



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

## LA ADICCIÓN AL TRABAJO Y LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN UNA MUESTRA DE TRABAJADORES

### TESIS

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

Presenta

LETICIA ITZEL ARCIGA ARCHUNDIA

Director: Mtro. Rodrigo Peniche Amante

Revisora: Mtra. María Isabel Delsordo López

Ésta tesis pertenece al Proyecto PAPIME PE305813

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2017



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**

Al llegar este día lo más importante para mi es dar GRACIAS en principio a Dios por permitirme concluir una etapa más en mi vida, y a todas las personas que han formaron parte de ella.

A mis papas por brindarme siempre su apoyo incondicional y por confiar en cada una de mis decisiones, gracias por estar presentes en cada momento importante para mi.

A mi hermana, por ser un ejemplo de dedicación y fortaleza, por ser mi motor y por estar siempre conmigo. Te amo nena!

A la Universidad Nacional Autónoma de México por contribuir a mi formación al proporcionarme las herramientas para desarrollarme como profesionista.

A la DGAPA por la oportunidad de formar parte del proyecto “Panorama actual de la Psicología de la Salud Laboral en México”, que me permitió aumentar mis conocimientos sobre el tema y generar en mi el interés de contribuir en la mejora de la Salud Laboral en México.

Al Mtro. Rodrigo Peniche Amante por su tiempo, paciencia y apoyo al realizar mi tesis, por confiar en mi y por invitarme a participar en el proyecto.

A la Mtra. María Isabel Delsordo López mi revisora por su paciencia, guía e interés, así como a mis sinodales: Dra. Juana Patlán, Dr. Felipe Uribe y Dr. Miguel Villavicencio por su apoyo y contribución a enriquecer mi tesis.

Al Mtro. Marcos Verdejo Manzano por todo el apoyo, paciencia y atención en la elaboración estadística de esta investigación.

A Miguel Ángel Frau, Fernando Escalante, Dinorah Padilla y Romina Hernández por el apoyo y entusiasmo en la aplicación y elaboración de mi tesis.

A Jorge Valenzuela por proporcionarme las herramientas necesarias para mi crecimiento personal, por acompañarme en cada uno de mis procesos, por confiar en mi, por ser una guía y un apoyo.

A mis familiares y amigos por estar presentes en momentos especiales y compartir su tiempo conmigo, gracias por mantearse cerca y mostrarse interesados por el proceso de mi tesis.

Muchas gracias!

## Índice

Introducción.....	7
Capítulo 1 .....	11
Salud Laboral .....	11
1.1. La importancia de la Salud .....	11
1.2. La evolución del concepto salud-enfermedad.....	14
1.3. Proceso de Salud- Enfermedad .....	19
1.4. La salud en el trabajo .....	21
1.4.1. Influencia de los factores psicosociales en el trabajo .....	23
Capítulo 2 .....	27
Adicción al trabajo.....	27
2.1. Adicciones/Comportamiento adictivo.....	28
2.1.1. Definición de adicción.....	30
2.2 Concepto de adicción al trabajo .....	31
2.3 Factores que influyen en la adicción al trabajo .....	34
2.3.1 Personalidad.....	34
2.3.2 Familiares .....	35
2.3.3 Culturales y sociales.....	38
2.3.4 Organizacionales.....	40
2.4 Perfil del adicto al trabajo.....	42
2.4.1 Características.....	42
2.4.2 Signos de la adicción al trabajo .....	46
2.4.3 Síntomas de la adicción al trabajo .....	46
2.5 Consecuencias .....	48
2.5.1 Individuales .....	49
2.5.2 Familiares .....	50
2.5.3 Organizacionales.....	52
2.5.4 Sociales .....	54
Capítulo 3.....	56
Los hábitos de alimentación.....	56
3.1 La importancia de la alimentación.....	56
3.1.1 Trastornos de la alimentación.....	59
3.2 Patrones de la alimentación .....	63
3.2.1 Aspectos culturales.....	63

3.2.2 Aspectos sociales .....	65
3.3 Factores que influyen en la alimentación.....	69
3.3.1 Económicos .....	69
3.3.2 Tecnológicos .....	70
3.3.3 Geográficos.....	71
3.4 Alimentación y trabajo .....	71
3.4.1 Globalización.....	73
3.4.2 Ritmo de vida .....	75
Metodología.....	78
1. Planteamiento del problema .....	78
2. Pregunta de Investigación.....	79
3. Objetivos.....	80
4. Diseño de estudio.....	80
5. Variables.....	80
5.1 Definición conceptual .....	80
5.2 Definición operacional .....	81
6. Instrumentos de medición .....	81
7. Población y muestra.....	82
7.1 Criterio de inclusión .....	83
8. Procedimiento .....	83
Resultados.....	85
1. Análisis .....	85
Discusión y conclusiones.....	101
Limitaciones .....	108
Futuras Investigaciones .....	109
Aportaciones prácticas.....	110
Referencias .....	111
Anexos.....	120
Anexo A.....	120
Anexo B.....	125

## Introducción

La salud forma parte del proceso evolutivo que atraviesa la sociedad, su concepto se ha modificado en función de los procesos a los que el ser humano ha tenido que responder y adaptarse. En la época actual, la globalización, el constante cambio tecnológico y las demandas del capitalismo han transformado tanto los estilos de vida como los comportamientos, actitudes y valores; en este contexto la salud es considerada por la Organización Mundial de la Salud (1946) como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de malestar. La salud involucra diversos componentes, entre los cuales se encuentran la alimentación, fundamental para el funcionamiento del ser humano, y el trabajo como la actividad primordial que permite la satisfacción de las necesidades.

La alimentación es un proceso esencial para construir y mantener los órganos del cuerpo, obtener energía para los movimientos musculares y preservar el calor (Carlson, 2006). Sin embargo, hay ocasiones en las que se presentan alteraciones en la conducta de ingesta debido a los hábitos de alimentación y al estilo de vida de las personas, lo que da lugar a trastornos como la obesidad o la desnutrición. En México, dos de los principales problemas son la obesidad y el sobrepeso ya que afectan a 7 de cada 10 adultos. A partir de 2006 se ha documentado la epidemia del sobrepeso y obesidad, y puesto en marcha diversos programas gubernamentales como *Actívate*, *Ponte al 100*, etc., con el fin de disminuir su incidencia; sin embargo, la mala alimentación, el sedentarismo y la falta de acceso a alimentos nutritivos son factores determinantes para el desarrollo de estos problemas. En México se gasta el 7% del presupuesto destinado a la salud en atender la obesidad (Portal ciudadano del Gobierno del Distrito Federal, 2014).

Dentro de las consecuencias más graves de la obesidad y el sobrepeso se encuentran la mortalidad 12 veces mayor en los jóvenes de 25 a 35 años; el 25% de las incapacidades laborales debido a padecimientos relacionados con la



obesidad; así como el hecho de que tres de cada cuatro camas de hospital sean ocupadas por pacientes con enfermedades vinculadas a este problema. (Portal ciudadano del Gobierno del Distrito Federal, 2014)

Otra aspecto sumamente importante para la salud de los seres humanos es el trabajo, ya que es una de las actividades trascendentes en la adultez, por lo que es necesario identificar aquellos factores favorables al buen desempeño y a la satisfacción de necesidades tanto básicas como de realización. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, la población en México es de 112, 322, 757 habitantes y el 44.72% es económicamente activa. De ésta, el 60.88% se encuentra empleada en el sector terciario, que engloba al comercio, servicios de comunicaciones y transportes, servicios profesionales, gobierno y organismos internacionales.

La importancia de conocer los hábitos que presenta la población económicamente activa realiza es para poder implementar estrategias de prevención o modificar las conductas que sean dañinas presentes en su entorno laboral. El conocimiento de las actividades que los empleados tienen dentro del trabajo permite determinar los factores que pueden llegar a incidir directamente en su salud, la forma en la que vivencian el trabajo y el lugar que ocupa dentro de sus vidas.

El trabajo, al proporcionar grandes satisfactores, puede llegar a convertirse en una actividad que enferma a aquellas personas cuya atención y valía se centran exclusivamente en él, desarrollándose de este modo una adicción, la cual se encuentra compuesta principalmente por dos factores: el trabajo excesivo y el trabajo compulsivo (Schaufeli, Taris y Bakker, 2006 En Del Líbano y Llorens, 2012).

Investigar el tiempo que pasan los adultos en el trabajo, así como las actividades laborales que realizan tanto dentro como fuera de su jornada laboral, son factores que ayudan a determinar si las personas son adictas; el adicto al trabajo queda

entonces como una persona cuya necesidad de trabajar se ha vuelto tan excesiva que ocasiona interferencias o perturbaciones notables con su salud corporal, felicidad personal, relaciones interpersonales y con su funcionamiento social adecuado (Oates, 1972).

El promedio de horas trabajadas a la semana en México es de 47.6 (Organización Internacional del Trabajo, 2012b); las personas económicamente activas pasan un promedio de 9.5 horas al día en sus trabajos y en algunos casos pueden ser más. Las jornadas de 12 horas al día o de 60 horas a la semana son un indicador de una posible adicción al trabajo, por lo que es necesario que además se observen las conductas relacionadas a su forma de trabajar. Las personas adictas al trabajo centran su atención, energía y motivación exclusivamente en su entorno laboral, prestando atención únicamente al reconocimiento que éste les genera, así como la competencia con sus compañeros, la presión por llegar a la meta, etc.; dicha adicción puede llegar a desarrollarse tanto en hombres como en mujeres. Entre las consecuencias está el descuido de la familia, así como de las actividades de ocio o aquellas otras como comer y dormir adecuadamente. Los adictos al trabajo se ven reforzados con las exigencias que implican mayor competitividad, con los constantes cambios en la forma de trabajar, con la necesidad de estar actualizado y de atender las necesidades de la empresa. Cabe destacar que las nuevas tecnologías han cobrado un papel importante en la adicción al trabajo, ya que hacen accesible el contacto constante, lo cual permite realizar el trabajo independientemente del día, hora o lugar en donde se encuentre la persona.

Actualmente existe poca investigación sobre la adicción al trabajo y sus consecuencias en la salud, debido a que es un tema reciente y no es considerado como un problema de salud pública sino todo lo contrario, es decir, la misma sociedad y sistema fomentan su adicción ya que contribuye al consumismo y aparentemente a la producción, sin tomar en cuenta incluso aquellas consecuencias en las propias organizaciones. A partir de una descripción que se obtuvo en la muestra, la presente investigación busca documentar las

consecuencias para la salud de la persona que presenta dicha adicción, y cómo se relaciona con los hábitos de alimentación. Documentar la adicción al trabajo y los hábitos alimenticios permitirá tomar medidas tales como la difusión de estos temas y la prevención para mejorar la calidad de vida del trabajador.

## Capítulo 1

### Salud Laboral

#### 1.1. La importancia de la Salud

Etimológicamente el término salud proviene del latín *salus*, que hace referencia al funcionamiento psicobiológico normal de la persona (Ballester, 1998). La Real Academia de la Lengua (2016) la define como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) definió a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad; sin embargo, va más allá de un estado, es también un proceso dinámico cambiante en el cual el organismo busca la adaptación al medio a través del comportamiento para lograr un funcionamiento óptimo.

Para Alcántara (2008) lo que se entiende por salud es un producto o construcción social en función de las estructuras de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas; por lo que cada sociedad puede tener una visión particular de la misma. Por su parte, Briceño-León (2000) la define como la síntesis de una multiplicidad de procesos, al ser el resultado de la relación de la biología del cuerpo con el ambiente que lo rodea, las relaciones sociales, la política y la economía internacional.

Al estudiar la salud resulta ineludible abordar la enfermedad. El término proviene del latín *infirmitas*, que significa literalmente falta de firmeza (Universidad de Córdoba, 2016). La OMS define a la enfermedad como la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo por causas generalmente

conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (UCO, 2016).

La salud y la enfermedad son procesos dinámicos en cambio permanente, con cierto riesgo de alteración más o menos constante, por lo cual ambas son extremos que se ubican dentro de una escala gradual (Alcántara, 2008). Para Freitez en 2001 (citado por Alcántara, 2008) son procesos continuos en el ser humano necesarias para mantener su equilibrio ante las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar el equilibrio de su salud.

Existen dos grandes tipos de enfermedades: las crónicas y las infecciosas. Las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta, también son conocidas como enfermedades no transmisibles ya que no se transmiten de persona a persona. Se encuentran determinadas por factores de riesgo comportamentales, así como por el consumo de tabaco, las dietas no saludables, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol, la transición económica, los procesos rápidos de urbanización y los modos de vida (OMS, 2015b).

Las enfermedades infecciosas generadas principalmente por microbios son tratadas a partir de medicamentos o antibióticos, mediante los cuales se logra la recuperación de las funciones ordinarias del organismo. En algunas regiones del mundo, a estas enfermedades se han sumado las enfermedades crónicas, que actualmente son más frecuentes y requieren además de medicamentos un cambio conductual en el estilo de vida de la persona enferma, es decir un cambio que le permita adoptar comportamientos saludables que contribuyan al mejoramiento o establecimiento de las funciones de su cuerpo (Ballester, 1998).

En la actualidad se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y la enfermedad. Se reconoce, por ejemplo, la complejidad de estos constructos y se acepta que diversos factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. En ese

sentido, la calidad del bienestar psicológico y físico depende principalmente de los hábitos de vida, por lo que cobran gran importancia las creencias, actitudes y comportamientos de cada ser humano, constituyéndose así como los aspectos centrales del estado de salud (Labiano, 2010).

Debido al cambio constante de los estilos de vida, resultado de las presiones a las que está expuesto el ser humano, se han generado nuevas enfermedades y modificado las principales causas de mortalidad. Los estilos de vida cobran una gran importancia en este sentido, al ser los principales responsables de las enfermedades crónicas presentes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS, 2013).

No es casual que alrededor del 80% de las muertes en países de bajos ingresos y medios, sean responsables los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles (OMS, 2013). Estos son:

1. Enfermedades cardiovasculares (ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares).
2. Cáncer.
3. Enfermedades respiratorias crónicas (la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma).
4. Diabetes.

Las enfermedades crónicas además de afectar el funcionamiento del organismo de la persona que las padece, afectan su calidad de vida ya que no existe un medicamento que restablezca su funcionamiento adecuado, por lo cual se busca entonces que el paciente experimente los menos síntomas relacionados con la enfermedad, evitar el desarrollo de efectos secundarios indeseados, y que adquiera las habilidades necesarias para tratar de llevar una vida más funcional. (Robles, 2010).

Las personas que padecen enfermedades crónicas, como la diabetes, pueden presentarse a sus trabajos e intentar llevar una vida ordinaria; sin embargo son más susceptibles a las condiciones propias del ambiente laboral como la presión, ansiedad, estrés, la carga o demanda de trabajo, la inseguridad en el empleo o la supervisión estricta. Es por eso que resulta importante el mejoramiento de las condiciones de trabajo, tanto para la prevención como para el agravamiento; cabe destacar que el 63% de las muertes a nivel mundial son causadas por enfermedades crónicas (OMS, 2015b).

## **1.2. La evolución del concepto salud-enfermedad**

La salud, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte son hechos comunes de la vida a todos los seres humanos. La necesidad de explicar y combatir la enfermedad con los medios disponibles es universal, y los esfuerzos por mantener la salud son tan antiguos como la humanidad (Ballester, 1998). Basta una revisión histórica de la evolución del concepto de salud para apreciar los distintos modelos que intentan explicar y dar solución a las enfermedades, así como el medio para mantener la salud. Es importante señalar que se han presentado de manera simultánea, es decir, que los distintos modelos han coexistido y en la actualidad siguen vigentes (Ballester, 1998). A continuación se abordarán los modelos sobrenatural, natural y moral; el modelo biomédico y el bio-psicosocial.

- Modelos sobrenatural, natural y moral

La necesidad de encontrar una explicación a la muerte y a las enfermedades llevó al ser humano a atribuirles a causas sobrenaturales. Las enfermedades eran comprendidas en términos de poderes espirituales. Cuando una persona caía enferma, se creía que los causantes eran los demonios o las fuerzas sobrenaturales, y para restablecer el alma se recurrió a determinadas danzas y rituales.

En la China antigua, se consideraba que la mente y el cuerpo estaban completamente relacionados y, por tanto, la salud de la persona se encontraba influida por su comportamiento y emociones. Así mismo, la enfermedad era concebida como el resultado del alejamiento del orden natural del universo, el concepto clave era el equilibrio o balance entre fuerzas, es decir, la enfermedad se desarrollaba cuando las fuerzas opuestas caían en un desequilibrio. (Ballester, 1998).

En occidente, en el siglo V A. C, el pensamiento racional y filosófico favoreció la búsqueda de causas biológicas de la enfermedad a partir del método científico, centrándose en que la mente y el cuerpo constituían una unidad. El modelo naturalista se consolidó con Hipócrates, a quien se le conoce como el Padre de la Medicina occidental por establecer sus bases; este modelo concebía la salud como el estado de armonía y equilibrio, relacionado con el respeto a las leyes naturales, así mismo planteaba que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo. (Labiano, 2010). Adoptó el método científico como método de indagación diagnóstica, basado en la observación y experiencia clínica. La Escuela de Cos, fundada por Hipócrates, produjo una serie de obras que dieron lugar al libro *La naturaleza del hombre*, en el cual aparece la doctrina humoral, la cual expone un modelo natural de la salud-enfermedad, donde la enfermedad se asume como el resultado del desequilibrio de los elementos que integran el cosmos en el organismo; cada elemento del cosmos estaría presente en los fluidos corporales. Así, el fuego se concentra en la sangre, la tierra en la flema, el agua en la bilis amarilla y el aire en la bilis blanca. Al encontrarse en desequilibrio, éstos fluidos enferman el órgano en el que se encuentra, por ejemplo, la sangre enferma al corazón, la flema al cerebro, la bilis amarilla al hígado y la bilis negra al bazo (Ballester, 1998).

El cristianismo tuvo una concepción religiosa de la enfermedad y la valoró positivamente en tanto expiación y vía para obtener la gracia divina (Ballester, 1998). En Mesopotamia y la Grecia homérica se pensaba que la causa de la



enfermedad radicaba en la desobediencia humana, el pecado y la transgresión de la ley moral que generaba la ira y castigo de los dioses (Ballester, 1998). La medicina en las tribus antiguas añade una variable esta concepción al considerar que era una prueba al justo.

En cuanto a la historia de la salud pública, el imperio Romano es reconocido por contribuciones tales como la construcción de acueductos para llevar agua a las ciudades y el sistema de desagües, con lo que se evitaban epidemias. A su caída, el avance y progreso del conocimiento médico fue frenado por la iglesia católica, ya que no permitía la investigación científica a través de la disección del cuerpo humano ni del de los animales, argumentando que dicha práctica atentaba contra el alma (Ballester, 1998).

- Modelo Biomédico

En el Renacimiento, la corriente humanista se dedicó a explicar el mundo que le rodeaba. Leonardo Da Vinci fue pionero en superar el tabú que impedía la disección del cuerpo humano, y proporcionó gran conocimiento a partir de sus observaciones anatómicas con dibujos y cálculos de fuerza que podían desarrollar las musculaturas (Ballester, 1998). Durante esta época, el interés seguía centrado en las enfermedades infecciosas y en el desarrollo de nuevos medios para su tratamiento, se produjeron grandes hallazgos en la comprensión de los sistemas circulatorio, respiratorio, digestivo y excretor, que unidos a los avances en anatomía y fisiología desarrollaron la analogía entre el cuerpo humano y la máquina, y las enfermedades fueron asumidas como funciones defectuosas focalizadas (Ballester, 1998). Con esta concepción, el conocimiento científico se limitó a la comprensión de los procesos biológicos y bioquímicos, sin tomar en cuenta los factores psicológicos y conductuales que equilibran las evoluciones biológicas (Labiano, 2010).

En el siglo XVII, René Descartes realizó una contribución histórica a la problemática del dualismo mente-cuerpo, al plantear que la mente y el cuerpo eran

entidades separadas. Concibió el cuerpo como máquina compuesta por distintos elementos y describió los mecanismos por los cuales se producían las acciones y sensaciones; consideraba que la enfermedad se originaba cuando alguna parte de la máquina se rompía o funcionaba mal. Propuso que la mente y el cuerpo, aunque estaban separados, se podían comunicar a través de la glándula pineal; así mismo defendió la idea de que los animales no tenían alma y que el alma de los humanos abandonaba el cuerpo al morir, con lo cual la disección podía ser un método de estudio (Ballester, 1998).

Durante los siglos XVIII, XIX y XX existieron grandes progresos científicos y tecnológicos en el campo de la medicina, que permitieron contrarrestar algunas de las principales causas de enfermedad y muerte en la antigüedad. El invento del microscopio, por ejemplo, contribuyó al encontrar los microorganismos que causaban determinadas enfermedades, y vino aparejado del desarrollo de la bacteriología y las vacunas, evitando el contagio de enfermedades infecciosas. (Ballester, 1998).

A comienzos del siglo XX, la medicina psicosomática planteó la influencia de los procesos mentales en las enfermedades o los síntomas corporales, contrariamente a lo que planteaba el modelo bioquímico, el cual se basa en la separación del cuerpo como entidad física y de la mente como entidad mental y espiritual. Este modelo no toma en cuenta los comportamientos de la persona en el desarrollo de la enfermedad, el médico se centra en el estado fisiológico de la persona, considerando las ramificaciones psicológicas y sociales de la enfermedad como aspectos periféricos (Engel, 1980 citado por Ballester, 1998).

- Modelo Bio-psicosocial

Si bien, el modelo bioquímico permitió el diagnóstico de patologías orgánicas, resultó insuficiente al tratar otros problemas de salud, debido a que las sintomatologías no son unicasales. De acuerdo con Ballester (1998), gracias a que las enfermedades crónicas han desplazado la prevalencia de las

enfermedades infecciosas, y son el resultado de un determinado estilo de vida o de hábitos de salud perniciosos, surge la importancia de fomentar conductas saludables que involucren los comportamientos responsables sobre el ritmo de vida actual, y un modelo que considere los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad. El modelo bio-psicosocial se sustenta en la teoría de sistemas, donde la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de diversos factores, es decir, están multideterminadas; las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, ya que intervienen los siguientes elementos:

Tabla 1

*Factores que interactúan con la Salud*

Macroprocesos	Microprocesos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto social</li> <li>• Ambiente físico</li> <li>• Circunstancias socioeconómicas</li> <li>• Factores climáticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios bioquímicos</li> <li>• Pensamientos</li> <li>• Emociones</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, basado en Labiano (2010).

En la teoría de sistemas se contempla que cualquier cambio o alteración en un nivel del sistema afectará a todos los niveles con los que se encuentre relacionado, ya sea por encima o por debajo de él. También se manejan los conceptos de autorregulación y retroalimentación, los cuales son procesos que contribuyen a lograr la meta e intentarán alcanzar el equilibrio continuo en su funcionamiento. En el proceso de salud-enfermedad, cuando las personas enferman tienden a buscar la forma de recuperar el equilibrio del funcionamiento fisiológico y psíquico, por lo que llevan a cabo las acciones necesarias para restablecer todas las funciones del cuerpo cuando este se ve amenazado (Ballester, 1998).

En el modelo bio-psicosocial el paciente es considerado como un ser activo al hacerse responsable del cuidado de su propia salud. La presencia de las emociones puede contribuir a la aparición de enfermedades, de ahí la importancia de los factores psicológicos en la salud y la enfermedad, ya que hacen referencia al modo en que las personas perciben, evalúan e interpretan las circunstancias a las que se encuentran expuestos y a los síntomas que se desarrollan en determinadas enfermedades, así como las acciones para remediar las alteraciones que generan (Ballester, 1998).

La enfermedad se encuentra relacionada con aspectos sociales a través de la nutrición, la higiene personal y estilo de vida de cada individuo y de los que lo rodean. Como bien apunta Ballester (1998), el nivel socioeconómico en el que se sitúa la persona y los factores culturales en los que se desenvuelve van a influir en la forma en que la persona vive la enfermedad, le proporciona un marco de referencia para determinar y expresar el malestar físico y emocional que experimenta, por lo que en ocasiones las enfermedades se encuentran íntimamente vinculadas con el estilo de vida vigente en cada cultura.

Finalmente, el modelo bio-psicosocial se enfoca en aspectos preventivos y en la promoción de la salud, en la importancia de las variables del medio ambiente físico y social; estimula la creación de estrategias en la relación del ser humano con su entorno, al combinar la elección personal con la responsabilidad social para un futuro más saludable (Labiano, 2010).

### **1.3. Proceso de Salud- Enfermedad**

La salud se encuentra ligada a la enfermedad, es una relación en donde ninguna de las dos son estáticas, ni existe un límite preciso entre ambas, debido a que algunos de los eventos fisiológicos o patológicos suceden silenciosamente durante períodos de latencia, mientras el ser humano puede funcionar de manera aparentemente saludable dentro de su sociedad (Alcántara, 2008).

Dubos (1968), considera que el estado de salud perfecto y eficiente no es posible, porque en realidad el ser humano no está 100% adaptado a su entorno, ya que se encuentra en un constante cambio al que tiene que responder. Los riesgos para la salud se encuentran en un cambio continuo, por lo que no puede haber una adaptación total al entorno, ya que es poco probable anticipar qué cambio en el ambiente puede alterar esa adaptación (Ballester, 1998). La vida humana implica un constante ajuste al medio ambiente, con exigencias y presiones en cada momento; sin embargo los seres humanos no siempre se hallan en condiciones para cubrir las demandas del entorno, y se ven obligados a iniciar un proceso de adaptación.

El comportamiento y el estilo de vida como factores que conforman la salud, se encuentran relacionados con la prevalencia de las enfermedades crónicas. El estilo de vida o las conductas insanas como el consumo de drogas (legales o no), la falta de ejercicio, el estrés, la ingesta excesiva de grasas saturadas de origen animal y de hidrocarburos, la promiscuidad sexual, las conductas violentas, la conducción peligrosa, etc., son factores de riesgo que exponen la salud del ser humano. Los factores comportamentales asociados con estilos de vida patógenos son los principales causantes de muerte en la población (Ballester, 1998). La salud y la enfermedad se encuentran expuestas a la influencia social en los valores, actitudes y comportamientos, donde se hace referencia al proceso social en el que se considera a una persona sana o enferma, a partir de la legitimización de la salud y la enfermedad.

Para Engels (1962) el ser humano se encuentra en un estado de salud mientras cumpla con las demandas y los requerimientos del ambiente interno o externo, logre la satisfacción de sus necesidades y desempeñe sus funciones biológicas básicas. La enfermedad se presenta al darse trastornos en el crecimiento, en el desarrollo, en las funciones y ajustes del organismo de un todo o de algunos sistemas que lo componen.

La concepción de la salud como un proceso continuo vinculado a la enfermedad, se encuentra determinado por los comportamientos y el estilo de vida de una persona o de una comunidad, lo que da lugar a una ramificación del estudio de la salud. La Psicología de la Salud es la rama encargada del estudio de los comportamientos que proporcionan una explicación del proceso de salud-enfermedad.

#### **1.4. La salud en el trabajo**

El ser humano se encuentra expuesto a factores del entorno que influyen en su comportamiento y en su salud. El trabajo es una actividad fundamental para su desarrollo, por lo que es necesario que en donde labore cuente con las condiciones adecuadas para que se desenvuelva en un ambiente que no ponga en riesgo su salud, y que le permita satisfacer sus necesidades básicas y de autorealización.

Para Ovejero (2006), el trabajo es la actividad en la que la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros recursos para obtener algún tipo de compensación material, psicológica y/o social. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (2004), éste es el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos.

El trabajo es una parte fundamental del bienestar humano que conlleva éxitos y fracasos para las personas económicamente activas. La satisfacción que produce, en ocasiones, llega a considerarse como la actividad más importante, por lo que es posible que la persona no quiera dejar de trabajar y continúe su jornada laboral durante largas horas, lo cual trae como consecuencia el desequilibrio en el organismo y el descuido de algunos aspectos de su salud física y psicológica, propiciándose de este modo una enfermedad (Moreno-Jiménez y Gálvez, 2013).

El ser humano se encuentra limitado frente a sus necesidades y deseos; no tiene la habilidad, la fuerza, el tiempo ni la resistencia para satisfacer sin ayuda sus necesidades básicas de alimento, techo y seguridad, es por ello que las personas coordinan sus esfuerzos para cubrir los requerimientos de una población o de un grupo de personas (Schein, 1982). De acuerdo con Grassi y Danani (2009), el papel que ocupa el trabajo es preponderante, ya que modifica y transforma la existencia de las personas debido a que gran parte de la calidad de vida en la sociedad actual depende de los recursos que se obtienen y las relaciones que se establecen en el ámbito laboral; mantener relaciones sociales y la satisfacción de las necesidades de autorrealización también contribuyen al desarrollo integral del ser humano.

Uno de los beneficios del trabajo es que puede llegar a favorecer el desarrollo y el crecimiento del trabajador al poner en práctica su talento, conocimientos, destrezas y habilidades (Quik, 1999 citado por Gil-Monte, 2012).

La teoría marxista enfatiza la repercusión del trabajo tanto en el individuo como en las poblaciones, al ser una actividad que propicia la organización social, establece la calidad de vida y tiene trascendencia a nivel personal (Ovejero, 2006).

La salud del ser humano queda expuesta en el ambiente laboral debido a que al desempeñar su trabajo y poner en práctica sus habilidades, capacidades y energía (tanto física como mental), se propicia un desequilibrio en el organismo. El ambiente que se desarrolla dentro del trabajo a partir de las relaciones entre sus iguales o con sus superiores, el cumplimiento de objetivos y el espacio físico en el que desempeña sus actividades son factores psicosociales que pueden ser positivos al mejorar la salud, o negativos al dañarla con la aparición de enfermedades (OIT, 1986).

### **1.4.1. Influencia de los factores psicosociales en el trabajo**

La salud, al ser el resultado de la interacción de diversos factores, está condicionada por:

- 1) Comportamientos relativos a la nutrición.
- 2) Comportamientos relativos a la conducta sexual.
- 3) Las relaciones familiares.
- 4) Los hábitos de consumo de drogas.
- 5) Las actividades de ocio.

Y por aspectos del medio ambiente tales como la calidad del agua, la higiene en los alimentos, las condiciones de las viviendas y la seguridad en el trabajo; mismos que pueden considerarse como factores de mayor riesgo para la salud (Martínez, 2013).

Ahora bien, el concepto psicosocial se refiere a innumerables variables que intervienen en la relación entre el individuo y la sociedad. Según la OIT (1986), en el contexto laboral son factores psicosociales las percepciones y experiencias del trabajador relacionadas con las condiciones del medio ambiente de trabajo, las influencias económicas y sociales, las capacidades y limitaciones que van de acuerdo a las exigencias laborales y a la satisfacción de las necesidades y expectativas del individuo.

Para Delgadillo en 2011 (citado por Uribe, 2015), los factores psicosociales en el trabajo son los elementos derivados de la relación dinámica entre el individuo, el trabajo y el entorno que afectan positiva o negativamente su estado de bienestar, y lo acercan o distancian de manera sostenida, o intermitente, al desarrollo de sus potencialidades humanas y a su progreso, estos elementos deben ser estudiados en sus relaciones, procesos, causas, efectos e historia. Los factores psicosociales desfavorables son aquellas características del medio de trabajo que crean una amenaza para el trabajador (Caplan y cols., 1975 en OIT, 1986), por ejemplo la



sobrecarga de trabajo cualitativa o cuantitativa que ponen en riesgo su vida, ya que genera una relación entre la duración de la jornada laboral y las enfermedades crónicas.

Tovalín y Rodríguez en 2011 (citado por Uribe, 2015) mencionan que las necesidades internas de la empresa y las externas del mercado determinan las condiciones objetivas del trabajo mediante diferentes procesos que buscan los intereses productivos, y en donde existen mecanismos microsociales de control y dominio a nivel de organización, generando acuerdos y equilibrios entre los participantes. Como respuesta a estas exigencias, surgen los factores psicosociales que forman parte del medio al cual debe adaptarse el individuo a partir de la práctica de sus capacidades y habilidades, por lo que el ambiente laboral también debe contribuir a las prácticas saludables y de calidad de vida en los trabajadores (Uribe, 2015).

Tabla 2

*Factores involucrados en las condiciones de trabajo*

---

- 1) El clima laboral.
  - 2) La concepción del trabajo por sí mismo.
  - 3) El avance tecnológico que produce un cambio constante al cual los trabajadores tienen que adaptarse, algunas veces puede generarles presión y angustia sobre la manera de ser eficientes con esa tecnología.
  - 4) La distribución del trabajo.
  - 5) El aumento en la expectativa de vida.
  - 6) La carga mental y emocional del trabajo.
  - 7) La carga de información y de trabajo cada vez mayor.
- 

Fuente: Elaboración propia, basado en Gil-Monte (2012).

El clima psicosocial de una organización se vincula con un conjunto de características relacionadas con variables demográficas, económicas y sociales, por lo que el progreso técnico, productivo y económico se ve influenciado por la calidad de vida, bienestar y salud de los trabajadores y sus familias. Los factores

de riesgos psicosociales en el trabajo involucran las relaciones entre los trabajadores, la organización, las características del trabajador, su cultura, sus necesidades y su situación personal fuera del trabajo, así como sus interacciones entre el medio laboral y las características de las condiciones de trabajo. Entre los factores de riesgo psicosociales relacionados con el trabajo se encuentran los estresores, que interactúan en el individuo a la par de los moderadores de estrés, los cuales producen en el trabajador efectos agudos a nivel psicológico, de comportamiento o fisiológico, favoreciendo de este modo la aparición de enfermedades (Osorio, 2011).

Sin embargo, también se cuenta factores protectores dentro del ambiente laboral que favorecen la satisfacción personal y por consiguiente el aumento en la eficiencia (Osorio, 2011). Los factores de la organización, las tareas a desempeñar, las necesidades, las expectativas, las costumbres, la cultura y las condiciones personales de los trabajadores impactan de manera directa o indirecta en la satisfacción laboral, el rendimiento y la productividad, lo cual se ve reflejado en la salud (psicológica y biológica) de los empleados y de sus familias (Uribe, 2015).

La salud, la muerte y la enfermedad son aspectos de la experiencia de todo ser humano, para comprenderlos se han conceptualizado a lo largo de la historia a través de modelos explicativos tales como el sobrenatural, natural y moral, biomédico y biopsicosocial; algunos de ellos han coexistido y siguen vigentes. En la actualidad la salud y enfermedad se asumen como un proceso dinámico cambiante que depende de múltiples factores entre ellos los hábitos y estilos de vida. Es así como el modelo biopsicosocial, teniendo como principio la teoría de sistemas, considera que cualquier cambio en un nivel del sistema, afectará a todos los niveles; en ese sentido, la enfermedad y sus sintomatologías no son unicasales, dependen de la nutrición, la higiene personal, el estilo de vida, el consumo de drogas, la vida sexual, el nivel socioeconómico, el ocio, etc. Cabe destacar que, desde esta perspectiva, pueden correlacionarse estos factores para

comprender por qué el 80% de las muertes en países de bajos ingresos, como lo es México, se debe a enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias crónicas y diabetes.

La salud y enfermedad vistas en el contexto del ambiente laboral quedan en función de factores psicosociales positivos y negativos, siendo el trabajo no solo un conjunto de actividades necesarias para producir y reproducir la vida material de los seres humanos sino que proporciona éxitos, fracasos, satisfacciones e insatisfacciones. La salud queda expuesta debido a que el trabajo implica, ante todo, el empleo de energía y habilidades que ocasionan desequilibrios en el organismo, así como relaciones con iguales o superiores, un espacio físico, un ambiente de objetivos, una dinámica de rendimiento y productividad. Existen factores psicosociales desfavorables que resultan ser una amenaza para el trabajador como la sobrecarga de trabajo o, al ser el trabajo un medio que proporciona satisfacciones y éxitos puede asumirse como la actividad más importante, lo que conlleva a un descuido de otros ámbitos de la vida y afecta las relaciones tanto laborales como familiares.

## Capítulo 2

### Adicción al trabajo

El ser humano se encuentra expuesto a una serie de requerimientos y responsabilidades en distintas áreas de su vida, estas demandas pueden ser de carácter biológico, familiar o social, las cuales lo enfrentan a exigencias relacionadas con cumplir una determinada posición, con la adquisición de bienes o con ciertos comportamientos que le pueden generar ansiedad. La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones que considera amenazantes, es decir, situaciones en las que tiene algo que ganar o que perder (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon, 2008).

La ansiedad es también una emoción caracterizada por sentimientos de miedo, temor, aprehensión e inseguridad frente a la amenaza. Cuando la persona no tiene control sobre los problemas y dificultades se siente desbordada a merced de las circunstancias, por lo que se activa una disposición del organismo hacia un tipo específico de acciones y actitudes relacionadas con la defensa, la búsqueda de seguridad, la prevención; la ansiedad constituye, pues, un modo de afrontamiento de la situación. El afrontamiento se define como los esfuerzos tanto de acción como intrapsíquicos orientados a dominar, reducir, tolerar y minimizar las demandas internas o ambientales y los conflictos, cuya tarea excede los recursos de la persona (Baeza et al., 2008).

El modo de afrontar las situaciones que provocan ansiedad se puede agrupar en tres categorías:

1. Análisis y evaluación del problema: se buscan alternativas de solución.
2. Huida: se evita la fuente del estrés.
3. Control de la emoción: consiste en la disminución de la emoción provocada por el estresor.

El afrontamiento puede ser activo, en donde el sujeto participa en la búsqueda de soluciones, o pasivo al evitar la situación (Baeza et al., 2008). Las adicciones se hacen presentes al ser uno de los medios por los cuales algunas personas buscan calmar o evitar su ansiedad, su angustia y sus miedos ocasionados por las exigencias de la realidad y de ellos mismos. Para algunas personas la estrategia para afrontar el vacío y lograr la aprobación de sus iguales o el reconocimiento de sus éxitos, es por medio del consumismo, ya que centran su atención en todos los bienes que pueden adquirir a partir del dinero. Cumplir con éstas demandas puede generarles ansiedad y activar los mecanismos de defensa para afrontarla, enfocándose únicamente en la satisfacción de los bienes materiales que pueden proporcionarles una posición y estatus.

## **2.1. Adicciones/Comportamiento adictivo**

Existen características de la personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones, por ejemplo la impulsividad, la disforia, la búsqueda exacerbada de sensaciones, la intolerancia a los estímulos displacenteros tanto físicos, en los que se incluyen dolores, insomnio y fatiga, o psicológicos como disgustos, preocupaciones y responsabilidades. La baja autoestima, los estilos de afrontamiento y una cohesión familiar débil también favorecen el desarrollo de las adicciones (Echeburúa, 2000).

Para Echeburúa (2000), las personas que mantienen una adicción buscan a partir de sustancias o conductas calmar la ansiedad que les generan ciertas situaciones; por lo general poseen características de personalidad que forman parte del comportamiento adictivo, lo que conlleva a la pérdida de control sobre la sustancia o a la conducta adictiva. Los individuos se obsesionan con su adicción y sus acciones por lo que repiten el consumo de la sustancia o la realización de la conducta, y experimentan una dependencia al necesitar repetir el hecho con el fin de mantener la satisfacción que les genera el consumo o la acción. Por otra parte, el síndrome de abstinencia es el impulso que se ocasiona a partir de la tensión

que surge al dejar de consumir la sustancia o de realizar la conducta, propicia un estado de ánimo depresivo, irritabilidad, deterioro de la concentración, trastornos del sueño, disforia, tensión emocional, aburrimiento, recuerdos del placer experimentado, etc., lo que provoca la reincidencia para evitar el sufrimiento que se presenta. Como apunta Echeburúa (2000), las adicciones se convierten en una vía por la cual las personas buscan hacerle frente a la ansiedad, al experimentar sensaciones placenteras que le permiten al adicto el alivio temporal del malestar, este es uno de los factores que mantiene la adicción a pesar de las consecuencias negativas.

La ansiedad ante lo real y la pérdida de las ganancias secundarias al dejar una adicción son factores que disminuyen la voluntad para dejarla; las conductas y sustancias adictivas favorecen que la persona centren su atención en mantenerlas y con ello evada lo que en realidad le genera ansiedad, por lo que el abandonar su adicción representa abandonar aquello a lo que se encuentra enganchado, hacerse responsable de sus acciones o enfrentar lo que le aterroriza, y tomar las decisiones necesarias para ya no hacerse daño; el afrontamiento a los problemas trascendentales puede producir tanto miedo que el individuo opta por regresar a su adicción (Colmer, 2012).

Ciertas actividades que realiza el ser humano son potencialmente una conducta adictiva tales como la limpieza, las compras, el juego, el sexo, el trabajo, etc. Algunos de los factores que contribuyen a la presencia de una adicción son la exposición constante a ciertos estímulos como la televisión, la comida o la computadora, lo que lleva a las personas a la repetición de dichas actividades y a la experimentación del alivio de su ansiedad interna al realizarlas. Otros factores son la depresión y los conflictos interpersonales, los cuales favorecen la canalización de la ansiedad mediante la realización de conductas que sirven para desahogar la tensión y minimizar la frustración, por lo que se cae en la necesidad de repetir las, generándose de este modo una dependencia a las conductas (Echeburúa, 2000).

Las adicciones pueden clasificarse en dos tipos:

- a) Las adicciones psicológicas
- b) Las adicciones a sustancias.

Ambas incluyen aspectos atractivos para el sujeto al proporcionar inicialmente un estado aparente de bienestar. Sin embargo, al pasar los efectos se experimenta un efecto negativo porque vuelve la ansiedad, y los individuos actúan de manera impulsiva al tener necesidad de realizar aquella conducta que busca restaurar el equilibrio del organismo, es así como estas conductas pasan a formar parte del estilo vida (Echeburúa, 2000).

### **2.1.1. Definición de adicción**

La Organización Mundial de la Salud (2004), define a la adicción o dependencia como una enfermedad mental crónica caracterizada por recaídas frecuentes. En este trastorno participan una diversidad de factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen tanto en su desarrollo como en sus manifestaciones y evolución (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2016).

Para Colmer (2012), las adicciones por lo general se asocian con el consumo de sustancias, sin embargo una adicción puede desarrollarse hacia cualquier conducta cuando ésta se convierte en el eje de la existencia de la persona sin que sea posible tener control sobre ella, como el juego, el sexo, las compras, etc. Tradicionalmente a las personas que llegan a presentar adicciones hacia ciertos comportamientos como el deporte, el trabajo o la limpieza no se les considera adictos, debido a que son conductas en las que no se percibe un daño para la persona, a ellos no se les considera marginados que descuidan otras áreas de su vida o sus obligaciones, generalmente se piensa que tienen un problema de estructura de personalidad y determinadas creencias que influyen negativamente en su vida y en la de las personas que las rodean.

Las adicciones, ya sea a sustancias o a comportamientos, dominan la vida cotidiana de las personas adictas, influyen sobre su estado de ánimo, condicionan sus conductas y se interponen en sus relaciones. Para Colmer (2012) el énfasis constante en la apariencia, en la obtención de bienes y en los logros profesionales es considerado socialmente como indicador de éxito y felicidad; al no cumplir o al tratar cumplir con los estándares establecidos por la sociedad o por ellas mismas, algunas personas intentan calmar esa ansiedad, angustia y miedo mediante comportamientos compulsivos que, a mediano o a largo plazo, magnifican aquello de lo que huyen. Las conductas compulsivas únicamente cubren el miedo, la angustia y la ansiedad pero no las resuelven, los sentimientos que las generan solo se almacenan y acumulan en la persona. Las situaciones que le producen un desequilibrio emocional siguen presentes en las personas que tienen una adicción, pero desvían su atención hacia otras acciones como conductas o adicciones a sustancias, sin tomar medidas sobre lo que realmente les produce pánico.

Este miedo generado ante ciertas circunstancias trae consecuencias a largo plazo tanto físicas como psicológicas que, por lo general, afectan todas las áreas de la persona adicta; en ocasiones pueden llegar a manifestarse a través de enfermedades que, en el ámbito laboral, alteran la productividad, el rendimiento y el funcionamiento del adicto, y con ello el de la organización.

## **2.2 Concepto de adicción al trabajo**

El trabajo, además de ser una actividad que permite al individuo tener una fuente de ingresos, influye en el equilibrio de la persona al proporcionar una estructura del tiempo diario, facilita su expresión creativa, establece el intercambio de relaciones sociales, le brinda una identidad personal y un sentido de utilidad. En la relación que el individuo establece con el trabajo es necesaria una distribución equilibrada del tiempo que involucre también el descanso, el ocio y las relaciones sociales que forman parte de la esfera que nutre la realización del ser humano y



que se refleja en la salud de la persona (Alonso-Fernández, 1996 En Echeburúa, 2000).

La dedicación intensa al trabajo se ha considerado durante muchos años como una conducta adecuada y socialmente valorada, que denota un sentido elevado de responsabilidad y responde a los valores de una sociedad que premia el éxito y la posesión de un determinado estatus económico (Echeburúa, 2000). Sin embargo, existen personas que trabajan jornadas o periodos muy largos, estableciendo de este modo un vínculo patológico con el trabajo.

El desarrollo del capitalismo ha fomentado la enajenación humana. En muchos casos el individuo contemporáneo está enajenado en su trabajo, en la mayoría de las ocasiones no tiene participación sobre el proceso productivo, no tiene parte significativa en sus frutos ni está en contacto con el producto completo. El capitalismo moderno hace al hombre un autómatas enajenado, en tanto que sus acciones y sus propias fuerzas se han convertido en algo ajeno, y se vive a sí mismo como “una cosa” empobrecida y dependiente (Fromm, 1986).

En la actualidad, la preocupación por las recompensas económicas que ofrece el trabajo han ido en aumento, es por eso que se ha centrado la atención en las extensas jornadas y en el modo en el que se realiza el trabajo, y de este modo identificar la existencia de una actividad excesiva y compulsiva, conocer sus posibles causas, características y consecuencias. Echeburúa (2000) menciona que dicha adicción se caracteriza por la pérdida de control sobre los hábitos de trabajo, ya que el individuo al mantenerse inmerso en su actividad no considera su descanso o su estado de salud, y en consecuencia se sumerge en el ambiente laboral sin darle importancia a su vida fuera de éste, por lo que se ven afectadas sus relaciones familiares y sociales, el tiempo de ocio y su salud.

Las personas adictas al trabajo que descuidan su salud, no solo la dañan por las cargas excesivas de trabajo y la presión que este les puede generar, sino que

también pueden llegar a descuidar sus hábitos de sueño y sus hábitos de alimentación; en ocasiones la ingesta de comida se realiza en el ambiente laboral y debido a las altas demandas de trabajo, los adictos pueden llegar a restarle importancia, a postergarla u omitirla, lo cual genera un daño mayor en la salud.

Al estudiar este fenómeno es posible observar los factores que intervienen al promover o fomentar dicha adicción, como la personalidad del adicto al trabajo, la organización donde labora y la cultura en la que se desarrolla (Del Líbano y Llorens, 2012). Su conocimiento puede facilitar la oportuna detección y evitar mayores consecuencias.

La investigación sobre los inicios y el desarrollo de la adicción al trabajo permite tomar medidas sobre la misma, ya que proporciona información sobre las causas y, por tanto, es posible generar estrategias de prevención dentro de las organizaciones para mantener el bienestar psicosocial de los trabajadores (Del Líbano y Llorens, 2012). Oates en 1971 (citado por Del Líbano y Llorens, 2012) comenzó a describir un fenómeno al que definió como adicción al trabajo, es decir, la necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente que afecta la salud, la felicidad y las relaciones de la persona. Años más tarde, en la década de los 90, este fenómeno cobró mayor difusión a partir de diversas publicaciones clínicas.

Se entiende como adicción al trabajo el esfuerzo laboral extra que supera los requerimientos de la organización; implica el descuido de otras áreas de la vida como las relaciones interpersonales y actividades recreativas; sus causas pueden ser tanto factores internos como la personalidad, o externos como las recompensas económicas, las perspectivas de carrera, un matrimonio pobre o la cultura organizacional (Schaufeli, Taris y Bakker, 2006 citado por Del Líbano y Llorens, 2012).

Para Robinson (2007) la identidad de los adictos al trabajo se define por las actividades laborales que realizan, ya que les proporcionan un sentido a sus vidas mediante la aprobación y la aceptación de los demás, se vuelve la forma en la cual demuestran su valor y les permite evadir sus necesidades emocionales insatisfechas; intentan ganarse el respeto y ser tomados en cuenta a través de su exceso. El perfeccionismo y la necesidad de control cubren el sentimiento de no ser lo suficientemente buenos, por lo que los logros en su trabajo les brindan un sentido efímero y falso de autorrealización.

### **2.3 Factores que influyen en la adicción al trabajo**

Para comprender a un adicto al trabajo es necesario conocer su contexto, además de los rasgos de personalidad que pueden favorecer su aparición. La adicción al trabajo está compuesta por diversos factores como la personalidad de los adictos al trabajo; el contexto familiar, social y cultural; la cultura de la organización (Del Líbano y Llorens, 2012). Cada factor constituye un aspecto que desencadena la adicción y contribuye a su conservación.

#### **2.3.1 Personalidad**

Las personas adictas al trabajo cuentan con características asociadas a su personalidad. Son rasgos adquiridos desde la infancia y que, a través de las circunstancias que se presentan a lo largo de su vida, se arraigan en las reacciones y soluciones a los problemas. Los adictos al trabajo tienden a obsesionarse y a centrar su atención en el trabajo, por ser el medio a través del cual pueden mostrar su valor o compensar su falta de control y estabilidad emocional en otras áreas de su vida (Del Líbano y Llorens, 2012).

Para Colmer (2012) las personas adictas al trabajo tienden a menospreciar cualquier actividad que no se encuentre relacionada con su actividad laboral. Sus

jornadas son largas y estresantes, las cuales nunca terminan en su mente. La sensación de seguridad se las proporciona el realizar sus tareas laborales, el lugar de trabajo es el escenario donde se manejan con mayor tranquilidad, saben qué deben hacer y cómo reaccionar, por lo que al realizar una actividad ajena al trabajo les causa inseguridad y la evaden restándole importancia.

Los adictos al trabajo no viven las emociones del día a día que no están relacionadas con el trabajo, debido a que se encuentran concentrados en la competencia y en obtener el mayor provecho de los recursos y situaciones laborales a las que se enfrentan, por lo que en la mayoría de las áreas de su vida se manejan a partir de la obtención de logros y en conseguir algún tipo de beneficio de los demás. Los rasgos de la personalidad más representativos en una persona adicta al trabajo se pueden clasificar en dos: primarios y secundarios (Colmer, 2012).

Tabla 3

*Rasgos de personalidad de un adicto al trabajo*

Primarios	Secundarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmadurez emocional parcial.</li> <li>• Inseguridad.</li> <li>• Impulsividad.</li> <li>• Autoestima desplazada.</li> <li>• Incapacidad para la intimidad.</li> <li>• Poca capacidad para la frustración.</li> <li>• Incapacidad para los afectos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infantilismo.</li> <li>• Egocentrismo.</li> <li>• Soberbia.</li> <li>• Severidad.</li> <li>• Perfeccionismo.</li> <li>• Distancia emocional.</li> <li>• Incapacidad para el sentido lúdico</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, basado en Colmer (2012).

### 2.3.2 Familiares

La familia es un sistema en el que cada integrante modifica o afecta a los demás, por lo general busca mantenerse en equilibrio, adaptarse al medio y a los

problemas que surgen; sin embargo cuando se presenta alguna alteración en las situaciones del día a día en uno de sus miembros, trastoca a todos demás y a la dinámica en la que funcionan. La adicción al trabajo es el síntoma de un sistema familiar disfuncional. Las adicciones se generan a partir de los conflictos familiares sin resolver. Las conductas adictivas son intergeneracionales y se transmiten a través de la dinámica familiar e involucra reglas, creencias y patrones de comportamiento adictivo (Robinson, 2007).

Desde los primeros años comienza a instalarse en la personalidad del futuro adicto al trabajo un sentimiento de competitividad, es decir, a partir de sus logros y de mostrar sus capacidades puede obtener y conservar el amor, la aprobación y la atención de sus padres. Este tipo de educación se centra en la exigencia de la excelencia, el niño debe mostrar la superación y la capacidad de sacrificio para el logro de metas extraordinarias. Las necesidades emocionales quedan relegadas y, al cumplir con las expectativas de logro de los padres, obtienen la atención que necesitan. La carga emocional depende de los éxitos obtenidos, por lo que la importancia del niño radica en los logros que consigue (Colmer, 2012).

Colmer (2012) menciona que la vergüenza social es otro aspecto que puede contribuir al desarrollo de la adicción; se genera cuando el niño percibe un ambiente con carencias económicas, crece con el sentimiento de impotencia y busca la superación a través de trabajo y logros profesionales. Al instalarse esta vergüenza en la persona, únicamente se enfoca en el deber ser, lo que le dificulta tender vínculos afectivos profundos, pierde la capacidad de gozar las cosas sencillas y auténticas, por tanto busca situaciones que le generen tensión y estrés relacionados con la excelencia, que son elementos ya conocidos y que aparentemente sabe cómo manejarlos

Al crecer, los niños que potencialmente desarrollarán una adicción al trabajo, se enfrentan al aumento de responsabilidades y expectativas; la constante sensación de encontrarse a prueba, creer que no cuentan con las capacidades para cumplir

las demandas que se les imponen les genera ansiedad. En la adultez, al entrar en el ambiente laboral se ven en la necesidad de incrementar sus horarios y exigencias para no perder su posición, imponiéndose el control absoluto de todo y de todos en su trabajo para lograr una aparente seguridad frente a las metas y objetivos (Colmer, 2012).

Robinson (2007) menciona que la adicción al trabajo tiene sus raíces en la infancia a partir de la búsqueda de compensación, seguridad y estabilidad. Esta adicción se considera consecuencia de una disfunción familiar, de manera que los adictos llevan las carencias, percepciones y hábitos compulsivos generados en sus familias a su lugar de trabajo, donde repiten y representan las situaciones en las que aparentemente pueden cubrir sus necesidades no resueltas por medio del control, del perfeccionismo y de la obtención de reconocimientos. Por lo general los adictos al trabajo crecen en familias en las que alguno de sus padres presenta una adicción a sustancias o de tipo conductual; esta disfuncionalidad genera el establecimiento de normas poco claras que en ocasiones impiden la expresión abierta de sentimientos o la discusión de problemas personales e interpersonales; se establecen expectativas poco realistas que exigen perfección por parte de los resultados que obtienen los hijos, y éstos buscan la aprobación de sus padres a través de buenas calificaciones y de actos de realización (Robinson, 2007).

Tabla 4

*Características del adicto al trabajo en la infancia*

---

- Pone más tiempo en las tareas escolares que en jugar.
  - Tiene pocos amigos, prefiere la compañía de adultos.
  - Muestra problemas de salud relacionados con el estrés, tales como cansancio crónico, dolores de cabeza o estómago.
  - Toma responsabilidades adultas como mantener el funcionamiento de su hogar, cocinar, limpiar o hacerse cargo de sus hermanos.
  - Se esfuerza por la perfección en las cosas que hace.
  - Se muestra serio y carga con preocupaciones de adultos.
  - Dedicar poco tiempo a descansar o a jugar.
  - Tiene habilidades de liderazgo.
  - Busca la aprobación social entre los adultos que lo rodean.
  - Muestra un sobrecumplimiento compulsivo de sus actividades.
  - Se enoja con facilidad y es impaciente con él mismo.
  - Muestra mayor interés en el resultado de su trabajo que en el proceso de realizarlo.
  - Genera presiones autoimpuestas.
  - Realiza dos o tres actividades a la vez.
  - Tiene problemas para pedir y recibir ayuda.
- 

Fuente: Elaboración propia, basado en Robinson (2007).

### **2.3.3 Culturales y sociales**

Este tipo de adicción además de ser aceptada socialmente, es valorada y protegida como un valor añadido al éxito profesional. Se considera que la persona entregada a su trabajo es una persona de valía y en la que se puede confiar, se le atribuye que es responsable, esforzada y ambiciosa (Colmer, 2012).

A diferencia de otras adicciones, la adicción al trabajo se asocia con la idea del incremento en ingresos y con el aumento de la productividad de la persona adicta;

también se cree que cuenta con la capacidad para tomar decisiones que impliquen mayor responsabilidad y fortaleza de carácter. En las reuniones sociales se destaca el esfuerzo realizado por el adicto al trabajo y se gana la admiración al ser considerado como una persona que realiza su trabajo como algo que ama (Robinson, 2007).

Los patrones que se generan a partir de la globalización y la ideología de la sociedad, la cultura, la política y la economía por lo general valoran el trabajo duro, la competitividad y la productividad. La sociedad promueve dicha adicción a partir del consumismo sin importar el alto costo de los productos, lo que ocasiona que las personas trabajen durante largas jornadas con el fin de obtener los ingresos necesarios para la adquisición de bienes y servicios. La Economía competitiva del modelo actual requiere largas jornadas de trabajo, con lo que se promueve un ideal de adquisición y la satisfacción de necesidades superficiales, propiciando de este modo el trabajo duro y la adicción al trabajo. Los grupos marginados son vulnerables a presentar dicha adicción, ya que se sienten devaluados y buscan probar continuamente su propia capacidad y utilidad. Comienzan un proceso de compensación trabajando duro y se enganchan en demostrar su valía en el mundo a través de logros, reconocimientos, aprobación y dinero (Robinson, 2007).

Esta adicción es bien aceptada por la sociedad que premia el esfuerzo y reconoce la ambición. Sin embargo, un adicto al trabajo no es un trabajador eficiente, su vida gira alrededor de su miedo a perder el significado, abandonar su posición en el trabajo, a ser descubierto vacío y sin méritos, a mostrar su debilidad, al fracaso y rechazo. Para el adicto, su vida solo tiene sentido cuando consigue logros y encuentra en los demás admiración, temor y respeto que confunde con amor (Colmer, 2012).



### **2.3.4 Organizacionales**

Dentro de las organizaciones se promueve esta adicción a partir de puestos con exceso de trabajo. Los individuos desarrollan un gran número de actividades y tienen que cumplir con los objetivos establecidos; la competitividad ocasiona que los trabajadores pretendan ser los mejores para conservar su trabajo o lograr un crecimiento dentro de la organización, y con ello mejorar sus satisfactores. Las organizaciones premian esta adicción a través de reconocimiento o de remuneración al cumplimiento de objetivos, sin importar el medio por el cual los consiguen, incluso en detrimento de su salud (Del Líbano y Llorens, 2012).

Las largas jornadas de trabajo por lo general se valoran más que cumplir con las tareas laborales con eficiencia, porque los trabajadores que pasan mayor tiempo en su lugar de trabajo son percibidos con un mayor compromiso con la organización y en ocasiones se le da un mayor peso al tiempo que se pasa en el trabajo que a los resultados que se obtienen. Los adictos al trabajo a mediano y largo plazo no desarrollan sus actividades como deben, tienden a equivocarse y a no cumplir con los tiempos acordados debido a su falta de trabajo en equipo, su incapacidad para delegar, su necesidad de control y su exceso de perfección; de ahí surge el aumento en su jornada laboral (Del Líbano y Llorens, 2012).

El uso de las tecnologías de información mediante laptops, tabletas y teléfonos inteligentes potencialmente favorece la adicción al trabajo al permitir continuar con la jornada laboral independientemente del momento y lugar en el que se encuentren, ya sea una cena, reunión familiar, vacaciones, etc. Del Líbano y Llorens (2012) mencionan que las demandas laborales pueden convertirse en potenciadoras de la adicción; existen demandas denominadas retadoras, como la elevada sobrecarga de trabajo o la presión temporal, mismas que pueden incrementar la motivación al buscar alcanzar los objetivos pero en el aspecto negativo pueden contribuir a pasar mayor tiempo en el trabajo y ocasionar al

trabajador un mayor nivel de estrés y agotamiento que terminará afectando su salud.

Robinson (2007), refiere que el ambiente corporativo estimula el trabajo adictivo al promover una supuesta lealtad del trabajador hacia la empresa a expensas de su vida personal. Las organizaciones establecen plazos de tiempo ajustados que requieren grandes esfuerzos por parte de los trabajadores para poder cumplirlos, hacen alusión a la competencia y presionan con la satisfacción de sus clientes. Esta táctica corporativa moviliza actitudes paranoides, estrés y adrenalina prolongada entre la fuerza de trabajo. Existen organizaciones que crean crisis para mantener la presión sobre los trabajadores y que trabajen más. De acuerdo con Robinson (2007), dentro de las características de las organizaciones que promueven la adicción al trabajo pueden mencionarse:

- La misión de la organización es negada, ignorada u olvidada. Los trabajadores están preocupados por ser productivos, pierden de vista la misión general de la organización.
- La supervivencia corporativa es lo más importante, los trabajadores son vistos como insumos necesarios para utilizarse en la organización, explotando el estrés para mantener la cantidad de trabajo.
- La organización busca gratificación, soluciones, resultados y beneficios a corto plazo. La salud mental de los trabajadores se dejan a largo plazo.
- Se espera que los empleados cubran con las exigencias, independientemente de donde se encuentren y del momento. El entorno del adicto al trabajo no tiene fronteras, no respeta la vida personal, simplemente tienen que estar a disposición de la organización.
- Mantienen a sus empleados presionados, la atención se centra en las necesidades de la organización.
- El medio ambiente es frío e impersonal.

## 2.4 Perfil del adicto al trabajo

### 2.4.1 Características

- Trabajo excesivo

El adicto al trabajo busca trabajar más de lo necesario. En su afán por mantenerse constantemente trabajando, tiende a involucrarse en un exceso de tareas acompañadas de presión temporal durante su jornada laboral (sobrecarga cualitativa), y hacen frente a un número excesivo de demandas relacionadas con las competencias, conocimientos y habilidades que poseen tanto a nivel psicológico como emocional (sobrecarga cualitativa). Además, resulta habitual que el adicto se lleve trabajo a casa, trabaje los fines de semana, durante sus vacaciones, estando enfermo (presentismo) e incluso, aún sin estar realizando una tarea visible, es probable que permanezca pensando en el trabajo. El exceso aumenta al pasar el tiempo en el que el trabajador permanece en la organización, hasta que la situación le desborda y no puede asumir todas las tareas a las que se comprometió (Del Líbano y Llorens, 2012).

- Trabajo compulsivo

Los adictos al trabajo desarrollan la necesidad de trabajar en todo momento, por lo que se mantienen realizando tareas relacionadas al trabajo o por medio de sus pensamientos buscan dar solución a problemas laborales, planifican las tareas que faltan por completar y que se tienen que iniciar, etc. Su estado de bienestar depende de si se encuentran trabajando o realizando alguna actividad relacionada al trabajo. Cuando la persona adicta no tiene la posibilidad de trabajar, experimenta ansiedad y sentimientos de culpabilidad que lo orillan a buscar la manera permanecer en su trabajo, independientemente del lugar o el momento en el que se encuentren (Robinson, 2010, citado por Del Líbano y Llorens, 2012).

- Negación del problema

La persona adicta al trabajo no encuentra ningún problema relacionado con su forma de trabajar, por lo que no toma conciencia de lo que está sucediendo.

Dentro de esta negación, y para justificar su dedicación exagerada al trabajo, el adicto racionaliza sus acciones ante sus compañeros de trabajo, amistades y familia. Las justificaciones del exceso de trabajo se producen independientemente de la carga real que tiene el adicto, él genera sus propias presiones de trabajo al establecerse tiempos de entrega muy cortos o al buscar la perfección dentro de sus tareas, cualquiera de las opciones que él elija lo obliga a mantenerse trabajando de manera que sus jornadas laborales aumentan a causa de sus exigencias y no exactamente a casusa de una carga objetiva de trabajo (Potter, 1996 citado por Del Líbano y Llorens, 2012).

- Necesidad de control

Una de las motivaciones principales del adicto al trabajo es la inseguridad, por lo que tiene la necesidad de controlar minuciosamente todos los aspectos de su vida; las situaciones impredecibles le provocan ansiedad y las visualiza como amenazas, entonces la estrategia inconsciente a la que recurre para conservar una falsa seguridad es a través del mantenimiento del control sobre todas las situaciones que se desarrollen en su trabajo. (Potter, 1996, citado por Del Líbano y Llorens, 2012). La percepción de estas amenazas es un factor importante en la dificultad que tiene para delegar. El adicto prefiere hacerlo personalmente para sentir que tiene control sobre todo el proceso. Generalmente, el control que ejercen desencadena una serie de estresores grupales. Frecuentemente asumen tareas que no tendrían que desempeñar según su rol dentro de la organización, generándose conflictos entre los trabajadores responsables de realizar esas tareas y el propio adicto. Estos estresores, además, afectan de forma directa o indirecta al rendimiento individual de cada trabajador y, por extensión, al rendimiento global de la organización (Del Líbano y Llorens, 2012).

- Alta importancia y significado del trabajo

La autoestima del adicto al trabajo se centra en las actividades laborales que realiza, relegando a la familia, los amigos o el tiempo libre; todo gira y se organiza alrededor del trabajo. El adicto es un claro ejemplo del “vivir para trabajar” en lugar

del “trabajar para vivir”. Por ello, es habitual que trabaje los fines de semana, en vacaciones e incluso cuando no se encuentre en buenas condiciones de salud debido a alguna enfermedad (Del Líbano y Llorens, 2012).

- Alta vitalidad, energía y competitividad

El adicto es una persona llena de energía, motivada por la competitividad y la comparación con los demás, ya sean compañeros de trabajo, amigos o familiares. La competencia social incrementa la compulsión del adicto por trabajar más. La presencia de esa vitalidad y energía fue un factor que llegó a confundir la adicción al trabajo con otros conceptos positivos como el *engagement* (el compromiso a trabajar) en algunas investigaciones, y se relacionó con el compromiso organizacional, entre otros (Del Líbano y Llorens, 2012).

- Problemas extra-laborales

La dedicación que presentan los adictos al trabajo conlleva a una serie de fenómenos dinámicos extra-laborales, entre los que destacan la baja calidad de sus relaciones sociales, su insatisfacción fuera del trabajo y una relación negativa con la felicidad. Respecto a las relaciones sociales, el descuido de la familia es una de las consecuencias del exceso de trabajo; los adictos al trabajo no dedican tiempo para establecer una comunicación significativa con los miembros de su familia, no están al tanto de sus necesidades, ni se involucran afectivamente (Burke y Koksai, 2002, citado por Del Líbano y Llorens, 2012). A menudo son personas solitarias, prefieren no tener tiempo libre, y en caso de tenerlo llevan el trabajo con ellos. Consideran que la diversión y la risa son innecesarios, y que establecer relaciones interpersonales no les genera ningún beneficio, por lo que únicamente se rodean de personas que mantengan su mismo ritmo de trabajo (Robinson, 2007).

- Problemas de rendimiento a mediano-largo plazo

El rendimiento del adicto al trabajo a corto plazo puede ser eficiente y funcional ya que se encuentra comprometido en sus tareas. Sin embargo, a mediano y a largo

plazo genera una sobrecarga de trabajo debido a las altas expectativas sobre sí mismo (exigencias que le llevan a plantearse metas difíciles y en ocasiones inalcanzables); así mismo, suele ocasionar un bajo rendimiento por lo que el adicto experimentará una sensación de fracaso constante limitándolo aún más. (Potter, 2001, citado por Del Líbano y Llorens, 2012) Los adictos al trabajo se caracterizan por asistir a su centro laboral independientemente de la demanda de trabajo que tengan, les es muy difícil tomar días festivos e incluso se presentan estando enfermos. Sufren problemas de salud, ira, ansiedad, depresión y enfermedades relacionadas con el estrés (Robinson, 2007).

- Pensamiento rígido que impulsa la adicción al trabajo

Los adictos al trabajo conservan una serie de pensamientos que alientan su conducta en su desempeño laboral. Estos pensamientos son ideas rígidas sobre cómo debe ser su comportamiento o sobre las exigencias que deben cubrir para ocultar sus necesidades insatisfechas, ya que de lo contrario se sienten perdidos. De acuerdo con Robinson (2007), dentro de los principales pensamientos se encuentran los siguientes:

1. Perfeccionista: para el adicto al trabajo las cosas tienen que ser perfectas para encontrarse aparentemente tranquilo o feliz.
2. Agradarle a todos: buscan agrandar a todas las personas que les rodean y cumplir con las expectativas que tienen sobre ellos.
3. Pesimistas: su vida es caótica, estresante y fuera de control, se centran en mantenerse alerta y tomar en cuenta todo lo negativo que puede ocurrir, ya que de lo contrario puede fracasar
4. Serio: consideran que jugar y divertirse son una pérdida de tiempo, lo único realmente importante es el trabajo ya que les permite sentirse útiles y les proporciona un valor y superioridad sobre los demás. Las otras actividades no les aporta ninguna ventaja sobre sus iguales.
5. Externalizado: las condiciones externas determinan su felicidad, son incapaces de sentirse bien con ellos mismos, independientemente de las circunstancias en las que se encuentren.

Tabla 5

*Características básicas de la adicción al trabajo*

---

- Trastorno compulsivo.
  - Problema de salud mental.
  - Problemas emocionales profundos.
  - Necesitan una gratificación hacia ellos que les permita sentirse bien por un momento.
  - No siempre encuentran satisfacción en el trabajo.
  - El trabajo puede ser no remunerado pero lo realiza de manera compulsiva.
  - Sus familias sufren frecuentemente, se encuentran en desorden; sus relaciones con compañeros de trabajo y amigos se vuelven disfuncionales.
- 

Fuente: Elaboración propia, basado en Robinson (2007).

#### **2.4.2 Signos de la adicción al trabajo**

Los elogios y aplausos, la gratificación económica y reconocimientos sociales, pueden generalmente provocar la idea de que vale la pena el esfuerzo que se realiza, sin embargo, después de un tiempo es posible que se convierta en un factor que fortalece la conducta adictiva. La necesidad de demostrar que se cumple con el trabajo, o que se puede realizar con perfección, es un factor importante para no dejarlo y no dejar de cumplir con esas expectativas. Intrapsíquicamente los adictos al trabajo se presentan ideas fijas que los hace seguir inmersos en sus actividades laborales, aun cuando no se encuentren en su lugar de trabajo, y mantienen de este modo una serie de pensamientos compulsivos (Robinson, 2007).

#### **2.4.3 Síntomas de la adicción al trabajo (Robinson, 2007)**

- Por lo general se encuentran ocupados, presionados y necesitan dos o tres actividades a la vez, lo que les genera un sentimiento de productividad y seguridad.

- Cuando delegan alguna tarea experimentan la sensación de pérdida de control.
- Buscan actividades en donde puedan sobresalir; se autoimponen estándares muy elevados de manera que nunca quedan conformes con los resultados.
- Debido a la sobreimportancia que le dan al trabajo, se les dificulta mantener relaciones interpersonales.
- Buscan grandes cargas de trabajo en plazos de tiempo muy limitados, los cuales la mayoría de las veces son autoimpuestos con el fin de sentirse satisfechos.
- Por lo general son inquietos y buscan realizar algo productivo, de lo contrario se sienten culpables e inútiles.
- Se encuentran concentrados en realizar su trabajo, por lo que no sienten el paso del tiempo y sus jornadas laborales son interminables.
- Son impacientes e irritables, les molesta esperar, por lo que su impaciencia puede dar lugar a la impulsividad.
- El trabajo les proporciona cierta seguridad, les da un propósito, un significado y autoestima, siempre y cuando puedan cumplir con lo que les solicitan, de lo contrario consideran que nada de lo que realizan está bien.
- No se dan tiempo para el auto cuidado, pasan más tiempo centrados en sus puestos de trabajo que en ellos mismos, descuidan sus necesidades físicas de nutrición, descanso y ejercicio, y establecen mecanismos de supervivencia como la cafeína y el fumar.



Tabla 6

*Síntomas de la adicción al trabajo*

Físicos	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolores de cabeza.</li> <li>• Fatiga.</li> <li>• Alergias.</li> <li>• Indigestión</li> <li>• Ulceras en el estomago.</li> <li>• Dolor en el pecho.</li> <li>• Falta de aire.</li> <li>• Mareos.</li> <li>• Tics nerviosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estallidos de mal genio.</li> <li>• Inquietud.</li> <li>• Insomnio.</li> <li>• Hiperactividad.</li> <li>• Dificultad para relajarse.</li> <li>• Impaciencia.</li> <li>• Olvidos.</li> <li>• Dificultad para concentrarse.</li> <li>• Aburrimiento.</li> <li>• Cambios de humor (euforia-depresión).</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia, basado en Robinson (2007).

## 2.5 Consecuencias

Las consecuencias de la adicción al trabajo van de acuerdo a los niveles que afecta. En primer lugar afecta al adicto en aspectos relacionados con la satisfacción y la salud; en segundo término a la organización, al presentarse un bajo rendimiento de las personas adictas, y al dañarse las relaciones con los compañeros de trabajo, perjudicando también al ambiente social en el que se desarrollan. En ambos casos se ven afectadas las relaciones interpersonales de la persona adicta, generando conflictos con la familia-trabajo, o trabajo-compañeros de trabajo (Del Líbano y Llorens, 2012).

### **2.5.1 Individuales**

A nivel individual las relaciones interpersonales tienden a ser superficiales y centradas en la utilidad, existe la necesidad de éxito constante, se encuentran presentes sentimientos de ansiedad y amenaza ante la cercanía emocional, la persona adicta al trabajo tiene dificultad para mantener un vínculo afectivo profundo y por lo general tiene una sensación de incomprensión y dificultades para reconocer las necesidades de los demás. Siguiendo los planteamientos de Colmer (2012), los adictos al trabajo llevan relaciones interpersonales basadas en la rivalidad y desconfianza, derivado de una autoexigencia exagerada y una posición egocéntrica ante la vida, por lo que resulta imposible disfrutar del ocio, realizar actividades lúdicas, reconocer sus necesidades personales fuera del trabajo, así mismo tienden a rechazar otras oportunidades laborales por miedo a perder su posición o por mantener el control.

Las personas adictas al trabajo presentan un estilo de vida caracterizado por la ansiedad y el estrés, lo que aumenta las posibilidades de padecer problemas de salud tales como trastornos psicológicos, síntomas psicósomáticos o problemas cardíacos. El trabajar durante largas jornadas incrementa la fatiga de la persona, principalmente porque no cuenta con el tiempo para recuperarse del esfuerzo excesivo (Del Líbano y Llorens, 2012).

Los adictos al trabajo vinculan la pérdida de rendimiento con la pérdida de autoestima, se encuentran atrapados en una interminable misión de obtener el control, dedicando cada vez más tiempo al trabajo y excluyendo todos los demás aspectos de su vida. A menudo sacrifican sus propias necesidades por ceder a las necesidades de su trabajo. No dedican el tiempo suficiente a su autocuidado, no dejado tiempo para el descanso, el ejercicio o su alimentación, por lo que existen repercusiones en su salud. Es común que la causa de muerte en los adictos al trabajo se relacione con enfermedades inducidas por el estrés, como las

cardiovasculares, gástricas, hipertensión, musculares y mentales tales como: ansiedad o depresión (Robinson, 2007).

### **2.5.2 Familiares**

La familia cobra importancia en tanto le proporcione seguridad y una aparente estabilidad. Estas familias son por lo regular disfuncionales e inestables, ya que desarrollan conductas basadas en la utilidad y en la ausencia por parte del adicto, porque aunque se encuentre presente físicamente, emocionalmente esta desconectado, dejando carente a la familia del rol que debería desempeñar. Los miembros de una familia con adictos al trabajo generan conductas similares al adicto con el fin de seguir su ritmo y ser aceptados. En ocasiones los niños llegan a adoptar roles que les corresponden a sus padres y sacrifican sus necesidades de atención, comodidad y orientación para permanecer al cuidado de las carencias emocionales de sus padres, con lo que buscan obtener una homeostasis en su sistema familiar (Robinson, 2007).

Por lo general las parejas de los adictos al trabajo se encuentran con una barrera constante al intentar vincularse o acercarse; para ellos es difícil establecer un vínculo y aceptar la cercanía y la intimidad, de manera que establecen un escudo que los protege de situaciones que les exijan un lazo emocional (Robinson, 2007).

De acuerdo con Robinson (2007), las características de los cónyuges de los adictos al trabajo son las siguientes:

- Tienen a sentirse ignorados y abandonados, debido a la lejanía física y emocional del adicto al trabajo.
- Mantienen las cargas emocionales del matrimonio y la responsabilidad de la crianza de los hijos.
- Se vivencian como la segunda prioridad del adicto al trabajo, ya que la primera siempre serán sus actividades laborales.
- Se vivencian como una extensión del adicto al trabajo.

- Se perciben como controlados y manipulados por su pareja.
- Utilizan medidas para llamar la atención.
- Tienden a ver su relación de manera grave e intensa. No encuentran una solución a la forma de relacionarse con su pareja.
- Se sienten responsables de ser los únicos en mantener las energías en la relación.
- Tienen baja autoestima y se sienten defectuosos por no estar a la altura de su pareja.
- Se cuestionan constantemente sobre su gratitud y su cordura.

En cuanto a los hijos de los adictos al trabajo por lo general siempre buscan por medio de logros y reconocimientos la atención que sus padres no les brindan. Los niños que crecen con padres adictos al trabajo tienden a generar una dependencia hacia figuras de autoridad que guíen su toma de decisiones, carecen de confianza interna que se asocia con la presencia de ansiedad y depresión. Pueden desarrollar pautas compulsivas de conducta hacia el cuidado de sus padres u otras figuras sustitutas, por lo que renuncian a sus necesidades de comodidad, protección y tranquilidad. Buscan el apego emocional al centrarse en las necesidades de sus padres y en encontrar el medio por el cual puedan conseguir su aceptación. La búsqueda constante de aprobación de los hijos de adictos al trabajo ocasiona que abandonen su propia vida, se dejan llevar por las expectativas y los estándares de perfección de sus padres; por lo general eligen su profesión de acuerdo a las exigencias y pensamientos de sus progenitores, y así continúan con el desarrollo de la adicción al trabajo (Robinson, 2007).

Los hijos de los adictos al trabajo crecen con la idea de que únicamente van a ser queridos si obtienen un buen rendimiento; fantasean con que sólo a través de los logros que obtengan van a ser valorados por sus padres, por lo que desarrollan una sensación de cariño condicionado por sus resultados. Debido a su temor al fracaso sufren de ansiedad al desempeñar desafíos en la escuela, el perfeccionismo los acompañará durante su vida. Aprenden que el amor de sus

padres depende de su desempeño y desarrollan conductas de competitividad, agresión y hostilidad para lograr sus objetivos (Robinson, 2007).

Robinson (2007) menciona que las características de los hijos de adictos al trabajo son las siguientes:

- Su atención se encuentra centrada hacia el exterior.
- Autocríticos.
- Autodespectivos, se sienten indignos e incompetentes por no ser capaces de satisfacer las necesidades de sus padres y posteriormente de otras figuras de autoridad.
- Propensos a la depresión.
- Solicitan constantemente la aprobación de los demás, se esfuerzan por compensar su autoinsuficiencia.
- De acuerdo a los resultados que obtienen se juzgan a ellos mismos, por lo que se exigen perfección.
- Dificultad para vivir momentos de diversión.
- Propensos a sentimientos de deslealtad.
- Tienen tendencia a encontrarse enojados o resentidos.
- Tendencia a la ansiedad generalizada.
- No mantienen relaciones íntimas estables y duraderas.

### **2.5.3 Organizacionales**

A nivel organizacional es posible observar en la adicción al trabajo una dificultad significativa para delegar o trabajar en equipo y para establecer vínculos interpersonales profundos dentro del trabajo. Por lo general la motivación que los mantiene es el miedo a perder el estatus o el reconocimiento, y dejan de percibir el objetivo de sus proyectos o de su trabajo. Presentan ineficiencia al abrumarse con los métodos rígidos y llenos de detalles, en ocasiones tienen un estancamiento al

ser incapaces de percibir y de reconocer sus errores o áreas de oportunidad y tienden a perder la creatividad (Del Líbano y Llorens, 2012).

Para Robinson (2007), la adicción al trabajo conduce a la falta de confianza en la organización, los adictos al trabajo pueden, inconscientemente, generar una crisis únicamente para llamar la atención y lograr elogios por resolverla. Por otra parte también crean un ambiente hostil al inmiscuirse en el trabajo de sus compañeros a través de los altos estándares que ellos manejan, del perfeccionismo, al no trabajar en equipo y al absorber todos los requerimientos; esto subestima a sus compañeros y puede generar sentimientos de competencia con rivalidad (Del Líbano y Llorens, 2012).

Otra de las consecuencias desfavorables para la organización es que los adictos al trabajo llegan a generar un alto costo en términos monetarios por las demandas relacionadas con el estrés y el agotamiento emocional; se provocan lesiones personales y necesitan hacer uso de un servicio médico o tomar días por incapacidad. A las empresas les cuesta el ausentismo, la improductividad, las enfermedades relacionadas con el estrés como la presión arterial alta, enfermedades del corazón, problemas abdominales y problemas de salud mental como ansiedad y depresión (Robinson, 2007).

Robinson (2007) menciona que los adictos al trabajo perjudican a largo plazo la organización, ya que son adictos al proceso y no a la obtención de resultados, se encuentran motivados por el miedo y la pérdida de estatus más que por la motivación de alto nivel y a la contribución creativa, lo que entorpece los cambios positivos dentro de la organización. Al seguir sus planteamientos, las características de los adictos al trabajo en la organización son:

- Dificultad delegar o trabajar en equipo, trabajan mejor solos.
- En el ámbito laboral no cuentan con relaciones interpersonales.
- Trabajan esencialmente por realizar una actividad que les demande atención sin importar si cumplen con los objetivos establecidos.

- Son motivados por el miedo y la pérdida de control.
- Dejan de cumplir con los objetivos y metas de la organización.
- No toman riesgos para lograr resultados diferentes.
- Son Incapaces de tolerar errores, por lo general tratan de evitarlos o encubrirlos.

#### **2.5.4 Sociales**

La vida del adicto al trabajo se centra en sus responsabilidades laborales, por lo que el tiempo que dedica a su familia y a sus amistades es escaso. Las personas que se encuentran a su alrededor los consideran limitados en su comunicación, la cual se les dificulta al relacionarse afectivamente, además de no contar con habilidades para resolver problemas cotidianos de manera efectiva. La sociedad en muchas ocasiones puede encubrir la adicción al trabajo mediante la admiración hacia una persona que se esfuerza por obtener sus metas. El ambiente en el que se encuentra inmerso no hace reclamos, ni censura su exceso de trabajo debido a las recompensas económicas que se obtienen a partir de un adicto al trabajo. Sin embargo, el mantenimiento de las relaciones sociales e íntimas se vuelve un problema para el adicto al trabajo debido a que esta adicción se asocia con una comunicación ineficaz que contribuye a las relaciones frágiles, facilitando los conflictos en la familia, conyugales y la disfunción global en el entorno social (Robinson, 2007).

Frente a las demandas de la vida y a la pérdida del control sobre los problemas, el organismo desarrolla sistemas de alerta como la ansiedad, donde se conjugan emociones como el sentimiento de miedo, temor, aprehensión e inseguridad. Al afrontar las demandas, el sujeto puede asumir un rol activo haciendo un análisis o evaluación y controlando la emoción, o pasivo al emprender la huida. Una vía por la cual se busca hacerle frente a la ansiedad es la adicción, el adicto busca en sustancias o conductas cierto tipo de placer que representa un alivio temporal; son

frecuentes las adicciones a las sustancias, sin embargo se es adicto al deporte, a la limpieza o al trabajo.

El trabajo representa una fuente de ingresos, proporciona una estructura del tiempo diario, propicia el intercambio de relaciones sociales, dota de identidad y sentido de utilidad; cuando el trabajo representa el aspecto más importante de la vida de los sujetos, se genera un vínculo patológico. La adicción al trabajo consiste en el esfuerzo laboral extra que supera los requerimientos de la organización y permite demostrar el valor propio y evadir necesidades emocionales. Como individuos, existe predisposición debido a ciertas características asociadas a su personalidad arraigadas desde la infancia, tales como la impulsividad, la inseguridad, baja autoestima, el egocentrismo, la soberbia; así mismo la constante sensación de estar a prueba, sentimiento de impotencia y las carencias económicas propician la adicción al trabajo.

Esta adicción vista desde la dimensión del individuo queda limitada si no se consideran una serie de factores que la contextualizan. De entrada, hasta hace unas décadas no configuraba un problema debido a que la dedicación intensa al trabajo es socialmente aceptada y valorada, ya que se considera como una manifestación de la fortaleza y capacidad para tomar decisiones; por otra parte, el trabajo enajenado se debe a la preocupación excesiva por las recompensas económicas, a la satisfacción de las necesidades básicas que ha derivado en el consumismo; en cuanto a las organizaciones, éstas fomentan la competitividad entre los trabajadores ocasionando un sobre esfuerzo, interiorizan una supuesta lealtad a la empresa en detrimento de la vida personal, el trabajador queda reducido a un insumo y beneficio a corto plazo. Se puede afirmar, entonces, que tanto la familia, la sociedad y las organizaciones configuran un sistema que promueve la adicción al trabajo; así mismo, las gratificaciones, aplausos y elogios deviene en contradicción debido a que la ansiedad que agobia al adicto afecta a la familia y al equipo de trabajo, volviéndolo ineficiente e improductivo.



## Capítulo 3

### Los hábitos de alimentación

#### 3.1 La importancia de la alimentación

El ser humano necesita realizar una dieta suficiente, equilibrada y que se adapte a la etapa de la vida en la que se encuentre; lo cual puede favorecer un adecuado crecimiento físico que facilite el desarrollo psicológico, ayude a la prevención de enfermedades y fomente un estado de salud óptimo (Sánchez y Aguilar, 2015). La alimentación y la nutrición son procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales que durante la infancia contribuyen al desarrollo, crecimiento y maduración biopsicosocial, por lo que es necesario que desde esta etapa se adquieran hábitos alimentarios saludables (Macías, Gordillo y Camacho, 2011).

Una alimentación adecuada fue reconocida como derecho humano por las Naciones Unidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) desde 1948, como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. En el artículo 25 de la DUDH se señala que:

*“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”* (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2015).

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura define al derecho a la alimentación como:

*El derecho a tener acceso regular, permanente y sin restricciones a la alimentación, ya sea directamente o a través de la compra, a un nivel suficiente y adecuado, tanto en términos cualitativos como cuantitativos, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que el consumidor pertenece, y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, satisfactoria, digna y libre de temor (FAO, 2015).*

La OMS define a la nutrición como el conjunto de procesos mediante los cuales los seres vivos incorporan, modifican y eliminan sustancias procedentes del exterior. Por su parte, García y Martínez (2005) señalan que los objetivos principales son aportar energía para que el organismo realice sus funciones, suministrar los materiales de construcción para la formación y renovación de las propias estructuras orgánicas y contribuir con las sustancias necesarias para la regulación de los procesos metabólicos. La nutrición en tanto proceso ayuda a prevenir el desarrollo de enfermedades. Desde 2005 se contempla a la alimentación como tridimensional al establecer relaciones entre los alimentos y los sistemas biológicos, sociales y ambientales de cada sociedad (Macías et al., 2011).

El proceso de nutrición cumple con los siguientes propósitos durante el desarrollo:

1. Favorece un estado óptimo al mantener un ritmo de crecimiento adecuado y una progresiva madurez biopsicosocial.
2. Mediante una alimentación apropiada se pueden prevenir enfermedades de origen nutricional que, si bien, se manifiestan en la edad adulta, inician desde la infancia (Macías et al., 2011).

El desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión, diabetes, caries y osteoporosis está determinado por el consumo en exceso de determinados alimentos y por la ausencia de otros, por ejemplo: la sal, el azúcar, la grasa, el calcio y etc. (García y Martínez, 2005).

Las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes, la obesidad, ciertos tipos de cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son responsables del 63% de los 36 millones de muertes anuales a nivel mundial que afectan por igual a hombres y mujeres, cerca del 80% de las muertes ocasionadas por ENT se concentran en los países de ingresos bajo y medios, de acuerdo con cifras de la OMS (2013). Es por eso que resulta importante el establecimiento de estrategias que promuevan prácticas saludables para incidir en los porcentajes de muertes a causa de las enfermedades derivadas de una alimentación inadecuada.

Los estilos de alimentación se crean dentro de los límites de la geografía de cultivos y de las probabilidades de la cría de animales de acuerdo con los adelantos tecnológicos y con la economía de la comunidad. Los hábitos alimenticios específicos se adaptan a la situación y sufren la influencia de las creencias religiosas y de sus respectivas prohibiciones (Lowenberg, Wilson, Todhunter, Feeney y Savage, 1970). Así mismo, están relacionados con el estilo de vida y determinados por factores sociales, culturales y ambientales que fomentan la adopción de ciertos comportamientos. Por otra parte, estos se entienden como las manifestaciones recurrentes de comportamientos individuales y colectivos respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos, y se adoptan de manera directa e indirecta como parte de prácticas socioculturales (Macías et al., 2011).

Dentro de los hábitos de alimentación se toma en cuenta el número de comidas diarias, los horarios en los que se come, la manera en que se adquieren, almacenan y manejan los alimentos, la forma en que se decide cuánto, con quién, dónde y con qué se come, las técnicas y los tipos de preparación, el orden en que se sirven los alimentos en la mesa y la manera en que se seleccionan para las comidas diarias y para las ocasiones especiales (Reséndiz, Hernández, Sierra y Torres, 2015).

En la infancia se empiezan a instaurar los hábitos alimentarios que irán consolidándose y manteniéndose hasta la edad adulta. Durante esta etapa, el hogar y la escuela son los espacios con mayor influencia sobre la adquisición de hábitos y conocimientos sobre salud y nutrición. En la adolescencia y al inicio de la juventud, la familia pierde influencia en la alimentación y los hábitos alimentarios se ven modificados por las preferencias individuales y por los cambios derivados de una mayor independencia o patrones estéticos (Sánchez y Aguilar, 2015).

Los factores de tipo fisiológico, sociales y familiares ejercen un efecto determinante en los patrones de consumo; por lo que al presentarse una alteración en la dinámica familiar, como sería la menor dedicación a la preparación de alimentos por la falta de tiempo para cocinar, se modifican los hábitos de alimentación, lo cual favorece el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares por su fácil acceso (Macías et al., 2011).

### **3.1.1 Trastornos de la alimentación**

Los trastornos en la alimentación son los desequilibrios entre la ingesta y el gasto de energía. Los alimentos tienen como objetivo aportar los nutrientes y vitaminas necesarias para el buen funcionamiento del organismo, por lo que un excedente de energía o el aporte excesivo de calorías afecta la salud reflejándose en la obesidad; de manera contraria, una deficiencia de estos nutrientes causará la desnutrición debido a la falta de vitaminas y minerales necesarios para cumplir con las funciones. Este tipo de trastornos inciden en la salud y en el desarrollo de las actividades, ya sea en el trabajo o la escuela, de las personas que los padecen, por lo que es importante considerar que la persona que se encuentra dentro de un ambiente laboral, cuente con la información y las medidas que promuevan la salud en todos sus espacios. A continuación abordaremos dos trastornos de la alimentación: la desnutrición y obesidad.

## Desnutrición

De acuerdo con Ogden (2005), las recomendaciones dietéticas en los países occidentales por lo general se centran en evitar el exceso de peso y en la reducción de ingesta de comida; sin embargo, para los países en vías de desarrollo la alimentación es insuficiente, lo que ocasiona dificultades físicas y cognitivas, así como una baja resistencia a las enfermedades debido a la ingesta reducida en energía y micronutrientes. Según los datos de la OMS (2012), la malnutrición es uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de morbilidad; más de una tercera parte de las defunciones infantiles en todo el mundo se atribuye a la desnutrición, siendo la pobreza una de sus causas principales.

Un indicador clave de la malnutrición crónica es el retraso del crecimiento, es decir, cuando los niños son demasiado bajos para su grupo de edad en comparación con los patrones de crecimiento infantil. En todo el mundo hay alrededor de 165 millones de niños con retraso del crecimiento a causa de la escasez de alimentos, de una dieta pobre de vitamina A y minerales, según cifras de 2011. Cuando el crecimiento se reduce disminuye el desarrollo cerebral, lo que tiene graves repercusiones en la capacidad de aprendizaje. Las tasas de retraso del crecimiento entre los niños son más elevadas en África y Asia. En África del Este, por ejemplo, afecta al 42% de la población infantil.

Otro problema que se deriva es el hambre oculta, ésta se entiende como la carencia de vitaminas y minerales necesarios en la dieta para potenciar la inmunidad y un desarrollo saludable. Las carencias de vitamina A, zinc, hierro y yodo son repercute en la salud pública. En el mundo, unos 2000 millones de personas sufren de carencia de yodo y, año con año, la carencia de vitamina A se asocia a más de medio millón de fallecimientos de niños menores de 5 años (OMS, 2012).

En cuanto a la desnutrición moderada, específicamente la malnutrición aguda moderada, se manifiesta en un peso muy bajo para la estatura (o para la talla) sin la presencia de alguna acumulación de líquido o cavidades en el organismo. (OMSc, 2015) Por otra parte, la desnutrición a largo plazo tiene efectos negativos en el desarrollo cognoscitivo y motor, en la inmunidad y probablemente en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas. Entre los grupos vulnerables a la desnutrición se encuentran los niños, adultos y comunidades marginadas (Shamah, Amaya y Cuevas, 2015).

La desnutrición infantil tiene orígenes complejos que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. Dentro de sus causas se encuentra la alimentación inadecuada en cantidad o calidad, que a su vez es consecuencia de la inequidad en la distribución de recursos, servicios, riqueza y oportunidades. En México se ha observado una disminución en los diferentes tipos de desnutrición infantil, sin embargo la prevalencia de baja talla en niños menores de 5 años de edad sigue siendo un problema; actualmente 1.5 millones de niños de esta edad (13.6%) sufren de desnutrición crónica (Shamah et al., 2015). Debido al aumento de los precios de alimentos y el descenso de la productividad agrícola, la seguridad alimentaria en el mundo está cada vez más amenazada, lo que podría aumentar la desnutrición (OMS, 2012). De acuerdo con datos de la FAO (2016), entre 2014 y 2016 en México, la proporción de las personas subalimentadas era menos del 5% de la población total.

### Obesidad

Para la OMS la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas (OMS, 2015a). El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se

calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>).

- Un IMC igual o superior a 25 es un indicador de sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 es un indicador de obesidad.

De acuerdo a las estimaciones mundiales, en 2014 el 39% de los adultos de 18 años o más (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso y el 13% eran obesos. (OMS, 2015a). México tiene el primer lugar en obesidad infantil y el segundo en obesidad en adultos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) indican que 1 de cada 3 adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Para los escolares, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ascendió un promedio del 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones con este problema (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015).

La obesidad severa es el problema de salud más grande a nivel mundial, además de traer consecuencias médicas tales como la diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares, digestivas y respiratorias, alteraciones óseas y articulares, hiperuricemia, neoplastias, síndrome metabólico y repercusiones emocionales y socioeconómicas. También se ha asociado con un aumento notable en la discapacidad y la mortalidad (Reséndiz et al., 2015). Este problema es multifactorial, sin embargo, se determina principalmente por el equilibrio a largo plazo entre la ingesta y el gasto calórico. Los cambios en la conducta alimentaria, incluyendo una mayor dependencia de los alimentos preparados y la comida rápida, la dificultad para disponer de frutas y verduras frescas y en buen estado, el aumento en el tamaño de las porciones, el tipo de composición y la calidad de los alimentos, el incremento en el consumo de comida sin nutrientes, dulces y refrescos, así como tener ayunos prolongados, también contribuyen a la obesidad (Reséndiz et al., 2015).

La principal causa de obesidad apunta a los malos hábitos en la alimentación, que desembocan en una prevalencia del sobrepeso de un 70% de la población adulta a nivel mundial. Actualmente, la diabetes es el mayor problema al que se enfrenta el sistema nacional de salud: es la principal causa de muerte en adultos, la primera causa de demanda de atención médica y la enfermedad que consume el mayor porcentaje de gastos en las instituciones públicas (UNICEF, 2015). Para la mejora de la calidad de vida es importante considerar aspectos de calidad, cantidad y estructura de la alimentación que fomenten un estado de salud en el organismo, así como la variedad en el consumo de alimentos.

### **3.2 Patrones de la alimentación**

Tanto los factores sociales como los culturales tienen una gran influencia en lo que comen los individuos, en la forma de preparación de los alimentos, en sus prácticas alimentarias y en los alimentos que prefieren. El patrón de alimentación que se adquiere durante la infancia es muy similar al que se mantiene a lo largo de la vida. (Pale y Buen Abad, 2012b) Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres a partir del aprendizaje social e imitando las conductas observadas por las personas adultas que son figuras de identificación; otros tipos de aprendizaje se dan a través de las preferencias o rechazos alimentarios (Macías et al., 2011).

#### **3.2.1 Aspectos culturales**

La cultura es la suma total de comportamientos aprendidos grupalmente y de tradiciones preservadas (Marks, Murray, Evans, Willing, Woodall y Sykes, 2008). Los hábitos alimenticios culturalmente compartidos proveen un sentido de pertenencia que, junto con las preferencias en la comida, son una de las conductas más difíciles de modificar ya que representan una afirmación tanto cultural como social. Las preferencias por la comida y los patrones de alimentación se adquieren en el contexto de las dinámicas familiares, los valores, la cultura y la



cocina. La cultura es aquello que determina principalmente lo que se come, cuándo se come y cuánto se come (Marks et al., 2008).

De acuerdo con Robinson (1968), tanto la religión como los valores pueden llegar a regular el consumo de determinados alimentos, favoreciendo prácticas relacionadas con la comida tales como el ayuno o el abstenerse de algún alimento o el cambiar un alimento por otro. La mayoría de las religiones utiliza la comida como un símbolo, ya sea de exaltación o de prohibición, por ejemplo, en el catolicismo se puede observar la abstinencia de carne durante determinados días (Cervera y Clapés, 1999).

Otro aspecto de la comida regulado por la cultura es asumir el alimento como una recompensa, un castigo o un medio de soborno. Mediante la alimentación se controla una conducta, es decir, al ser una necesidad básica los individuos se encuentran expuestos a hacer lo necesario con tal de mantener el equilibrio en el organismo; sin embargo, también es un medio de expresión de inconformidad, privarse de alimento es un símbolo de desacuerdo y una forma de resistencia utilizada por algunas culturas (Robinson, 1968); en ocasiones, por algunas causas sociales, se recurre a la huelga de hambre como medida de presión política.

Los tabúes relativos a la alimentación son creencias que no aceptan el consumo de ciertos alimentos por razones sociales, culturales o religiosas que los prohíben, de manera que influyen en los hábitos de alimentación (Pale y Buen Abad, 2012a), por ejemplo la religión musulmana prohíbe la carne de cerdo.

De acuerdo con Mintz en 1996 (citado por Magaña y Matus, 2009), el consumo de ciertos alimentos se encuentra condicionado por significados. Así mismo, la permanencia histórica de ciertas prácticas alimentarias asegura la permanencia de un grupo y en ocasiones permite controlar a los integrantes de la comunidad. Los alimentos están llenos de símbolos que se transmiten de generación en generación, por lo que ciertas pautas alimentarias no se modifican fácilmente o

sufren pocos cambios. La introducción de nuevos alimentos puede producir incertidumbre en un individuo, dado que éste desconoce la forma en que se consume o las combinaciones que se pueden realizar, así como los efectos que causa en su organismo, esto puede dificultar el cambio hacia alimentos más nutritivos (García García, Pardío, Arroyo y Fernández, 2008).

### **3.2.2 Aspectos sociales**

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes;

1. La familia.
2. Los medios de comunicación.
3. La escuela.

La familia es el primer contacto con los hábitos alimentarios, ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación (Macías et al., 2011). Aunque los hábitos se adquieren en la infancia, a lo largo de la vida se ven influidos y modificados por los factores sociales y culturales en los que se encuentran inmersos (Macías et al, 2011). Dentro de los hábitos alimentarios se pueden observar las conductas relacionadas con la ocupación de las personas, el grupo de las personas que las acompañan, los tipos de alimentos que consumen y los horarios asignados para cada comida (Pale y Buen Abad, 2012b).

Compartir la comida se encuentra dentro de los actos más comunes del ser humano; a partir de la comida es posible celebrar o mostrar gratitud y generosidad. Comer en compañía simboliza una forma de relacionarse a través de la interacción de las personas en torno a la mesa, el descanso mientras se come y la conversación (Robinson, 1968). La compañía en la mesa tiene distintas connotaciones en la sociedad tales como un momento de intimidad o ser símbolo de distinción social y de prestigio, ya que el compartir los alimentos con personas cercanas o significativas permite el acceso a la intimidad derivada del intercambio

de contenidos verbales y conductuales. Por otro lado, en determinadas celebraciones, el comer con ciertas personas indica la pertenencia a un grupo y, por tanto, se comparten comportamientos, creencias, nivel socioeconómico, intereses, etc. (Robinson, 1968).

La moda es otro aspecto social que determina la alimentación. Es el estilo o costumbre que se sigue durante un tiempo, incluye algunos tipos de dietas para mejorar el estado de salud o el consumo de ciertos alimentos que cuentan con mayor publicidad y se encuentran fácilmente disponibles (Pale y Buen Abad, 2012a). Con este aspecto se vincula la publicidad, la cual forma parte del ambiente social humano, su influencia promueve el consumo de alimentos no saludables; los anuncios publicitarios pueden manipular el consumo de alimentos a partir de su constante promoción. El continuo bombardeo publicitario de productos con altos niveles de azúcar y grasas muestran de manera atractiva los alimentos, por lo que es frecuente que las personas los incluyan en su dieta (Macías et al, 2011).

Finalmente, los alimentos y la alimentación son un medio para mantener relaciones personales, iniciar negocios, expresar amor y cariño, proclamar adhesión a grupos, manifestar individualidad, hacer frente al estrés psicológico o emocional y externar una posición social (Pale y Buen Abad, 2012a). El humano al ser social, se encuentra ligado a todas estas expresiones que se presentan en torno a los alimentos, por lo que establece relaciones y expresa emociones a partir de ellos. Esto tiene una trascendencia tal que, al consumir un alimento en específico, se pueden evocar emociones y situaciones antes vividas, relacionadas con un grupo de personas, lo cual llega también a incitar un consumo mayor de los mismos.

## Elección de alimentos

La elección del tipo de comida que se ingiere está determinada por el aprendizaje social y la experiencia, ya que el desarrollo de las preferencias alimentarias se generan desde la infancia, las cuales se determinan a partir del contacto con el alimento, del aprendizaje social y del aprendizaje asociativo (Ogden, 2005).

- Contacto con el alimento

Para tener una dieta equilibrada, los seres humanos tienen que consumir diversos alimentos; sin embargo, al diversificarlos puede producirse una sensación de miedo a lo desconocido, catalogándolos como amenazadores, lo cual puede favorecer la presencia de ansiedad ante éste cambio y aumentar la preferencia hacia alimentos ya conocidos (Ogden, 2005).

- Aprendizaje social

La influencia de la observación en las conductas que realiza cada persona tiene como consecuencias la elección de comida en niños a partir de una sugestión social. Las preferencias alimentarias pueden cambiar a raíz de la observación de lo que estén comiendo otras personas (Ogden, 2005). Las actitudes de los padres frente a la comida y la elección de los alimentos son fundamentales en el proceso de aprendizaje social. Wardle en 1995 (citado por Ogden, 2005) sostiene que las actitudes de los padres afectan a sus hijos indirectamente a través de los alimentos que se compran, influyendo en el contacto de los niños con los alimentos, en sus hábitos y preferencias.

La influencia de la televisión y la publicidad también manifiesta el papel del aprendizaje social. Algunos individuos aprenden las características de los alimentos a partir de los medios de comunicación, y toman la información que les proporcionan para incorporarla en su vida cotidiana al momento de elegir sus

alimentos (Ogden, 2005). Las personas se encuentran expuestas constantemente a la publicidad de alimentos, modificando el tipo de productos que consumen; de igual manera, al ser parte de una sociedad, es posible que adopten los comportamientos con los que se encuentran familiarizados, repitiendo el tipo de consumo que tienen sus iguales.

- Aprendizaje Asociativo

Este tipo de aprendizaje se presenta al recompensar la elección de una comida, ya que aumenta su preferencia, y el hecho de presentar a un alimento como recompensa aumenta su aceptación. La asociación entre la comida y las recompensas destaca la función del control parental sobre su elección. Birch en 1999 (citado por Ogden, 2005) afirma que cualquier forma de control parental sobre la comida puede tener un efecto negativo en las preferencias alimentarias de los niños y limita su acceso a los alimentos. Este tipo de aprendizaje y la repetición del consumo de determinados alimentos puede ayudar a modificar el tipo de comidas que se ingiere, asociando los alimentos que son saludables a un bienestar general en el organismo (Ogden, 2005).

En la alimentación, si bien las costumbres y hábitos se adquieren en el ámbito familiar, la educación recibida se ve afectada por los cambios que ocurren en el contexto social. Los fenómenos socioculturales, económicos y demográficos han introducido cambios en los patrones de alimentación, mismos que se han expresado en un incremento notable de enfermedades crónico-degenerativas (Popkin, 1999 citado por García et al., 2008). Los modos de alimentarse o la cultura alimentaria incluyen el estudio de los hábitos de alimentación, desde la perspectiva antropológica la dieta se analiza como parte del comportamiento humano.

La alimentación vista como práctica social y cultural encierra múltiples factores susceptibles de habituación. Los hábitos alimentarios se pueden relacionar con el

número de comidas al día, los horarios, los alimentos de consumo frecuente, los hábitos de compras, el almacenamiento y manejo, los acompañantes que se seleccionan, la forma en que se decide cuánto come cada miembro de un grupo, las técnicas y los tipos de preparación culinaria, el orden en que se sirven los alimentos, los alimentos apropiados para las comidas ordinarias y aquellos para festividades (Bourges, 1990 citado por García et al., 2008). Es por ello que la diversidad existente en las culturas alimentarias se hace tan distinta entre países, familias e individuos (García et al, 2008).

Son numerosos los factores determinantes en la formación de hábitos alimentarios, los cuales son el resultado de una construcción social y cultural que, dentro de los límites establecidos por los recursos económicos y por la disponibilidad de alimentos, busca una combinación entre calidad, cantidad y sabor de alimentos, con el propósito de satisfacer preferencias y gustos de los mismos (Grivelti y Parghum, 1973 citado por García et al., 2008).

### **3.3 Factores que influyen en la alimentación**

Los elementos que determinan la aceptación de los alimentos son de carácter multifactorial; ya que se requiere considerar las necesidades fisiológicas, por ejemplo el hambre que provoca en el ser humano el acto de comer, así como su disponibilidad, el conocimiento sobre los mismos y la etapa del ciclo vital de las personas (Robinson, 1968). Las actividades relacionadas con el proceso de alimentación involucran una serie de decisiones que son matizadas en gran medida por los recursos económicos, así como por factores tecnológicos y geográficos que se describirán a continuación (García et al., 2008).

#### **3.3.1 Económicos**

Los factores económicos son relevantes al determinar los estilos y las costumbres alimentarias, la accesibilidad de un alimento a partir del precio (Lowenberg et al.,

1970). El estilo de vida incluye patrones de conducta individuales y colectivos, así como los medios por los cuales se obtienen los alimentos; de ahí la importancia de los recursos económicos en la alimentación, al ser un factor esencial por el cual las personas pueden adquirir o no determinados alimentos que contribuyen con su alimentación y que les permiten tener acceso a alimentos de calidad y en la cantidad necesaria para satisfacer sus necesidades. La capacidad para adquirir determinados alimentos proporciona información sobre las características de las personas que los consumen, como la frecuencia de comidas fuera del hogar, la edad, el género, la educación, el nivel de ingresos, la edad de los hijos y el estilo de vida (Schnettler, Peña, Mora, Miranda, Sepulveda, Denigri y Lobos, 2013).

El factor económico toma un papel importante y determinante en la elección de comida, ya que por lo general la alimentación va de acuerdo al nivel socioeconómico; por lo que es frecuente que las personas que no cuentan con recursos económicos no se alimenten o se alimenten con algo que únicamente sacie su hambre sin importar los nutrientes que les aporten, y los que cuentan con más recursos se alimenten en exceso o, en caso de tener los conocimientos necesarios, lleven una dieta balanceada y adecuada.

### **3.3.2 Tecnológicos**

Los avances tecnológicos en los sistemas de comunicación y de transporte han permitido beneficios en la vida laboral, así como el desarrollo de productos que facilitan la vida cotidiana de las personas. Sin embargo, la tecnología aplicada en la industria alimentaria ha resultado perjudicial debido al aumento en el consumo de alimentos con alto contenido calórico, como lo son la comida rápida y la comida previamente elaborada con gran cantidad de azúcares y grasas; este consumo viene aparejado de una reducción en el gasto energético. En ese sentido, los cambios que ha sufrido la dieta se relacionan con una comida cada vez más procesada y con mayor densidad energética, de fácil acceso al encontrarse

disponible en diversos lugares, y que propicia el consumo de grandes cantidades de grasa y azúcares.

La industria de la comida invierte cada vez más en estrategias que incluyen la persuasión por medio de la publicidad para incentivar el consumo de altos contenidos energéticos, del incremento de las porciones por menor precio, de la sustitución de los productos agrícolas por productos artificiales, y de añadir azúcar, sal, grasas y saborizantes artificiales para mejorar el sabor de los productos (Marks et al., 2008). Por otra parte, como apuntan Martínez y López (2009), la tecnología aplicada en la modificación de los alimentos ha generado otro tipo de complicaciones en la salud de humanos y animales, debido al uso de pesticidas, fertilizantes y conservadores. Así mismo, la incorporación de alimentos industrializados en la dieta puede llegar a desplazar la preparación culinaria tradicional debido a su distribución y su disponibilidad (García et al., 2008).

### **3.3.3 Geográficos**

La ubicación geográfica comprende el clima, la calidad de la tierra y el suministro de agua; además de la capacidad de producción de la población para la agricultura, pesca y caza. Es determinante en las formas de alimentación, ya que el clima y la topografía condicionan los tipos de cultivo y, por tanto, la producción de ciertos alimentos; por ejemplo, en el Cercano Oriente, las uvas y los higos sólo pueden comerse durante la estación del año en la que abundan. En ese sentido, el desarrollo de los métodos de preservación y almacenamiento resulta imprescindible para la disponibilidad de determinados alimentos (Lowenberg et al., 1970).

## **3.4 Alimentación y trabajo**

Al encontrarse en el ámbito laboral algunas personas se enfrentan a una serie de cambios en su entorno, lo que les genera mayores niveles de estrés y un impacto



en su salud. Entre estos cambios se encuentran una serie de demandas que les dificulta apegarse a hábitos saludables debido a que no cuentan con el tiempo para la elección y preparación de sus alimentos, además de la necesidad de adaptarse a prácticas, horarios y recursos disponibles (Hernández, 2016).

Entre los hábitos alimentarios que se asocian con el aumento de peso se encuentra el comer fuera del hogar de forma frecuente; gran parte de la población se enfrenta a este problema durante los días laborales debido a las largas distancias y elevados tiempos de desplazamiento entre los hogares y los lugares de trabajo (Schnettler et al., 2013). Las comidas realizadas en restaurantes y en locales de comida rápida (*fast food*) tienen un impacto negativo en la salud de las personas que la consumen; esto resulta preocupante para la salud pública, debido a que el hábito de comer fuera del hogar ha aumentado tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, siendo un resultado de los cambios de estilos vida de las poblaciones (Schnettler et al., 2013).

Dentro del ambiente laboral los individuos se encuentran expuestos a diversas fuentes de estrés y en ocasiones no cuentan con las herramientas para hacerle frente. Existen estudios que dan cuenta de la relación entre el estrés y la ingesta de comida, por ejemplo, Wardle y cols. en 2000 (citado por Ogden, 2005) documentan uno en el que se concluyó que los periodos con elevadas cargas de trabajo estaban relacionados con una mayor ingesta de elementos energéticos, grasas saturadas y azúcar. Por su parte, Spillman en 1990 (citado por Ogden, 2005) considera que el estrés provoca la conducta de comer como respuesta de afrontamiento; y para Herman y Polivy en 1975 (citado por Ogden, 2005) es un posible desencadenante de la ingesta excesiva de alimentos, lo cual trae como consecuencia el aumento de peso tanto en adultos como en niños. (Bradley, 1985; Mellbin y Vaille, 1989 citado por Ogden, 2005)

El estrés es un factor determinante en la elección de alimentos y en la forma en que las personas se ocupan o le dan importancia a su salud. Una persona que

presenta prolongados periodos de estrés requerirá estimulantes que permitan respuestas de alerta ante las situaciones que se encuentre, y buscará alimentos ricos en grasas y carbohidratos que, al liberar opioides, reducen los niveles de estrés y en algunas ocasiones se encuentre el alivio al comer. Los periodos prolongados de estrés pueden favorecer a su vez la aparición de enfermedades (Guerrero, 2007).

Se ha observado que el estrés generalmente influye en la reducción de ingesta en los hombres, mientras que las mujeres estresadas suelen consumir el doble de alimentos dulces que las mujeres que no lo están, lo cual indica que la relación entre comer y las emociones es más frecuente en las mujeres, y parece haber un grupo específico de alimentos que las personas prefieren ante esta condición. Así mismo, las emociones y situaciones que se vivencian en el trabajo determinan en gran medida la elección y la cantidad de alimentos que se ingieren, con el fin de regular y mantener el equilibrio dentro del organismo (Grunberg y Straub, 1992 En Guerrero, 2007)

### **3.4.1 Globalización**

La alimentación se encuentra expuesta a los procesos de cambio que se presentan a nivel mundial, como lo son los procesos de globalización económica y cultural, el interés de las agroindustrias por controlar la producción mundial de alimentos, el desarrollo de nuevas tecnologías para congelarlos, almacenarlos y transportarlos, un nuevo desplazamiento mundial de flujos migratorios, la expansión de los medios de comunicación, la mercantilización de la diferencia cultural como una estrategia utilizada por diferentes agentes para la reproducción de sus capitales. (Goldfrank, 1994; Goody, 1997 citado por Magaña y Matus, 2009).

La globalización de los alimentos también ha creado un campo específico para ciertos productos, como sucede con el aguacate que se produce en México y el

aumento de su consumo en los Estados Unidos, surgiendo así nuevos patrones de alimentación y la mercantilización de productos y apropiación de identidades. Otro ejemplo son los productos étnicos y exóticos, los cuales no son accesibles para todos y su difusión limitada incrementa su precio.

El rol de la comida se ha centrado cada vez más en lo situacional y se ha dejado de lado el aspecto nutricional de los alimentos en ciertos niveles socioeconómicos. La comida se ha convertido en un espacio para expresar o conformar estilos de vida particulares a partir del consumo de determinado tipo, de la asistencia a lugares para comer que remarcan cierto estatus social, o de fomentarla como medio para hacer negocios, llegar a acuerdos, establecer relaciones, etc. (Martínez y López, 2009).

El consumo de ciertos alimentos étnicos busca mostrar un nivel socioeconómico específico o un alto grado de preparación académica, y es donde los alimentos cobran un simbolismo representar conocimiento, sofisticación y apertura cultural (Gabaccia, 2002; Mintz, 2002 citado por Magaña y Matus, 2009). Por ejemplo, algunos restaurantes exclusivos buscan hacer difusión de alimentos étnicos y exóticos al presentarlos de una forma más atractiva y sofisticada ante los consumidores, lo cual favorece la diversidad culinaria.

Dentro del proceso de globalización resalta el simbolismo cultural y la autoidentificación de ciertas personas al consumir algunos alimentos que se encuentran expuestos a las nuevas formas de socialización; como sucede con los veganos que han conformado diversos grupos con los que se identifican. Por otra parte, la migración ha favorecido la difusión de determinados platillos y de hábitos alimentarios tradicionales al transitar o permanecer en espacios distintos a los originarios. Los alimentos que evocan tradiciones y rituales constituyen un rol en la construcción social de la identidad, debido a que su consumo es un símbolo de las particularidades culturales de la colectividad a la que pertenecen. Los hábitos

alimentarios simbolizan y marcan fronteras entre culturas (Gabaccia, 2002 citado por Magaña y Matus, 2009).

### **3.4.2 Ritmo de vida**

La alimentación es un acto cotidiano relacionado con la forma de ser de un individuo y con factores como la economía, la geografía, hechos históricos, vivencias, costumbres, accesibilidad a los alimentos, entre muchos otros que determinan la dieta. (Pale y Buen Abad, 2012a) Los factores personales influyen al seleccionar los alimentos, éstos se encuentran influenciados por el ritmo de vida cambiante que exige el cumplir con una serie de requisitos y actividades necesarias para la supervivencia, y en ocasiones para alcanzar el desarrollo personal. Las presiones a las cuales se encuentran expuestas las personas condicionan el tiempo disponible para la compra y la preparación de los alimentos (Cervera y Clapés, 1999).

La distribución y los horarios de comida son influidos por los horarios de trabajo, de escuela y los hábitos familiares, los cuales constituyen la dinámica mediante la cual los individuos adquieren o no los nutrimentos necesarios para llevar a cabo sus actividades (Cervera y Clapés, 1999). La necesidad de comer fuera de casa ha contribuido al desarrollo de restaurantes que promueven el consumo de determinados alimentos con bajo nivel nutricional ingeridos por un gran número de personas, con lo cual se fomentan conductas alimentarias similares para un grupo de la población (Moreiras y Cuadrado, 2005 citado por Martínez y López, 2009). En este tipo de alimentación colectiva se hace necesario modificar o contribuir a una alimentación saludable a partir de la promoción de hábitos de alimentación, en donde exista la disponibilidad de alimentos con los nutrimentos necesarios para llevar una dieta balanceada.

Este ritmo de vida también puede orillar al consumo de alimentos congelados y empaquetados como una opción rápida y con menos esfuerzo para alimentarse;

sin embargo, su consumo puede contribuir a un incremento de peso, a llevar una dieta monótona y a encontrarse expuesto a conservadores y saborizantes artificiales que dañan la salud (Schnettler et al., 2013). Así mismo, la disponibilidad de alimentos de alta densidad calórica a precio relativamente bajo, los hábitos sociales o culturales y el ritmo de vida acelerado han provocado un aumento en el consumo de alimentos altamente energéticos sin importar la cantidad de proteínas de origen animal y de grasas (Sánchez y Aguilar, 2015).

Los hábitos alimentarios de los países de América Latina están relacionados con la modificación en los estilos de vida de la población y los cambios sociodemográficos y económicos, lo que ha generado un aumento en el consumo de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcar y sodio, teniendo como consecuencia las altas prevalencias de obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles (Schnettler et al., 2013).

Los psicólogos, al estar en contacto con las conductas y creencias de las personas, son capaces de influir o modificar conductas nocivas para su salud, propiciar estilos de vida que fomenten la adquisición y mantenimiento en la cotidianidad de pautas de conducta saludables, de manera individual y colectiva, que mejoren la calidad de vida a partir de patrones, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida.

La alimentación y nutrición son procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales. La alimentación aporta energía al organismo y permite la formación y renovación de estructuras orgánicas, así mismo es considerada como un derecho humano. La nutrición favorece un estado óptimo al mantener un ritmo de crecimiento adecuado y madurez biopsicosocial, fortalece la inmunidad y se previenen enfermedades de origen nutricional. Cuando ocurre un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía surgen los trastornos en la alimentación, que inciden en la salud propiciando enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión, diabetes, caries y osteoporosis. Dos trastornos de la alimentación son la obesidad y la desnutrición; la obesidad es la acumulación

anormal de grasa debido al desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas, la obesidad severa actualmente es el problema de salud más grave a nivel mundial; contrariamente, la desnutrición es la deficiencia de nutrientes que afecta al sistema inmunológico, retrasa el crecimiento y trae complicaciones a nivel cognitivo, es un problema que se presenta principalmente en los países en vías de desarrollo. Los trastornos de la alimentación están determinados por los malos hábitos alimenticios.

Los hábitos alimenticios representan aquellas manifestaciones recurrentes de comportamientos individuales y colectivos respecto al qué, cómo, cuándo, dónde, con qué y para qué se come; están relacionados con el estilo de vida y determinados por factores sociales, culturales y ambientales; es importante destacar que la infancia es una etapa fundamental ya que es ahí donde se adoptan los patrones de alimentación mediante el aprendizaje social, condicionado por la familia, la escuela y los medios de comunicación, y el asociativo, es decir, recompensar la elección de una comida.

Siendo el trabajo un entorno en el que se conjugan aspectos sociales, culturales, que además implica un cambio en la vida del sujeto, la alimentación queda en función de las demandas que dificultan apegarse a hábitos saludables, lo que propicia el sobrepeso y la obesidad. Tres aspectos que inciden en este problema son la necesidad de comer fuera del hogar, ya sea alimentos preparados o congelados con alto contenido calórico; la relación entre el estrés y la ingesta de comida, por ejemplo, en periodos con elevadas cargas de trabajo se da una mayor ingesta como una respuesta de afrontamiento al estrés, así mismo los alimentos ricos en grasas y carbohidratos son estimulantes para una respuesta de alerta; el ritmo de vida que consiste en la distribución y horarios de comida influidos por los horarios de trabajo, ante la falta de tiempo para la preparación de alimentos saludables, se recurre al consumo de los empaquetados y congelados. En ese sentido son necesarias estrategias que promuevan ciertas prácticas para fomentar hábitos alimenticios saludables en el ámbito laboral.

## **Metodología**

### **1. Planteamiento del problema**

En la actualidad es común encontrar que los trabajadores laboren jornadas extensas por lo que pueden descuidar su salud, no se desconectan emocionalmente del trabajo y lo continúan por medio de dispositivos electrónicos como teléfonos inteligentes, tabletas, laptops, etc. (Andès y Lejoyeux, 2003). De acuerdo con los organismos internacionales, las horas de trabajo no deben exceder de cuarenta y ocho horas por semana y deben ser distribuidas de manera que el trabajo de cada día no exceda diez horas (OIT, 2012).

Debido a que la mayoría de la literatura publicada sobre adicción al trabajo está basada en reportes clínicos, es necesario realizar investigación sobre las características del adicto al trabajo en los reportes clínicos, con el fin de aportar elementos que ayuden a establecer un diagnóstico y a generar estrategias de prevención para dicha adicción.

La relación de las horas trabajadas es el criterio inicial para poder considerar a una persona adicta al trabajo. Cuando una persona trabaja 12 horas o más al día, es decir, un promedio de 60 horas o más a la semana, se considera como un indicador (OIT, 2012). Sin embargo existen rasgos cualitativos relacionados con la manera en la que la persona percibe el trabajo, acompañados de comportamientos como la distancia emocional, la necesidad de controles rígidos, la alta importancia del trabajo, la vitalidad, la energía y la competitividad; sobresalen los hábitos relacionados con el trabajo excesivo y la manera compulsiva de trabajar (Del Líbano y Llorens, 2012).

En la población mexicana, cerca del 60% de las personas de entre 15 y 64 años de edad tienen un empleo remunerado, cifra que está por debajo del promedio (66%), según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2016). Cerca del 78% de los hombres tienen un empleo remunerado

en comparación con el 44% de las mujeres. En México el 28% de los empleados tienen un horario de trabajo extenso, lo que representa una de las cifras más altas de la OCDE en comparación con el promedio que es de 13%. Del porcentaje de trabajadores con horario extenso, el 35% de los hombres trabajan más de 48 horas a la semana en comparación con el 17% de las mujeres (OCDE, 2016a).

De acuerdo con el FactBook 2015-2016 de la OCDE, México se encuentra dentro de los cuatro países que trabajan 200 horas o más del promedio de horas laboradas de la OCDE en 2014 de 1770. Los mexicanos trabajan un promedio de 2,228 horas por año, este dato fue calculado según el número total de horas promedio en personas empleadas (OCDE, 2016b). La OIT (2012a) señala que en México el promedio de horas trabajadas a la semana es de 47.6, es decir, un promedio de 9.5 horas al día. Al dedicar ese número de horas en el trabajo es difícil que los trabajadores tomen en cuenta otras actividades o necesidades que no se relacionen con sus tareas laborales.

Los alimentos que una persona consume se relacionan directamente con su estilo de vida y salud; de igual manera el ritmo de trabajo, así como las presiones que se generan dentro del mismo pueden modificar y alterar el bienestar del ser humano, por lo que es importante identificar las características y los comportamientos de las personas que se encuentran en el ambiente laboral, y de este modo reconocer los aspectos que deben mejorarse tanto la forma en la que vivencian el trabajo como en sus hábitos de alimentación.

## **2. Pregunta de Investigación**

- ¿Existe adicción al trabajo en la muestra de trabajadores?
- ¿Cuáles son los hábitos de alimentación presentes en la muestra de trabajadores?



### **3. Objetivos**

- Identificar si existe adicción al trabajo en una muestra de trabajadores
- Describir los hábitos de alimentación de una muestra de trabajadores.

### **4. Diseño de estudio**

La presente investigación es de carácter no experimental, transaccional y descriptiva

- No experimental

Debido a que la investigación se realiza sin manipular variables y únicamente se observan los fenómenos en su contexto natural; no se tiene un control directo sobre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

- Transaccional

Es transaccional al medir la relación de los datos en un momento determinado (Hernández et al., 2014).

- Descriptiva

Se considera descriptivo debido a que busca especificar las características mediante el acopio de información de un grupo de personas u objetos, de una o más variables que se encuentran sometidas a un análisis. (Hernández et al., 2014).

### **5. Variables**

#### **5.1 Definición conceptual**

- Adicción al trabajo

Trabajar por encima de las prescripciones del trabajo requerido y el esfuerzo más de lo esperado, descuidando otras áreas de la vida fuera del trabajo. Se debe a una compulsión interna, y no a causa de factores externos como recompensas económicas, perspectivas de carrera, matrimonio pobre o cultura organizacional. (Schaufeli, Tarís y Bakker, 2006)

- Hábitos de alimentación

Es el conjunto de actitudes que se toman frente a la alimentación, incluye el tiempo dedicado a la alimentación, el lugar elegido, los tipos de preparación, la forma y el lugar de abastecimiento de los alimentos y las preferencias y aversiones alimentarias (García y Martínez, 2005).

## **5.2 Definición operacional**

- Adicción al trabajo

Puntuación obtenida por el sujeto en Escala Holandesa de Adicción al Trabajo (Dutch Work Addiction Scale breve DUWAS-10). Es un instrumento para evaluar y diagnosticar la adicción al trabajo en sus dos dimensiones: (Del Líbano y Llorens, 2012).

- Trabajo excesivo: simultaneidad, exceso de tareas, ocio, ansiedad.
- Trabajo compulsivo: culpabilidad, autoimposición, necesidad, compromiso.

- Hábitos de alimentación

La puntuación de los hábitos de alimentación se obtuvo mediante la Encuesta sobre hábitos y costumbres alimentarias (García y Martínez, 2005), que permite obtener información sobre:

- Actividad diaria: valor del ritmo de vida diario y la realización de actividades deportivas, sedentarismo, clasificación de la actividad laboral.
- Conducta: valor de actitudes y costumbres relacionadas con la acción de comer.
- Frecuencia de consumo: consumo diario de los alimentos y bebidas.
- Control de dieta: regulación de la alimentación, realización de dietas de adelgazamiento y grado de satisfacción con la imagen.

## **6. Instrumentos de medición**

La medición de las variables se realizó por medio de 2 cuestionarios: la encuesta sobre hábitos y costumbres alimentarias y el DUWAS-10 (ver Anexos A y B), el

tiempo para responder fue de 25 minutos aproximadamente. La aplicación fue directa entregándoles a los sujetos que desearan participar ambos cuestionarios impresos de manera que únicamente seleccionaran la opción que fuera de acuerdo a su actuar diario.

El primer cuestionario (DUWAS-10) consta de 10 afirmaciones bajo una escala de tipo Likert que oscila entre: 1 (Casi nunca), 2 (A veces), 3 (A menudo) y 4 (Casi siempre). El cuestionario se encuentra compuesto por dos dimensiones:

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

Se validó la versión reducida del cuestionario DUWAS-10 (Del Líbano et al., 2010; Schaufeli, Shimazu y Tarís, 2009 citado por Salanova, Del Líbano y Llorens, 2013) con las dos dimensiones básicas de trabajo excesivo (5 ítems,  $\alpha=0.77$ ) y trabajo compulsivo (5 ítems,  $\alpha=0.80$ ) y se presentaron índices de consistencia interna válidos.

El segundo cuestionario es el Modelo de encuesta de hábitos y costumbres alimentarias, formulado con 45 preguntas agrupadas en: datos del encuestado, actividad diaria, conducta, frecuencia de consumo y control de dieta. (García y Martínez, 2005).

En los parámetros de calificación para DUWAS-10 el puntaje máximo de la prueba es de 40; para considerarse una adicción al trabajo se consideran puntajes superiores a 30 puntos, lo que implica que sus opciones de respuesta se encontraban entre 3 (A menudo) y 4 (Casi siempre).

## **7. Población y muestra**

La muestra para esta investigación fue de carácter no probabilístico con *sujetos tipo*; en este tipo de investigaciones los sujetos cubren ciertas características

fijadas; por lo que se seleccionaron a las personas que participaron en ella, siempre que cumplieran con los criterios de inclusión (Garza, 2007).

Estuvo conformada por 104 participantes, 59 hombres y 45 mujeres que laboraban en la institución mexicana del sector financiero donde se realizó la investigación.

La institución está ubicada en una plaza comercial de la Ciudad de México en la cual se encuentran cocinas económicas y restaurantes a los que pueden acudir los colaboradores de la muestra; de igual manera pueden ingerir sus alimentos dentro de la institución en las instalaciones del comedor que cuenta con microondas y con mesas.

### **7.1 Criterio de inclusión**

Personas que se encuentren con empleo en el momento de aplicación de los instrumentos, que tengan un mínimo de 6 meses trabajando dentro de la organización mexicana del sector financiero donde se realizó la investigación.

## **8. Procedimiento**

La autorización para aplicar de los cuestionarios se solicitó por medio de un correo electrónico al Consultor de Desarrollo y Talento de una institución mexicana del sector financiero; posteriormente se tuvo una reunión con el Consultor y la Analista de Atracción de Talento para acordar el procedimiento de la aplicación; la cual únicamente se aplicó a los sujetos que desearan participar, sin obstruir el trabajo que se encontraran realizando.

La aplicación se llevó a cabo durante tres semanas; los días lunes, martes, jueves y viernes de la semana 1, el día lunes de la semana 2 y el día lunes de la semana 3; se repartieron los cuestionarios en el formato lápiz papel (DUWAS-10 y Encuesta de hábitos y costumbres alimentarias), a los sujetos que se encontraban laborando en la institución que desearan participar, ya fuera de manera individual o en pequeños grupos, se les explicaron las instrucciones y se les pidió que los

contestaran en ese momento. En la institución al finalizar la jornada de trabajo se realizan actividades de acondicionamiento físico dentro de las instalaciones, por lo que al concluir sus actividades deportivas se les solicitó a los sujetos que contestaran ambos cuestionarios.

Al término de la primera semana de aplicación se contaba con un total de 83 cuestionarios completados. Durante la segunda semana, la aplicación se llevó a cabo igual que la primera, al solicitar a los sujetos que laboraran en la institución completaran los cuestionarios al final de sus actividades deportivas que era el momento en que se les proporcionaban. Al finalizar la semana se contaba con 99 cuestionarios; sin embargo fue necesaria la aplicación de 18 cuestionarios más debido a que 13 de los que ya se habían aplicado carecían de datos sociodemográficos entre los cuales se encontraba la antigüedad en el trabajo que era uno de los criterios de inclusión.

Al concluir la aplicación se contaba con 104 cuestionarios, se capturó la información recopilada en una base de datos, y se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y de los reactivos de ambos cuestionarios, donde fue posible determinar frecuencias, media, porcentajes y el nivel de confiabilidad del cuestionario DUWAS-10.

## Resultados

### 1. Análisis

El objetivo de esta investigación fue identificar la existencia de la adicción al trabajo y describir los hábitos de alimentación a partir del análisis de los cuestionarios DUWAS-10 y de la Encuesta sobre hábitos y costumbres alimentarias en una muestra de trabajadores mexicanos. A continuación se presentan los resultados del análisis descriptivo al que fueron sometidos los datos.

#### Características sociodemográficas de la muestra

La muestra estuvo conformada por 104 participantes, de los cuales 59 participantes fueron del género masculino (56.7%) y 45 participantes del género femenino (43.3%).

Con respecto al nivel de estudios de los participantes, se reportó con mayor frecuencia la licenciatura con el 68%, 71 participantes (Tabla 7).

Tabla 7

#### *Escolaridad*

	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	71	68.3
Posgrado	21	20.2
Preparatoria	10	9.6
Tecnico	2	1.9
Total	104	100.0

Fuente: Elaboración propia.

La situación de pareja con mayor frecuencia que se reportó dentro de la muestra, fue soltero con 59 participantes, 56.7% (Tabla 8).

Tabla 8

*Situación de pareja*

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	59	56.7
Casado	35	33.7
Divorciado	5	4.8
Union libre	5	4.8
Total	104	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al puesto en el que se encuentran los participantes se puede observar la siguiente figura (Figura 1) que el puesto con mayor frecuencia fue el de analista con 28 participantes (26.9%).

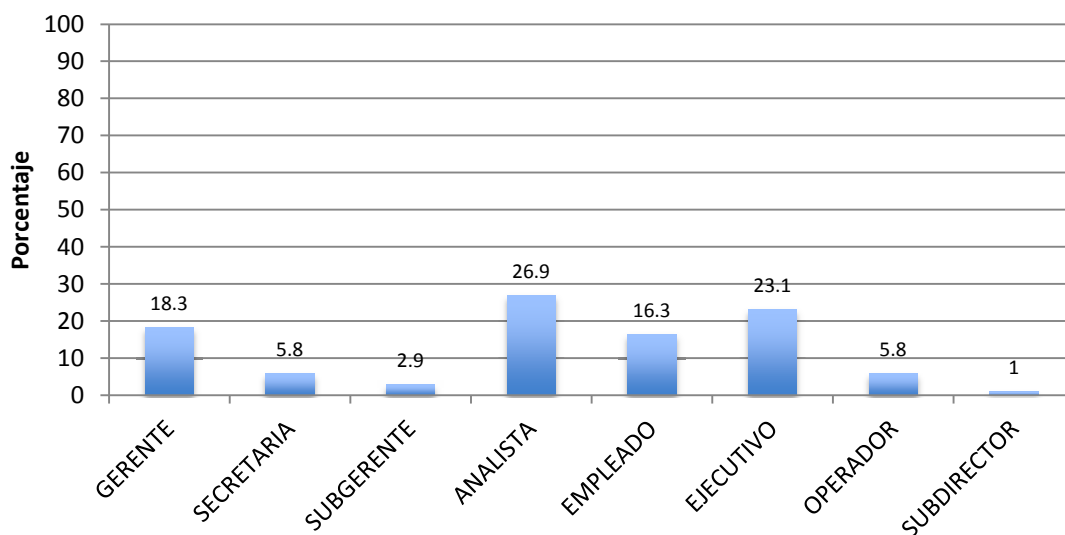


Figura 1. Puesto de los participantes

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al número de hijos de la muestra el 65% reportó no tener hijos, 68 participantes. (Tabla 9).

Tabla 9

*Número de hijos*

	Frecuencia	Porcentaje
No tienen hijos	68	65.4
1 Hijo	3	2.9
2 Hijos	25	24.0
3 Hijos	6	5.8
4 Hijos	2	1.9
Total	104	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la edad, antigüedad en la institución y horario de trabajo, fue posible identificar que la edad promedio de los participantes fue de 36 años, la antigüedad promedio en la institución fue de 104 meses (8 años 8 meses) y el promedio de las horas laboradas por día fue de 8.66 horas (Tabla 10).

Tabla 10

*Datos estadísticos*

	Media	Desv. típ.
Edad	36.05	10.793
Antigüedad	104.85	113.481
Horas de trabajo	8.66	1.398

Fuente: Elaboración propia.

Los rangos que se establecieron para el análisis de la edad de los participantes se realizó a partir de la diferencia entre la edad máxima y la mínima, se asignó un intervalo de 8 años que permitiera un análisis más preciso de cada rango de edad.

De acuerdo a los resultados de la muestra, se observa que el 60.6% de los participantes se encuentra en un rango de edad entre 20 y 37, con una edad mínima de 20 y una máxima de 63 años. El rango con mayor frecuencia fue de los 20 a los 28 años con un 32.7%, 34 participantes (Tabla 11).



Tabla 11

*Edad*

	Frecuencia	Porcentaje
20-28 Años	34	32.7
29-37 Años	29	27.9
38-46 Años	17	16.3
47-55 Años	19	18.3
56-64 Años	5	4.8
Total	104	100.0

Fuente: Elaboración propia.

El horario de trabajo de la muestra reportó un mínimo de 4 horas y un máximo de 12 horas diarias. El 77% de la muestra reportó trabajar entre 8 y 10 horas al día, y se obtuvo que 41 participantes (39.4%) labora 9 horas diarias (Figura 2).

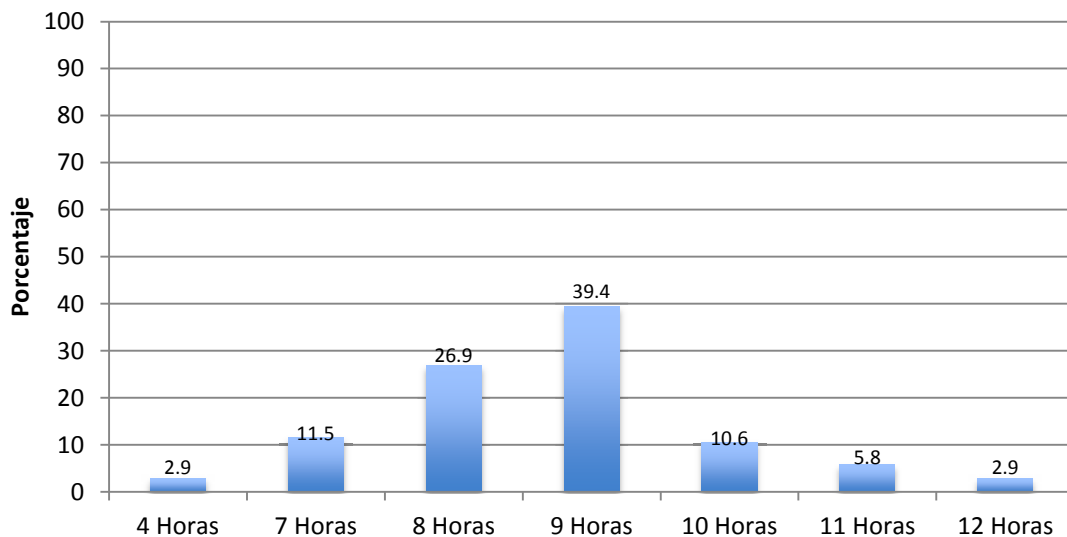


Figura 2 Horario de trabajo

Fuente: Elaboración propia.

La antigüedad de los participantes de la muestra reportó una antigüedad mínima de 6 meses y una máxima de 408 meses (34 años). El rango con mayor frecuencia fue de 6 a 57 meses (4.75 años) con un 47.1%, 49 participantes (Figura 3).

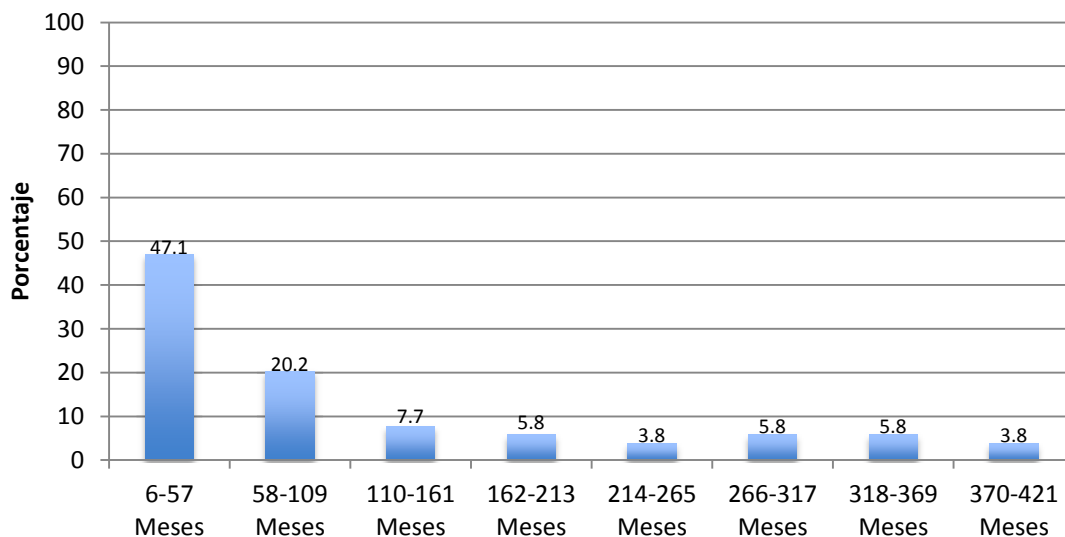


Figura 3 Antigüedad

Fuente: Elaboración propia.

#### Adicción al trabajo en la muestra

La confiabilidad de la escala DUWAS-10 se obtuvo mediante el Alfa de Cronbach con un resultado final de 0.764 confirmando que la respuesta de los participantes en sus dos dimensiones: trabajo excesivo y trabajo compulsivo, compuesta de 10 reactivos es consistente y por ende los resultados de la presente investigación son confiables.

Tabla 12

#### *Confiabilidad de la escala DUWAS-10*

		Estadísticos de fiabilidad	
		N	%
Casos	Válidos	104	100.0
	Excluidos	0	0.0
	Total	104	100.0
<b>Alfa de Cronbach</b>		0.764	

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la adicción al trabajo, a partir de la clasificación del cuestionario DUWAS-10, el 3.8% de la muestra (4 participantes) reportó características relacionadas con la adicción al trabajo, al presentar puntajes superiores a 30 puntos entre trabajo excesivo y trabajo compulsivo. El 55.7% de la muestra reportó encontrarse en riesgo de desarrollar una adicción al trabajo, ya que en este instrumento obtuvo puntajes que van de los 20 a los 30 puntos. (Figura 4).

Al respecto de la adicción al trabajo, la muestra obtuvo un promedio de 20.72 en sus puntajes, con una desviación estandar de 5.04

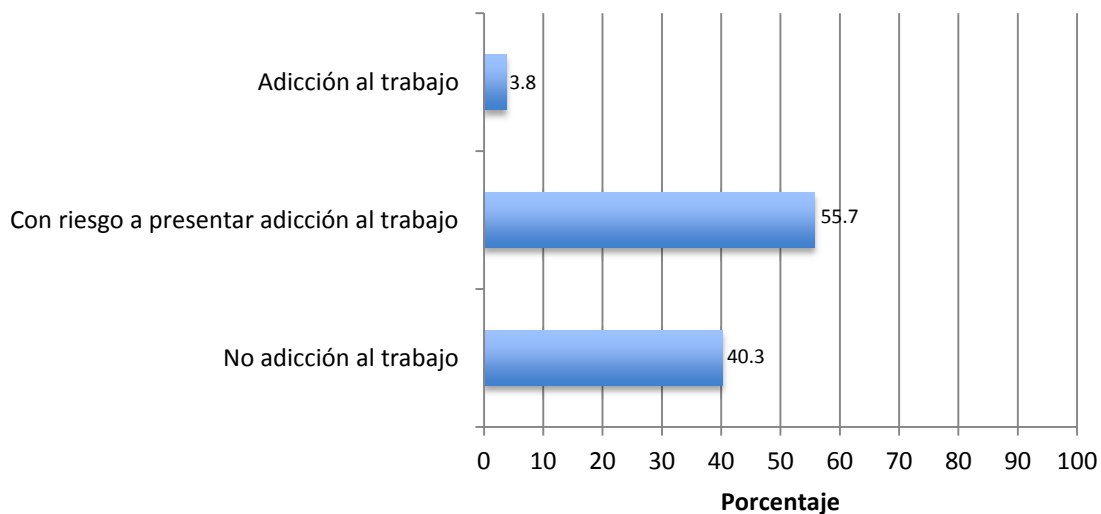


Figura 4 Adicción al trabajo

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente figura se observa el porcentaje de la muestra que reportó características relacionadas al trabajo excesivo, donde el 18.2% (19 participantes) obtuvo puntajes superiores a 15 puntos en las preguntas relativas al trabajo excesivo (Figura 5).

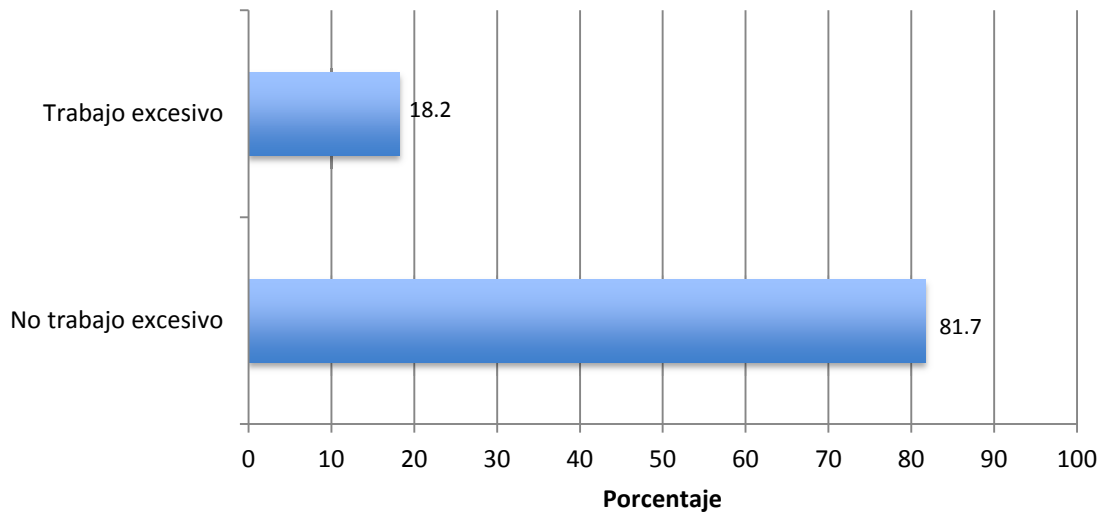


Figura 5 Trabajo excesivo

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los puntajes que obtuvo la muestra referentes al trabajo excesivo, se puede observar que el rango con el mayor porcentaje de respuesta (41.3%) es el que va de los 5 a los 10 puntos, seguido del rango de 10 a 15 puntos con 40.4%, lo que implica que la mayoría de la muestra (80.7%) no reporta conductas asociadas con el trabajo excesivo (Figura 6).

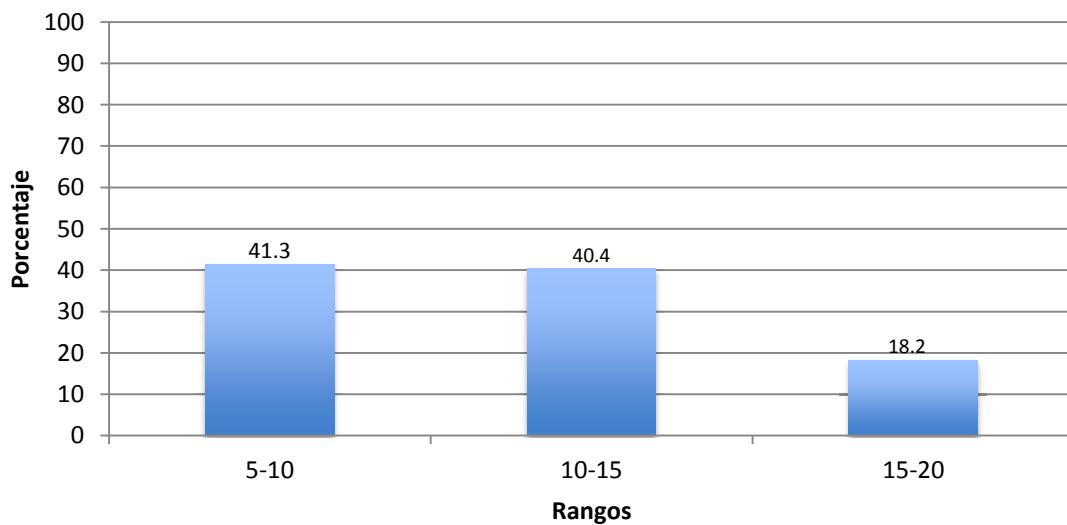


Figura 6 Puntajes de trabajo excesivo

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 8 se observa el porcentaje de los participantes que reportaron trabajo compulsivo (2.8%), al obtener puntajes superiores de 15 puntos en las preguntas relacionadas al trabajo compulsivo (Figura 7).

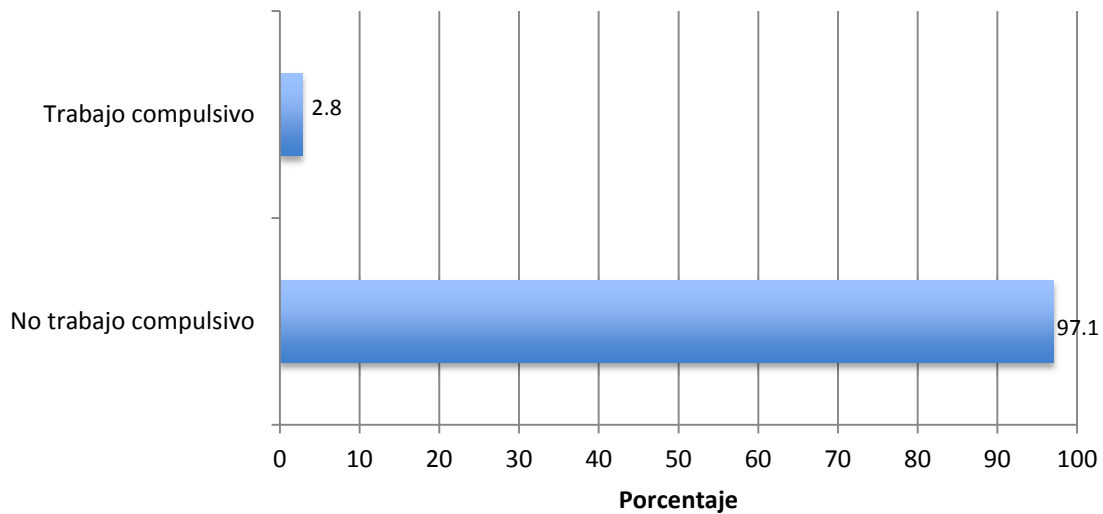


Figura 7 Trabajo compulsivo

Fuente: Elaboración propia.

En lo relativo a las puntuaciones que obtuvo la muestra en trabajo compulsivo, es posible observar que el 66.3% de los participantes reportó un puntaje entre los 5 y 10 puntos, seguido del 30.8% de los participantes que presentó puntajes de 10 a 15 puntos, por lo que el 97.1% de los participantes no reporta puntajes asociados al trabajo compulsivo (Figura 8).

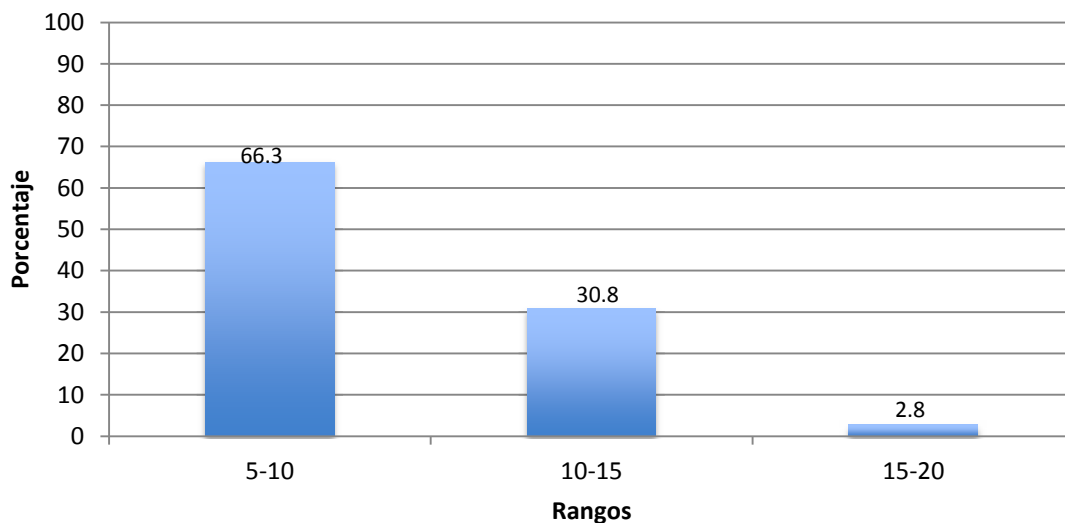


Figura 8 Puntajes de trabajo compulsivo

Fuente: Elaboración propia.

### Hábitos de alimentación en la muestra

Con el fin de proporcionar una mayor claridad sobre los datos obtenidos a partir de la encuesta sobre hábitos y costumbres alimentarias, se realizó un análisis de resultados únicamente tomando en cuenta las preguntas relacionadas con los hábitos de alimentación (21 preguntas) que se agruparon en tres categorías:

- Conducta de ingesta (Preguntas: 13, 29, 30, 31 y 35)
- Ritmo de vida (Preguntas: 8, 9, 14, 17, 28, 36 y 39)
- Frecuencia de consumo (Preguntas: 10, 11, 12, 16, 18, 21, 22, 23 y 25)

#### ➤ Conducta de ingesta

Las preguntas relacionadas con los comportamientos asociados a la ingesta de alimentos se describen en la siguiente tabla. Se reportó que para el 67% de los participantes la comida más importante del día es el desayuno, en cuanto a la velocidad de la ingesta de alimentos el 66.3% reporta ingerir sus alimentos en un ritmo normal y con respecto a la preferencia de cocción de los alimentos el 62.5% de los participantes los prefieren en su punto.

Tabla 13

*Conducta de ingesta*

Pregunta	Opciones de respuesta	F	%
13. Comida más importante del día	Desayuno	70	67.3
	Almuerzo	10	9.6
	Comida	24	23.1
29. Velocidad de ingesta de alimentos	Lento	8	7.7
	Normal	69	66.3
	Rápido	27	26.0
30. Grado de masticación de los alimentos	Poco	20	19.2
	Normal	81	77.9
	Mucho	3	2.9
31. Buen corte de alimentos	Si	90	86.5
	No	14	13.5
35. Preferencia de cocción de los alimentos	Poco cocidos	15	13.5
	Muy cocidos	24	23.1
	En su punto	65	62.5

Fuente: Elaboración propia. (F= Frecuencia, %= Porcentaje)

➤ Ritmo de vida

Por otra parte, las preguntas relacionadas al ritmo de vida que reportaron los participantes se describen en la tabla 14.

En cuanto a las opciones para alimentarse, se identifica que el mayor porcentaje (45.2%) acude a comedores económicos; con respecto al número de ingestas el 40.4% de los participantes reportan realizar tres comidas al día. El 77.9% de los participantes reporta tener un horario fijo de comida, el 84.6% realiza su ingesta de alimentos acompañado y por último, se observa que existe muy poca diferencia entre reposar los alimentos después de la comida y no hacerlo.

Tabla 14

*Ritmo de vida*

Pregunta	Opciones de respuesta	F	%
9. Opciones para alimentarse fuera de casa	Comedores economicos	47	45.2
	Traer comida de casa	39	37.5
	Restaurantes	18	17.3
14. Número de ingestas durante el día	2 Comidas	13	12.5
	3 Comidas	42	40.4
	4 Comidas	33	31.7
	5 Comidas	16	15.4
17. Horario fijo de ingestas	Si	81	77.9
	No	23	22.1
28. Tiempo aproximado de ingesta	Desayuno (30 min)	81	77.9
	Almuerzo (10 min)	19	18.3
	Comida (60 min)	45	43.3
	Merienda (15 min)	17	16.3
	Cena (30 min)	32	30.8
36. Reposo después de la ingesta	Si	55	52.8
	No	49	47.1
39. Compañía durante la comida	Solo	16	15.4
	Acompañado	88	84.6

Fuente: Elaboración propia. (F= Frecuencia, %= Porcentaje)



Con respecto a la ingesta de alimentos que se realiza con mayor frecuencia fuera de casa, el 95.2% de los participantes reporta que es la comida. (Figura 9)

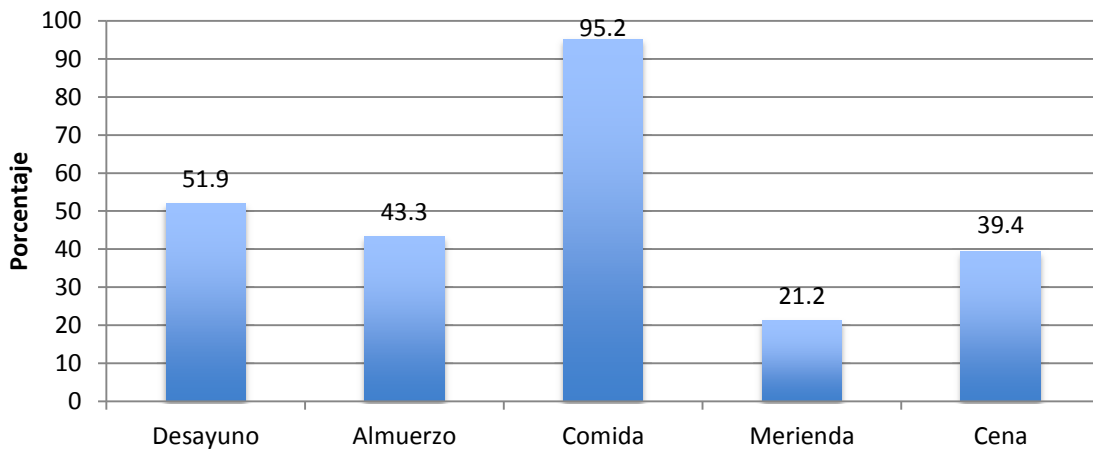


Figura 9 Ingesta fuera de casa

Fuente: Elaboración propia.

#### ➤ Frecuencia de consumo

Por lo que se refiere a las preguntas relacionadas con la frecuencia de consumo de alimentos y bebidas la muestra reportó la información que se encuentra en la tabla 15 y en las figuras 10 a 14.

Los participantes cuando se ven en la necesidad de consumir alimentos fuera de casa el 87.5% reporta consumir un platillo y no solamente un bocadillo, asimismo la mayoría reporta hacer un consumo de agua entre 1 y 2 litros al día, con el 64.4%. En cuanto al consumo de alimentos entre comidas, se encontró gran variabilidad en la frecuencia de respuesta, obteniendo un porcentaje de 46.2% en la opción de respuesta de si consumir alimentos entre comidas; y con respecto al consumo de aperitivos se reportó un empate entre el consumo los fines de semana y a veces con el 35.6%.

Tabla 15

*Frecuencia de consumo*

Pregunta	Opciones de respuesta	F	%
10. Tipo de comida que se consume fuera de casa	Platillo	90	86.5
	Bocadillo	4	3.8
	Otro	10	9.6
11. Cantidad de agua consumida	Menos de 1 litro	27	26.0
	Entre 1 y 2 litros	66	63.5
	Más de 2 litros	11	10.5
18. Consumo de alimentos entre comidas	Si	48	46.2
	No	24	23.1
	A veces	32	30.8
21. Frecuencia de consumo de aperitivos	Siempre	5	4.8
	A veces	37	35.6
	Fines de semana	37	35.6
	Nunca	25	24.0

Fuente: Elaboración propia. (F= Frecuencia, %= Porcentaje)

Acerca del consumo de bebidas se reportó que el 71.2% de los participantes consumen café, seguido de otros destilados como ron, tequila, brandy, etc., con el 56.7% y el 55.8% consumen vino (Figura 10).

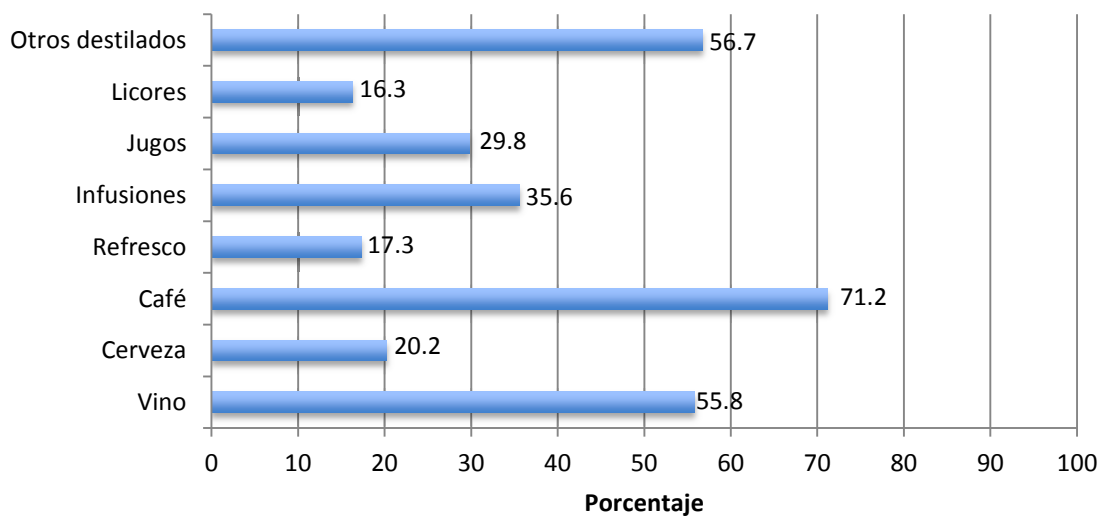


Figura 10 Consumo de bebidas

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado en el consumo de alimentos se reportó que la mayoría de los participantes consumen distintos grupos de alimentos, ya que se encontraron porcentajes mayores a 70% en: verduras 97.1%, carne 96.2%, cereales 93.3%, fruta 89.4%, lácteos 87.5%, huevo, legumbres 86.5% y pescado 83.7% y embutidos 74% (Figura 11).

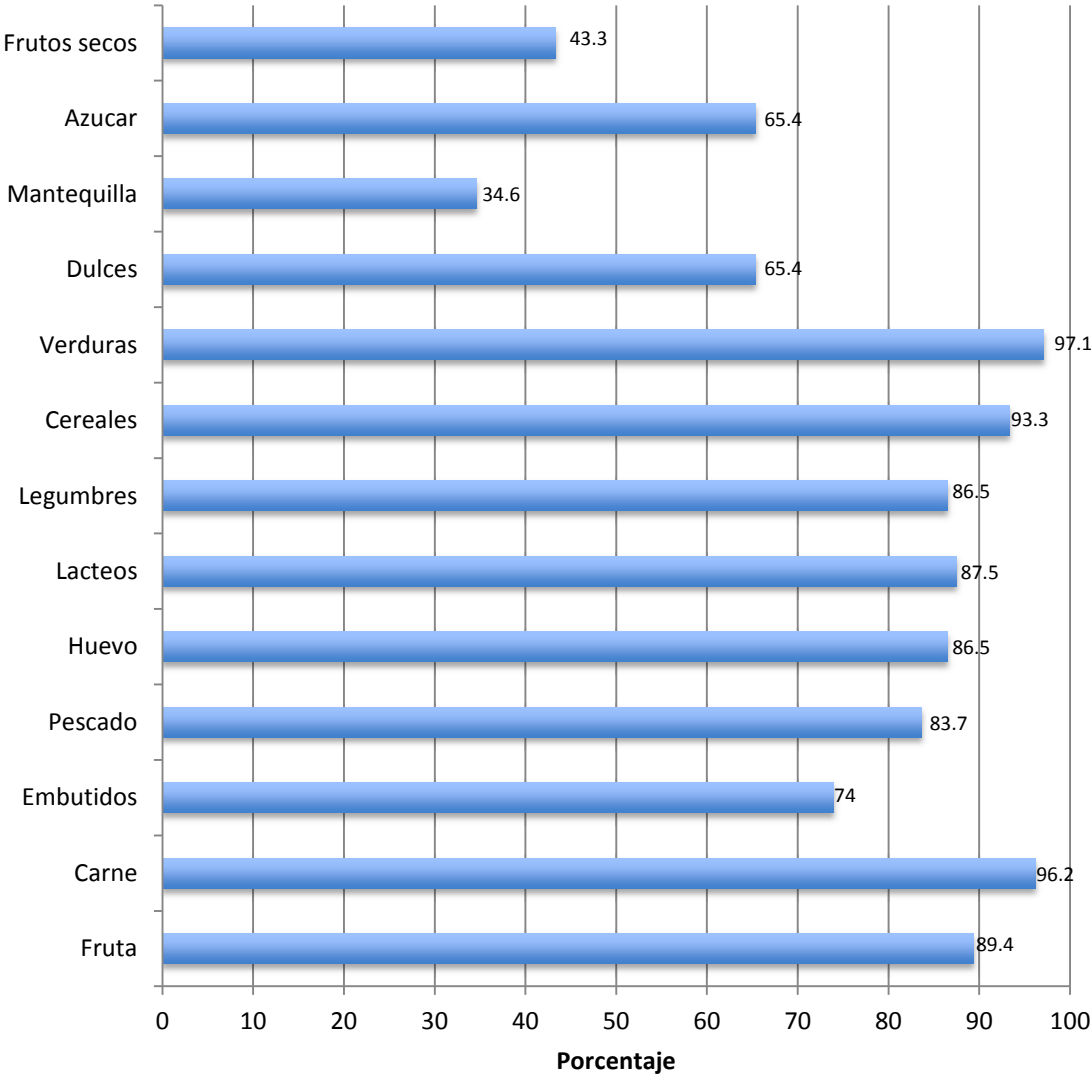


Figura 11 Consumo de alimentos

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al consumo de alimentos precocidos o congelados el 45.1% de los participantes reportó no consumir este tipo de alimentos (Figura 12).

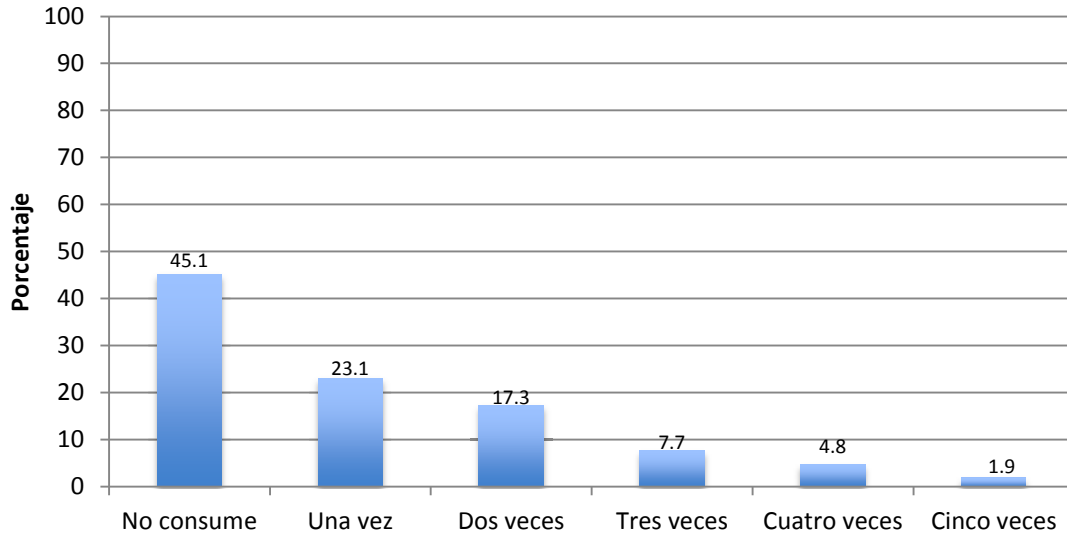


Figura 12 Consumo de alimentos precocidos/congelados

Fuente: Elaboración propia.

En relación al consumo de comida rápida el 65.4% de los participantes reportó consumir comida rápida entre uno a dos días a la semana (Figura 13).

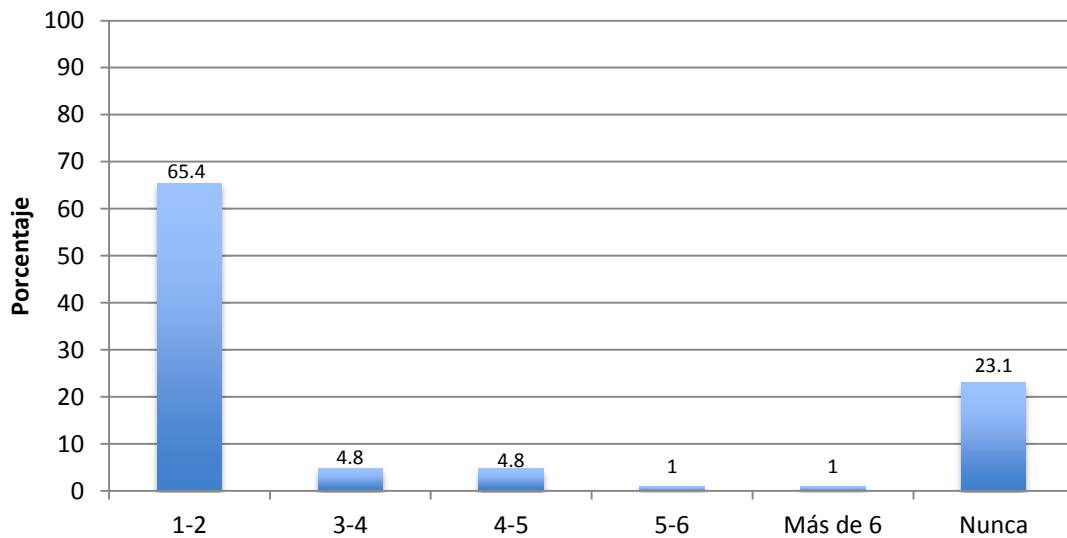


Figura 13 Consumo de comida rápida

Fuente: Elaboración propia.

El 54.8% de los participantes reportó que su consumo de bebidas alcoholicas es los fines de semana, seguido del 31.7% de los participantes que las consume unicamente en ocasiones especiales (Figura 14).

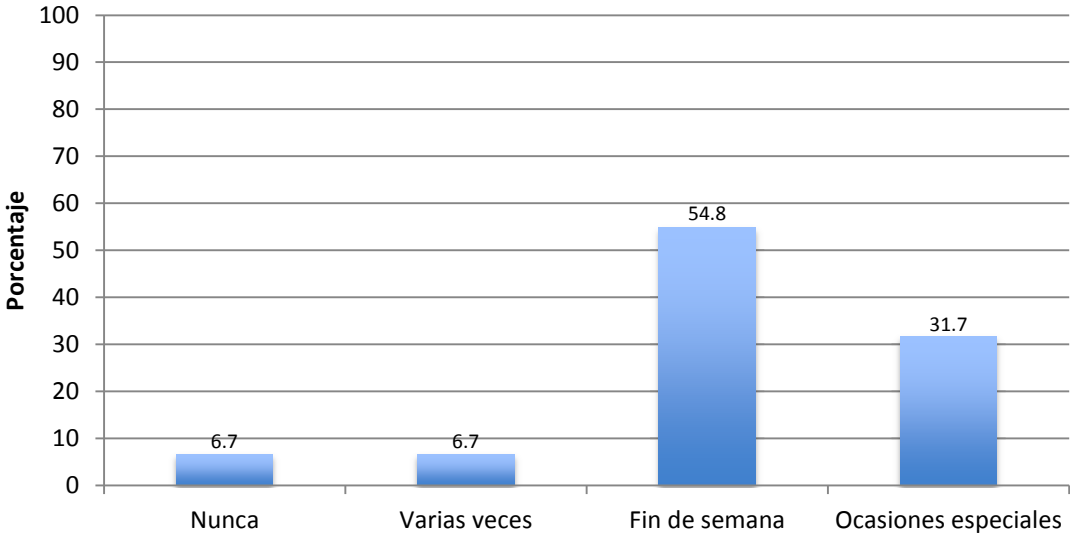


Figura 14 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Fuente: Elaboración propia.

## Discusión y conclusiones

En la presente investigación se establecieron dos criterios mediante los cuales fue posible identificar la presencia de la adicción al trabajo: el primero se basa en el número de horas trabajadas que reporta la muestra, el cual, al sobrepasar un promedio de 60 horas a la semana, puede considerarse un indicador de adicción al trabajo (OIT, 2012). El segundo es con base a la calificación de la prueba DUWAS-10, al evaluar el trabajo compulsivo y el trabajo excesivo presentes en los participantes que reportan dicha adicción (Schaufeli, Taris y Bakker, 2006 citado por Del Líbano y Llorens, 2012).

De acuerdo a los resultados que reportó la muestra:

- El 3% (3 participantes) cumple con el primer criterio al reportar una jornada promedio de 12 horas diarias (60 horas a la semana aproximadamente).
- El 4 % (4 participantes) reportó altos porcentajes en trabajo compulsivo y trabajo excesivo, por lo que se identificó la presencia de una adicción al trabajo.

Al analizar el número de horas laboradas que se reportó en la muestra, fue posible observar que el 59% (61 participantes) labora más de 8 horas diarias, lo cual significa que dichos participantes cuentan con menos tiempo para realizar otras actividades como el ocio, la socialización, el ejercicio, el descanso, etc., con el fin de cumplir con sus responsabilidades laborales (Del Líbano y Llorens, 2012).

Los tres participantes que reportaron una jornada aproximada de 12 horas diarias en el trabajo son de sexo femenino, dos de ellas cuentan con un puesto ejecutivo dentro de la institución, su nivel de estudios es la licenciatura y su situación de pareja es la soltería. Estas participantes no reportaron puntuaciones altas para considerarse como adictas al trabajo en la prueba DUWAS-10, sin embargo, sus altas puntuaciones en los reactivos arrojaron como resultado un trabajo excesivo. La edad de los participantes que reportó pasar una larga jornada en el trabajo, fue

de entre 29 y 57 años, y su antigüedad en la institución se encontró en un rango con un mínimo de 36 meses (3 años) y un máximo de 324 meses (27 años).

De acuerdo a los puntajes reportados en el DUWAS-10, se reportó la presencia de adicción al trabajo en el 4% de la muestra (4 participantes). Los 4 participantes indicaron una jornada laboral de aproximadamente 9 horas diarias, 2 participantes eran hombres y 2 mujeres, estas últimas se desempeñan como analistas y sus edades son 34 y 35 años.

En cuanto al nivel escolar de tres de los participantes con adicción al trabajo se reportó como nivel máximo la licenciatura y uno con estudios de posgrado. Dos de ellos cuentan con una antigüedad en la institución de 108 meses (9 años), uno con 84 meses (7 años) y el otro con 348 meses (29 años), en cuanto a su situación de pareja, no encontró ningún dato similar.

Al analizar el trabajo compulsivo y el trabajo excesivo de manera independiente, el 18% de la muestra arrojó puntajes altos en los reactivos que evalúan el trabajo excesivo (19 participantes), y el 3% de la muestra reportó puntuaciones altas en los reactivos de trabajo compulsivo (3 participantes).

La importancia de estos resultados radica en que se encuentran latentes ciertos factores como la sobrecarga laboral, el tiempo que pasan laborando, etc., que se relacionan con el trabajo excesivo que puede propiciar la adicción al trabajo, lo cual tiene como consecuencia a nivel individual el posible desarrollo de enfermedades crónicas y otros daños para la salud, así como consecuencias para la organización por los costos en la productividad de los empleados (Robinson, 2007).

Si se realiza una comparación entre el número de participantes que reportaron trabajo excesivo (19 participantes) y los que reportaron trabajo compulsivo (3

participantes), es importante destacar que existe un mayor número de participantes que reportaron actitudes relacionadas con el trabajo excesivo.

Es necesario que se cuenten con las medidas de prevención a partir de la difusión de información para que hagan conciencia sobre los hábitos de trabajo dentro de la institución, que se promueva el cuidado de la salud en el trabajo y que se informe sobre las consecuencias individuales y organizacionales, para así poder evitar que se desencadene una adicción, tanto en los empleados que tienen características latentes como en los que no.

La importancia de la adicción al trabajo radica que tanto a nivel individual como a nivel organizacional las consecuencias de esta adicción son negativas, debido a que a largo plazo el adicto al trabajo presenta síntomas de estrés y malestar psicológico; además de que puede afectar el ambiente social como: conflictos con los compañeros, disminución del rendimiento, etc. (Salanova et al., 2013)

El factor más significativo de la adicción al trabajo es que el trabajo no termina cuando acaba la jornada laboral, sino que se extiende independientemente del lugar o momento en el que se encuentre el adicto al trabajo.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 18.2% de los participantes de la muestra cuentan con características relacionadas al trabajo excesivo latentes, por lo que podrían desencadenar dicha adicción.

Con respecto a la descripción de los hábitos de alimentación, la mayor parte de los participantes reportan hábitos alimenticios saludables al señalar que ingieren una dieta variada que incluye todos los grupos de alimentos; la mayoría de los participantes reportan tener conductas de consumo en donde se refleja el orden de la ingesta de alimentos al llevar a cabo tres o cuatro comidas al día en un horario fijo, lo que facilita la asimilación de los nutrientes en el cuerpo (Macías et al., 2011).



De acuerdo con lo anterior se encontró que los participantes tiene una dieta balanceada al reportar altos porcentajes, 89% en el consumo de fruta (93 participantes), el 96% en el consumo de carne (100 participantes), el 74% en el consumo de embutidos (77 participantes), el 84% en el consumo de pescado (87 participantes), el 87% en el consumo de huevo (90 participantes), el 88% en el consumo de lácteos (91 participantes), el 87% en el consumo de legumbres (90 participantes), el 93% en el consumo de cereales (97 participantes), el 97% en el consumo de verdura (101 participantes), el 65% en el consumo de dulces (68 participantes) y 65% en el consumo de azúcar (68 participantes).

Reportaron que la comida es la ingesta de alimentos a la que le dedican más tiempo debido a que 45 participantes de la muestra reportan dedicarle 60 min., y el promedio que reporta la muestra es de 46min., por lo que es necesario poner énfasis en la calidad, la cantidad y tipo de alimentos que se consumen.

En cuanto al ritmo de vida, por encontrarse económicamente activos es frecuente que realicen comidas fuera de casa; sin embargo se reportó que el 38% (39 participantes) lleva comida de casa por lo que pueden realizar un consumo más saludable al integrar de todos los grupos de alimentos, además de que únicamente el 12% (12 participantes) ingiere comida rápida más de tres veces por semana, por lo que el 88% (92 participantes) reportan un consumo de alimentos basado en platillos que fomentan una ingesta integral y no únicamente bocadillos (Schnettler et al, 2013). En cuanto al aspecto cultural y social de la alimentación, se reportó que 85% de la muestra (88 participantes) come acompañado, por lo que gran parte de su comportamiento alimentario podría verse influenciado por el contexto social en el que se desenvuelve (Popkin, 1999 citado por García et al., 2008).

Dentro de los comportamientos adquiridos en el ambiente familiar o social pueden considerarse los siguientes: velocidad de la ingesta de alimentos, en donde la muestra reportó que el 66% (69 participantes) comía con una velocidad normal;

grado de masticación de los alimentos, el 78% (81 participantes) reportó masticar los alimentos de una manera normal; el corte de los alimentos, el 87% (90 participantes) corta bien sus alimentos; cocción de los alimentos, el 63% (65 participantes) prefiere los alimentos en su punto; y el reposo después de la comida, el 52% (55 participantes) toma un reposo después de la hora de la comida. Todas estas conductas conforman los hábitos de alimentación con los que cuenta cada individuo y la forma en que propicia su salud (Macías et al., 2011).

Con respecto al consumo de agua, el 63% (66 participantes) reportó consumir entre 1 y 2 litros al día, el 11% (11 participantes) más de dos litros y el 26% (27 participantes) menos de un litro; este último porcentaje resulta preocupante debido a que el consumo de agua es importante para la salud y en ocasiones la falta de consumo de la misma se debe a la preferencia por las bebidas azucaradas, lo cual favorece el desarrollo de enfermedades como la diabetes debido a la incapacidad del organismo para regular el exceso de azúcar en la sangre, ya sea por no producir la insulina suficiente o porque no se utiliza eficazmente la insulina que produce (OMS, 2016).

El consumo de alcohol que se reportó en la muestra fue principalmente los fines de semana, con el 55% (57 participantes) y en ocasiones especiales con el 31% (33 participantes); así mismo se registró un mayor consumo de vino con el 56% (58 participantes), y otros destilados que incluyen ron, tequila y brandy con el 57% (62 participantes). Algunas veces el consumo de alcohol puede relacionarse con la vida social de las personas, por lo que en la actualidad el trabajo al ser un medio de socialización que podría favorecer su consumo.

Como lo menciona Martínez y López (2009) la ingesta de alimentos es un medio que permite la socialización y como reporta la muestra la mayoría realiza la ingesta de alimentos fuera de casa, por lo que se encuentra en contacto con hábitos de alimentación que pueden ser distintos a los suyos y que influyan tanto

de manera positiva como negativa en la elección de sus alimentos o en sus hábitos de alimentación. (Ogden, 2005).

Asimismo al pasar la mayor parte de su vida adulta en el trabajo, su alimentación está relacionada con la forma en que desempeña sus actividades ya que tiene que ajustarse a los horarios que debe cumplir y, en ocasiones, llega a realizar varias de sus ingestas dentro del trabajo. Al encontrarse dentro de un espacio laboral, el ser humano desarrolla hábitos a partir de los cuales establece su calidad de vida, por lo que es importante que realice sus actividades laborales de una manera saludable, es decir, que tenga control sobre sus actividades y no rebase su jornada laboral para que no descuidar otras áreas importantes en su vida. Un trabajo saludable debe incluir un ambiente que proporcione autorrealización y satisfacción al trabajador, ya que son necesidades básicas para el mantenimiento de la salud mental y física.

En esta investigación se encontró que el 4% de la muestra sí presenta una adicción al trabajo. Si se considerará a toda la población que se encuentra laborando en dicha institución, el costo en cuanto a servicios de salud requeridos por las personas afectadas puede ser alto, ya que esta adicción ocasiona la aparición de enfermedades crónicas, las cuales son de larga duración, de progresión lenta y requieren de un tratamiento continuo para evitar que se presenten los síntomas relacionados y de este modo los trabajadores continúen desempeñando su trabajo (OMS, 2015b).

En cuanto a los hábitos de alimentación se reportaron conductas de consumo saludables ya que les es posible balancear su dieta, establecer horarios fijos de alimentación, tomar el tiempo necesario para cada ingesta de alimentos y no consumir comida rápida frecuentemente. Por lo tanto en ésta organización se presentan hábitos de alimentación y conductas de trabajo saludables. Sin embargo se podrían ampliar los conocimientos sobre nutrición y hábitos de trabajo saludables en la institución a partir de la implementación de estrategias que

fomenten el consumo de alimentos de forma balanceada, y la organización de sus actividades laborales en conjunto con las personales.

## Limitaciones

Durante la aplicación de la encuesta sobre hábitos y costumbres alimentarias se presentaron dudas al responder los reactivos:

- 16. Señale, para cada uno de los alimentos mencionados, si lo consume habitualmente. Si es así señale con qué frecuencia; cuantas veces al día o semana según proceda (sólo una de las opciones). En la columna de cantidad puede emplear medidas de uso doméstico: plato, cuchara, unidad, vaso... indicando grande, medio, pequeño...)
- 18. ¿Come entre comidas?
- 23. ¿Cuántas veces por semana acude a lugares de “comida rápida”?
- 25. Señale con qué frecuencia consume las siguientes bebidas (en la columna cantidad puede indicarlo en medidas de uso doméstico: vaso, copa, taza, pequeño, grande...)

Debido a que las instrucciones no eran lo suficientemente claras, es por eso que se recomienda especificar con mayor detenimiento las preguntas que generaron titubeo.

Algunos cuestionarios se distribuyeron sin estar presente un aplicador, y al recopilar los resultados se encontraron respuestas en blanco o con opciones de respuesta agregadas, por lo que se sugiere que en futuras réplicas, un aplicador esté presente todo el tiempo para poder contestar las dudas y proporcionar instrucciones más precisas.

Los cuestionarios no contaban con la misma escala de medida, debido a que el DUWAS-10 era ordinal y la Encuesta de hábitos y costumbres alimentarias era nominal, por lo que no fue posible realizar un análisis estadístico inferencial.

### **Futuras Investigaciones**

En los reactivos en las que se pedía indicar la cantidad de ración de alimentos ingeridos, fueron contestadas de forma diferente (con mediciones en gramos, platos o porciones medias) o dejándolas en blanco, por lo que es posible que los participantes no conozcan las cantidades que ingieren o la medida adecuada de los alimentos que deben consumir, se sugiere que en las opciones de respuesta se indiquen las equivalencias. Es recomendable ampliar la muestra para observar si existe algún cambio en los resultados obtenidos, y la elaboración de preguntas más precisas para conocer los tipos de alimentos que se consumen en cada ingesta del día.

La consulta del expediente clínico de los participantes será un instrumento valioso para validar la información reportada en los cuestionarios, ya que esta última, al ser de una modalidad de auto aplicación puede estar sujeta a la subjetividad o a una baja auto observación. Se recomienda trabajar con las organizaciones en donde se replique este estudio a fin de incrementar su involucramiento, lo cual fortalecerá la confiabilidad de los instrumentos que se apliquen.

### **Aportaciones prácticas**

Seria recomendable que la aplicación de los cuestionarios sea de manera grupal con la presencia del aplicador todo el tiempo.

Seleccionar antes de aplicar la Encuesta de hábitos y costumbres alimentarias los reactivos que se encuentren relacionados con la investigación

Aplicar otro instrumento que permita medir hábitos de alimentación con la misma escala de medida (ordinal) para que permita un análisis estadístico inferencial.

## Referencias

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. En *Revista Universitaria de Investigación*, (1), 93-107.
- Andès, J. y Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones. Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Editorial Kairós
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamon, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Ediciones Diaz de Santos
- Ballester, R. (1998). *Introducción a la psicología de la salud. Aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Tomson Learning-Paraninfo
- Brown, J. (2014). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. México: Mc Graw Hill Education
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. España: Pearson Addison Wesley
- Cervera, P. y Clapés, J. (1999). *Alimentación y dietoterapia. Nutrición aplicada en la salud y la enfermedad*. México: McGraw Hill- Interamericana de España
- Colmer, N. (2012). *Las nuevas adicciones: Trabajo, compras, limpieza, aspecto físico...* España. Editorial Planeta
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2016). *Programa Sistema Nacional para el tratamiento Integral de las Adicciones*. Recuperado de



<http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/sisttrat.pdf> [Consulta: 9 de noviembre de 2016]

Del Líbano, M. y Llorens, S. (2012). *Guías de intervención: Adicción al trabajo*. España. Editorial Síntesis.

Echeburúa, E. (2000). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones: Juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. España. Desclée de Brouwer.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2015). *Salud y nutrición*. Recuperado de <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm> [Consulta: 25 de octubre de 2015]

Fromm, E. (1986). *La condición humana actual*. México: Paidós

García, M., Pardío, J., Arroyo, P. y Fernández, V. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. En *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 14(27), 9-46.

García, P. y Martínez, J. (2005). *Técnicas de alimentación y nutrición aplicadas*. México: Alfaomega.

Garza, A. (2007). *Manual de técnicas de investigación para estudiantes de ciencias sociales y humanidades*. México: El Colegio de México.

Gil-Monte, P. (2012). Riesgos Psicosociales en el Trabajo y Salud Ocupacional. En *Revista Perú Med Exp Salud Pública*, 29(2), 237-241.

Grassi, E. y Danani, C. (2009). *El mundo del trabajo e los caminos de la vida. Trabajar para vivir; vivir para trabajar*. Argentina: Espacio Editorial

Guerrero, A. (2007). *Programa de hábitos saludables de alimentación para la prevención de enfermedades crónico degenerativas al personal del Tecnológico de Monterrey Campus Ciudad de México*. Tesis de licenciatura ITESM Campus Ciudad de México

Hernández, A. (2016). *Relación de las creencias acerca de la alimentación y el peso con la inteligencia emocional en universitarios*. Tesis de licenciatura en UNAM, Ciudad de México

Hernández, R., Fernández, C. y Bapista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Historia [INEGI]. (2010). *México en cifras*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1> [Consulta: 14 de junio de 2014]

INEGI. (2014). *México en cifras*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=17> [Consulta: 14 de junio de 2014]

Instituto Nacional de Salud Pública. (2014). *Programa anual de trabajo*. Recuperado de [http://www.insp.mx/images/stories/Planeacion/Docs/pi/140408\\_ProgramaAnuaTrabajo2014.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/Planeacion/Docs/pi/140408_ProgramaAnuaTrabajo2014.pdf) [Consulta: 12 de junio de 2014]

Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill

Labiano, M. (2010). Introducción a la psicología de la salud. En *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: CENGAGE Learning. 3-21

- Lowenberg, M., Wilson, E., Todhunter, E., Feeney, M. y Savage, J. (1970). *Los alimentos y el hombre*. México: Limusa-Wiley
- Macías, A., Gordillo, L. y Camacho, E. (2011). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. En *Rev. Chil. Nutr.*, 39(3), 40-43.
- Magaña, C. y Matus, M. (2009). Perspectivas antropológicas al fenómeno de la alimentación y los alimentos. En *Comportamiento alimentario. Una perspectiva multidisciplinar*. México: Editorial Universitaria. 12-32
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. y Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud. Teoría investigación y práctica*. México: Manual Moderno
- Martínez, A. y López, A. (2009). Evolución de los hábitos alimentarios: de la recolección al supermercado. En *Comportamiento alimentario. Una perspectiva multidisciplinar*. México: Editorial Universitaria. 33-45
- Martínez, J. (2013). *Nociones de Salud Pública*. España: Díaz de Santos
- Moreno-Jiménez, B. y Gálvez, M. (2013) El efecto del distanciamiento psicológico del trabajo en el bienestar y la satisfacción con la vida: un estudio longitudinal. En *Journal of Work and Occupational Psychology*, 29(3), 145-151.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimenticios*. España: Ediciones Morata
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2015). *Acerca del derecho a la alimentación*. Recuperado de

<http://www.fao.org/righttofood/acerca-del-derecho-a-la-alimentacion/es/>  
[Consulta: 8 de febrero de 2015]

FAO. (2016). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015*. Recuperado de <http://www.fao.org/hunger/es/> [Consulta: 8 de noviembre de 2016]

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (1986). *Factores Psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. México: Alfaomega

OIT. (2012a). *ILOSTAT. Indicadores anuales. Personas ocupadas según sexo y por horas semanales efectivamente trabajadas*. Recuperado de [http://www.ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata?\\_afLoop=716108379413928#%40%3F\\_afLoop%3D716108379413928%26\\_adf.ctrl-state%3Dgfoxol2zzc\\_1313](http://www.ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata?_afLoop=716108379413928#%40%3F_afLoop%3D716108379413928%26_adf.ctrl-state%3Dgfoxol2zzc_1313) [Consulta: 12 de junio de 2014]

OIT. (2012b). *Convenio sobre las horas de trabajo (comercio y oficinas), 1930 (30)*. Recuperado de [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312175:NO](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312175:NO) [Consulta: 23 de enero de 2015]

OIT. (2015). *Tesaurus de la OIT*. Recuperado de <http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp> [Consulta: 10 de octubre de 2015]

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *10 datos sobre la nutrición*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/index.html> [Consulta: 8 de febrero de 2015]

- OMS. (2013). *10 datos sobre las enfermedades no transmisibles*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/es/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/) [Consulta: 25 de noviembre de 2014]
- OMS. (2015a). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Consulta: 8 de febrero de 2015]
- OMS. (2015b). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/) [Consulta: 26 de octubre de 2015]
- OMS. (2015c). *Tratamiento de la desnutrición moderada en personas con tuberculosis activa*. Recuperado de [http://www.who.int/elena/titles/mam\\_tuberculosis/es//](http://www.who.int/elena/titles/mam_tuberculosis/es//) [Consulta: 11 de junio de 2016]
- OMS. (2016). *Diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> [Consulta: 8 de noviembre de 2016]
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2016a). *How's life in Mexico?* Recuperado de <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/mexico-es/> [Consulta: 8 de noviembre de 2016]
- OCDE. (2016b). *OECD Factbook Economic, Environmental and Social Statistics 2015-2016*. Recuperado de <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3015041e.pdf?expires=1494524505&id=id&accname=guest&checksum=01778F8CE87154B228D754B43FF9CC01> [Consulta: 11 de mayo de 2017]

- Osorio, M. (2011). El trabajo y los factores de riesgo psicosociales: Qué son y cómo se evalúan. En *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 74-79.
- Ovejero, A. (2006). *Psicología del Trabajo en un mundo globalizado. Como hacer frente al Mobbing y al estrés laboral*. España: Biblioteca Nueva
- Pale, L. y Buen Abad, L. (2012a), *Calculo dietético en la salud y enfermedad*. México: Intersistemas
- Pale, L. y Buen Abad, L. (2012b). *Educación en alimentación y nutrición*. México: Intersistemas.
- Portal Ciudadano del Distrito Federal. (2014). *Sobrepeso y Obesidad*. Recuperado de [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4034](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4034) [Consulta: 14 de junio de 2014]
- Real Academia Española [RAE]. (2016). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=X7MRZku> [Consulta: 23 de agosto de 2016]
- Reséndiz, A., Hernández, S., Sierra, M. y Torres, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. En *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 672-681.
- Robles, R. (2010). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: CENGAGE Learning. 249-275
- Robinson, B. (2007). *Chained to the desk (Encadenado al escritorio)*. Estados Unidos de América: New York University Press

- Robinson, C. (1968). *Fundamentos de Nutrición Normal*. México: Editorial continental
- Rodríguez, F., Pakm, X., Romo, A., Escobar, D., Aragu, B., Espinoza, L., Mc Millan, N. Y Galvez, J. (2013). Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. En *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 447-455.
- Salanova, M., Del Líbano, M. y Llorens, S. (2013). La adicción al trabajo. En *Salud Laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Pirámide. 408-439.
- Sánchez, V. y Aguilar, A. (2015). Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. En *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 449-457
- Schaufeli, W., Taris, T. y Bakker, A. (2006). Dr. Jekyll and Mr. Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. *Research companion to working time and work addiction*. USA. Northampton: Edward Elgar. 193-217.
- Schein, E. (1982). *Psicología de la organización*. México: Prentice Hall
- Schnettler, B., Peña, J., Mora, M., Miranda, H., Sepulveda, J., Denigri, M. y Lobos, G. (2013) Estilos de vida en relación a la alimentación y hábitos alimentarios dentro y fuera del hogar en la Región Metropolitana de Santiago, Chile. En *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 1266-1273.
- Shamah, T., Amaya, M. y Cuevas, L. (2015). Desnutrición y obesidad: doble carga en México. En *Revista Digital Universitaria*, 16(5), 1-14.

Uribe, J. (2015) *Clima y ambiente organizacional. Trabajo, salud y factores psicosociales*. México: Manual Moderno



## Anexos

### Anexo A

#### Encuesta sobre hábitos y costumbres alimentarias

La presente encuesta sobre hábitos alimentarios es anónima y de realización individual. Los datos obtenidos serán empleados en un trabajo de investigación y por lo tanto les rogamos se realice con la mayor seriedad y sinceridad posibles.

Gracias

#### Datos Personales

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Puesto dentro de la empresa: \_\_\_\_\_

Antigüedad: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Situación de pareja:

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Unión libre

¿Cuántos hijos tiene?: \_\_\_\_\_

#### Cuestionario

1. ¿Practica algún deporte?

Sí

No

2. En caso afirmativo, ¿cuántas horas a la semana?

Menos de 2 horas \_\_\_\_\_ Entre 2 y 5 horas \_\_\_\_\_ Más de 5 horas \_\_\_\_\_

3. Realiza un entrenamiento

Suave \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Fuerte \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántas horas duerme al día?

Menos de 7 \_\_\_\_\_ Alrededor de 8 \_\_\_\_\_ Más de 9 \_\_\_\_\_

5. Realiza siesta

Sí

No

6. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo emplea aproximadamente?

15 minutos \_\_\_\_\_ 30 minutos \_\_\_\_\_ 1 hora \_\_\_\_\_

7. Califique globalmente su actividad física diaria

Sedentaria \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Activa \_\_\_\_\_ Hiperactiva \_\_\_\_\_

8. Señale las comidas que realiza fuera de casa y escriba debajo de cada una de ellas el número de veces por semana

	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Nº veces	_____	_____	_____	_____	_____

9. Cuando su horario no le permite ir a comer a casa...
- Acude a comedores económicos
  - Trae su comida de casa
  - Acude a otro tipo de restaurantes ó bares
10. Cuando come fuera de casa, usted suele comer...
- Plato elaborado (menú)
  - Bocadillo
  - Otros
11. ¿Qué cantidad de agua bebe a lo largo del día?
- Menos de 1litro \_\_\_\_\_ Entre 1 y 2 litros \_\_\_\_\_ Más de 2 litros \_\_\_\_\_
12. Aparte del agua, ¿qué otras bebidas toma mayoritariamente?
- Café
  - Refrescos
  - Infusiones, té
  - Vino
  - Cerveza
  - Jugos y similares
  - Otros
13. ¿Qué comida considera la más importante del día?
- Desayuno
  - Almuerzo
  - Comida
  - Merienda
  - Cena
14. ¿Cuántas comidas realiza a lo largo del día?
- 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_
15. Suele tomar fruta
- Sí
  - No

16. Señale, para cada uno de los alimentos mencionados, si lo consume habitualmente. Si es así señale con qué frecuencia; cuantas veces al día o semana según proceda (sólo una de las opciones). En la columna de cantidad puede emplear medidas de uso doméstico: plato, cuchara, unidad, vaso... indicando grande, medio, pequeño...

Alimento	Sí	No	Veces día	Veces semana	Cantidad ración
Carne					
Embutidos					
Pescado					
Huevos					
Lácteos					
Legumbres					
Cereales (pan, arroz, pasta, cereales desayuno...)					
Verduras					
Frutas					
Dulces					
Mantequilla, margarina					
Azúcar, miel					
Frutos secos					

17. ¿Sigue usted un horario fijo de comidas?

- Sí  
 No

18. ¿Come “entre comidas”?

- Sí  
 No  
 A veces

19. ¿Es fumador?

- Sí  
 No

20. En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día?

Menos de 10 \_\_\_\_\_ Entre 10 y 20 \_\_\_\_\_ Más de 20 \_\_\_\_\_

21. ¿Acostumbra a tomar aperitivos?

Siempre \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Fines de semana \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_

22. ¿Cuántas veces por semana consume platos precocidos o productos congelados)

Nº \_\_\_\_\_

23. ¿Cuántas veces por semana acude a lugares de “comida rápida?”  
 1-2 \_\_\_\_\_ 3-4 \_\_\_\_\_ 4-5 \_\_\_\_\_ 5-6 \_\_\_\_\_ Más de 6 \_\_\_\_\_ Nunca  
 \_\_\_\_\_

24. ¿Suele consumir bebidas alcohólicas?  
 Nunca \_\_\_\_\_ Varias veces/semana \_\_\_\_\_ Fin de semana \_\_\_\_\_  
 Ocasiones especiales \_\_\_\_\_

25. Señale con que frecuencia consume las siguientes bebidas (en la columna cantidad puede indicarlo en medidas de uso doméstico: vaso, copa, taza, pequeño, grande...)

	Sí	No	Veces día	Veces semana	Cantidad ración
Vino					
Cerveza					
Licores (Amaretto, Bailey’s, Kahlúa)					
Otros destilados (Ron, Tequila, Brandy)					
Café					

26. ¿Suele tomar suplementos vitamínicos y/o energéticos?

- Sí
- No
- A veces

27. En caso afirmativo, la causa es...

- Porque se siente débil/cansado
- Porque cree que no aporta suficientes vitaminas y minerales en su dieta
- Por prescripción medica

28. Calcule el tiempo, en minutos, que dedica a cada una de las comidas a lo largo del día:

Desayuno \_\_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_ Merienda \_\_\_\_\_  
 Cena \_\_\_\_\_

29. Usted considera que come:

Lento \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Rápido \_\_\_\_\_

30. Mastica los alimentos...

Poco \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_\_

31. ¿Considera que corta bien los alimentos?

- Sí
- No

32. ¿Padece algún problema de tipo digestivo?

- Sí
- No

33. En caso afirmativo, ¿considera que podría deberse a una alimentación poco adecuada?
- Sí  
 No
34. Cuando padece problemas de salud como: anemia, caída del cabello, agotamiento, gastritis... ¿suele atribuirlo a carencias alimentarias?
- Sí  
 No
35. Prefiere los alimentos
- Poco cocidos \_\_\_\_\_ Muy cocidos \_\_\_\_\_ En su punto \_\_\_\_\_
36. Reposa después de las comidas
- Sí  
 No
37. En casa, ¿realiza las compras?
- Siempre \_\_\_\_\_ A menudo \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
38. En casa ¿cocina?
- Siempre \_\_\_\_\_ A menudo \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
39. Generalmente come...
- Solo \_\_\_\_\_ Acompañado \_\_\_\_\_
40. ¿Controla su alimentación a lo largo del año?
- Sí  
 No
41. En caso afirmativo, el motivo es
- Salud \_\_\_\_\_ Estética \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_
42. En algún momento del año, ¿realiza régimen para perder peso?
- Sí  
 No
43. En caso afirmativo, ¿cuándo?
- Después de navidad  
 Antes de verano  
 En otras circunstancias
44. ¿Cómo consigue perder peso?
- Reduce la cantidad de ingesta  
 Busca alimentos con menos aporte calórico  
 Realiza dietas disociadas (dieta del melón...), recomendadas...
45. ¿Se siente satisfecho de su imagen?
- Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No me preocupa \_\_\_\_\_

## Anexo B

### Cuestionario DUWAS-10

Por favor, lea atentamente las 10 afirmaciones que tiene a continuación y decida con qué frecuencia se siente de esta forma en su trabajo. Por ejemplo, si nunca o casi nunca se siente así marque el “1” (uno) después de la frase. Si se siente siempre o casi siempre así señale el círculo “4” (cuatro).

(Casi) Nunca 1	A veces 2	A menudo 3	(Casi) Siempre 4	
1. Parece que estoy en una carrera contrarreloj	1	2	3	4
2. Me encuentro continuamente trabajando después de que mis compañeros ya han terminado	1	2	3	4
3. Para mí es importante trabajar duro, incluso cuando no disfruto de lo que estoy haciendo	1	2	3	4
4. Generalmente estoy ocupado, tengo muchos asuntos entre manos	1	2	3	4
5. Siento que hay algo dentro de mí que me impulsa a trabajar duro	1	2	3	4
6. Dedico más tiempo a trabajar que a estar con mis amigos, practicar hobbies o hacer actividades por placer	1	2	3	4
7. Me siento obligado a trabajar duro, incluso cuando no lo disfruto	1	2	3	4
8. Me encuentro a mí mismo haciendo dos o tres cosas al mismo tiempo, como comer o tomar notas mientras estoy hablando por teléfono	1	2	3	4
9. Me siento culpable cuando tengo un día libre en el trabajo	1	2	3	4
10. Me resulta difícil relajarme cuando no estoy trabajando	1	2	3	4