.

Las adicciones tienen efectos reforzantes muy potentes, los cuales desarrollarán a través de la práctica de las conductas que conducen a las personas a abusar de ellas y buscar la repetición de aquello que les causa placer. Existen dos tipos de reforzamiento:

- 1) El refuerzo positivo se refiere al efecto que tienen ciertos estímulos en las conductas que le preceden, es decir que ante la aparición de un estímulo, el sujeto ejecutará una respuesta y si la respuesta es reforzada de manera placentera (positiva) se aumenta la probabilidad que la respuesta se repita, es el aspecto placentero de la conducta lo que ocasiona la búsqueda continua del reforzador.
- 2) El refuerzo negativo se refiere al refuerzo de una conducta que pone fin o disminuye a un estímulo aversivo.

Existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas. En estos casos el sujeto muestra una fuerte dependencia psicológica hacia las mismas, actúa con ansia y de forma impulsiva y pierde el interés por cualquier otro tipo de actividades gratificantes anteriores, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas.

Las adicciones desarrollan en el organismo consecuencias en el bienestar físico y psicológico de la persona. Cuando una persona se vuelve adicta a una sustancia o a una conducta es posible que tenga que consumir cada vez esa sustancia o repetir esa conducta ocurriendo dependencia física, tolerancia y síndrome de abstinencia, caracterizándose por lo siguiente:

Eddi y cols. (1965) definieron la dependencia física en tres estados adaptativos:

- La alteración física que se presenta cuando se suspende la conducta adaptativa.

- La dependencia psíquica se da con un estado en el que la adicción produce una sensación de satisfacción y una motivación que requiere la administración periódica o continua para producir placer o evitar sensaciones desagradables (Carlson, 2004)
- La dependencia social se presenta con el hecho de reproducir una conducta con la finalidad de pertenecer a un grupo social que proporciona identidad.

La dependencia, permite restaurar el equilibrio homeostático entre el estilo de vida y mantener el hábito que conforma la adicción. Lo que caracteriza una adicción psicológica no es el tipo de conducta implicada, si no el tipo de relación que el sujeto establece con ella (Echeburúa y Corral, 1994).

La tolerancia es uno de los efectos del consumo o conducta diaria, lo que causa habituación para el organismo; para que sea efectiva, el consumidor requerirá de cantidades mayores para obtener los mismos efectos en el organismo (Carlson, 2014).

El síndrome de abstinencia es un impulso intenso para realizar una conducta que trae consigo efectos perjudiciales para la persona que la ejecuta, esta se acompaña con estímulos internos (Disforia, tensión emocional, aburrimiento, recuerdos de placer experimentado en ocasiones anteriores, etc) y externos (olor a alimentos en el caso de un adicto a la comida). En las adicciones psicológicas el paciente puede pasar horas e incluso días sin poner fin a la abstinencia (García – Andrade, 1993).

El síndrome de abstinencia aparece cuando se suspende el consumo o comportamiento adictivo, una vez que el organismo se había acostumbrado a esas sensaciones placenteras. La recaída puede iniciarse por el intento de evitar los síntomas de la abstinencia (En los días posteriores a su inicio) o por las sensaciones de apatía e insatisfacción experimentada cuando las actividades cotidianas no consiguen llenar ese vacío (Soto, 2013).

En la sociedad postmoderna proliferan no solo las adicciones a sustancias, sino también a conductas que han sido consideradas como normales y propias de la condición humana por ejemplo el uso excesivo de aparatos tecnológicos, comer y trabajar excesivamente, etc.

2.6 Efectos de las adicciones

2.6.1 Fisiológicos

El cerebro se compone de millones de neuronas las cuales se comunican entre sí a través de diferentes estructuras y vías de comunicación, por medio de estas redes se transmite, estimula y regula todos los pensamientos y sensaciones.

Las neuronas se comunican entre sí a través de neurotransmisores, que contienen mensajeros químicos que envían información hasta un receptor específico en otra neurona. Los estímulos que provienen del medio externo, activan ciertas áreas cerebrales que tienen acción específica en la conducta enviando información sensorial, activación, relajación, sensación de placer o malestar.

A nivel cerebral una adicción actúa principalmente en el circuito dopaminérgico que se compone del Núcleo Accumbens, la Amígdala, el sistema límbico y el área tegmental ventral, en este circuito se activan los estímulos cerebrales asociados a la sensación de placer y recompensa, cuyo neurotransmisor es la dopamina. Las adicciones tienen la capacidad de aumentar la dopamina, este aumento provoca la sensación de euforia (Echeburua, 2000).

En este circuito ocurren las actividades fundamentales para la vida (alimentación, bebida, reproducción o relaciones sociales) que se acompañan de sensaciones agradables y satisfactorias. Las adicciones favorecen la sensibilización del sistema dopaminérgico conducta que provocó el placer, lo que causa que el organismo emita la orden de búsqueda y repetición de la adicción.

Al usar determinadas sustancias o realizar ciertas conductas el efecto placentero es parecido a cuando realizamos actividades gratificantes cotidianas, pero con una intensidad y rapidez muy superior. Así, su impacto queda grabado en los centros cerebrales de la memoria, generando una fuerte motivación a repetir el consumo o conducta. Este fenómeno también ocurre cuando se repite un determinado comportamiento, buscando obtener placer. Si posteriormente, se utiliza para eliminar sensaciones desagradables, puede desarrollarse una relación adictiva con ese comportamiento (Soto, 2013)

A largo plazo, el cerebro se acostumbra a esa sobre estimulación de las zonas relacionadas con el circuito dopaminérgico, ajustando el equilibrio a la nueva situación. Cuando esto ocurre también se encuentran afectados los circuitos cerebrales de la motivación y el autocontrol. La atención se concentra en el consumo o en la conducta, que cada vez es más automático, compulsivo e irrefrenable.

2.6.2 Conductuales

Las conductas adictivas se caracterizan por la capacidad que tienen para producir gratificación inmediata y pérdida de control, por lo cual el adicto presenta un patrón de comportamiento desadaptativo, que conduce a deteriorarlo física y mentalmente. Las adicciones producen dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia.

Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción:

- 1) Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión por llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible);
- 2) La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre);
- 3) Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
- 4) Persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana. La conducta placentera tiende a repetirse y es por ello susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo.

El ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida, la cual obtiene de diversas actividades: la familia, el trabajo, el sexo, la comida, las aficiones, el deporte, actividades recreativas, etc. El riesgo de adicción es alto cuando la persona se sienta frustrada en una o varias facetas ya que fijará su atención en aquella que le genere mayor placer.

En algunos casos hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica que predispone a una conducta adictiva tal es el caso de la impulsividad, la disforia, la intolerancia a los estímulos displaceteros, (físicos y psicológicos) y la búsqueda exagerada de sensaciones. (Cía, 2013).

2.6.3 Sociales

Uno de los problemas de las adicciones es que no solo va a afectar al adicto, sino también a las personas cercanas y la familia que sufren la desintegración.

Es por ello que las consecuencias y la manera como se relacionen socialmente serán diferentes en función de los tipos de adicciones. Todas son valoradas como negativas, pero el grado de desaprobación varía. En el extremo de mayor rechazo social se sitúa la conducta adictiva considerada como delito; en un punto intermedio de desaprobación menor se considera como enfermedad y en el extremo menor de rechazo se sitúa a la adicción considerada meramente como un mal hábito, por ejemplo adicción a la comida y a las compras (Centro de Integración Juvenil, 2008).

Las conductas se vuelven adictivas en función de la intensidad, de la frecuencia y de la cantidad de tiempo/ dinero invertido y en ultimo termino en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas.

La dinámica de las relaciones, la comunicación y la conducta de las personas que están alrededor del adicto, cambian y se hacen disfuncionales. Los cambios producidos pasan a formar parte del cuadro de la adicción, provocando así codependencia y dando lugar a la conducta adictiva.

Dentro de las relaciones sociales las personas que están alrededor del adicto desarrollan codependencia convirtiéndose en una relación de desconfianza, obsesión, de vacío y de miedo.

Una adicción puede ser el resultado del desorden aprendido y puede transmitirse dentro de las personas cercanas si no es tratado adecuadamente. La familia juega un rol muy importante dentro de la recuperación de la persona que sufre de adicción a sustancias, comportamientos y descontrol de las emociones.

2.6.4 Laborales

La Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD, 2011), estima que entre 155 y 250 millones de personas entre los 15 y 64 años en todo el mundo (1 de cada 20 personas en edad de trabajar) consumieron drogas ilícitas.

La Organización Internacional de Trabajo muestra que más de 50 millones de personas en el mundo presentan dependencia al tabaco, alcohol y otras drogas, 70 por ciento de los consumidores de alcohol y otras drogas tiene empleo pero con un rendimiento laboral menor en 30 por ciento.

Algunas consecuencias en trabajadores consumidores de alcohol y otras drogas (Secretaría de Trabajo y Previsión Social, 2011):

- El ausentismo laboral es de tres a cuatro veces superior respecto a quienes no consumen.
- Reciben cinco veces más sanciones disciplinarias.
- Recurren tres veces más a prestaciones por enfermedad.
- El 10 por ciento de los accidentes en los centros de trabajo se relaciona con trabajadores que presentan dependencia al tabaco, alcohol u otras drogas o que se encontraban intoxicados al momento de ocurrir el accidente.

2.7 Adicciones con sustancia

Lo que caracteriza a una adicción con sustancia es la ingesta de alguna sustancia ya sea de origen sintético u orgánico. Esta sustancia al interaccionar con el organismo modifica el comportamiento y otras reacciones químicas del cerebro, generalmente se utilizan estas sustancias de manera continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y aliviar el malestar.

Estas sustancias o fármacos son llamados drogas, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. En 1983, la OMS delimitó cuáles eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga aquella sustancia con efectos psicoactivos (capaz de producir

cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser auto-administrada. (OMS, 1983).

El consumo crónico de las drogas tiene graves efectos en los procesos cognitivos y en la calidad de vida del adicto. Con el paso del tiempo se podrá observar que el adicto presenta disminución del aprendizaje y alteraciones de la memoria a corto plazo, un deterioro en la actividad académica/laboral, pérdida de motivación por el estudio/trabajo, cambios bruscos de humor y síntomas ansiedad y tendencia depresiva, así como una alteración del sistema inmunológico (Chabrol, Ducongé, Casas, Roura y Carey, 2005). Las drogas en dosis altas o frecuentes favorecen la aparición de esquizofrenia en personas con una predisposición genética a este trastorno (Barkus y Lewis, 2008; Núñez y Gurpegui, 2002; Zammit, Allebeck, Andreasson, Lundberg y Lewis, 2002).

A continuación se realiza una descripción de las adicciones más comunes a sustancias:

Alcohol

El alcohol es una sustancia obtenida de la fermentación o destilación de frutas o granos. El alcoholismo o adicción al alcohol es una de las adicciones más comunes, debido a que es de bajo costo y fácil acceso. Existen distintos factores que originan el alcoholismo o cualquier otra adicción, se pueden generar además por la combinación de distintos aspectos: genética, medio ambiente y la estructura psicológica que posee el individuo, estos factores regularan la forma en como enfrenta su medio.

En el organismo, el alcohol actúa como un depresor del sistema nervioso central, produciendo desinhibición conductual y emocional. En el inicio del consumo hay un comportamiento eufórico, para posteriormente generar acción inhibitoria sobre los centros cerebrales responsables del autocontrol, lo cual provoca una conducta alentada.

Los efectos inmediatos que tiene el alcohol en el organismo van a depender de diversos factores como: la edad, el peso, el sexo, el metabolismo y la combinación con bebidas carbónicas (tónica, Coca-Cola, etc.) Dependiendo de la cantidad de alcohol etílico este en la sangre se experimentarán los estados de (Estruch, 2002):

1. Sobriedad (Experimenta una conducta aparentemente normal)

2. Euforia (aumenta la sociabilidad, atención y el control disminuye)
3. Excitación (Hacer cosas sin sentido, disminución de la atención, memoria, descoordinación y de la comprensión).
4. Confusión (desorientación, confusión mental, mareos, alteraciones en la percepción y movimiento)
5. Estupor (Pérdida total del control)
6. Coma (Inconsciencia, estado anestésico y coma)
7. Muerte (Durante las primeras fases la conducta manifiesta euforia pero en grandes cantidades se produce el efecto contrario)

El efecto que tiene el alcohol en el organismo con el tiempo podrá desencadenar algunas enfermedades físicas como son polineuropatía alcohólica, psicosis de Korsakov, gastritis crónica y aguda, hipertensión arterial, arterioesclerosis, hepatitis, cirrosis, pancreatitis aguda y crónica, impotencia sexual, atrofia testicular, infertilidad, entre otras.

A nivel comportamental el consumo de alcohol conlleva fuertes alteraciones del comportamiento, origina violencia y agresividad con irritabilidad, autoengaño, tendencia a la tristeza, paranoia, celotipia y sentimiento de soledad. El alcohólico puede tener constantes alteraciones de conducta, teniendo una búsqueda constante de pretextos para beber y obtener bebidas alcohólicas y experimentar la sintomatología de embriaguez, al llevarse a cabo esta conducta producirá culpabilidad y nueva búsqueda de alcohol para justificar los sentimientos negativos que experimenta (González, 2011).

Anfetaminas

Las anfetaminas, también conocidas como *speed* son psicoestimulantes producidos sintéticamente en laboratorios químicos, son drogas adictivas que actúan como estimulante del Sistema Nervioso Central (Rodríguez y González, 2005).

Las anfetaminas generalmente se presentan en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color, pueden ingerirse vía oral, aspirarse o inyectarse.

En el plano psicológico, el consumo crónico de esta sustancia puede causar: cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia, con delirios persecutorios y alucinaciones, depresión reactiva, delirios paranoides, intensa dependencia psicológica, agitación, euforia, sensación de energía y

autoestima aumentada, estado de alerta - vigilancia constantes, verborrea y agresividad. Mientras que en los efectos fisiológicos se presentará falta de apetito, falta de sueño, taquicardia, insomnio, sequedad de boca, sudoración, incremento de la tensión arterial y contracción de la mandíbula. Estos efectos psicológicos y fisiológicos son similares a los que se experimenta con el consumo de cocaína (Rodríguez y González, 2005).

En el momento en que la enfermedad ya es crónica el organismo presenta algunas enfermedades como hipertensión, arritmia, colapso circulatorio, trastornos digestivos, entre otros.

Cuando la persona intenta evitar el consumo de anfetaminas experimentará el síndrome de abstinencia que se presenta con un cuadro muy grave de depresión, letargia y cansancio, lo que puede llevar al adicto a tomar grandes dosis de esta droga para mitigar este estado provocando constantes recaídas.

Marihuana (Cannabis)

La cannabis o también llamada Marihuana es una droga que empezó a utilizarse con fines medicinales y religiosos. La marihuana tiene como sustancia activa el cannabis que es una planta cuyo nombre científico es *Cannabis sativa* y sus efectos psicoactivos son debidos a uno de sus principios activos: el tetrahidrocannabinol (THC). Esta se elabora a partir de la trituración de flores, hojas y tallos secos.

Al ingresar al cuerpo la marihuana se concentra principalmente en los tejidos grasos del organismo y en el cerebro, por lo que tarda mucho tiempo salir del organismo cuando el consumo es regular, por lo que su efecto en el organismo es duradero.

Cuando se consume fumando, se absorbe en los pulmones y llega con rapidez al cerebro en pocos minutos se manifiestan sus efectos, que duran entre 2 y 3 horas dependiendo de la cantidad que haya sido consumida.

Los principales efectos psicológicos que tiene el consumo de marihuana en el organismo son la relajación, desinhibición, sensación de lentitud en el tiempo, somnolencia, alteraciones sensoriales y dificultad de ejecutar funciones complejas, también pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad. Estos síntomas se acompañan de efectos fisiológicos que producirán

aumento del apetito, sequedad de la boca, ojos brillantes y enrojecidos, taquicardia, sudoración, somnolencia y descoordinación en los movimientos.

El consumo crónico genera problemas en la memoria, la concentración, el aprendizaje y la capacidad de coordinación. Así mismo entorpece las funciones superiores y la ejecución de tareas complejas que requieren de coordinación mente - cuerpo, como pueden ser conducir un vehículo, tomar decisiones o subir un par de escaleras (Alonso – Fernández, 1996).

En personas predispuestas puede favorecer el desencadenamiento de trastornos de tipo esquizofrénico. En el plano orgánico el adicto puede desarrollar enfermedades respiratorias, cardiovasculares, deterioros en el sistema reproductor y el sistema inmunitario.

Cocaína

La cocaína es una droga que se extrae de un arbusto que crece en Sudamérica llamado *Eritroxilon coca*, es una droga estimulante que actúa sobre el Sistema Nervioso Central.

La cocaína generalmente es presentada en polvo y es consumida por medio de inhalación, sin embargo también puede ser consumida de forma líquida, en este caso la sustancia activa es el clorhidrato de cocaína o crack que es alterado mediante un proceso químico para obtener una especie de cristales o "rocas" que al calentarlas se vuelven líquidas y se consumen por medio de inhalación de vapores o inyectada (Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo A.C., S/A).

El método de consumo inyectable causa múltiples riesgos de infecciones como Hepatitis y VIH, mientras que la inhalación de vapor y polvos daña la nariz. Su fácil absorción hace que llegue rápidamente al cerebro y se manifieste en pocos minutos.

Tanto la cocaína como el crack son drogas altamente adictivas, que producen comportamientos compulsivos y generan gran necesidad en el organismo.

Los efectos psicológicos que se manifiestan ante el consumo de la cocaína son: euforia, aumento de la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad y deseo sexual aumentado. Con los efectos fisiológicos experimentarán disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito y aumento de la presión arterial.

En el plano psicológico el consumo crónico puede provocar trastornos psíquicos, como ideas paranoides y depresión. En el plano orgánico el consumo crónico de cocaína puede causar: pérdida de apetito, insomnio, perforación del tabique nasal, sinusitis e irritación de la mucosa nasal, riesgo de infartos/hemorragias cerebrales y cardiopatía isquémica.

Heroína

La heroína es una sustancia que se extrae del opio (*Papaver Somniferum*) proviene de la resina de la planta de la amapola. La savia lechosa, como la del opio, primero se saca de la vaina de la flor de amapola y este opio se refina hasta convertirse en morfina, luego se refina aún más convirtiéndola en diferentes formas de heroína como la metadona, morfina, codeína.

El opio fue utilizado por la humanidad desde hace 4000 años antes de Cristo aproximadamente. La heroína fue sintetizada por primera vez a finales del siglo XIX por Bayer, en busca de un fármaco que tuviera la capacidad analgésica de la morfina, pero sin su potencial adictivo.

Esta es una sustancia que genera una fuerte dependencia en los planos físico, psicológico y comportamental. Generalmente se ingiere fumada, inhalada o inyectada. Los efectos son los mismos, pero varía su intensidad y la rapidez de actuación. Cualquier forma de consumo genera efectos negativos para la salud, en forma inhalable daña el tabique de la nariz mientras que inyectable implica algunas infecciones como hepatitis y VIH, ocasionadas por el uso de la misma jeringa por muchas personas.

El consumo de la heroína podrá causar alteraciones cognitivas y de la personalidad, como problemas de memoria, ansiedad y depresión. En el plano orgánico el consumo genera adelgazamiento, estreñimiento, caries, anemia, insomnio, inhibición del deseo sexual y pérdida de la menstruación en mujeres.

El consumo habitual genera tolerancia, por lo que el consumidor necesita aumentar la dosis para experimentar los mismos efectos, lo cual causa un riesgo mayor de sobredosis después de la abstinencia.

Inhalantes

Los inhalantes se componen principalmente de diferentes químicos, generalmente son productos de uso doméstico o industrial, como pegamentos, pinturas, gasolina, lacas, quitaesmaltes, gas para encendedores, líquido de frenos o aerosoles de todo tipo.

La mayoría de estas sustancias son consumidas inhaladas absorbiendo los gases a través de la mucosa nasal y oral.

La intoxicación por inhalantes es similar a la embriaguez producida por el alcohol, con síntomas tales como sensación de bienestar, habla confusa, visión borrosa, desorientación, torpeza mental, somnolencia, etc.

Estas son sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central que primero desinhibe al consumidor, para sumirle progresivamente en una depresión general que puede dar lugar a sueño o estado de coma.

Los principales efectos fisiológicos por el consumo constante de esta droga son irritación de la conjuntiva de los ojos y de las vías respiratorias superiores, lagrimeo, tos, gastritis, inhibición del apetito y dolor de cabeza. En el plano psicológico el consumo generara alucinaciones visuales, irritabilidad, disminución de la concentración, deterioro del rendimiento escolar y ausentismo escolar.

2.8 Adicciones sin sustancia

La adicción conductual alude al comportamiento compulsivo del sujeto, algunos ejemplos esta adicción son al juego, al uso de internet, la hipersexualidad, a la comida, el ejercicio físico excesivo o vigorexia, la dependencia a las compras, el trabajo, etcétera.

Las personas con una adicción presentan los siguientes signos (Echeburua, 1999):

- Pérdida de control sobre la conducta.
- Fuerte dependencia psicológica.
- Pérdida de interés por actividades gratificantes.

La conducta adictiva puede interferir gravemente en la vida cotidiana de la persona generando:

- Deterioro en el ámbito escolar, social, familiar y en las situaciones de ocio.
- Consumo de sustancias.
- Trastorno de la personalidad (Control de impulsos)
- Trastornos de ansiedad y depresión.

A continuación se muestran las características que se presentan en algunas de las adicciones por conducta que más se han estudiado en la actualidad.

Ludopatía: Adicción al juego

El juego patológico se caracteriza por la incapacidad del sujeto para dejar de jugar incluso cuando desea hacerlo, también por alterar las áreas significativas de su vida como la familia, amigos, trabajo, etcétera. El juego poco a poco se convierte en el centro de la vida de la persona. La ludopatía se relaciona directamente con el aumento y difusión sin restricciones de la oferta de juego, esta afecta principalmente a adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente (Becoña, 1996).

La adicción al juego se refiere principalmente a juegos de apuestas, juegos de azar como loterías, cupones y quinielas, aunque actualmente también se usan máquinas recreativas que facilitan el surgimiento de una adicción al juego (Secades y Villa, 1998).

La capacidad adictiva a los juegos en máquinas es muy alta, esto se debe a que el plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado es muy rápido, obteniendo una gratificación positiva o negativa inmediata lo cual ocasiona que se consolide la adicción.

Los juegos de azar tienen más elementos para movilizar la conducta adictiva debido a que el sujeto se atribuye a sí mismo el poder de control sobre el juego, el sujeto cree que el ganar o perder depende de su habilidad o suerte cuando en realidad son juegos de azar. Se considera que las expectativas de controlar lo que es azaroso favorecen la repetición. Cuando los juegos de azar se interpretan con pensamientos del tipo “tengo suerte” u “hoy no es mi día” el pensamiento

genera fuertes expectativas con respecto a las posibilidades de éxito y vuelve a jugar con la esperanza de ganar.

Una persona se encuentra en un estado de juego patológico cuando comienza a jugar y gastar más dinero de lo planeado, prefiere hacerlo solo e intentar recuperar lo perdido y seguir jugando. El afectado puede comenzar a tener distorsiones cognitivas que causan negación o minimización del problema, tienen la percepción de que el juego está bajo control, además maximizan los recuerdos selectivos de las ganancias y suprimen los momentos de sufrimiento subestimando las pérdidas (Ochoa, Labrador, Echeburúa, Betacoña y Vallejo, 1994).

Adicción al sexo

La sexualidad es una dimensión de la persona que impregna la vida cotidiana y que habitualmente se encuentra asociada al amor. La adicción al sexo puede afectar el funcionamiento cotidiano del sujeto.

La adicción al sexo se caracteriza porque el objetivo de la conducta es más la reducción de un malestar que la obtención de un placer. El sexo se convierte en un remedio para reducir la ansiedad y la actividad sexual se transforma en algo obsesivo (Melody, 1997). Es decir consiste en un exceso desbordante de deseos y conductas sexuales que el sujeto se siente incapaz de controlar. El impulso que es controlado se traduce como una conducta sexual breve, que es poco satisfactoria y se repite con intervalos variables cortos de horas y días, con personas distintas lo que convierte a esta adicción en una conducta de alto riesgo.

Los pensamientos sobre el tema se vuelven constantes y la conducta se reduce al objetivo de recibir placer sexual. Se utiliza a las personas solo en función del sexo siendo esta la única vía para conseguir una gratificación personal y afectiva (Alonso-Fernández, 1996)

La adicción al sexo puede llevarse a cabo de diversas formas: masturbación compulsiva, búsqueda ansiosa de relaciones múltiples, visitas a prostíbulos, consumo abusivo de líneas eróticas, visitas a las páginas de internet dedicadas al sexo, utilizando estos elementos para satisfacer las fantasías sexuales.

Se han destinado diferentes términos para la adicción al sexo como ninfomanía para mujeres o comportamiento sexual compulsivo para ambos sexos.

Adicción a la comida

La adicción a la comida es un fenómeno caracterizado por la conducta compulsiva de ingestión de alimentos. Se engorda porque la gente utiliza la mesa y la comida para aliviar la ansiedad, ocupando este como centro de relajación o de relación social. En la mayoría de los casos la obesidad oculta estados de depresión, ansiedad, inseguridad, irritabilidad y profunda insatisfacción.

La sobreingesta compulsiva es una parte de la adicción a la comida, supone la presencia regular de atracones sin control por parte del sujeto, estos preceden a una sensación de hambre voraz e incontenible, generalmente se esconden para evitar la culpa pero los alimentos que ingieren se basan en una cantidad de contenido altamente calórico en un periodo que van desde 20 hasta 60 minutos y se detendrá cuando el sujeto se sienta desagradablemente lleno.

Los atracones son gratificantes de forma inmediata disminuyendo la inquietud y sensación de euforia pero finalizando el atracón se genera un gran nivel de malestar físico (dolores abdominales, somnolencia, pesadez, etcétera.) y psicológico (sentimiento de culpa, pérdida de control, baja autoestima y depresión). La adicción a la comida crea ansiedad por ingerir alimentos, atracción irresistible y sensación de no parar, si la persona no satisface esta necesidad experimentara ansiedad e irritabilidad (Alonzo- Fernández, 1996)

Adicción a las compras

Los valores sociales impulsan al consumo, en la sociedad actual el valor individual depende de la cantidad de bienes materiales que se poseen. Consumir más puede significar sentirse mejor y situarse por encima de los demás (De la Granadara, 1993). Los adictos a las compras se muestran incapaces de controlar un fuerte impulso al consumo, que domina sus vidas y produce consecuencias graves.

La adicción a las compras es un impulso incontrolable para adquirir objetos. La gratificación deriva, más que de la utilidad de los productos, del propio proceso de comprar. Este consumo no planificado, excede las posibilidades económicas del sujeto y le lleva a un derroche en el gasto.

Los principales rasgos de esta conducta es que se compra por comprar, son excesivas, los objetos adquiridos son innecesarios y el sujeto es consciente de ello pero no puede frenar el impulso.

Adicción al internet

Actualmente la internet se ha convertido en un instrumento de comunicación, trabajo, ocio e información. Internet es una herramienta que ofrece diferentes ventajas y facilita la calidad de vida. Permite crear una identidad, un yo a la medida de las necesidades de uno mismo y además favorece la fantasía del mundo exterior por realidad virtual.

La adicción induce a tiempos de conexión sumamente altos que van más allá del promedio normal de los usuarios, una dedicación exagerada de tiempo como consecuencia de la ansiedad que provoca estar desconectado.

Algunos signos iniciales de la dependencia al internet son la revisión reiterada e irrefrenable de correo electrónico, el aumento desproporcionado e injustificado de tiempo y servicios en línea, convirtiendo así lo que sirve como herramienta de apoyo para el trabajo y el estudio en la parte central de la vida de una persona.

Todo ello viene acompañado de cambios psicológicos adicionales: alteraciones de humor, ansiedad e impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca causando un estado de consciencia alterado, irritabilidad e incapacidad de salirse de la pantalla.

El adicto empezará a aumentar las horas en cualquier equipo que permita el acceso a internet hasta aislarse del entorno familiar, laboral y/o escolar, es decir no prestará atención a otros aspectos u obligaciones.

2.9 Adicción al trabajo

2.9.1 Concepto de adicción al trabajo

El término de adicción al trabajo fue definido por primera vez por el psicólogo Oates en 1968, para referirse a la adicción que padecen algunas personas como una necesidad excesiva e

incontrolable de trabajar innecesariamente afectando a la salud, felicidad y a las relaciones de la persona.

Spence y Robbins (1992) definen a la persona adicta al trabajo como alguien que está muy implicado laboralmente, que se siente impulsado a trabajar a causa de una compulsión interna más que por demandas externas y que experimentan un bajo placer en el trabajo.

Porter (1996) describe esta adicción como una implicación excesiva con el trabajo, evidenciada por descuidar otras áreas de la vida y que se mantienen más por motivos internos que por los requerimientos laborales y de la organización.

Robinson (1997) describe la adicción al trabajo como un desorden progresivo y potencialmente fatal, caracterizado por demandas auto-impuestas, por trabajar desmesuradamente, por la incapacidad para regular los hábitos de trabajo y por la exclusión de muchas otras actividades cotidianas.

Schaufeli, Taris y Bakker (2006) afirman que los adictos son personas que trabajan por encima de lo que las prescripciones de su ámbito laboral requieren y se esfuerzan más de lo que es esperando por la gente con quien o para quien trabajan, lo que supone que descuiden otras áreas de su vida fuera de su empleo. Trabajan tanto debido a una compulsión interna, necesidad impulso y no a causa de factores externos tales como recompensas económicas, perspectivas de carrera, matrimonio pobre o cultura organizacional.

Mientras que Salanova, Del libano, Llorens, Schaufeli y Fidalgo (2008) afirman que la adicción al trabajo es un daño laboral de tipo psicosocial, caracterizado por el trabajo excesivo que se lleva a cabo debido a una irresistible necesidad de impulso a trabajar constantemente.

Para la presente investigación se considera que los puntos fundamentales para considerar que una persona tiene o tiende a desarrollar la adicción al trabajo son las siguientes:

- a) Trabajo excesivo
- b) Descuido de otras áreas de la vida cotidiana como son familia, amistades, ocio, salud, etcétera.
- c) Las conductas que realiza son auto-impuestas, obedecen a motivos internos y no a demandas del medio externo.

- d) Existe una pérdida del control en la conducta.
- e) Generan un daño bio-psico-social al individuo.

De esta forma, se adoptó el siguiente concepto de adicción al trabajo:

La adicción al trabajo es un desorden conductual que consiste en el aumento descontrolado y excesivo de la intensidad y tiempo que una persona invierte trabajado descuidando otras áreas de su vida privada como la familia, amigos, entretenimiento, salud, etcétera generado por una conducta auto-impuesta que obedece a motivos internos y no a motivos externos de la persona impulsado a trabajar constantemente. Lo que causa un daño laboral de tipo psicosocial caracterizado por el trabajo excesivo (Salanova y cols; 2008).

2.9.2 Características de la adicción al trabajo

Existen personas que le dedican energía y entusiasmo al trabajo, logran mantener el equilibrio en su vida personal y horarios laborales, es así que su empleo solo es una parte de su vida y compensan las largas jornadas invirtiendo tiempo con sus amigos familia y diversas actividades (Ministerio de Salud Perú, 1999).

El adicto al trabajo se caracteriza por poseer una fuerte obsesión por sus actividades laborales que surge de su naturaleza perfeccionista y competitiva. El trabajo excesivo genera altos niveles de adrenalina que impactan en el organismo y atrapan al adicto; Este tipo de adicción también posee una necesidad compulsiva de aprobación que lo impulsa a mantenerse ocupado y disfrutar de los elogios que recibe la actividad laboral ardua en nuestra sociedad.

Es típico que los adictos utilicen sus momentos de ocio para trabajar. Piensan en estrategias de trabajo y en problemas durante las vacaciones y hasta cuando tienen relaciones sexuales, estas distracciones le permiten evitar la intimidad que tanto temen. Un adicto al trabajo normalmente va perdiendo estabilidad emocional en un intento compulsivo de lograr aprobación y éxito en su entorno. Este tipo de adicción es aprobada socialmente por lo cual el medio externo refuerza la conducta adictiva con aprobación y justifica sus acciones.

Los adictos al trabajo presentan un estilo de vida caracterizado por la ansiedad y el estrés, lo que aumentara las posibilidades de padecer problemas cardiacos y otros malestares gastrointestinales (Klaft y Kleiner, 1988)

Los adictos al trabajo presentan altos niveles de estrés y presentan afectaciones de salud (sobre todo de tipo mental) relacionadas con su impulsividad, trabajar muchas horas aumenta la fatiga de las personas porque esta no tiene tiempo suficiente para recuperar del esfuerzo excesivo (Sonntag, 2003).

Los adictos al trabajo no pueden entrar a trabajar sin mantenerse ansiosos. Así el trabajo empieza a dominar en su vida y su familia. Para el adicto, el trabajo es un estado de ánimo más que una ocupación. Los adictos al trabajo luchan por ser responsables en el trabajo, aun cuando cada vez son más ineficientes e inseguros, pero se vuelven irresponsables en lo personal y van perdiendo la capacidad relacionarse socialmente.

Algunas de las características que se consideran claves y decisivas para diagnosticar adicción al trabajo son (Del Líbano y Llorens, 2012):

1. Trabajo excesivo: Constituye una de las dos dimensiones básicas, siempre trabaja más de lo que se exige, los adictos realizan un exceso de tareas acompañado de presión temporal durante su jornada laboral, se queda ahí hasta que la situación se vuelve incontrolable.
2. Trabajo compulsivo: Es la segunda dimensión básica, tiene un impulso que le orienta a trabajar, ya sea en acciones o pensamientos repetitivos en las actividades, siempre inciden factores reales o imaginarios que los llevan de regreso al trabajo.
3. Negación del trabajo: Un factor clave en las adicciones es la negación de la propia persona sobre lo que le está sucediendo. Las justificaciones del exceso al trabajo se producen independientemente de la situación en la que se encuentre el adicto.
4. Necesidad de control: Necesita controlar todos los aspectos relacionados con su trabajo.
5. Alta importancia y significado del trabajo: El trabajo se vuelve una parte central de su vida, más que cualquier cosa alrededor de su vida; amigos, familia, descanso, entre otros.
6. Alta vitalidad, energía y competitividad: Es una persona con alta dosis de vitalidad y energía reforzada por la competitividad, pero que se empeñen mucho en realizar su trabajo no significa que sean productivos.

7. Problemas extra – laborales: Se dedican de manera exclusiva al trabajo, deteriorando así sus relaciones sociales, la insatisfacción y una relación negativa con la felicidad.
8. Problemas de rendimiento a mediano – largo plazo: El rendimiento a corto plazo será alto pero conforme avance el tiempo el adicto se sobrecargara y bajara su rendimiento, lo que lo llevara a experimentar de forma constante sentimientos de fracaso.

2.9.3 Rasgos de personalidad del adicto al trabajo

La personalidad puede ser utilizada como predictor de la conducta futura. Los adictos al trabajo muestran rasgos de personalidad obsesiva – compulsiva (Gálvez, Mingote y Moreno, 2010).

A medida que la adicción comienza a controlar la vida de la persona aparece el perfeccionismo que conduce a la obsesión y finalmente el narcisismo. El perfeccionista siempre busca un estado de excelencia, requieren la admiración de los demás y exigen obediencia, se demanda tanto a sí mismos y a los demás que convierten su vida personal se vuelve caótica y pierden la oportunidad de vivir en plenitud.

Generalmente los adictos al trabajo son muy inteligentes, también son arrogantes, ambiciosos, competitivos, exigentes, independientes y autosuficientes, pero bajo esta estructura existe inseguridad, originada en superar sus luchas internas inconscientes por superar los miedos de la infancia ante la debilidad, la dependencia y la pérdida de aprobación de afecto.

Se puede decir que las personas obsesivas – compulsivas viven en una ansiedad constante que provoca insomnio. La obsesión se hace neurótica cuando las conductas se presentan con mayor frecuencia y persistencia, cuando la ansiedad se origina en la infancia y es reforzada por los eventos traumáticos normalmente tienden a representar el rol del buen chico de la familia. Es probable que también se produzca cuando la persona experimenta pensamientos inquietantes y persistentes que giran y giran en su cabeza lo que les ocasiona sueño superficial y sus pensamientos poco realistas. Los adictos pueden cavilar de forma obsesiva sobre un problema, porque están inmovilizados por el miedo y se han vuelto incapaces de tomar decisiones.

La conducta obsesiva- compulsiva es un signo de baja autoestima, duda constante y caos interno. La negatividad se convierte en una fuerza muy poderosa. Los adictos realmente obsesivos están atrapados en el dilema en el que la culpa, el miedo y la negatividad pueden inmovilizarlos.

El conflicto se desarrolla en el pensamiento irracional, pero ambivalente, que lucha entre lo ideal y lo real, y los impulsivos agresivos que acechan la mente, generalmente están predispuestos a la ira y al miedo a la agresión. La autoridad es lo más importante. Necesitan desesperadamente ejercer el control sobre sus vidas, cuando sienten ansiedad se conducen hacia más caos. El adicto tiende a castigar a quienes amenazan su control y poder. Los adictos se alimentan de la admiración y del respeto que obtienen por el trabajo que hacen.

a) Infancia

Los adictos al trabajo provienen de familias disfuncionales, cuyas pautas de conducta e interacción son disfuncionales. De acuerdo a Robinson (1996) se considera a la adicción al trabajo como reflejo de un sistema familiar perturbado, ya sea por la falta de compensaciones o por exceso de conflictos, esta adicción sería vista como una respuesta adictiva aprendida.

Los hijos de los adictos aprenden que jugar no es bueno. Los padres adictos no entienden que jugar es una actividad esencial para el desarrollo de la creatividad, del placer, de la amistad y de la diversión para el niño. En las familias enfermas consideran que el juego es pérdida de tiempo por lo cual los chicos reciben un montón de tareas antes de irse a jugar y es así que aprenden a asociar el juego al trabajo.

Uno de los antecedentes que parece tener una mayor influencia en el desarrollo de la adicción al trabajo es la familia, algunos estudios señalan que hay patrones de interacción que se aprenden en la familia como es el hecho de darle más prioridad al trabajo que a la familia, a menudo asumiéndolo como rol de la vida lo que puede suponer presiones y estrés en el trabajo (Weinberg y Maukch, 1991). Otras investigaciones hacen referencia a la dinámica o a los procesos que tienen lugar en la generación de la adicción al trabajo en familias desestructuradas.

Garson (1990) menciona que la persona pasa por 3 fases antes de convertirse en adicto:

Fase 1: El adicto es criado en una familia en la que el padre o la madre son adictos al trabajo o tienen otro tipo de adicciones. Dicha familia puede ser disfuncional y establecer reglas opresivas de conducta que impidan la expresión abierta de sentimientos, o la discusión de problemas personales o interpersonales, y al mismo tiempo establecer estándares de perfección exigiéndoles

ser el mejor en todo, se aprende que se debe ser perfeccionista y por aprendizaje vicario los niños observan las conductas adictivas de sus padres.

Fase 2: En la juventud cuando la persona no recibe la aprobación de las personas que se encuentran alrededor, se manifiestan los primeros síntomas de adicción al trabajo que se han ido inculcando durante la infancia.

Fase 3: La adicción se comienza a manifestar y se agrava en la edad adulta con las crisis interpersonales y de salud. En esta fase se comienza a experimentar la cronicidad y el deterioro de las personas.

Robinson (1998) menciona que la adicción al trabajo se puede entender como un indicador de un sistema familiar irregular.

Todas las personas poseen valores prioritarios que reflejan el estilo de pensamiento y las acciones que dan prioridad a la conducta. Cada persona le otorga más o menos importancia a unos ámbitos de la vida esto va depender de los valores que posee, en el caso del adicto el valor central para su vida es el trabajo.

Otro factor que influye en la adicción al trabajo es la autoestima, las personas que poseen bajo nivel de autoestima dedican mucho tiempo a trabajar de forma compulsiva para obtener un buen rendimiento y sentirse respaldadas. La adicción al trabajo les otorga a las personas con baja autoestima poder y control sobre su conducta, lo que es una manera de demostrar su valía social y organizacional.

b) Características Sociales

La adicción al trabajo tienen un efecto negativo sobre las relaciones personales que se establecen fuera del contexto del trabajo, su vida se centra en el trabajo, el tiempo que dedica a su familia y amistades es escaso. En este sentido, la investigación ha demostrado el deterioro del círculo social y familiar en las personas que son adictas al trabajo.

Robinson (2001) escribió acerca de los de los problemas conyugales de las personas adictas y constataron que la amplia mayoría de matrimonios terminan en divorcio, el adicto no tiene

tiempo para relaciones extra-laborales, lo que incluye a la familia y a las amistades. Además tiende a percibir a sus familias con menor habilidad para resolver problemas de forma efectiva, y con una satisfacción más pobre que las personas que no son adictas (Burke y Koksall, 2002), la adicción puede llevar a relaciones familiares deficientes, favorecer los conflictos y crear disfunción dentro de la familia (Robinson y Post, 1997).

Muchos hijos de adictos adoptan las mismas características de sus progenitores. Estos niños son fácilmente dirigibles y buscan cumplir con las expectativas de los adultos (Robinson, 1998). Otro aspecto que se ha comprobado es que los hijos de adictos al trabajo tienen mayores niveles de depresión, evalúan a sus familias como más disfuncionales y tienen un mayor riesgo de desarrollar ellos mismos adicción con el tiempo, que otros hijos de trabajadores no adictos (Robinson y Kelley, 1998).

Las consecuencias negativas de la adicción al trabajo son evidentes, no solo a nivel individual (problemas de comunicación y problemas de salud) sino también a nivel grupal (malas relaciones con los compañeros de trabajo, desestructuración familiar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Gobierno de Madrid, 2006). La adicción al trabajo sirve como un medio para evitar el involucramiento emocional ante la familia y ante los demás, es la causa más importante de la ruptura matrimonial, el trabajo se convierte en una herramienta de fuga de su realidad.

Los adictos desean tener éxito o ser considerados eficaces por sus colegas. No importante que los valores personales y la familia sean sacrificados en beneficio de las metas laborales.

La mayoría de los adictos aplican estas normas a sus familias ya que siguen de manera inconsciente reglas opresivas:

1. No hablar de los problemas, crean la ilusión de que tienen una relación familiar armoniosa el hecho de no hablar de los problemas mantienen el sistema cerrado a puntos de vista. Estas situaciones provocan la represión de pensamientos negativos y sentimientos que luego saldrán a la superficie bajo la forma de ansiedad.
2. No ser egoísta, el egoísmo sano se refiere a cuidar de uno mismo y lo que se enseña es a descuidar su salud y su felicidad para preocuparse de los demás permitiendo que los problemas ajenos los sobrepasen.

c) Factores laborales

Las organizaciones también favorecen que entre sus empleados aparezca la adicción al trabajo reforzando las conductas adictivas con supuestos incentivos, sobre todo en aquellas organizaciones que valoran más el tiempo trabajado que los resultados obtenidos (Porter, 2004). Los empleados que dedican más horas a trabajar son percibidos como más comprometidos con su organización y se les puede poner como ejemplos de estándares de trabajo (Burker, 2001).

Las tecnologías que existen hoy en día permiten trabajar en cualquier momento y en cualquier lugar, lo que dificulta que la persona se desconecte del trabajo cuando está en un contexto extra – laboral: familiar, vacaciones y tiempo libre, la aceptación de la adicción al trabajo como una cualidad personal positiva la establece como un aspecto bien valorado por la sociedad.

Otro factor se basa en el tipo de trabajo más no a la organización, lo que es adictivo es el tipo de puesto debido a que existen algunos estresores o demandas laborales específicas que generan mayores posibilidades de desarrollar adicción al trabajo.

Las demandas retadoras pueden incrementar la motivación laboral si se asocian de forma positiva con diferentes aspectos como: el esfuerzo que se realiza al afrontar los objetivos que se pretenden alcanzar, el esfuerzo que hay que dedicar para acabar una tarea en un tiempo límite la probabilidad de que alcanzando un objetivo se obtengan determinadas recompensas. Esto a grandes rasgos parece un aspecto positivo, pero puede tener efectos negativos y desarrollar adicción al trabajo.

El trabajador es impulsado por la motivación generada gracias a las demandas retadoras, lo que causa que el trabajador dedique más tiempo a trabajar aumentando de este modo la probabilidad de desarrollar adicción al trabajo. Es así que estas demandas retadoras podrían convertirse en demandas potenciales de la generación de ambientes adictivos. Las personas se caracterizan precisamente porque trabajan excesivamente y siempre parecen tener prisa (urgencia-impaciencia), se entiende que la presencia de estas demandas retadoras en sus trabajos potenciará todavía más su propia adicción.

En el siglo XX se ha exaltado aún más el trabajo, antes de la Segunda Guerra Mundial el trabajo se realizaba esencialmente para satisfacer las necesidades de la familia; en la década de los 50 los hombres trabajan largas horas para poder conseguir un ascenso laboral, lo más común era que el hombre trabajara mientras la mujer se quedaba en casa. En los años 70s que las mujeres comenzaron a trabajar fuera del hogar en cantidades más crecientes, y a tener un impacto significativo en la fuerza laboral, este cambio significativo causó que algunas familias ahora tuvieran dos potenciales adictos al trabajo.

En los años 80 en la economía surgió fluctuación, en este proceso las empresas cometieron graves errores y recurrieron a los adictos al trabajo, estos ejecutivos a veces lograban salvar a una empresa que estaban en la quiebra, la adicción al trabajo creó un ambiente de confusión, ineficiencia y rigidez.

Por lo general los adictos al trabajo padecen un estado de confusión que no les permite ser competitivos ni ingeniosos. Mientras que un trabajador es eficiente, un adicto no está en condiciones de hacerlo porque su intuición no funciona bien. Ahora el comercio y la industria parecen haber advertido que, con el tiempo, la adicción al trabajo es contraproducente.

En este capítulo se abordó al concepto de salud y la aparición de la adicción al trabajo como una enfermedad. Primeramente se explica la salud como un estado de equilibrio en las áreas físicas, psíquicas, y espirituales, un buen estado de salud genera un proceso de adaptación continua a factores externos e internos. Es así que este trabajo se enfoca en la importancia de la salud en el trabajo. La salud en este sentido se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las necesidades y las expectativas del trabajador, cuando hay un desequilibrio entre estas se genera una patología laboral que desencadena enfermedades y trastornos en la conducta.

En este sentido podemos decir que la adicción al trabajo es una enfermedad que se caracteriza por la necesidad de trabajar de forma excesiva y compulsiva que afectará a la persona que la padece en todas sus áreas. Existen factores que pueden ser determinantes desde la niñez y se adquieren a través del aprendizaje. Estos factores principalmente son: familias disfuncionales y aprenden que lo más importante es el trabajo, durante el crecimiento hay factores organizacionales que van reforzando esta conducta por su naturaleza perfeccionista que no paran hasta la aparición de la adicción al trabajo. Es de gran importancia estudiar este tipo de adicción debido a que

socialmente está bien visto que un empleado emplee mayor número de horas en el trabajo, pero esto acarrea otro tipo de problemas como baja productividad, problemas con la familia y salud física.

Capítulo 3 LOS HOSPITALES COMO ORGANIZACIÓN

3.1 Las organizaciones

Para la presente investigación se define como organización al sistema diseñado para lograr determinadas metas y/u objetivos de forma satisfactoria. En esta se establece la correlación de tareas que el grupo social debe llevar a cabo para lograr objetivos. Las organizaciones se encuentran conformadas por personas, tareas y una administración.

El significado del concepto organización se origina de la palabra “organismo”. Esto implica (Chiavenato, 1993):

- a) Partes y funciones diversas.
- b) Unidad funcional: un fin común e idéntico.
- c) Coordinación: acciones distintas, pero complementarias de las demás.

Algunos autores establecieron las siguientes definiciones de organización:

Weber (1922), estableció que “la organización laboral es un grupo corporativo, siendo éste una relación social que o bien está cerrada hacia afuera, o bien limitada mediante reglas y disposiciones de admisión de personas ajenas” (Muñoz Sedano y Román, 1989, 42). Tiene establecido un objetivo común, este objetivo se logra gracias al establecimiento reglas y órdenes que se llevan a la práctica a través de la actuación de individuos específicos, por ejemplo de un director o de un jefe, y de un grupo administrativo.

Según Chiavenato (1989) la estructura organizacional son los patrones de diseño para organizar una empresa, con el fin de cumplir las metas propuestas y lograr el objetivo deseado.

Díaz de Quijano (1993), define a las organizaciones como formaciones sociales complejas y plurales, compuestas por individuos y grupos, con límites relativamente fijos e identificables, que constituyen un sistema de roles, coordinado mediante un sistema de autoridad y de comunicación y articulado a la consecución de objetivos y fines. Estos fines, o el modo de conseguirlos, no siempre son aceptados por todos sus miembros, por lo que deben ser negociados o impuestos, lo

que permite entender las organizaciones como coaliciones de poder en lucha, a veces por el cómo conseguir los objetivos y a veces por la fijación de los objetivos mismos.

Cada empresa es diferente, por lo tanto la estructura organizacional que elija deberá acoplarse y responder a sus prioridades y necesidades, además deberá reflejar la situación en la que se encuentra la organización, es decir el tiempo desde su creación, tamaño, tipo de sistemas, áreas, entorno, etc.

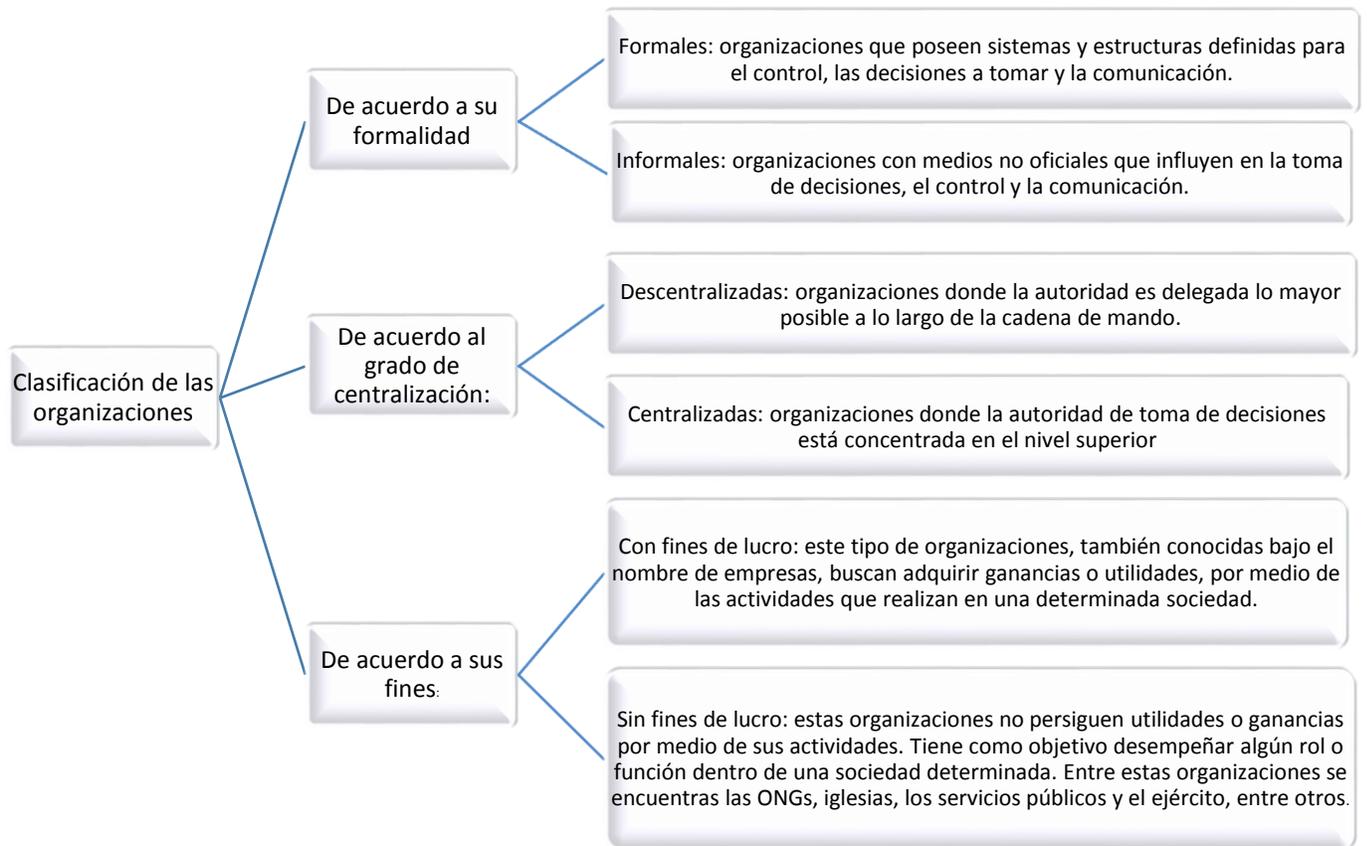


Figura 7. Clasificación de las organizaciones (Chiavenato, 2006)

3.1.1 Tipo de organizaciones

a) Sector público

El sector público se caracteriza porque las empresas e instituciones dependen del Estado. La actividad económica del sector público abarca todas aquellas actividades que el Estado y sus empresas posee o controla.

De esta manera se podrá identificar cualquier tipo de operación con fines de lucro, descansa en la economía del país, debido a esta amplia organización se llevan los acuerdos para intercambiar relaciones económicas incurriendo en el propio mercado del país, creando nuevos modos de producción para en conjunto completar una sola red que alcanza niveles económicos de competencia y trabajo con los demás países.

No debemos olvidar que las nuevas generaciones y sobre todo los nuevos modelos visualizan al estado como una gran empresa en la cual deben conjuntarse todos los pasos a seguir en una buena administración como son los proyectos o planes, establecer las estrategias a seguir, controlar y evaluar, todo ello bajo un marco directivo que los lleve a obtener la misión y visión planeada.

La organización de la administración pública, comprende el conjunto de procesos referidos a las acciones del estado, tanto económicas, sociales y políticas involucradas en la actuación del gobierno, ya que el sector público necesita organizarse de acuerdo con el cumplimiento eficiente y eficaces de sus objetivos y funciones. Ello requiere una organización de estructuras y procedimientos de acuerdo con las atribuciones y facultades establecidas en su marco legal.

En efecto, la organización del sector público tiene como finalidad establecer mecanismos de coordinación entre las entidades públicas que permitan una acción conjunta del sector público concertada y coherente, evitando duplicidades, contradicciones y desarticulaciones. Al efecto los artículos 115, 117, 118, 124 de la constitución política de los Estados Unidos mexicanos establece que la administración pública debe guiarse por los criterios modernos de organización de toda administración pública que son: Eficiencia, jerarquía, descentralización y coordinación.

El sector público mexicano se clasifica en tres grandes categorías: El gobierno general, que incluye al gobierno federal, a los gobiernos estatales y a los gobiernos municipales; y la

seguridad social, como el instituto mexicano del seguro social, el instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado: El sector paraestatal constituido por las empresas públicas y el sector público financiero, formando por los organismos financieros del estado o también denominada banca de desarrollo y el banco central.

En primer lugar se encuentra el gobierno federal y los órganos centralizados, de donde se desprenden la secretaría de gobernación, relaciones exteriores, defensa nacional, marina, hacienda y crédito público, desarrollo social, medio ambiente, recursos naturales y pesca, energía, comercio y fomento industrial, agricultura, ganadería y desarrollo, educación pública, salud, trabajo y previsión social, reforma agraria, departamento del distrito federal, Contraloría y desarrollo administrativo.

En segundo lugar se encuentran los órganos desincorporados como la comisión de gobierno y administración, instituto nacional de investigación agrícola, comité de promoción de servicios sociales, junta de asistencia, comisión nacional de seguridad nacional y salvaguarda.

En tercer lugar aparecen los órganos descentralizados como la comisión de fomento minero, centro de investigación sobre recursos biológicos, procuraduría federal del consumidor.

En cuarto lugar se encuentran los fondos y fideicomisos entre los que figuran el fondo de garantía y fomento a la industria y fondo nacional para el fomento del turismo.

En quinto lugar aparece el distrito federal y los organismos centralizados como la jefatura, Oficialía mayor, direcciones, tesorería y la Procuraduría General de justicia.

En sexto lugar aparecen los organismos descentralizados como el instituto mexicano de psiquiatría, centro nacional de productividad, comisiones nacionales de turismo, de la industria azucarera y las juntas locales del CONACYT, UNAM.

En séptimo lugar aparecen los organismos desconcentrados como las comisiones especializadas del agua, competencia, telecomunicaciones, institutos de investigación agrícola y el instituto nacional de bellas artes.

El octavo lugar aparecen las instituciones sin fines de lucro como el Comité Olímpico mexicano, confederación deportiva, sociedad mexicana de geografía y estadísticas, academia de artes, centro de estudios de la revolución mexicana del instituto de administración pública.

Las funciones de la administración pública pueden ser muy similares a las de las instituciones privadas, pero en algunas funciones propias del gobierno difieren indiscutiblemente en los procesos administrativos, ejemplo: para la aplicación de la ley a través del Poder judicial, en la administración pública se da el mayor parecido a las privadas, pero aun así existen diferencias como las políticas de precios, derechos de propiedad, incentivos, beneficios.

c) Sector privado

En economía, el sector privado se contrapone al sector público, se define como aquella parte de la economía que busca el ánimo de lucro en su actividad y que no está controlada por el Estado. Por contraste, las empresas que pertenecen al Estado son parte del sector público. Las organizaciones privadas sin ánimo de lucro están incluidas como parte del sector voluntario.

El papel del sector privado en la actividad económica le está permitido constituir y desarrollar cualquier tipo de actividad excepto algún sector público. Del sector privado se espera que diversifique la producción industrial y que haga grandes inversiones, su papel también es atraer la inversión y la tecnología procedente del exterior. Su papel también es contribuir al desarrollo y a la creación de empleo.

El sector privado también se integra en la actividad del sector público, a través de la concesión y subcontratación de servicios al sector privado. El movimiento de una actividad desde el sector público hacia el privado se denomina privatización.

3.2 Hospitales

Un hospital proporciona a la población atención médica preventiva y de recuperación. Es un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en el sector salud, y además un campo de investigación biosocial (OMS, 2011).

Alrededor del mundo los hospitales representan la concentración más importante de recursos de salud, conocimientos profesionales y equipo médico (OMS, 1987).

Ofrecen servicios médicos, de enfermería, servicios de atención aguda, de convalecencia y de cuidados paliativos generalmente las 24 horas del día, los 7 días de la semana; las personas responsables de la salud diagnostican a los pacientes según los signos y síntomas que presentan con la finalidad de clasificar las enfermedades entre crónicas y agudas, así como traumatismos o anomalías genéticas. De ese modo generan información esencial para las investigaciones, la educación y la gestión de la salud (OMS, 2011).

Se visualiza al hospital como una empresa desde su conformación estructural de acuerdo a sus niveles de responsabilidad, su jerarquía y la disposición de los elementos que requiere para realizar su tarea y alcanzar sus objetivos.

Existen tres aspectos fundamentales que conforman un hospital (Hall, 1996):

- La estructura
- Los procesos
- El ambiente

La construcción de un hospital, obedece al perfil epidemiológico de la población beneficiaria y conocimiento del entorno. Desde el punto de vista organizacional, un hospital está compuesto por varios subsistemas:

- El médico o científico.
- El administrativo y financiero.
- El de recurso humano.

Los hospitales se conforman de grupos interdisciplinarios que responden a las necesidades de la comunidad y de la organización, su principal función es la asistencia médica, así como de docencia, investigación en salud y educación a la comunidad.

Una organización como los hospitales no deben equivocarse en sus procesos, está obligado a garantizar calidad, responsabilidad y compromiso en la atención al usuario para evitar una mala práctica. Por esta razón, los hospitales como organización deben procurar responder no solo a las necesidades de salud de la gente sino que deben representar y materializar sus mejores valores. El hospital debe generar sentimientos y valores positivos en la comunidad.

Se considera que el hospital es una organización de servicio debido a que en ella es imposible distinguir el producto del proceso pues ambos van íntimamente unidos. El producto básico de un hospital es la salud.

Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden, y dentro de estos se practican las diferentes especialidades de la medicina; como la otorrinolaringología, oftalmología, cardiología, neumología, urología, neurología, ginecología, pediatría, etc. (Secretaría de Salud, 2013).

En México los hospitales se encuentran clasificados de la siguiente forma (Secretaría de Salud, 2006):

- A) Los Hospitales Federales de Referencia, son un conjunto de seis unidades hospitalarias que tienen como objetivo principal, la prestación de servicios de atención médica general y especializada, con capacitación y formación de recursos humanos calificados y la participación en actividades de investigación para la salud. Ofrecen especialidades tales como la endocrinología, dermatología, cirugía plástica, pediatría, endoscopia, ginecología, reumatología, oncología, urología, ortopedia y psiquiatría.
- B) Los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, ofrecen un conjunto variable de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica.

Mantienen un funcionamiento continuo las 24 horas, los 365 días del año; los procedimientos clínicos y quirúrgicos que en ellos se realizan, involucran profesionales de diferentes disciplina y alto grado de destreza, quienes utilizan espacios especiales,

equipamiento y alta tecnología; sus intervenciones frecuentemente plantean problemas extremos que involucran la vida y la muerte de las personas y los sentimientos asociados de los usuarios y sus familiares.

- C) Por último los hospitales Psiquiátricos, dentro de estos se practican la psiquiatría y procesos de terapia psicológica y sociológica. Un hospital psiquiátrico se puede definir como el establecimiento benéfico que se ocupa de la génesis, dinámica, las manifestaciones y al tratamiento de los trastornos funcionales indeseables de la personalidad.

3.3 Niveles de las instituciones de salud

Los niveles de atención se definen como el conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Las necesidades a satisfacer se clasifican de acuerdo a los problemas de salud que se deben resolver.

Se distinguen tres niveles de atención:

1. El primer nivel es el nivel más cercano a la población, o sea el nivel del primer contacto.
2. En el segundo nivel se encuentran los hospitales de referencia.
3. El tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados.

Generalmente se acepta que el segundo y tercer nivel deben complementar al primero, en el sentido de que deben hacer lo que el primer nivel no puede hacer por razones de eficacia y eficiencia, entre ellos, los diagnósticos y tratamientos especializados (Van der Stuyt y De Vos, 2008).

En México el Sistema Nacional de salud asume el reto de disminuir los impactos mortales de las enfermedades, prevenir los hábitos nocivos, investigar las características de las enfermedades y llevar a la mayoría de la población atención suficiente y adecuada, a afecto de impactar lo más amplia y favorablemente posible la calidad de vida y la autodeterminación.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término calidad de vida implica una serie de componentes de carácter objetivo: salud integral, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, uso apropiado del ocio y el respeto de los derechos humanos.

La satisfacción personal, se vincula al bienestar psicológico, al funcionamiento social y emocional, al estado de salud, al desempeño funcional global de cada persona, a su satisfacción con la vida, al apoyo social real disponible y a un patrón de vida productiva en términos de satisfacción y trascendencia.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), mostró una tendencia preferencial a utilizar los servicios privados, luego los de Secretaría de Salud (SSA) y por último, los de las instituciones de nacionales de seguridad social IMSS O ISSSTE las cuales reciben más denuncias ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a causa de las quejas sobre deficiencias en la atención que brindan

3.3.1 Nivel 1 Atención Primaria

El primer nivel de atención está formado por una red de unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio. Son el primer contacto de las personas con el sistema formal de atención; estas unidades pueden tener distinto tamaño y variar en su forma de organización.

Son los centros que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad. Aborda acciones de promoción y protección de la salud, control y detección temprana de enfermedades e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.

El primer nivel es la puerta de entrada al sistema de salud. La función de punto de entrada es esencial para la eficiencia del sistema, ya que disminuye la sobre demanda en los otros niveles. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes.

Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz, para ello se debe prever la tecnología necesaria para poder cumplir las tres funciones esenciales del primer nivel: ser punto de entrada al sistema, facilitar y coordinar el flujo del paciente dentro del sistema, y asegurar la integración de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado del paciente.

Estas tres funciones del primer nivel mencionadas son importantes para una atención de salud eficiente, eficaz y de calidad a todas las edades, ya que el seguimiento de las enfermedades crónicas y el apoyo médico-social adecuado del paciente hace imprescindible la existencia de un médico que conozca a su paciente, que pueda acompañarlo en el manejo integral de su salud y que asegure la continuidad de atención a largo plazo, incluso en la última fase de la vida. Aquí el médico de familia demuestra su papel clave para asegurar la eficiencia y la eficacia en términos de salud y calidad de vida.

3.3.2 Nivel 2 Atención Secundaria

El segundo nivel se integra por la atención especializada en consultas médicas, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas (ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, ortopedia, cirugía) atención de partos, cesáreas de media complejidad, atención odontológica general y especializada, consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

Se brinda resolución para los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo. Son hospitales generales que atienden pacientes derivados de los centros de Nivel 1 de atención y se ocupan del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en ese nivel. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

3.3.2.1 Hospitales psiquiátricos

El objetivo de los hospitales psiquiátricos es brindar atención especializada a pacientes diagnosticados con alguna enfermedad mental por causas orgánicas, episodios depresivos o enfermedad mental como consecuencia de alguna adicción. Para realizar un diagnóstico es necesario que el paciente pase por una serie de procedimientos como son consultas de revisión y evaluación, psicoterapias individuales, de grupo, de pareja, administración de medicamento y en el peor de los casos internamiento del paciente, ya sea por un tiempo específico para el caso de episodios breves o internamiento permanente por enfermedades crónicas.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) los trastornos más frecuentes identificados en nuestro país fueron los de ansiedad (14.3%), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

En cuanto a género los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% al 27.1%). Sin embargo, en periodos de corto plazo, las mujeres presentan prevalencias más elevadas en cualquier trastorno, pues en los últimos 12 meses se registraron porcentajes de 14.8% de mujeres que han tenido algún trastorno en los últimos 12 meses previos a la encuesta; mientras que para los hombres el porcentaje fue de 12.9% (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003).

Por tipo de trastorno, en México los más comunes son: las fobias específicas pues 7.1% de la población manifiesta haber presentado alguna a lo largo de su vida; le siguen los trastornos de la conducta con una prevalencia de 6.1%, la dependencia al alcohol con 5.9%, la fobia social con 4.7%, así como el episodio depresivo mayor con una presencia de 3.3% entre la población nacional.

En estos porcentajes se observa la alta prevalencia que hay entre los padecimientos mentales, los cuales deben ser atendidos en el menor tiempo posible, el espacio que hay dentro de las instalaciones hospitalarias puede ser reducido, por ello la atención por parte de las unidades de salud se ha dividido en dos formas de atención, como se describe a continuación:

a) Atención a pacientes agudos

Las enfermedades agudas son las que aparecen de pronto con síntomas severos que pueden llegar a incapacitar a la persona que la padece; algunas enfermedades ceden por sí mismas, mientras que otras necesitan intervención urgente, regularmente el tiempo de tratamiento dentro del hospital no requiere de periodos prolongados. Las enfermedades agudas son aquellas que tienen un inicio y un final claramente definido y son de corta duración. Generalmente se manifiesta en periodos menores a tres meses.

El tratamiento para pacientes con trastornos agudos fue creado en las Unidades de Corta Estancia con personal adscrito las 24 horas y con protocolos estrictos de diagnóstico y tratamiento, de forma que la estancia global de los episodios no debe superar los 3 días, lo que permite una mayor rotación paciente/cama y por lo tanto un uso eficiente de los recursos. Se dedican por lo general a la atención de los siguientes casos:

- Cuando la patología presentada pueda ser una amenaza para el propio paciente o para los demás.
- Fracaso de tratamientos ambulatorios en otras instituciones.
- Separación del entorno sociofamiliar, por ser negativo para el paciente o viceversa, cuando la enfermedad del paciente no puede ser atendida en condiciones por la familia. .
- Evaluación y proceso diagnóstico.
- Desintoxicación.
- Enfermedad física que se agrava con patología psíquica.

b) Atención a pacientes crónicos

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de tratamiento lento. De acuerdo con las estadísticas de mortalidad del INEGI del 2002 al 2011, se han registrado en México 43 mil 700 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento. Mientras que algunas otras enfermedades como las cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo

responsables del 63% de las muertes. Las enfermedades crónicas son prácticamente incurables y requieren de medicación y atención médica a lo largo de toda la vida. (OMS, S/A).

Existen características comunes en las enfermedades crónicas:

- Padecimiento Incurable
- Multicausalidad o plurietiología: están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, relacionados con el modo de vida y el trabajo.
- Multiefectividad: un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud.
- No Contagiosas
- Incapacidad Residual: dejan secuelas psicofísicas.
- Rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado.
- Importancia Social: determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica.
- Prevenibles

En la mayoría de las enfermedades crónicas, si el paciente desarrolla un buen autocuidado se puede tener una autonomía cotidiana plena. Estas personas pueden tener una situación en la que no se consideran, ni quieren que se les considere, como enfermos.

Dentro de los trastornos psiquiátricos graves y crónicos se incluye: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, depresiones graves recurrentes, trastornos paranoides, síndromes cerebro-orgánicos y otras psicosis, así como algunos trastornos de la personalidad, que dificultan e impiden el desarrollo de las capacidades funcionales en relación a los aspectos básicos de la vida. Principalmente las enfermedades crónicas pueden generar los siguientes déficits:

- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración, y procesamiento de información, etc).
- Autocuidados (deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc).
- Autonomía (deficiente administración, hábitos dependientes, nula utilización de servicios, mal desempeño laboral).

- Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc).
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, falta de motivación e interés, incapacidad para manejar su ocio e interactuar en la comunidad).

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole social, ambiental, biológica y psicológica. Algunos trastornos depresivos y ansiosos, la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos del desarrollo infantil, se han incrementado en México durante los últimos años (Cámara de Diputados, 2015). El incremento de los trastornos se vincula con la salud física y la pobreza, la presencia de estos trastornos merma aún más los ingresos.

El crecimiento de trastornos en la población mexicana requiere de mayor atención, especialización, mejores instalaciones y equipamiento médico, sin embargo se ha documentado que el país tiene restricciones materiales en muchas de las unidades de salud, clínicas y hospitales públicos, derivadas del rezago en su infraestructura, la modernización de sus equipos clínicos y de laboratorio y la saturación de servicios que prohíjan una deficiente calidad de la atención.

3.3.3 Nivel 3 de atención terciaria

En el tercer nivel se encuentran hospitales o centros especializados en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas. Se constituye de hospitales o institutos especializados.

Se brinda atención médica a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnosticada de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico – quirúrgicas. Se deben dar las condiciones para resolver los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución

El tercer nivel de atención se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.

3.4 Agentes que intervienen en el proceso de cuidado de la salud

El equipo de salud es definido por la OMS (1973), como un grupo de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer a los pacientes y familias atención a la salud de forma integral. Los hospitales psiquiátricos se conforman de equipos multidisciplinarios para funcionar de manera óptima, este equipo se conforma de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares de psiquiatría principalmente.

De la Revilla (1992) basándose en la definición de equipo de Pritchard, define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan. El equipo de salud indistintamente de la disciplina profesional está sometido a constante estrés producido por las demandantes actividades y la alta responsabilidad de la cual dependen el bienestar de los pacientes, los profesionales que tratan con personas encabezan la lista de ocupaciones profesionales de mayor estrés laboral, responsable de ausentismo laboral y de un mayor número de morbilidad debida a depresión, suicidio y accidentes (Gilardi y Iapichino, 2001)

La psiquiatría y psicología tienen un papel importante no solo en los casos clínicos individuales sino también en la investigación y prevención del estrés ocupacional crónico del personal de salud (Freudenberg, 1974). El estrés ocupacional se asocia a mayores tasas de divorcios, suicidio, cambio de trabajo, abuso de alcohol y drogas, así como menores expectativas de vida (Schneider, 1987), y con importantes repercusiones a nivel institucional y deficiencia de la eficacia asistencial, peor calidad de los servicios prestados, baja satisfacción de los clientes y de no cumplimiento de las prescripciones terapéuticas por los mismos.

3.4.1 Médico

El médico general es el profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y dar tratamiento médico utilizando procedimientos que van de sencillos a muy complejos. La mayoría de personas desde que son niños hasta que llegan a la vejez presentaran padecimientos a lo largo de su vida, los cuales serán atendidos por un médico ya sea en el consultorio, en la casa del enfermo, en clínicas o en hospitales (Paredes y Rivero, 2001).

La principal función del médico consiste en prevenir la enfermedad en el individuo sano, buscar la curación más rápida y completa del individuo enfermo, restituyéndole su capacidad de bienestar y ayudándolo a que se readapte al medio (Bravo, 1967).

El médico reúne, también, varias características ocupacionales que se asocian con mayores niveles de satisfacción ocupacional, bienestar psicológico y calidad de vida tales como: alta autonomía, responsabilidad, competencia de decisión y estatuto supervisor.

Los problemas emocionales de los médicos no han sido muy bien estudiados, sino que han sido ocultados y mal comprendidos. Los estudios disponibles revelan que los principales problemas son el alcoholismo y otras adicciones, depresión, suicidio y conflictos matrimoniales con tasas superiores a las de la población general.

Los médicos con trastornos mentales pueden dañar a los pacientes al involucrarlos en sus propios síntomas o indirectamente a través de las consecuencias que pueden tener para ellos, al no realizar bien su trabajo, otra forma que utilizan para cubrir el malestar es sumergirse en el trabajo para escapar de los problemas personales, es una táctica que aparece de forma frecuente en la relación médico – paciente.

Los médicos han mostrado tendencia a presentar mayor tasa de alcoholismo, abuso de drogas, malas relaciones conyugales en comparación con la población general, lo que se pone en relación con la tensión inherente al ejercicio en el trabajo clínico. Los médicos están sometidos a constantes procesos de cambio, movimientos y estrés debido a las diversas tareas el médico llega a enfermar (Gilardi y Iapichino, 2001).

Para el caso de los médicos del sexo femenino, la tasa de suicidio es tres o cuatro veces mayor de lo habitual, en ellas se ha encontrado más frecuentemente tres orígenes de estrés (Gilardi y Iapichino, 2001):

- Prejuicio externo
- Sobrecarga de trabajo
- Conflicto de roles (Con fragmentación de la mujer-médico entre el rol ocupacional y el conflicto de valores).

3.4.2 Enfermero

La enfermería es una profesión que brinda atención a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades. El personal de enfermería generalmente atiende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (OMS, S/A).

Los enfermeros procuran el cuidado del cuerpo y el ánimo del paciente, así como atender todas las circunstancias de la vida, sin embargo este concepto cambia cuando la atención es referente a pacientes que sufren enfermedades mentales. Los enfermeros asisten al paciente psiquiátrico en sus problemas cotidianos:

- El cuidado de su cuerpo
- El manejo del tiempo
- La medicación
- La responsabilidad del bienestar
- El reconocimiento de sentimientos respecto de sí mismos y otras personas.

Por todas las razones anteriores cuando el paciente ingresa a una institución necesita confiar en el equipo de trabajo que lo atenderá durante su estancia, principalmente en el personal de enfermería debido a que es con ellos atenderán todo tipo de necesidades que el paciente presente y por lo cual se deberán sentir seguros.

Existen algunos factores adicionales que generan dificultades en el personal de enfermería en relación con los pacientes y con los factores invisibles correspondientes a la institución como falta de material, sobresaturación de pacientes, espacios reducidos, conflicto con familiares de pacientes, horarios de trabajo, relación con jefes y compañeros, etc. Las tareas cotidianas del enfermero son demandantes pues es el encargado de ingresar al paciente, acompañarlo en su proceso de recuperación, llevarlo a su habitación, calmar la ansiedad de la familia, dar confianza al paciente y tratar de entender su proceso de salud y enfermedad y aun así estar dispuesto cumplir sus funciones aunque no se tengan las mismas ganas todos los días.

Los enfermeros dependiendo el área y el turno en que desempeñen sus funciones tendrán diferentes niveles de desgaste. En el caso de los enfermeros psiquiátricos deberán estar conscientes de sus miedos e inseguridades para poder manejar los acontecimientos día a día y entender y trabajar con sus emociones, trabajar con salud mental es complicado porque la relación enfermero – paciente va más allá de una interacción de cuidado físico y seguimiento farmacológico, también involucra, cuidado psicológico, partiendo de este punto si el enfermero no tiene un buen estado de salud psicológica, no podrá dar un buen cuidado a su paciente.

En ocasiones las personas no son conscientes del valor del enfermero psiquiátrico. Muchos de ellos buscan este empleo por la necesidad de trabajar, sin tener los componentes vocacionales específicos que se necesitan para desarrollar de forma óptima su puesto, lo que en muchos casos el encuentro con la institución, los enfermos, el deterioro, el dolor y la miseria tiene un impacto negativo en la persona que tienen contacto directo.

Otro factor que puede dificultar el desempeño del área de enfermería es la comunicación que existe con el equipo médico pues los canales de comunicación entre médicos y enfermeras es muy pobre, el enfermero realiza lo indicado por el médico y sin hacer preguntas o comunicar las propias impresiones (Propato, 1998), lo que convierte a la actividad en complicada, tediosa con falta de interés y expectativas propias.

Son todos estos factores que influyen en que el enfermero sienta que no puede dar más, muchas veces no cuenta con herramientas o habilidades para expresarlo, y pueden regresar a su casa con las cosas negativas que pasan dentro del servicio, la mezcla del trabajo con la vida cotidiana lleva

al enfermero al límite, lo que ocasiona problemas a su salud, desempeño y actitud hacia el trabajo (Propato, 1998).

3.4.3 Psiquiatra

La psiquiatría es una especialidad del área de medicina, donde el médico psiquiatra está especialmente adiestrado en la aplicación de un servicio clínico directo, liderazgo y responsabilidad en la evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas que padecen de desórdenes o trastornos del pensamiento y de las funciones cognitivas, de la conducta o el comportamiento, de los afectos o el ánimo y de alteraciones psicósomáticas.

La psiquiatría es el estudio de una ciencia que corresponde al ámbito del saber médico que se ocupa del estudio, conocimiento, explicación, profilaxis, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales sobre la base de la observación clínica y la investigación. Históricamente la psiquiatría posee un estatus científico especializado en problemas mentales que son producto de deficiencias, desordenes, accidentes y traumatismos. La psiquiatría corresponde a las ciencias exactas que estudia las bases neurológicas, anatómicas y de desarrollo cerebral que tiene impacto en la conducta, por ello se enfrentan a diversos dilemas dentro de su vida laboral, como las siguientes:

- El límite entre lo normal y lo patológico en lo concerniente a los fenómenos psíquicos.
- La frontera entre cuerpo y mente.
- El concepto de trastorno psíquico, desde una perspectiva dinámica de interacción entre vulnerabilidad y factores estresores biológicos, psicológicos y sociales

Desde el punto de vista psiquiátrico, los comportamientos disfuncionales no promedio son considerados como "enfermedades mentales", o sea, como entidades con una etiología biológica, de los cuales dependen, sin duda, los síntomas y signos, partiendo de esto el psiquiatra tendrá que dar diagnóstico acompañado de un tratamiento farmacológico que ayude al paciente a mejorar su calidad de vida.

3.4.4 Psicólogo

En el sistema psiquiátrico hospitalario el psicólogo tiene la función de dar un diagnóstico a partir de una evaluación integral con pruebas de personalidad, inteligencia (cognición), habilidades, neurológicas e inclusive proyectivas. Tanto el psiquiatra como el psicólogo se apoyan para generar un diagnóstico confiable y válido, ambos utilizarán principalmente el CIE-10 y el DSM-IV como manuales para diagnóstico. Este último, aparecido el año 1994 y se caracteriza por su uso de criterios operacionales, un sistema multiaxial de diagnóstico y una fuerte base empírica (Martínez, 1998).

La aplicación de estas pruebas permitirá conocer las características del paciente tales como inteligencia, personalidad, interacción con el medio y cómo funcionan los procesos mentales básicos. Con los resultados del diagnóstico, el análisis de la historia clínica y la entrevista el psicólogo tendrá la función de crear un tratamiento para el paciente que incluya todas las esferas psicológicas, biológicas y sociales que mantengan en un estado óptimo e integral al paciente.

Se considera que un importante número de problemas psicológicos deben ser calificados como enfermedades mentales, sosteniendo que cada trastorno mental constituye una entidad claramente delimitada, con características clínicas que constituyen síndromes diferenciados cualitativamente del funcionamiento sano (Martínez, 1998).

Existen distintas tareas que corresponden a las personas relacionadas con el ambiente de la salud mental:

- Diagnosticar los comportamientos inadecuados dentro de una categoría patológica determinada.
- Tratar los aspectos de enfermedades psiquiátricas, especialmente los aspectos psicológicos.
- Evaluar los resultados del tratamiento.

3.4.5 Familias

Se define al cuidador familiar como “La persona con vinculo de parentesco o cercanía que asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica para apoyarlo en los aspectos físico, psicológicos, sociales y espirituales de la vida diaria. Participa en la toma de decisiones sobre su cuidado, supervisa o apoya en la realización de las actividades cotidianas, influye en el proceso de afrontamiento y busca comprender la disfunción de la persona con la enfermedad” (Pinto, Barrera, y Sánchez, 2005, pág. 36)

El proceso de tomar la decisión de llevar a la persona con enfermedad crónica al hogar requiere acompañamiento del equipo de salud y de los miembros de familia, con la finalidad de facilitar el cuidado del enfermo (Pinto, 2010), para ello la familia requiere:

1. Aceptar la discapacidad de la persona enferma
2. Estar convencidos que se acepta cuidar en el hogar a la persona enferma
3. Disponer del direccionamiento, control y soporte de la institución de salud
4. El cuidador principal deberá contar con apoyo instrumental, emocional e informativo
5. Haber tomado talleres y actividades que faciliten el cuidado del enfermo

En los cuidadores familiares, el cuidado espiritual se identifica como un factor muy importante para obtener resultados beneficiosos para la persona enferma. Tanto las instituciones como el equipo de salud tienen la responsabilidad de evaluar al cuidador y a la persona enferma con el objeto de saber qué tan capacitado está para tomar las decisiones en el vivir diario, desde las acciones de cuidado hasta las decisiones para vivir.

La meta de cuidar a un paciente con enfermedad crónica en el hogar es proporcionar un cuidado que respete todas las necesidades y honre la dignidad de la persona. La definición revisada de la Organización Mundial de Salud (OMS) del cuidado paliativo ha establecido que el cuidado espiritual es esencial para proporcionar un excelente cuidado por los diferentes profesionales de la salud o miembros del equipo de salud que deben tratar todas esas dimensiones del cuidado, incluido el espiritual.

La situación de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, muestra como cada etapa de la vida se ve afectada por esta vivencia y resalta la importancia de la preparación y el acompañamiento que requieren las profesiones relacionadas con el cuidado de salud, en especial la enfermería.

La cronicidad en los adultos se ha identificado como un problema a nivel mundial, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, algunos consideran que una de cada diez familias convive con uno de sus integrantes en esta situación y el número de enfermedades crónicas va en aumento. Este incremento ha sido analizado a través de diversos esquemas conceptuales y se ha visto que genera nuevos problemas los cuales muchas veces riñen con la calidad de vida cotidiana, generando alteraciones de sueño y el descanso estrés, depresión y tristeza, pero manteniendo la esperanza de contar con las mejores condiciones que permiten apoyar y aliviar al ser querido.

En la mayoría de los casos, tener que vivir situaciones de enfermedad ocasionan en los adultos cambios en los roles que desempeñan, en especial en los laborales y en el hogar.

Cuando los miembros de la familia están involucrados en la planeación del egreso hospitalario en una etapa temprana, pueden informar al equipo de salud sobre las costumbres, cultura y hábitos de paciente y de la familia. Para que de esta manera se ayude a que la persona enferma y su familia conozcan más sobre la enfermedad del paciente, enseñando en términos simples y reforzando con materiales escritos en un lenguaje sencillo, los cuidados y atenciones especiales que debe tener.

Los hospitales son una organización que brinda un servicio de salud en sus diferentes niveles de atención y según las necesidades que el paciente requiera. Este capítulo se centra en enfermeros que laboran en hospitales psiquiátricos y en los cuidados que ellos les brindan a pacientes ya sea de tipo agudo y crónico. La importancia del capítulo es enfatizar en las consecuencias que existen si el enfermero se encuentra enfermo de forma física o mental y como este tendrá consecuencias en el tratamiento que se les aplica a los pacientes. Los enfermeros son los agentes que intervienen en el proceso de cuidado y el hecho de como su estado de bienestar, satisfacción y salud de los enfermeros interviene en el cuidado que a sus pacientes.

4. METODOLOGÍA

3.1 Justificación

El trabajo es uno de los principales componentes del desarrollo social y es determinante para la salud. A través del trabajo es como el ser humano encuentra una forma de autorrealización y pone en marcha hábitos de comportamiento que más tarde llegarán a ser los rasgos constitutivos de su talento personal. Las consecuencias generadas por el trabajo contribuyen a configurar y moldear la personalidad (Polaino, 1998 En Castañeda y García, 2011).

Actualmente las organizaciones públicas y privadas están enfocadas en maximizar sus ganancias con la menor inversión posible. Uno de los elementos a los que se enfrentan los trabajadores es la satisfacción laboral que es el resultado de varias actitudes que un empleado tiene hacia su trabajo, sus compañeros, sus jefes y su vida en general. Gamero (2003) menciona que la satisfacción laboral es un tema de gran interés porque es un indicador de la organización para satisfacer las necesidades de los trabajadores, ya que existen evidencias de que los trabajadores insatisfechos faltan a trabajar con más frecuencia y suelen renunciar más causando mayores costos a la empresa, mientras que los satisfechos gozan de mejor salud y viven más años.

A su vez la satisfacción laboral puede verse disminuida en el momento en que intervienen factores como las largas jornadas laborales cayendo en trabajo el excesivo, lo que en un futuro puede generar diferentes efectos en el bienestar que afectarán la salud, la vida social y el rendimiento laboral, lo que denota una pérdida de control importante por parte de la persona (Fernández – Montalvo y Echeburúa, 1998, En Alcover, et al. 2012). Algunas instituciones como la OCDE (2009) indican que el promedio de horas trabajadas en el país al año es de 2250 la cual es alta en comparación con el promedio de 1776 entre los países que integran esta organización.

Es por ello que algunos investigadores como Quiceno y Alpi (2007), mencionan la importancia de mantener el equilibrio entre las horas de trabajo, ocio y descanso que resultan determinantes para el bienestar personal. Para que el trabajador cuente con calidad de vida es necesario que

exista un equilibrio entre el tiempo que se dedica al ocio, al descanso y a las actividades laborales. La gran cantidad de trabajo demanda tiempo excesivo que no permite al empleado realizar actividades en otros ámbitos de su vida.

Es importante considerar que no sólo las empresas son responsables de las largas jornadas laborales sino también los trabajadores que buscan trabajar durante largas jornadas para encubrir, borrar u ocultar otro problema que le esté afectando (Magaz, 2007 En Prieto, 2014), y consideran que el trabajo es su única fuente de poder, dinero, prestigio, aprobación y éxito, lo cual persiguen por lo cual persiguen al trabajo de forma compulsiva y obsesiva. Las personas que tienen este tipo de comportamientos son conocidas como adictos al trabajo o *workaholics*. Algunos de esos rasgos están aceptados por la sociedad actual e incluso pueden aumentar el prestigio de la persona sin embargo, es difícil que la gente se percate que se encuentran en un estado patológico.

La principal diferencia entre el adicto al trabajo y el empleado comprometido es que este último carece del típico impulso compulsivo a estar trabajando todo el tiempo. Los empleados comprometidos disfrutan de otras actividades en su tiempo libre, no se sienten culpables cuando no trabajan porque no sienten un impulso fuerte e irresistible por hacerlo.

En México se han realizado estudios que reportan estimaciones entre el 5 y 8 por ciento de la población puede ser adicta al trabajo (Athié, 2011). A partir de estas estadísticas deriva la importancia del estudio de la adicción al trabajo, debido a que este tipo de adicción también tiene una estrecha relación con las enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales y obesidad; consecuencias sociales, familiares y psíquicas como estrés crónico, cuadros neuróticos y depresivos que afectan la integridad de la persona que la padece, además la escasa atención hacia aspectos psicológicos hace evidente la necesidad de conocer más acerca de este fenómeno y sus consecuencias.

De esta forma se observa que la adicción al trabajo y satisfacción laboral no sólo se relacionan por el impacto que tienen en la vida personal del individuo sino también en la organización y en la sociedad, como lo señala Hewlett y Buck (2006), que muestran diferentes casos en donde la adicción al trabajo y la baja satisfacción, tienen repercusiones principalmente en sus relaciones

interpersonales, afectivas, recreativas y personales, convirtiéndose en una conducta que no se puede controlar por voluntad de la propia persona.

Es por ello que en el presente trabajo se abordaron los conceptos de trabajo, satisfacción e insatisfacción laboral, adicción al trabajo, concepto de salud y adicción al trabajo, así como la visión del trabajo que realizan los enfermeros y una descripción de los hospitales psiquiátricos buscando contar con una visión global de las consecuencias que generan de la adicción al trabajo y la satisfacción laboral en un ambiente organizacional tan específico como lo son los hospitales psiquiátricos mexicanos.

3.2 Planteamiento del problema

La principal repercusión que padecen los trabajadores de hospitales psiquiátricos en las organizaciones de salud pública radica en el deterioro de la salud física y mental. Se reporta que los empleados laboran jornadas que van de 8 a incluso 24 horas en turnos fijos o mixtos; durante este tiempo están en constante movimiento realizando sus actividades sometidos a mucho estrés y alto nivel de responsabilidad al ser cuidadores de pacientes con diferentes padecimientos. Hay algunos enfermeros psiquiátricos que trabajan jornadas dobles sustituyendo a otros enfermeros (Suplencias) o tienen más de un empleo, estas situaciones se presentan por diferentes circunstancias de su entorno, ya sea por falta de recursos económicos o por huir de los problemas familiares.

En las organizaciones públicas del sector salud se acepta que los trabajadores laboren bajo estas condiciones con el fin de recibir mayores incentivos, sin embargo estas no se percatan de que el daño a largo plazo para sus trabajadores puede significar la generación de distintos trastornos como la adicción al trabajo y baja satisfacción laboral, lo que tendrá como consecuencia que los usuarios a los que se les brinda el servicio reciban una atención de mala calidad, lo que se convierte en un problema de salud pública. La calidad de vida profesional del personal de enfermería parece ser la más afectada a medio-largo plazo dentro del equipo multidisciplinar de la salud, provocando altos índices de estrés, insatisfacción laboral, menor rendimiento y

frustración personal que acaba con su salud física y psíquica creando un importante desequilibrio en la combinación de trabajo y familia (Garriga, 2008).

En México existen escasos datos sobre el índice de adicción laboral y satisfacción laboral que presentan los empleados de enfermería de hospitales psiquiátricos, por ello, la presente investigación busca aportar datos estadísticos acerca de estos temas para apoyar a la creación de estrategias de prevención en personas con altos índices de predisposición a desarrollar adicción al trabajo y baja o nula satisfacción laboral. Los beneficios de conocer el grado de adicción al trabajo y satisfacción laboral para las instituciones y para los empleados es que al crear estrategias de intervención para los empleados, los beneficios se verán reflejados en los servicios de salud y atención que brindan a los pacientes y a su vez los empleados se encontrarán más saludables física y mentalmente.

3.3 Objetivo General

Determinar si existe relación entre la adicción al trabajo y la satisfacción laboral en el personal de enfermería de hospitales psiquiátricos.

3.4 Objetivos específicos

- Determinar si el personal de enfermería de hospitales psiquiátricos tiene algún grado de adicción al trabajo.
- Conocer el grado de satisfacción laboral en empleados de enfermería de hospitales psiquiátricos.
- Determinar si existe alguna relación estadísticamente significativa entre la adicción al trabajo y la satisfacción laboral en el personal de enfermería de hospitales psiquiátricos.

3.5 Preguntas de investigación

1. ¿Existe adicción al trabajo en el personal de enfermería de hospitales psiquiátricos?
2. ¿Existe satisfacción laboral en el personal de enfermería de hospitales psiquiátricos?

3. ¿Existe alguna relación estadísticamente significativa entre la adicción al trabajo y la satisfacción laboral en el personal de enfermería de hospitales psiquiátricos?

3.6 Tipo de investigación

Es un estudio exploratorio – correlacional ya que su objetivo es examinar un tema poco estudiado y no se cuentan con estadísticas sobre estas problemáticas en México. Se busca correlacionar variables para conocer si existe alguna relación sustentable entre éstas (Hernández, 1991).

3.7 Tipo de estudio

Transeccional y descriptivo: Transeccional, porque mide la relación de datos que se hizo en un solo tiempo, su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Descriptivo debido a que mide en un grupo de personas una o más variables proporcionando su descripción (Hernández, et al. 1991).

3.8 Tipo de diseño

Ex – post – factum: No hay manipulación de variables, solo identificación, observación y descripción de las variables que se pretenden medir (Hernández, et al. 1991).

3.9 Consideraciones éticas

La investigación se realizó bajo las consideraciones éticas que contiene el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el Título segundo Capítulo 1 Artículo 17 Fracción I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Lo cual quiere decir que la Investigación es sin riesgo para los seres humanos:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o

modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2014)

3.10 Hipótesis

Hipótesis 1

H1 Existe presencia de adicción al trabajo en el personal de enfermería en Hospitales Psiquiátricos.

H0 No existe presencia de adicción al trabajo en el personal de enfermería en Hospitales Psiquiátricos.

Hipótesis 2

H2 Está presente la satisfacción laboral en el personal de enfermería en Hospitales Psiquiátricos.

H0 No está presente la satisfacción laboral en el personal de enfermería en Hospitales Psiquiátricos.

Hipótesis 3

H3 Existe alguna relación estadísticamente significativa entre la adicción al trabajo y la satisfacción laboral en los empleados de enfermería en Hospitales Psiquiátricos.

H0 No existe alguna relación estadísticamente significativa entre la adicción al trabajo y la satisfacción laboral en los empleados de enfermería en Hospitales Psiquiátricos.

3.11 Variables

VARIABLES DEPENDIENTES

- **Adicción al trabajo:**

Definición conceptual: La adicción al trabajo es un desorden conductual que consiste en el aumento descontrolado y excesivo de la intensidad y tiempo que una persona invierte trabajado descuidando otras áreas de su vida privada como la familia, amigos, entretenimiento, salud, etcétera generado por una conducta auto-impuesta que obedece a motivos internos y no a motivos externos de la persona impulsado a trabajar constantemente. Lo que causa un daño laboral de tipo psicosocial caracterizado por el trabajo excesivo (Del Líbano y cols; 2008).

Definición operacional: Puntuación que el participante obtenga en la aplicación del test Escala de Bienestar al trabajo (DUWAS).

- **Satisfacción laboral:**

Definición conceptual: Es un estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto (Locke, 1976) dando como resultado varias actitudes que un empleado tiene hacia su trabajo, sus compañeros, sus jefes, y su vida en general (Gamero, 2003).

Definición operacional: La puntuación que el participante obtenga en la calificación de la Escala de Satisfacción Laboral General (Cook, Wall y Warr, 1981) en las dimensiones que mide.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Para definir las variables de la presente investigación se clasificaron en dos áreas de tipo demográficas.

Información personal: en esta categoría se contemplaron los siguientes aspectos:

✓ Género

Definición conceptual: El género se refiere a las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. (OMS, 2002)

Definición operacional: Masculino (M) y Femenino (F)

✓ Edad

Definición conceptual: Crecimiento y desarrollo de diferentes etapas de la vida, entendido como la edad biológica.

Definición operacional: Edad en años cumplidos que tiene el participante hasta la realización de la investigación.

✓ Situación de pareja

Definición conceptual: Se entiende por situación de pareja la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo (Ortiz, 2014).

Definición operacional: Soltero/a, casado/a, unión libre, divorciado/a, viudo/a.

✓ Último grado de estudios

Definición conceptual: Título que se da al estudiante que ha completado determinado nivel de estudios (Farlex, 2014).

Definición operacional: Secundaria, carrera técnica, bachillerato, licenciatura, posgrado y otro.

Historia laboral: En esta categoría se agruparon los aspectos correspondientes a la trayectoria profesional y horas dedicadas al trabajo basada en los siguientes datos:

✓ Puesto

Definición conceptual: Es el lugar o área ocupado por una persona dentro de una organización, empresa o entidad donde se desarrollan una serie de actividades las cuales satisfacen expectativas, que tienen como objetivo, garantizar productos, servicios y bienes en un marco social. (Varón y cols. 2012).

Definición operacional: Puestos relacionados con actividades de enfermería, eligiendo entre los siguientes incisos: a) Auxiliar de enfermería, b) Enfermero Especialista, c) Enfermero General Titulado y d) Enfermero Jefe Servicio.

✓ Antigüedad

Definición conceptual: Tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera ininterrumpida para la misma unidad económica en su trabajo principal, independientemente de los cambios de puesto o funciones que haya tenido dentro de la misma (STPS, 2012)

Definición operacional: Tiempo de antigüedad que el participante lleva en el puesto, eligiendo entre los siguientes incisos: a) 1 mes – 5 años, b) 5 años 1 día – 10 años, c) 10 años 1 día – 15 años, d) 15 años 1 día – 20 años, e) 20 años 1 día – 25 años, f) 25 años 1 día – 30 años y g) 30 años 1 día o más. Especifique _____

✓ Sueldo mensual

Definición conceptual: Remuneración periódica asignada por el desempeño de un cargo o servicio profesional (Albaigès, 2001).

Definición operacional: Cantidad de efectivo que recibe el participante en el puesto desempeñado: a) \$4,000.00 a) \$12,500.00, b) \$12,501.00 a \$19,000.00, c) 19,001.00 a \$25,500.00 y d) \$25,501.00 a \$30,000.00.

✓ Horas de trabajo

Definición conceptual: Todo período de tiempo dedicado a realizar actividades que contribuyen a la producción de bienes y servicios (OIT, 2014).

Definición operacional: Cantidad total de horas que el participante trabaja diariamente incluyendo horas adicionales en el caso de que trabaje adicionalmente en otra institución.

✓ Número de trabajos que posee en la actualidad.

Definición conceptual: Cantidad de ocupaciones que ejerce habitualmente una persona a cambio de un salario (STPS, 2012).

Definición operacional: Cantidad total de trabajos registrada por la persona encuestada, eligiendo entre los siguientes incisos a) 1, b) 2, c) 3 y d) 4 o más: _____

3.12 Muestra poblacional

Se realizó la aplicación del instrumento en los Hospitales Psiquiátricos Dr. Samuel Ramírez Moreno y Fray Bernardino Álvarez, con una muestra aleatoria de 120 empleados de enfermería, 69 del sexo femenino y 51 del sexo masculino obtenida de una población de empleados de enfermería de hospitales psiquiátricos. El instrumento se aplicó indiscriminadamente, sin tomar en cuenta nivel jerárquico o turno en el que laboran.

3.13 Procedimiento

1. Se realizó una investigación documental acerca de la relación que existe entre la adicción al trabajo y la satisfacción laboral para realizar un anteproyecto de tesis.
2. Con la información que se recabó para el anteproyecto se desarrolló el temario de la tesis.
3. Se seleccionó a los instrumentos DUWAS 10 (Del Líbano y Cols, 2009) para medir la adicción al trabajo y Escala de Satisfacción General (Warr, Cook y Wall, 1979) para medir la satisfacción laboral, se seleccionaron estos instrumentos porque ya han sido aplicados en investigaciones realizadas en la población mexicana. Además que dentro del cuestionario se integró una serie de preguntas sociodemográficas para conocer las

características de la población en la que se realizó la presente investigación (*Vease anexo I*)

4. Para la muestra se seleccionó a enfermeros y enfermeras de los Hospitales Psiquiátricos “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y “Fray Bernardino Álvarez”. Para acceder a dicha población se sometió a revisión el protocolo metodológico a los honorables comités de ética e investigación de los respectivos hospitales.
5. Una vez aprobado el protocolo se asignó la fecha, horario y lugar para aplicar el cuestionario. Los cuestionarios que se aplicaron a los enfermeros y enfermeras fueron de forma anónima con la finalidad de conocer su comportamiento en cuanto a la adicción al trabajo, satisfacción laboral en el trabajo y características sociodemográficas de la población.
6. Se realizó la aplicación de las encuestas en ambos hospitales en todos los turnos: Matutino, vespertino, sábados 24 horas, domingos 24 horas, nocturno A y nocturno B. Con las encuestas aplicadas se realizó una base de datos con los cuestionarios y posteriormente se realizó un análisis estadístico. El número total de encuestas aplicadas fue de 170 cuestionarios en enfermeros y enfermeras de las cuales se descartaron 50 debido a que algunos reactivos se dejaron en blanco y por consideraciones estadísticas y metodológicas sólo se tomaron 120 cuestionarios para realizar el análisis de los resultados.
7. En el análisis de resultados se utilizaron tablas de frecuencia y porcentaje acumulado para los datos sociodemográficos. Para la consistencia de las pruebas se utilizó alpha de Cronbach con la finalidad de comprobar la confiabilidad de los instrumentos y por último se realizó una correlación de datos para conocer si hay una relación existente entre la satisfacción laboral y adicción al trabajo en enfermeros psiquiátricos.

4.14 Instrumentos

Los instrumentos seleccionados para la presente investigación fueron:

- 1) Para medir la adicción al trabajo se utilizó la *Escala de Bienestar al Trabajo, DUWAS por sus siglas en inglés*, que fue creada por Schaufeli W. y Tavis T. (2004) y validada en su versión

en español por Del Líbano y cols. (2009) que mide la adicción al trabajo a partir de dos dimensiones:

- Trabajo excesivo (TE) que se califica con los ítems 1,2,4,6 y 8/ 5
- Trabajo compulsivo (TC) con los reactivos 3, 5, 7, 9 y 10 /5.

Se validó una versión reducida del cuestionario DUWAS – 10 (Del Líbano et al, 2010) Schaufeli, Shimazu y Tarís, 2009). Esta versión mantiene dos dimensiones básicas del trabajo excesivo (5 ítems, $\alpha = 0.77$) y trabajo compulsivo (5 ítems, $\alpha = 0.80$) y presentamos unos índices de consistencia interna válidos.

2) Para medir la Satisfacción Laboral el instrumento fue la *Escala de Satisfacción General* creado por Warr, Cook, y Wall en 1979, la cual se divide en dos subescalas:

- La primera con los reactivos 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14 que mide el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción y aspectos relativos al contenido de la tarea.
- En la segunda escala se encuentran los reactivos 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13 miden la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo.

La validez de este instrumento por consistencia interna por el coeficiente alfa de Cronbach mostró puntajes con buenos niveles de reproducibilidad, especialmente el factor 2. También se halló que el ítem 15 continúa siendo problemático, pues en el factor 1 (solución de dos factores), la fiabilidad sin el ítem 15 fue 0,76. El puntaje total (solución de un factor) la fiabilidad sin el ítem 15 fue 0,87, levemente mejor que cuando este ítem forma parte del puntaje. En conclusión, los resultados encontrados permiten afirmar que la Escala de Warr es válida y confiable pero sólo para una dimensión, pero, hay que tener en cuenta que el estudio tuvo como limitaciones una muestra reducida y procedente de una sola institución (Boluarte, 2014)

5. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados que se obtuvieron en la investigación. Los cuales se presentarán en dos secciones. En la primera parte se desglosan las características de las variables sociodemográficas que conforman la muestra; En segunda parte se presentan los resultados de confiabilidad de los test utilizados. Se presentan el grado de adicción, el grado de satisfacción y la correlación que existe entre ambas variables.

Características de la muestra.

Las variables sociodemográficas analizadas fueron las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Situación de pareja
- Grado de estudios
- Antigüedad en el trabajo
- Sueldo
- Horario
- Números de trabajo
- Horarios de trabajo al día

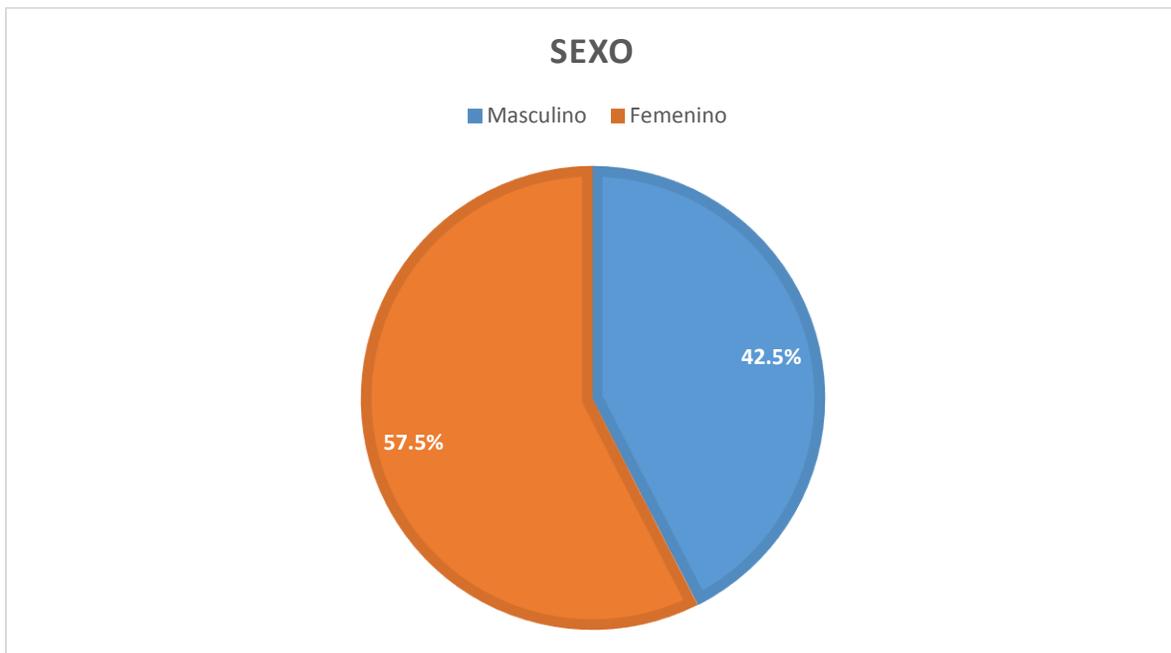
Sexo

La muestra se constituyó de 120 enfermeros y enfermeras de los Hospitales Psiquiátricos Dr. Samuel Ramírez Moreno y Fray Bernardino Álvarez, compuesta de 42.5% del género masculino y un 57.5% del género femenino.

Tabla 1. Distribución de muestra con la variable Sexo.

	Género	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Masculino	51	42.5
	Femenino	69	57.5
	Total	120	100.0

Figura 8. Distribución de muestra con la variable Sexo.



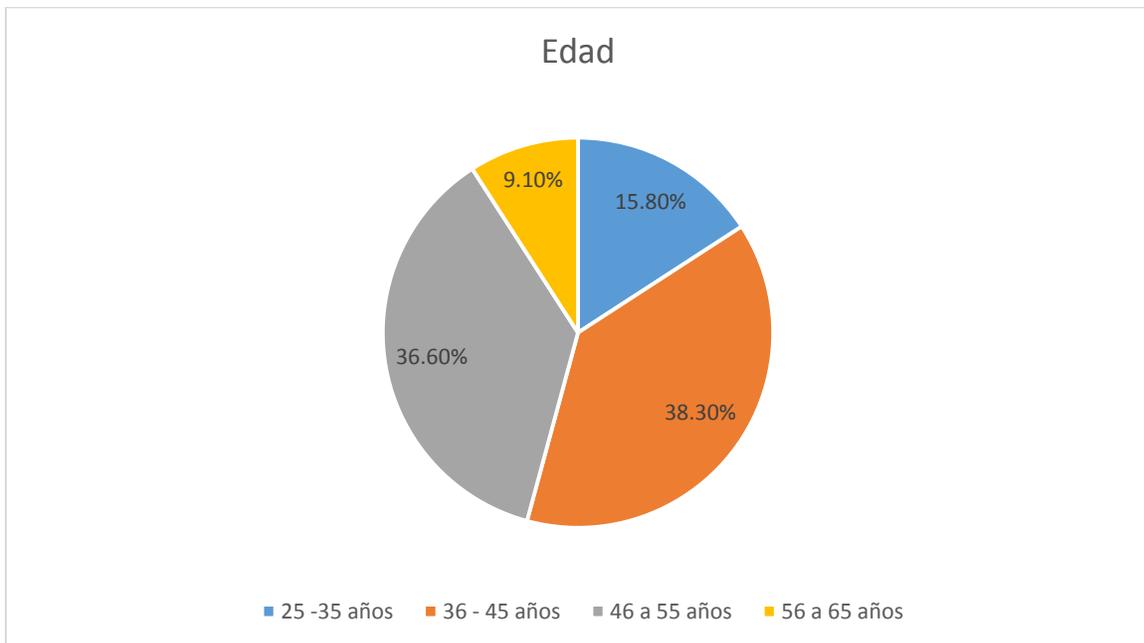
Edad

La edad mínima de aplicación es de 25 años y la edad máxima de 64 años. La mayor frecuencia de edad se ubica en un rango de 36 a 45 años con 38.6 %, en segundo lugar un rango de 46 a 55 años con un 36.6%, en tercer lugar un rango de 25 a 35 años con un 15.8% y para finalizar nos encontramos con un rango de 56 a 65 años con un 9.1%.

Tabla 2. Distribución de la muestra con la variable edad.

Edad	N Personas	Porcentaje
25 - 35 años	19	15.8%
36 - 45 años	46	38.3%
46 - 55 años	44	36.6%
56 - 65 años	11	9.1%
Total	120	100%

Figura 9. Distribución de la muestra con la variable edad.



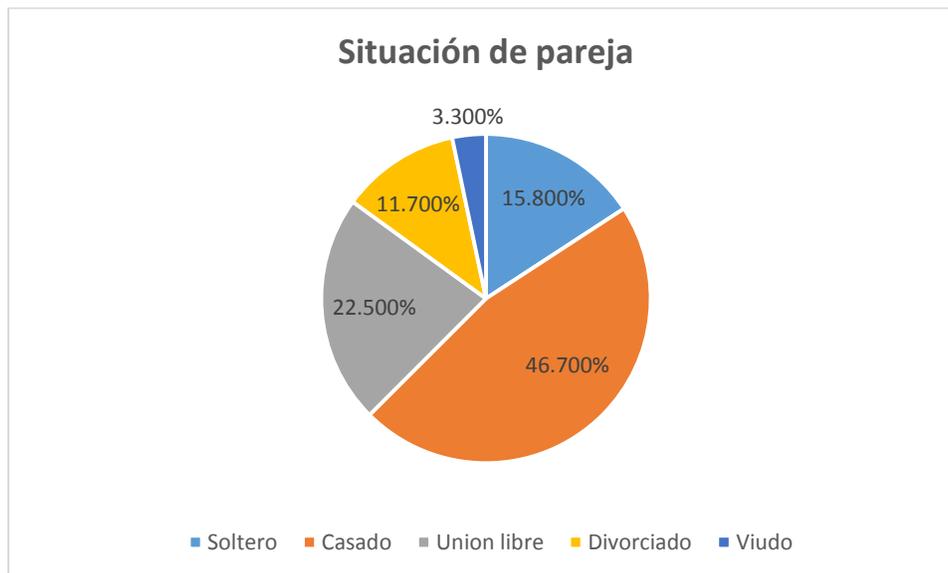
Situación de pareja

En la variable de situación de pareja el porcentaje mayor es de enfermeros casados con un 46.7%, en segunda posición unión libre con 22.5%, en tercera posición soltero con un 15.8%, en cuarta posición divorciado con un 11.7% y con finalmente viudos con un 3.3%. Los resultados se observan en la siguiente tabla

Tabla 3. Distribución de la muestra con la variable Situación de Pareja.

Situación de pareja		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltero	19	15.8
	Casado	56	46.7
	Unión Libre	27	22.5
	Divorciado	14	11.7
	Viudo	4	3.3
	Total	120	100.0

Figura 10. Distribución de la muestra con la variable Situación de Pareja.



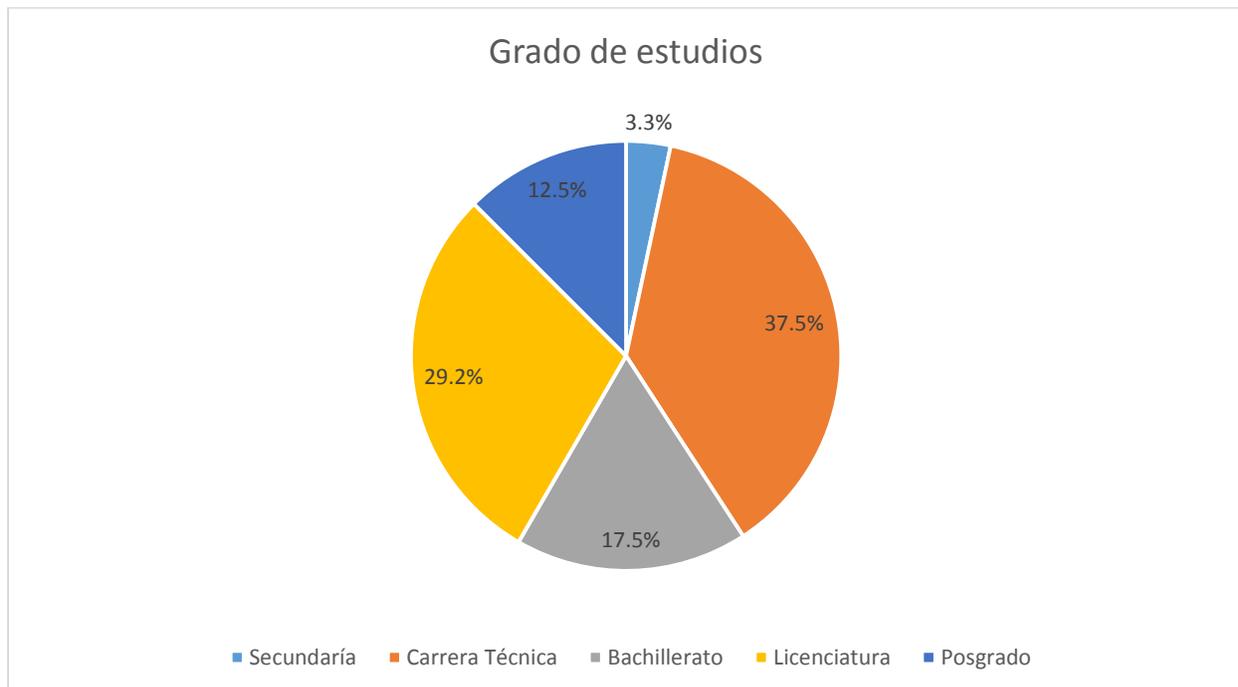
Grado de estudios.

La variable grado de estudios se puede observar a través de la siguiente tabla con un porcentaje mayor a la carrera técnica con un 37.5%, seguida de licenciatura con un 29.2%, en tercera posición 17.5% a Bachillerato, en cuarta posición a posgrado con un 12.5% y finalmente a secundaria con un 3.3%.

Tabla 4. Distribución de la muestra con la variable grado de estudios.

	Grado de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Secundaria	4	3.3
	Carrera Técnica	45	37.5
	Bachillerato	21	17.5
	Licenciatura	35	29.2
	Posgrado	15	12.5
	Total	120	100.0

Figura 11. Distribución de la muestra con la variable grado de estudios.



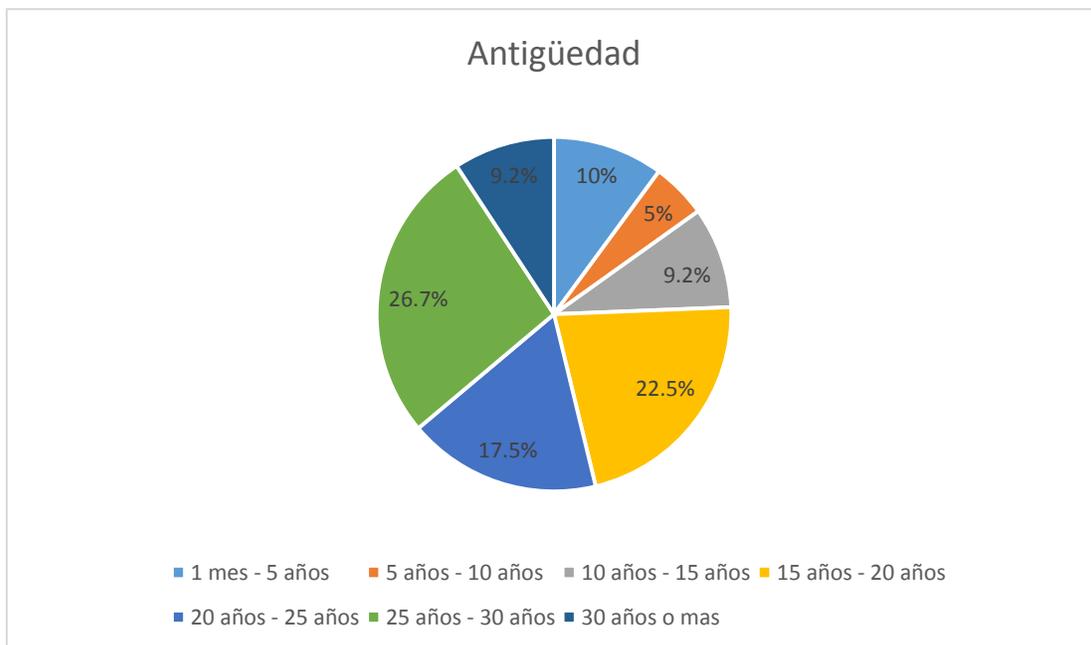
Antigüedad

La variable grado de estudios se muestra a través de la siguiente tabla con un porcentaje mayor a la carrera técnica con un 37.5%, seguida de licenciatura con un 29.2%, en tercera posición 17.5% a Bachillerato, en cuarta posición a posgrado con un 12.5% y finalmente a secundaria con un 3.3%.

Tabla 5. Distribución de la muestra con la variable antigüedad.

Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
1 mes - 5 años	12	10.0
5 años - 10 años	6	5.0
10 años - 15 años	11	9.2
15 años - 20 años	27	22.5
20 años - 25 años	21	17.5
25 años - 30 años	32	26.7
30 años o mas	11	9.2
Total	120	100.0

Figura 12. Distribución de la muestra con la variable antigüedad.



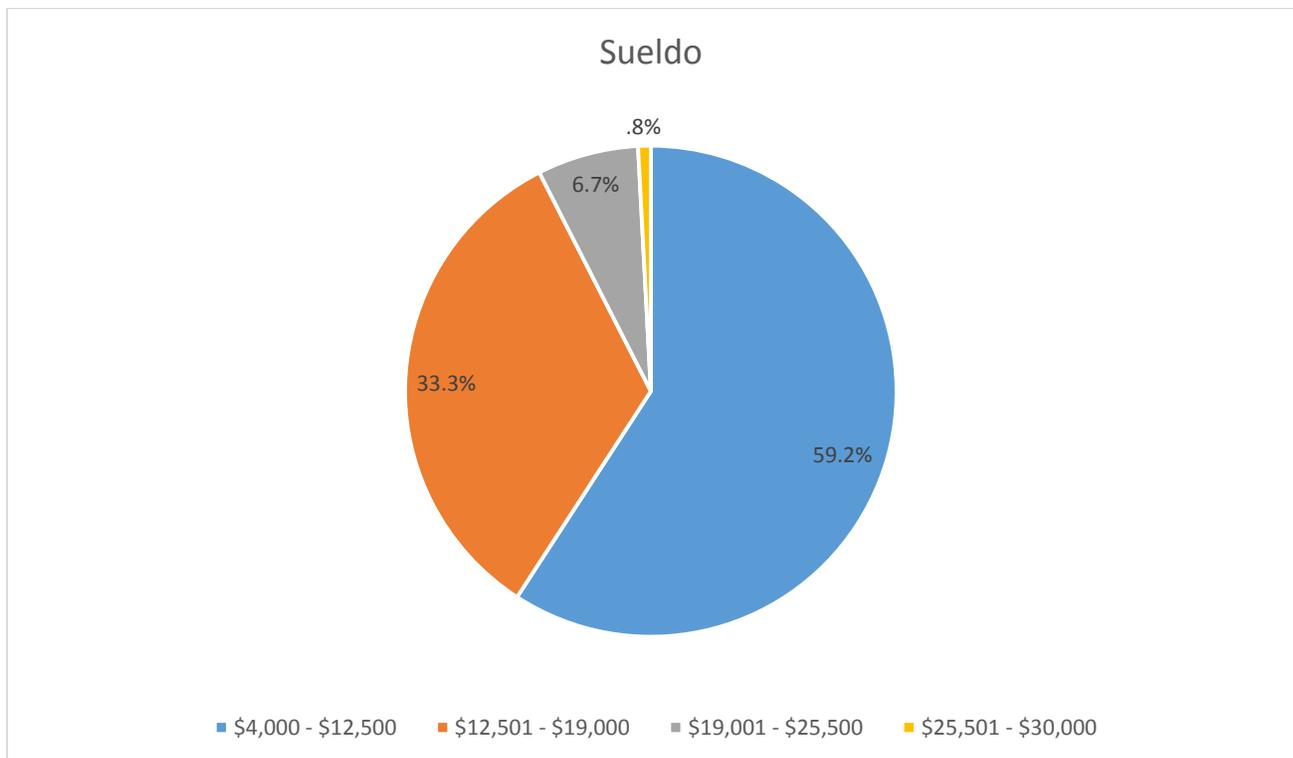
Sueldo

La variable sueldo se muestra concentrada en mayor porcentaje en el rango de \$4,000 a \$12,500 pesos con un 59.2%, seguido de un rango de \$12,501 a \$19,000 pesos con un 33.3%, encontrándose en tercer lugar un rango de \$19,001 a \$25,500 pesos con un 6.7% y finalmente encontramos al rango de \$25,501 a \$30,000 pesos con un porcentaje de .8%.

Tabla 6. Distribución de la muestra con la variable sueldo.

Sueldo	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
\$4,000 - \$12,500	71	59.2
\$12,501 - \$19,000	40	33.3
\$19,001 - \$25,500	8	6.7
\$25,501 - \$30,000	1	.8
Total	120	100.0

Figura 13. Distribución de la muestra con la variable sueldo.



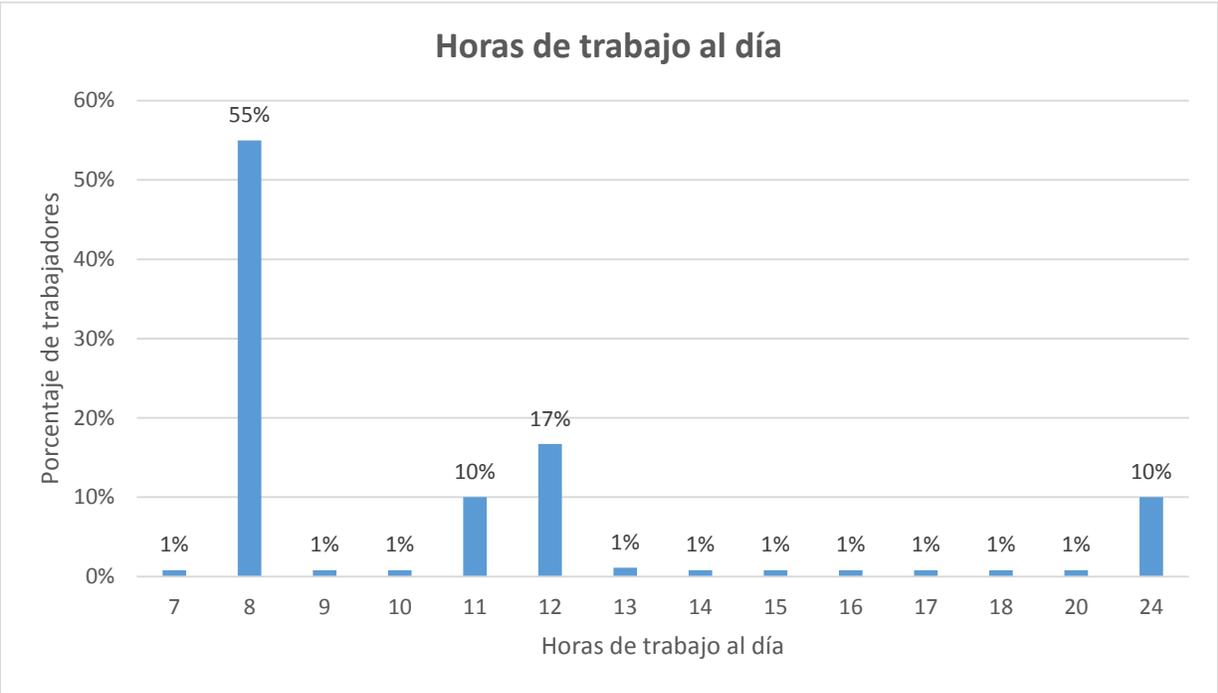
Horas de trabajo

A continuación se muestra una tabla de frecuencia y porcentaje acumulado que detalla de menor a mayor las horas que dedican las personas a trabajar, indicando el mayor porcentaje en 8 horas con un 55% y el más bajo con un 8% en 7,9,10, 14, 15, 17, 18 y 20 horas.

Tabla 7. Distribución de la muestra con la variable horas de trabajo.

Horas de trabajo		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	7	1	.8
	8	66	55.0
	9	1	.8
	10	1	.8
	11	12	10.0
	12	20	16.7
	13	2	1.7
	14	1	.8
	15	1	.8
	17	1	.8
	18	1	.8
	20	1	.8
	24	12	10.0
	Total	120	100.0

Figura 14. Distribución de la muestra con la variable Horas de trabajo



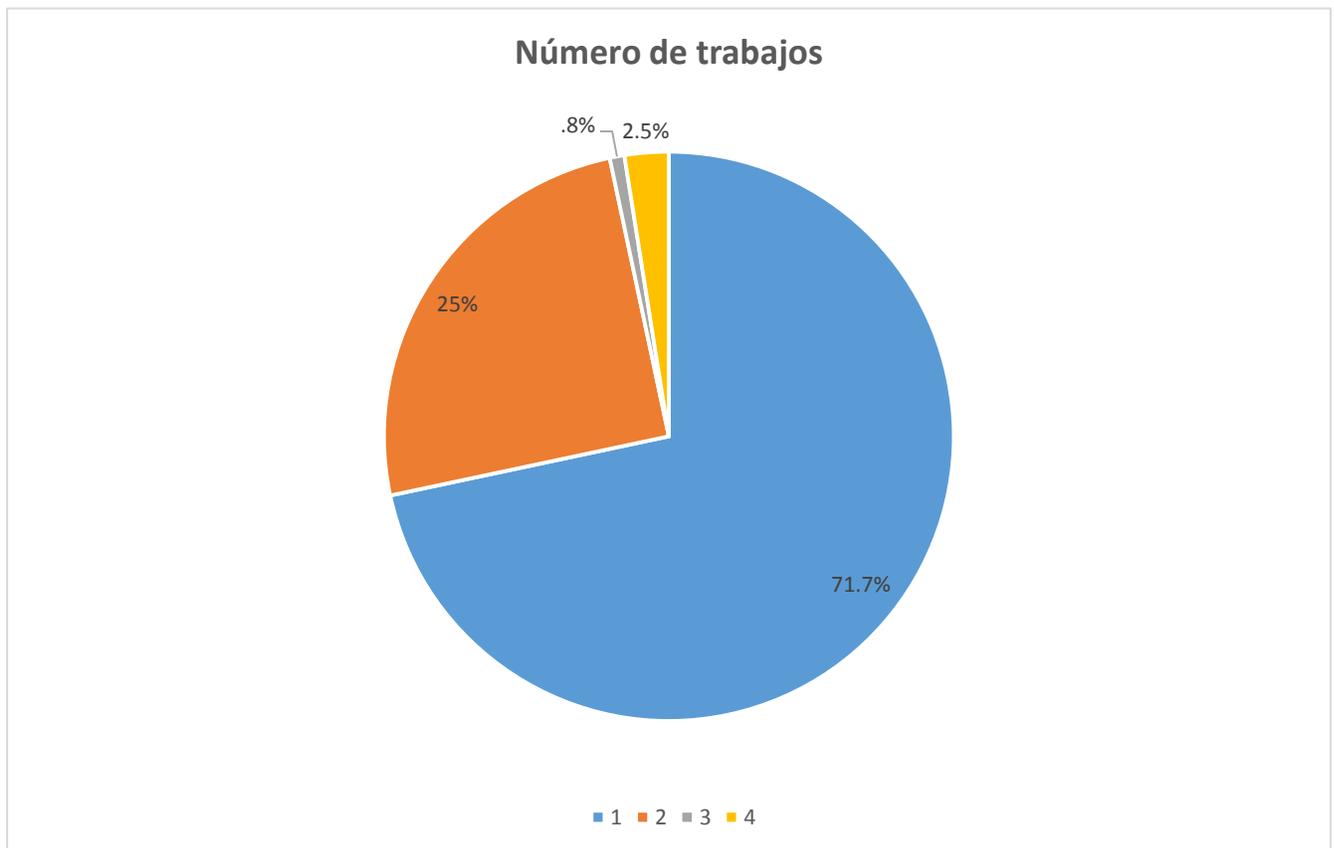
Número de trabajos.

A continuación se puede encontrar con que un 71.7 % de las personas de la muestra reportan tener sólo un empleo, con 25% personas que reportan tener 2 empleos, con .8% personas que reportan tener 3 empleos y con 2.5% personas que reportan tener 4 o más empleos.

Tabla 8. Distribución de la muestra con la variable número de trabajos.

	Número de trabajos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	86	71.7
	2	30	25.0
	3	1	.8
	4 o más	3	2.5
	Total	120	100.0

Figura 15. Distribución de la muestra con la variable número de trabajos.



Confiabilidad de las escalas de medición.

Se realizaron los cálculos con el Alpha de Cronbach para analizar cómo responden los participantes a las escalas y medir el índice de confiabilidad de los Test DUWAS – 10 (Adicción al trabajo) y Satisfacción Laboral General para la presente investigación.

Confiabilidad de la escala DUWAS – 10 (Adicción al trabajo).

En la prueba DUWAS – 10 que mide Adicción al trabajo se obtuvo en el Alpha de Cronbach un resultado final de .824 confirmando que la respuesta de los participantes en sus dos dimensiones: Trabajo en exceso y trabajo compulsivo, compuesta de 10 reactivos es CONSISTENTE y por ende los resultados derivados de la presente investigación son confiables.

Tabla 9. Confiabilidad de la escala DUWAS – 10 (Adicción al trabajo)

Estadísticos de fiabilidad		N	%
Casos	Válidos	120	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	120	100.0
Alpha de cronbach		.824	

Confiabilidad de la escala de Satisfacción laboral General.

En la prueba de Satisfacción Laboral General se obtuvo en el Alpha de Cronbach un resultado de .921 confirmando que la respuesta de los participantes es consistente en sus dos subescalas: Satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca compuesta de 14 reactivos y por ende los resultados derivados de la presente investigación son confiables.

Tabla 10. Confiabilidad de la escala Satisfacción Laboral General

Estadísticos de fiabilidad			
		N	%
Casos	Válidos	120	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	120	100.0
Alpha de cronbach		.921	

Resultados obtenidos de la prueba DUWAS – 10 de Adicción al trabajo

Se realizó una correlación entre la dimensión de trabajo compulsivo (TC) y trabajo excesivo (TE), en dicho cálculo se obtuvo como resultado estadístico una correlación positiva con un puntaje de .629 que demuestra que el instrumento es confiable en los resultados que arrojo de la aplicación en la muestra de enfermeros y enfermeras psiquiátricos.

Tabla 11. Resultados de la prueba DUWAS – 10 (Adicción al trabajo)

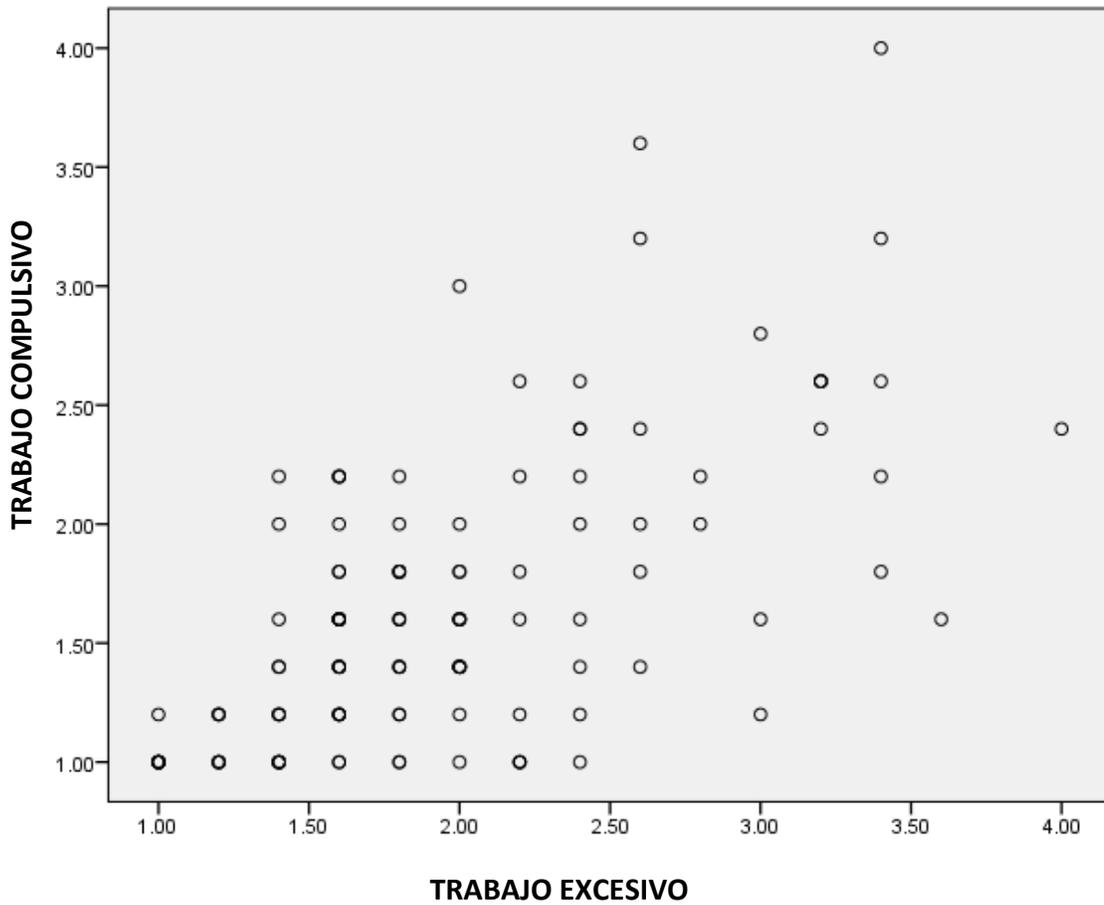
Correlación entre Trabajo excesivo y trabajo compulsivo			
		TECAL	TCCAL
TECAL	Correlación de Pearson	1	.629**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	120	120
TCCAL	Correlación de Pearson	.629**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	120	120

En la prueba DUWAS – 10 para determinar que una persona presenta adicción al trabajo, ésta debe tener un puntaje superior a 30 en ambas dimensiones: trabajo excesivo y trabajo compulsivo. En esta investigación se obtuvo como resultado que el 95.8 % presenta una puntuación alta únicamente en una de las dos dimensiones, mientras que el 4.2% restante de la muestra presentó un puntaje mayor de 30 en ambas dimensiones, lo que corresponde a un total de 5 personas que equivale a un porcentaje del 4% en la muestra con tendencias a presentar adicción al trabajo. Los resultados también se pueden observar en la gráfica 9 de dispersión que aparece a continuación:

Tabla 12. Resultados de la prueba DUWAS – 10 en sus dos dimensiones.

Adicción al trabajo dimensiones de Trabajo Excesivo (TE) y Trabajo compulsivo (TC)				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	10	7	5.8	5.8
	11	5	4.2	10.0
	12	8	6.7	16.7
	13	5	4.2	20.8
	14	8	6.7	27.5
	15	8	6.7	34.2
	16	13	10.8	45.0
	17	13	10.8	55.8
	18	11	9.2	65.0
	19	8	6.7	71.7
	20	5	4.2	75.8
	21	1	.8	76.7
	22	3	2.5	79.2
	23	3	2.5	81.7
	24	4	3.3	85.0
	25	4	3.3	88.3
	26	2	1.7	90.0
	28	2	1.7	91.7
	29	5	4.2	95.8
	30	1	.8	96.7
	31	1	.8	97.5
	32	1	.8	98.3
	33	1	.8	99.2
	37	1	.8	100.0
	Total	120	100.0	

Figura 16. Dispersión de los resultados de la prueba DUWAS – 10 en sus dos dimensiones de trabajo excesivo (TE) y trabajo compulsivo (TC)



Resultados obtenidos de la Satisfacción Laboral General

En la prueba de Satisfacción Laboral General se obtuvo que el 46.7% de la muestra a la que se aplicó el instrumento obtuvo una calificación de 80 o mayor a 80, lo que representa que poco menos de la mitad de la muestra total presentan una alta satisfacción laboral.

Tabla 12. Resultados de la prueba Satisfacción General

Satisfacción Laboral					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15	1	.8	.8	.8
	22	1	.8	.8	1.7
	27	1	.8	.8	2.5
	32	1	.8	.8	3.3
	33	1	.8	.8	4.2
	37	1	.8	.8	5.0
	43	2	1.7	1.7	6.7
	46	1	.8	.8	7.5
	47	1	.8	.8	8.3
	48	1	.8	.8	9.2
	51	1	.8	.8	10.0
	52	2	1.7	1.7	11.7
	53	2	1.7	1.7	13.3
	54	2	1.7	1.7	15.0
	55	1	.8	.8	15.8
	57	3	2.5	2.5	18.3
	58	2	1.7	1.7	20.0
	59	1	.8	.8	20.8
	60	1	.8	.8	21.7
	62	3	2.5	2.5	24.2
	63	2	1.7	1.7	25.8
	64	3	2.5	2.5	28.3
	65	2	1.7	1.7	30.0
	68	3	2.5	2.5	32.5
	69	1	.8	.8	33.3
	70	3	2.5	2.5	35.8

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
71	7	5.8	5.8	41.7
73	3	2.5	2.5	44.2
74	1	.8	.8	45.0
75	2	1.7	1.7	46.7
76	3	2.5	2.5	49.2
77	4	3.3	3.3	52.5
78	5	4.2	4.2	56.7
79	3	2.5	2.5	59.2
80	5	4.2	4.2	63.3
81	1	.8	.8	64.2
82	3	2.5	2.5	66.7
83	2	1.7	1.7	68.3
84	1	.8	.8	69.2
85	2	1.7	1.7	70.8
86	4	3.3	3.3	74.2
87	3	2.5	2.5	76.7
88	4	3.3	3.3	80.0
90	6	5.0	5.0	85.0
91	3	2.5	2.5	87.5
92	4	3.3	3.3	90.8
93	4	3.3	3.3	94.2
94	2	1.7	1.7	95.8
95	1	.8	.8	96.7
97	1	.8	.8	97.5
101	1	.8	.8	98.3
102	1	.8	.8	99.2
105	1	.8	.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

Relación entre Satisfacción Laboral y Adicción al trabajo.

Se realizó una Correlación de Pearson para encontrar el grado de relación existente entre la Adicción al trabajo y la Satisfacción Laboral. El resultado que se obtuvo se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 13. Correlación entre variables de Adicción al trabajo y Satisfacción Laboral.

	Correlación de Pearson	ATPTOTAL	SLTOTAL
ATPTOTAL	Correlación de Pearson	1	-.181*
	Sig. (bilateral)		.047
	N	120	120
SLTOTAL	Correlación de Pearson	-.181*	1
	Sig. (bilateral)	.047	
	N	120	120

***. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).**

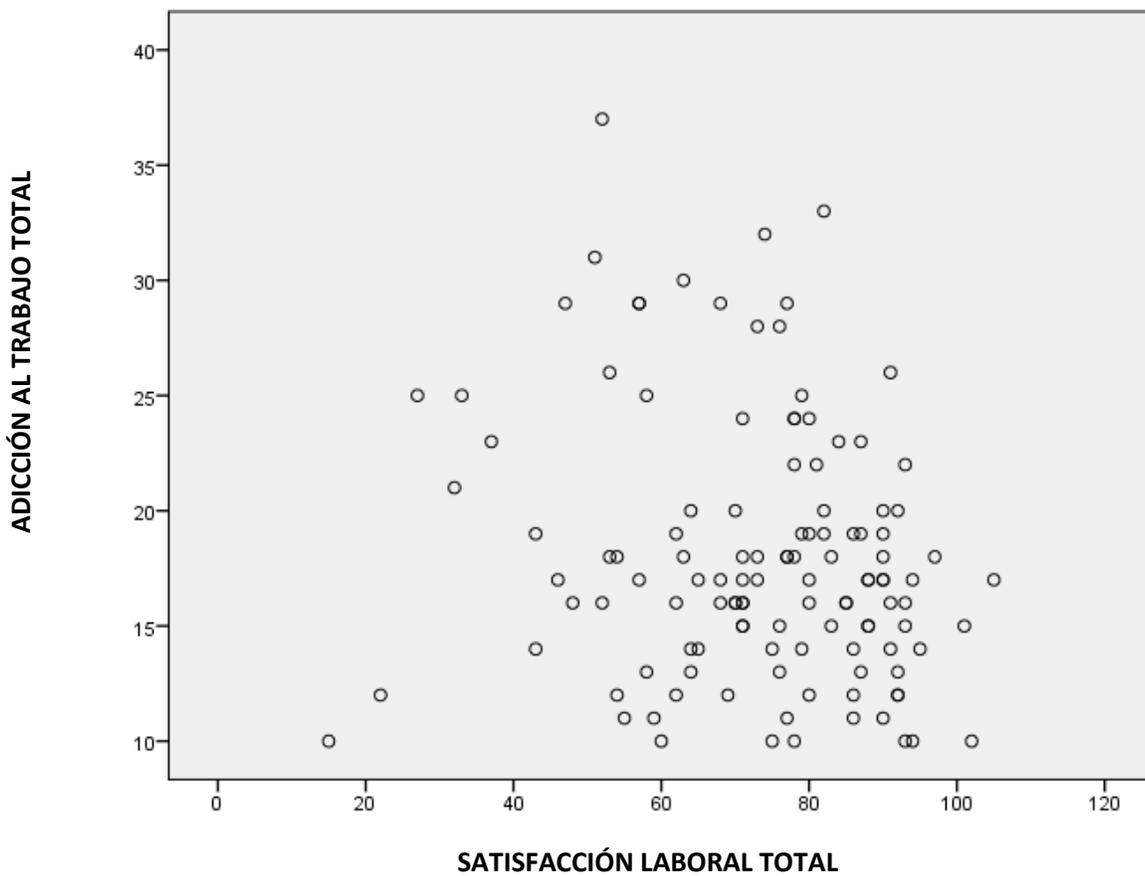
La tabla muestra una correlación estadísticamente significativa entre los factores de la variable adicción al trabajo y la variable satisfacción laboral, el resultado que se obtuvo de la correlación de Pearson fue de $-.181$, lo que indica que existe una correlación negativa entre las variables es decir, mientras la adicción al trabajo aumenta, la satisfacción laboral disminuye y viceversa.

También dentro de la tabla se observa el grado de significancia que corresponde a un $.047$ que se interpreta como una significancia positiva moderada que nos permite decir que la hipótesis

3 sobre si “Existe alguna relación estadísticamente significativa entre la adicción al trabajo y la satisfacción laboral en los empleados de enfermería en Hospitales Psiquiátricos fue correcta.

En la gráfica 17 se observa mediante un diagrama de dispersión cómo se comportan las variables.

Figura 17. Diagrama de dispersión entre variables de Adicción al Trabajo y Satisfacción Laboral



6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para realizar la presente investigación se llevó a cabo un estudio transaccional, descriptivo y explicativo. El principal objetivo de este estudio fue investigar si existe alguna relación significativa entre las variables adicción al trabajo y satisfacción laboral.

La investigación partió de tres hipótesis que a través de la investigación se cumplieron con los siguientes resultados como se muestra a continuación

La primera hipótesis de la investigación fue determinar si los empleados de enfermería pertenecientes a los hospitales psiquiátricos Dr. Samuel Ramírez Moreno y Fray Bernardino Álvarez tenían algún grado de satisfacción laboral. Para medir esta variable se seleccionó la escala de Satisfacción Laboral General de Warr, Cook y Wall (1979), la cual se mide dos subescalas, la primera mide la satisfacción extrínseca que está relacionada con el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción y aspectos relativos al contenido de la tarea, mientras que la segunda mide la satisfacción intrínseca del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo.

Los resultados de esta primer hipótesis fueron que el 46.7% del personal de enfermería que labora en los hospitales psiquiátricos presenta una alta satisfacción laboral, lo que muestra que más de la mitad de enfermeros están insatisfechos con un 53.3% en ambas dimensiones la intrínseca y la extrínseca, lo que invalida la hipótesis nulas al comprobarse que hay satisfacción laboral en los enfermeros psiquiátricos.

La satisfacción en esta investigación se midió en dos subescalas, la primera mide la satisfacción extrínseca que está relacionada con el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción y aspectos relativos al contenido de la tarea, mientras que la segunda mide la satisfacción intrínseca del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo. En el instrumento de satisfacción laboral se comprobó que hay una relación entre la dimensión de satisfacción intrínseca y extrínseca es estrecha, no puede haber una sin la otra.

Con la segunda hipótesis se buscó conocer si los enfermeros poseen algún grado de adicción al trabajo, para medir esta variable se utilizó la Escala de Bienestar al Trabajo (DUWAS – 10 validada en su versión en español por Del Líbano y cols. (2009) que mide la adicción al trabajo a partir de dos dimensiones: El trabajo excesivo (TE) y el trabajo compulsivo (TC). En la investigación se entiende a la adicción al trabajo como un desorden conductual que consiste en el aumento descontrolado y excesivo de la intensidad y tiempo que una persona invierte trabajado descuidando otras áreas de su vida privada como la familia, amigos, entretenimiento, salud, etcétera generado por una conducta auto-impuesta que obedece a motivos internos y no a motivos externos de la persona impulsado a trabajar constantemente. Lo que causa un daño laboral de tipo psicosocial caracterizado por el trabajo excesivo (Del Líbano y cols; 2008).

El 4.2% (n=5) de la muestra mostró indicios de presentar adicción al trabajo. Los empleados que se localizan como adictos al trabajo, manifestaran laborar de forma excesiva y compulsiva, sin disfrutar las actividades del puesto. La mayor parte de las consecuencias que se presentan en la adicción al trabajo recaen en la propia persona. Los adictos al trabajo presentan un estilo de vida caracterizado por la ansiedad y el estrés, lo que aumentara las posibilidades de padecer problemas cardiacos y malestares gastrointestinales. Como bien describe Robinson (1997) la adicción al trabajo se presenta como un desorden progresivo y potencialmente fatal, caracterizado por demandas auto-impuestas, por trabajar desmesuradamente, por la incapacidad para regular los hábitos de trabajo y por la exclusión de muchas otras actividades cotidianas. Aunado a lo que mencionan Spence y Robbins (1992) que el adicto estará muy implicado en su trabajo, se sentirá impulsado a trabajar a causa de una compulsión interna más que por demandas externas y que experimentarán un bajo placer en el trabajo.

Finalmente los resultados de la tercera hipótesis confirman que hay una relación significativa entre adicción al trabajo y satisfacción laboral. Para obtener la correlación entre la variable adicción al trabajo y la variable satisfacción laboral se realizó una correlación de Pearson para encontrar el grado de relación existente entre ambas variables.

De acuerdo a los estudios realizados cabe mencionar que los resultados son generalizables solo a los hospitales psiquiátricos en donde se aplicó la muestra. A continuación presentamos las conclusiones obtenidas durante esta investigación:

Es así que de acuerdo a la definición de este trabajo y al instrumento operacional que se utilizó se entiende que la satisfacción laboral es un estado emocional positivo o negativo resultado de la percepción subjetiva de las experiencias y expectativas laborales del sujeto (Locke, 1976), dando como resultado varias actitudes que un empleado tiene hacia su trabajo, sus compañeros, sus jefes, y su vida en general (Gamero, 2003), por la falta de satisfacción ya sea de forma intrínseca o extrínseca. Como dice Gibson (1996) la satisfacción o insatisfacción será el resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla sus actividades, como es el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la satisfacción de los grupos de trabajo, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones laborales y el margen de beneficios.

Como resultado de nuestra tercera hipótesis identificamos la correlación que existe entre la adicción al trabajo y la satisfacción laboral por medio de una correlación de Pearson que fue de $-.181$, lo que indica que existe una correlación negativa entre las variables es decir, mientras la adicción al trabajo aumenta, la satisfacción laboral disminuye y viceversa. El grado de significancia que se obtuvo fue de $.047$ lo que indica una significancia positiva moderada, lo cual confirma la hipótesis.

El estudio de caso derivado de la correlación entre adicción al trabajo y satisfacción con las puntuaciones más significativas fue el siguiente:

Mujer de 34 años sin hijos con 9 años de casada, con nivel escolar de bachillerato técnico. Tiene un antigüedad que va de los 15 a 20 años con un sueldo que va de \$4000 - \$12,500, solo tiene un trabajo en el que trabaja por turnos de 12 horas. En las dimensiones de Adicción del trabajo se operacionalizó el instrumento y se obtuvo la siguiente puntuación, trabajo excesivo 3.4 y en trabajo compulsivo 4, al tener puntajes de más de 3 en ambas dimensiones se interpreta como una persona con altas tendencias de adicción al trabajo. Mientras que para la escala de satisfacción laboral se obtuvo la siguiente puntuación en la dimensión de

satisfacción laboral extrínseca 25 de 49 puntos y en la escala laboral intrínseca 27 de 56 puntos con lo cual se observa que tiene la mitad de la puntuación en ambas escalas

Con los resultados de este estudio de caso podemos observar que cuando hay presencia de adicción al trabajo la satisfacción laboral es baja como consecuencia de la gran cantidad de estrés y ansiedad sumando enfermedades y malestares físicos. De esta manera se puede aclarar que la persona que tiende a sufrir de adicción al trabajo, trabaja de manera compulsiva y excesiva, no percibe el trabajo como un reto o como algo que le proporcione algún valor positivo, sino que de alguna manera el trabajo es una fuente de estrés. Sin duda la satisfacción y adicción al trabajo son dos aspectos que deben ser considerados en una organización como los hospitales, visualizando al empleado en este caso el enfermero como un individuo con necesidades que deben satisfacer.

7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La aplicación de los instrumentos se realizó en un escenario poco favorable, para futuras aplicaciones futuras se sugiere tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Perfeccionar el procedimiento de la aplicación asignando un lugar y un tiempo determinado para contestar de aproximadamente 20 minutos.
- Establecer rapport con los evaluados para explicar la finalidad de la aplicación
- Ampliar la muestra para favorecer la generalización de los resultados.
- Aplicar el instrumento con personas pertenecientes a otras ramas de estudio.

8. REFERENCIAS

Albaigès J. (2001) Diccionario de palabras afines – con explicación de su significado preciso. Sueldo mensual. Madrid: Espasa-Calpe. p. 636

Alcover, C., Moriano, J. Osca, A. y Topa, G. (2012). Psicología del trabajo. Recuperado de: <http://books.google.com.mx/books?id=IIQdG1UMldwC&lpq=PA268&dq=adicciC3%B3n%20al%20trabajo%20y%20profesiones&hl=es&pg=PA6#v=onepage&q=adicci%20al%20trabajo%20y%20profesiones&f=false>.

Alonso - Fernández, F. (1996). Las otras drogas. Madrid. Temas de hoy

Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista Asociación Especializada Neuropsiquiatría*. XI (39), 257-265.

Álvarez, F. y Faizal, E. (2012). Riesgos Laborales. Como prevenirlos en el ambiente de trabajo. Colombia: Ediciones de la U

American Society of Adiction Medecine (2011) Definition of adiction. Extraído de <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>

Antonosky A. (1987) Unrevealing the mysstery of health: how people manage stress and stay well. San Francissco: Jossey-Bass, 1987

APA (2001) Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona. Masson.

Arredondo, A. (1992), Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud – Enfermedad. *Cad. Saúde Públ.* Río de Janeiro, 8(3): 254-261

Athié, A. Adictos al trabajo, 8% de mexicanos NTX. Jueves 29 de diciembre de 2011. Sección sociedad y justicia.

Barkus, E. y Lewis, S. (2008). Schizotypy and psychosis-like experiences from recreational cannabis in a non-clinical sample. *Psychological Medicine*, 38, 1267-1276.

Becerra M. y Trujillo N. (2007)- Mobbing y Burnout: Un problema personal y laboral. *Universidad de La Sabana*.

- Becoña, E. (1996) La ludopatía. Madrid. Aguilar
- Bencomo E. (2008) El trabajo visto desde una perspectiva social y jurídica. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. Número 7. Julio – Diciembre, pp. 27 – 57.
- Bizcarra; K. (1992) La enfermedad ¿Qué es y para que sirve? ¡A tu salud! Barcelona: 4ta Ed. Obilisco- Vital
- Boluarte A. (2014) Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall. Versión en español. *Investigación original*. 25: 80-84. Scielo.
- Bravo A. (1967) El hospital moderno como servicio de salud. *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*.
- Buen Lozano N. (1974). *Derecho del trabajo* (Vol. 1). Porrúa.
- Burke, R. J. (2001). Spence and Robbins' measures of workaholism components: test-retest stability. *Psychological Reports*, 88, 882-888.
- Burke, R.J., & Koksál, H. (2002). Workaholism among a sample of Turkish managers and professionals: An exploratory study. *Psychological Reports*, 91, 60–68.
- Cabanellas, Guillermo (1988), *Tratado de Derecho del Trabajo*, T. II, Vol. 3, 3a edición. Buenos Aires: Heliasta, 539 pp.
- Cámara de Diputados (2015). Reforma a la Ley General de Salud. Extraído de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2015/Marzo/03/10096-Avalan-diputados-minuta-del-Senado-que-reforma-la-Ley-General-de-Salud-para-que-la-promocion-y-atencion-de-la-salud-mental-tenga-caracter-permanente>
- Carlotta, M. y Gobbi, M. (2001) Desempleo y Síndrome de Burnout. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 10 (1). 131-139.
- Carlson N. (2004) *Fisiología de la conducta*. 8va. Edición. España. Pearson.
- Carranza A. y Gonzalez J. (2004). Ergonomía ocupacional. *Fatiga laboral* N°. 13. Extraído el 21 de Febrero del 2016 de <http://www.ergocupacional.com/4910/20608.html>.

Carsten, J. M., & Spector, P. E. (1987). Unemployment, job satisfaction and employee turnover: A meta-analytic test of the Muchinsky model. *Journal of Applied Psychology*, pp 374- 381.

Castañeda H. y Acevedo G. (2008). Importancia de la satisfacción como indicador de la calidad en enfermería. México: Editorial Universum, pp. 69 - 119

Castañeda, E. y García, J. (2011). Perspectivas actuales de la adicción al trabajo. *Scielo*. 21 (1), 131-139. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/workaholism-Enrique-Casta%F1eda.pdf>

Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo A.C., (S/A). Extraído de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/cocaina1final.pdf>

Centro de Integración Juvenil, A.C. (2008). Violencia Familiar y Adicciones: dos problemas que suelen ir de la mano. Extraído de: <http://www.cij.gob.mx/cijcontigo/Lectura.asp>

Chabrol, H., Ducongé, E., Casas, C., Roura, C. y Carey, K.B. (2005). Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addictive Behaviors*, 30, 829-840

Chiavenato I (1989). Introducción a la Teoría General de la Administración. México: Mc. Graw Hill Interamericana de México.

Chiavenato I. (2002) Administración en los nuevos tiempos. Colombia: Mc Graw Hill.

Chiavenato I. (2003) Administración de los recursos humanos. El capital humano de las organizaciones. 1º edición México: Mc Graw Hill.

Chiavenato I. (2006). Introducción a la Teoría General de la Administración, Séptima Edición, de, McGraw-Hill Interamericana, Págs. 2 y 160 al 172.

Chiavenato I. (2011) Administración de los recursos humanos. El capital humano de las organizaciones. 3º edición. México: Mc Graw Hill.

Cía A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias. DSM-5,APA. *Revista de Neurosiquiatría*. 76(4).

Colín C. (2013). Adicción al trabajo, satisfacción y desempeño laboral en ejecutivos mexicanos. UNAM.

Comte M. (1995), “Tres millones de desempleados”, en Besson, Jean Louis (Organizador), Las estadísticas, UNESP, Brazil, pp. 95-111.

Cruz J. (2012). En 2012 el desempleo en México seguirá en niveles superiores en 5 %:

De la Revilla L. (1992) La consulta del médico de familia: la organización en la práctica diaria. Ed Jarpyo, Madrid, pag. 91-100.

Del Líbano, M., & Llorens, S. (2012). Guía de intervención: Adicción al trabajo. Madrid: Síntesis.

Del Líbano y cols. (2013) La adicción al trabajo. Salud laboral, riesgos laborales, psicosociales y bienestar laboral. Ed. Pirámide Pag. 240 – 259.

DGESPE (1998) Formación básica de personas adultas. (Decreto 79/1998 BOC. N° 72. Pág. 8.

Díaz de Quijano, S. (1993), Psicología Social en las Organizaciones. Barcelona: S.A. PPU

Don H. y Slocum J. (1988). Administración. Séptima edición. México. Internacional

Dubos, R y Pines, M. (1988) Salud y Enfermedad) USA Ediciones culturales internacionales.pp10

Duran J.(2000) Las ideas y las prácticas de la administración: los desafíos en la era moderna. México: Oxford p.208.

Echeburua, E. (1993^a). La psicología de la salud: un constructo mal enfocado. Valencia. Promolibro.

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet. Bilbao: Desclee de Brower.

Echeburúa E. (2000) ¿Adicciones sin drogas? España. Colección preguntas. Ed. Desclee De Brouwer.

Encuesta Nacional de Nutrición, (2006). Extraído de:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>

Encuesta Nacional Epidemiología Psiquiátrica (2003). INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE. WMHS-OMS. Extraído de
<http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>

Espinoza L. (s/f) Modelo de motivación para organizaciones en Morelos. Red Nacional para la Competitividad e innovación en el trabajo.

Estruch, R. (2002), Efectos del alcohol en la fisiología. Extraído de:
<http://www3.uah.es/mapa/mayores/Lecturas/Activos/alcoholismo4.pdf>

Farlex (2014) The free dictionary. Spanish dictionary. Grado (7). Online. Recuperado 06-11-14 de <http://es.thefreedictionary.com/grado>

Fayol, H. y Taylor F. (1987) Administración industrial y general. 3º Edición, Orbis, Barcelona

Feito L. (2000) Ética profesional de la enfermería. Madrid. PPC. Pág. 148.

Fernandez-Moltavo, J. y Echeburua, E. (1997) Manual práctico del juego patológico. Madrid. Pramide.

Freudenberg, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165, Vol. 12 (1).

Gálvez M., Mingote, J. y Moreno, B. (2010). El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Medicina y Seguridad del trabajo*. (Internet), 56 (220). Extraído de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n220/original3.pdf>

Gamero C. (2003) Análisis económico de la satisfacción laboral, tesis doctoral, universidad de malaga 1999

Gamero C. (2003) Análisis económico de la satisfacción laboral. Tesis doctoral. Universidad de Málaga.

García – Andrade, J. (1993) Psiquiatría Forense. Madrid. Fundación Ramón Araces

Garriga, D. (2008). Calidad de vida profesional de las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar. Dialnet. 12 (4), p. 8 Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3399670>

Garson B. (1990) Work addiction: organizational boon or doom. Unpublished manuscript.

Gibson, B. (1996). The masking account of attentional capture: A reply to Yantis and Jonides.

Gilardi J. y Iapichino J. (2001) PRAXIS MEDICA PROTECCION DEL PROFESIONAL. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Publicación de la Asociación de Médicos Municipales. Buenos Aires. Año 5 . N° 18

González J. (2009) El trabajo. Definición de trabajo. Extraído el 28 de Noviembre del 2014 de: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico/trabajo.htm

González, (2011). Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal. Extraído de: <http://eprints.ucm.es/14431/1/T33360.pdf>

Gossop (1989) Adicciones. Routledge. Londres.

Gracia D. (1998) Bioética clínica. El Búho. Santafé de Bogotá. Pág19.

Guerreschi C. (2007) Las nuevas adicciones: internet, trabajo, sexo, teléfono celular, compras. Lumen humanitas. España

Guevara, E. (2008). La Gestión de las Relaciones y la Responsabilidad Social Empresarial. Extraído de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008c/438/>

Hall, R. (1996). Organizaciones, Estructuras, Procesos y Resultados. Extraído de: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-189.pdf>

Harmon, J., Scotti, D. J., Behson, S., Farias, G., Petzel, R., Neuman, J. H., & Keashly, L. (2003). Effects of high-involvement work systems on employee satisfaction and service costs in veterans healthcare. *Journal of Healthcare Management*, pp 393-405.

Hellriegel D. y Slocum J. (2000) Administración. México: Thompson. p 479

Herzberg F. (1966) Work and the nature of Man. World Publishing Company. Capítulo 6.

Hewlett S. Buck C. Extreme Jobs: The Dangerous Allure of the 70-Hour Workweek. Harvard business review. Diciembre 2006

Hulin, C. (1991). Adaptation, persistence, and commitment in organizations.

Ibañez, E. (1990). Psicología de la salud y estilo de vida. Valencia. Promolibr

IMSS (2014) Información sobre accidentes y enfermedades de trabajo nacional. . Memorias estadísticas.

INEGI (2002, 2011) Estadísticas de mortalidad. Extraído de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

INEGI. (2014). Encuesta Nacional de Ocupación y empleo. Extraído el 25 de Noviembre del 2014 de www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/estrucbol.pdf

Informe Académico. Web. 13 Aug. 2014. Document URL:<http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA169022732&v=2.1&u=unam1&it=r&p=GPS&sw=w&asid=f37dbc492d3889bc5e1b0c882a88d764>.

INSHT (1997) Disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Decreto 486.

Jacobs, R., & Solomon, T. (1977). Strategies for enhancing the prediction of job performance from job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 62(4), 417.

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.

Klaft, R. P. y Kleiner, B.H. (1988) Understanding workaholics. *Businessw*, PP. 38, 40

Koontz, H. y Weihrich, H. (1998): Administración: una perspectiva global. México: McGraw-Hill.

Kornhauser A. (1965) Mental Healt of the Industrial Worker: A Detroit Study. Capítulo 5 del trabajo. USA: Ed. Wiley. Pag 73

Lastra J. (1999) Anuario Mexicano de la Historia del Derecho. El trabajo en la Historia. Vol XI y XII. Extraído el 18 de Noviembre del 2014, de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/hisder/cont/11/cnt/cnt7.htm>

Ley Federal de Trabajo (2014) Extraída el 27 de Enero del 2014 de http://www.stps.gob.mx/bp/micrositios/reforma_laboral/archivos/Noviembre.%20Ley%20Federal%20del%20Trabajo%20Actualizada.pdf

Leymann, H. (1996), Mobbing. París: Ed. Du Seuil

Lifschitz, V. (2014). Epidemiología: Modelos de Salud Enfermedad. Extraído de: http://www.academia.edu/8467110/Epidemiolog%C3%ADa_modelos_de_salud_enfermedad

Lipko E. y Dumeynieu I. (2004) Patología Laboral Del equipo de Salud Mental. Argentina: Ed. Lugar.

Llor, B. Abad, M.A; García, M. y Nieto, J. (1995). Ciencias Psicosociales aplicadas a la salud. Madrid, Mc Graw Hill.

Locke, E. A. (1976): “The nature and causes of job satisfaction”, en M. D. Dunnette. Nueva York. Editorial Handbook of Industrial and Organizational Psychology.

Malash, Scaufeli y Leiter (2001). Job Bornout. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52, 397-422

Martínez, R. (1998a). Evaluación y diagnóstico e intervención conductual. Psicoarchivos. Extraído de: <http://lightning.prohosting.com/~superte/1sem4/2clin1.htm>

Maslow A (1957). Motivación y personalidad. Madrid: Ed. Díaz de Santos S.A. Pag 21 – 50

Maslow, A. (1943): “Teoría de la motivación humana”. *Revista de Psicología*. Vol. 50, pp. 370-396.

Maslow, A. (1954). Motivación y personalidad. Nueva York: Harper & Row.

Maslow, A. (1982). Más Allá del Ego. La salud mental en la psicología budista clásica.

Mayo, E. (1960). Relaciones en la era de la industrialización. México, DF: Editorial.

McClelland, D. (1961): *The Achieving Society*, Nueva York: Van Nostrand Reinhold.

- McClelland, D. (1975). Power: The inner experience. Irvington.
- McKeown, T. (1990). Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona. Crítica (Original, 1988)
- Mellody, P. (1997) La adicción al amor. Barcelona. Obelisco
- Méndez D. (2010). El estrés laboral como un factor de riesgo para generar adicción al trabajo. UNAM
- Miguel Zamora Olvera, del Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar No. 10 de la Ciudad de México.
- Ministerio de Salud Lima - Perú (1999). Gestión de Recursos Humanos. Extraído de: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/gestion%20recursos%20humanos.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (2006). Las enfermedades del trabajo: nuevos riesgos psicosociales y su valoración en el derecho de la protección social. Extraído de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/100517.pdf>
- Miranda R. (S/A) La nueva era tecnología en las organizaciones. Universidad Panamericana.
- Morales E. (1997) OIT. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. "Informe del comité mixto OIT-OMS sobre medicina del trabajo, novena reunión, Ginebra, 18-24 de septiembre de 1984." Alfaomega. México.
- Moran, C. (2002) Mobbing: persecución o psicoterror e el trabajo. Capital humano, 151, 44-48.
- Muciño, F. (04 de mayo de 2013). La verdadera situación del empleo en México. Extraído de: <http://www.forbes.com.mx/la-verdadera-situacion-del-empleo-en-mexico/>
- Muñoz, A. y Roman, M. (1989). Modelos de Organización Escolar. Madrid: Editorial Cincel.
- Muñoz, A. (1990) Satisfacción e insatisfacción en el trabajo. Tesis doctoral inédita, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

- Neffa, J. C. (1999). Actividad, trabajo y empleo: Algunas reflexiones sobre un tema en debate. [En línea]. Orientación y Sociedad, 1. Recuperado de http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2956/pr.2956.pdf
- Newbury-Birch, D., & Kamali, F. (2001). Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgraduate medical journal*, 77(904), 109-111.
- Noriega, M. (1989) En defensa de la salud en el trabajo. México, SITUNAM PP 5 -12
- Nougier L. (1974) En los orígenes del trabajo. Ed. Grijalba. España. Pag 7 – 14
- Oates, W. E. (1968). On being a “Workaholic”. *Pastoral Psychology*, 19(8), 16-20.
- OCDE (2011), *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. (En RED) Recuperado de <http://www.oecd.org/mexico/49177732.pdf>
- OCDE. (2009). 1871 horas trabaja una persona por año en México. Recuperado de: <http://www.oecd.org/centrodemexico/1871horastrabajaunapersonaporaoenmexico.html>
- OCDE (2015). Economía. Extraído el 27 de Enero del 2015, de <http://www.proceso.com.mx/?p=313813>
- Ochoa, E; Labrador, F; Echeburua, E; Becoña, E; y Vallejo, M. (1994) *El juego patológico*. Barcelona. Plaza de Janés
- OIT (2013) *La prevención de las enfermedades profesionales*. Día Mundial de la Seguridad y Salud en el trabajo. ISSA.
- OIT (2014) *Condiciones de trabajo. Tiempo de trabajo*. Extraído de: <http://ilo.org/global/topics/working-conditions/working-time/lang--es/index.htm>
- OIT (2015) ¿Qué es el trabajo decente? Extraído el 27 de Enero del 2015, de http://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm
- OIT. (2015). *Riesgos y accidentes de trabajo*. Extraído el 21 de Febrero del 2016 de <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--es/index.htm>.

OMS (1946) ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OMS (1983) Sustancias, dependencia, droga

OMS (1987) Los hospitales y la salud para todos. Ginebra Extraído de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17390es/s17390es.pdf>

OMS (2002) Temas de salud. Género. Recuperado 06-11-14 de: <http://www.who.int/topics/gender/es/>

OMS (2007) ¿Qué es la salud mental? Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/62/es/>

OMS (2011) Redes integradas de servicio de salud: El desafío de los hospitales. Organización panamericana de la salud. Chile. N° 1. Extraído de http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf

OMS, (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Recuperado el 10 /11 / 2015 Extraído de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

ONU (1957) Serie de Informes Técnicos. Números 116 y 117

Ortiz M. (2014) Teoría Jurídica de las personas. Estado civil. Recuperado 06-11-14 de: <http://www.josuemirlo.edu.mx/?p=12287>

Paredes, R. y Rivero O., 2001. El papel de la medicina general en el Sistema Nacional de Salud. Extraído de: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2001/ponencia_may_2k1.htm

Pavese E. y Gianibelli G. (1992). Enfermedades profesionales. En la medicina del trabajo y en el derecho laboral. Editorial Universidad. Buenos Aires

Peiró, J. M (1992) Desencadenantes del estrés laboral. Madrid. Eudema

Pérez J. y Morales S. (2008). La capacitación en las organizaciones modernas. Facultad de Contaduría y Administración. Universidad Autónoma de Chihuahua. Punto de vista.

Pinto A., Barrera L. y Sánchez B. (2005) Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". Scielo. Aquichán vol.5 no.1 Pág. 36 – 46 Bogotá Jan./Dec.

Porter G. (2004) Work, work ethic, work excess. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 424 – 439.

Porter, G. (1996) Organizational impact of workaholism. Suggestion for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 70 – 84

Porter, L.W. y Lawler, (1968) *Managerial attitudes and performance*. Homewood, III: Irwin-Dorsey.

Porter, R. (1997). *Rewriting the Self: Histories from the Renaissance to the Present*. Psychology Press.

Prieto, P. (2014). "¿Es usted un adicto al trabajo? Consecuencias de una condición que busca ocultar un problema difícil de procesar." *El Mensajero* 9 Sept. 2007: 7 Extraído de <http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA169022732&v=2.1&u=unam1&it=r&p=GPS&sw=w&asid=f37dbc492d3889bc5e1b0c882a88d764>

Propato L. y cols. (1998) *Salud y subjetividad. Capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico. La salud de los enfermeros*. Argentina: Ed. Lugar.

Quiceno, J. y Alpi, S. (2007). La adicción al trabajo “Workaholism”. *Redalyc.org*. 16 (2), 135-142. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921793004.pdf>

Quintero Isaza, L., Biela, R., Barrera, A., & Campo Arias, A. (2007). Análisis factorial exploratorio de la escala de satisfacción laboral en empleados de un Hospital Psiquiátrico de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Fac. Med.(Bogotá)*,55(1), 24-30.

Ramos F. (1999) *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED - FUE

Real Academia Española. (2000) *Diccionario de la lengua española* (21. Ed) España. 2000 p. 1884

Ribes, E. (1990) *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona. Martínez Roca

Robbins, S.P. (1987) *Comportamiento organizacional*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

- Robbins, S.P. y Coulter, M. (1996) *Administración*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Robinson, B. E. (1997) Work addivtion: Implications for EAP counselling and research. *Employee Assistance Quarterly*, 12, 1-13
- Robinson, B. E. (1996) The psychosocial and familial dimensions of work addiction; Prelimilary perspectives and hypoteses. *Journal of counseling and development*, 74, 13 – 39.
- Robinson, B. E. (2001). Workaholism and family functioning: a profile of familial relationships, psychological outcomes, and research considerations. *Contemporany Family Therapy*, 23, 123 – 135.
- Robinson, B. E. (1998). The workaholic family: A clinical perspective. *American Journal of Family Therapy*, 26(1), 65-75.
- Robinson, B. E., & Kelley, L. (1998). Adult children of workaholics: Self-concept, anxiety, depression, and locus of control. *American Journal of Family Therapy*, 26(3), 223-238.
- Robinson, B. E., & Post, P. (1997). Risk of addiction to work and family functioning. *Psychological Reports*, 81(1), 91-95.
- Rodriguez, J. y González C. (2005). Drogas: Información necesaria. Extraído de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/24525/5_20_7.pdf?sequence=1
- Romero G. (2005) Retos de las organizaciones frente a las nuevas tecnologías comunicacionales. *Revista Venezolana de Información, tecnología y conocimiento*, vol. 2, núm. 1, Enero - Abril, 2005, pp. 65-76,
- Salanova, M., Del Libano, M., Llorens, S., Schaufeli, W. B., & Fidalgo, M. (2008). La adicción al trabajo. *Nota Técnica de Prevención*, 759.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Bakker, A. B. (2006). Dr Jekyll or Mr Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. *Research companion to working time and work addiction*, 193-217.
- Schneider, B. (1987). The people make the place. *Personnel Psychology*, 40, 430-460.
- Schwartzmann L. (2003) *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Ciencia y enfermería IX. Scielo.

Secades, R. y Villa, A. (1998) El juego patológica. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia. Madrid. Priamide.

Secretaría de Salud (2011) Innovaciones en gestión hospitalaria en México. El caso de los hospitales regionales de alta especialidad. Extraído de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf>

Secretaría de Salud, (2013). Tipos de Hospitales. Extraído de: <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/hospitales/hospitales.html>

Semana. (1997). "Mucho trabajo daña el corazón y las relaciones humanas." 20 Mar. 1997: 2. Informe Académico. Web. 13 Agosto 2014.

Sin Autor (2014) Edad Biológica. Recuperado 06-11-14 de: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Edad-Biologica/59737998.html>

Sigerist, Henry E. (1941) Medicine and human welfare. New Haven: Yale University

Smith, A., & Rodríguez B, C. (1994). La riqueza de las naciones, 1776. Madrid: Alianza.

Sonnentag, S., & Frese, M. (2003). Stress in organizations. John Wiley & Sons, Inc.

Soto, A. (2013) Las nuevas adicciones ¿Qué son? ¿Cómo afrontarlas? Madrid. Ed Mestas pag. 47 – 50

Spector P. (2000) Psicología industrial y organizacional. Investigación y práctica. México: Manual moderno.

Spector P. (2002) Psicología industrial y organizacional. Investigación y práctica. México: Ed. Manual moderno.

Spector, P. E. (1997). Job Satisfaction: Applications, Assessment, Causes and Consequences. Thousand Oaks.

Spence, J. T., & Robbins, A. S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. Journal of personality assessment, 58(1), 160-178.

STPS (2012) GLOSARIO DE TÉRMINOS LABORALES: Número de trabajos y antigüedad. Extraído de:

http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/web/Glosario/glosario.htm

Taylor Frederick (1911) Los principios de la administración científica. Ed. Harper & Brothers. USA.

Trueba, J. A. (1985). Escultura española 1900-1936: Palacio de Velázquez, Palacio de Cristal, Parque del Retiro, Madrid, 23 de mayo-22 de julio de 1985. Ministerio de Cultura, Dirección General de Bellas Artes y Archivos.

Van der Stuyft, P. y De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. Extraído de: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu14408.htm

Vargas I. (2009) Las 7 enfermedades laborales más comunes. CNN Expansión. Extraído de <http://www.cnnexpansion.com/mi-carrera/2009/11/11/las-enfermedades-laborales-mas-comunes>

Vázquez N. EL UNIVERSAL. Sufren empresas crisis de satisfacción. Lunes 18 de agosto de 2003. Sección cartera.

Virtanen, M., Kivimaki, M., Elovainio, M, Vahtera, J. y Ferrie, J. (2003). From insecure to secure employment: changes in work, health, health relate behaviors and sickness absence. Occupational Environmental Medicine, pp 948-953.

Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. Journal of occupational Psychology, 52(2), 129-148.

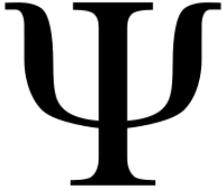
Weber, M. (1922), Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology. Extraído de: [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=MILOksrhgrYC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Weber+M.,+\(1922\),+Economy+and+Society:+An+Outline+of+Interpretive+Sociology.&ots=ozBtxn9dqJ&sig=kk49xxlqt3O1AUKip0qx8SD6S3Q#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=MILOksrhgrYC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Weber+M.,+(1922),+Economy+and+Society:+An+Outline+of+Interpretive+Sociology.&ots=ozBtxn9dqJ&sig=kk49xxlqt3O1AUKip0qx8SD6S3Q#v=onepage&q&f=false)

Weinberg , R.B. y Mauksch, L- B. (1991) Examining family of origin influences in life at work. Journal of Maryial and Family Therapy, 17, 233 – 242.

Wilmar, S. (2011). Distinción Empírica Entre Engagement y Trabajolismo en Enfermeras Hospitalarias de Japón: Efecto Sobre la Calidad del Sueño y el Desempeño Laboral. *Ciencia & Trabajo* 13 (41). 152-157. Recuperado de: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/364.pdf>

9. ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

FECHA: _____

Los siguientes cuestionarios tienen como finalidad conocer algunos aspectos de la dinámica en su lugar de trabajo. Agradecemos que responda cada reactivo lo más apegado a las situaciones que vive cada día en su trabajo.

Le recordamos que sus respuestas son completamente confidenciales.

Agradecemos su participación.

INFORMACIÓN PERSONAL

GÉNERO: (M) (F) **EDAD:** _____

SITUACIÓN DE PAREJA:

Soltero/a () **Casado/a** () **Unión libre** () **Divorciado/a** () **Viudo/a** ()

Grado de estudios:

- a) Secundaria
- b) Carrera técnica
- c) Bachillerato
- d) Licenciatura
- e) Posgrado

Otro: _____

Antigüedad:

- a) 1 mes – 5 años
- b) 5 años 1 día – 10 años
- c) 10 años 1 día – 15 años
- d) 15 años 1 día – 20 años
- e) 20 años 1 día – 25 años
- f) 25 años 1 día – 30 años
- g) 30 años 1 día o más. Especifique _____

Sueldo mensual:

- a) \$4,000.00 a \$12,500.00
- b) \$12,501.00 a \$19,000.00
- c) \$19,001.00 a \$25,500.00
- d) \$25,501.00 a \$30,000.00

HISTORIA LABORAL

Horario de trabajo:

- a) Matutino
- b) Vespertino
- c) Sábados 24 hrs
- d) Domingos 24 hrs
- e) Nocturno A
- f) Nocturno B

¿Cuántos trabajos tiene?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más: _____

Horas de trabajo al día: _____

INSTRUCCIONES:

Marque con una X la opción acorde con su opinión respecto a la dinámica de trabajo según la siguiente escala.

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
1. Parece que estoy en una carrera contra el reloj.				
2. Me encuentro trabajando de manera continua, incluso después de que se han ido mis compañeros.				
3. Para mí es importante trabajar duro incluso cuando no disfruto la actividad que estoy realizando.				
4. Generalmente estoy ocupado, realizo muchos asuntos al mismo tiempo.				
5. Siento que hay algo dentro de mí que me impulsa a trabajar duro.				
6. Dedico más tiempo a trabajar que a mis amigos.				
7. Me siento obligado a trabajar duro, incluso cuando no disfruto mi trabajo.				
8. Me encuentro haciendo dos o tres cosas al mismo tiempo.				
9. Me siento culpable cuando tengo un día libre.				
10. Me resulta difícil relajarme cuando no estoy trabajando.				

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de enunciados, marque con una X la opción acorde con su opinión respecto a la dinámica de trabajo según la siguiente escala.

	MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	MODERADAMENTE INSATISFECHO	NI INSATISFECHO, NI SATISFECHO	MODERADAMENTE SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
	1	2	3	4	5	6	7
1. Condiciones físicas del trabajo.							
2. Libertad para elegir tu propio método de trabajo.							
3. Tus compañeros de trabajo.							
4. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho.							
4. Tu superior inmediato							
5. Responsabilidad asignada.							
6. Salario.							
7. Posibilidad de utilizar capacidades personales.							
8. Relación entre dirección y trabajadores.							
9. Posibilidad de promoción.							
10. Modo de gestión de la empresa.							
11. Atención a las sugerencias hechas.							
12. Horario de trabajo.							
13. Variedad de las tareas que haces.							
14. Estabilidad en el empleo.							