



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios de Postgrado
Maestría en Prevención y Atención
Integral de Conductas Adictivas

**Prevención laboral: El diestrés como factor de riesgo ante el uso
y/o consumo de sustancias en médicos.**

Ingrid Isabel Jeréz Avila

Guatemala de la Asunción, octubre de 2,019

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
Secretaria

M.A. Karla Amparo Carrera Vela
Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana
Representantes de los Profesores

Astrid Thelheimer Maradiaga
Lesly Danineth García Morales
Representantes Estudiantiles

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo
Representante de Egresados

MIEMBROS DEL CONSEJO ACADÉMICO

M. A. Ronald Amilcar Solís Zea
Director de Postgrado

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
Director Escuela de Ciencias Psicológicas

Dr. Ph. D. Alex Melgar
M. Sc. Dr. Juan Antonio Álvarez Caal
Titulares



CODIPs 1645-2019

Autorización para impresión proyecto de investigación.
Maestría en Prevención de Atención Integral en Conductas Adictivas con Categoría en Artes

10 de octubre de 2019

Licenciada
Ingrid Isabel Jeréz Avila
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Jeréz Avila:

Transcribo a usted el punto **CUADRAGÉSIMO OCTAVO (48)** del Acta **SESENTA Y SEIS GUION DOS MIL DIECINUEVE (66-2019)**, de la sesión celebrada por el Consejo el 08 de octubre de 2019, que literalmente dice:

"**CUADRAGÉSIMO OCTAVO:** El Consejo Directivo, Considerando: Que se conoció oficio D.E.Ps 134-2019, de fecha 27 de septiembre, en el que transcribe el Punto CUARTO del ACTA No CADEP-Ps,07-2019 de fecha treinta de agosto de dos mil diecinueve, que se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación, Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: "Autorizar la impresión del trabajo final a la **Licenciada Ingrid Isabel Jeréz Avila**, carne No. **200922989** con el tema "Prevención laboral: El diestrés como factor de riesgo ante el uso y/o consumo de sustancias en médicos." **Acuerda: Autorizar la impresión del proyecto de investigación de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas con categoría en Artes**".

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada **Julia Alicia Ramírez Orizábal**
SECRETARIA

Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio "A"
9ª. Avenida 9-45, zona 11. Tel. 24187530

/Vema


**Autorización para impresión proyecto de investigación.
Maestría en Prevención de Atención Integral en
Conductas Adictivas con Categoría en Artes**

Licenciada
Ingrid Isabel Jeréz Avila
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Jeréz Avila:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto CUARTO del ACTA No. CADEP-Ps-07-2019 de fecha treinta de agosto del dos mil diecinueve: se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: ACUERDA: 3) Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con el título **"Prevención laboral: El diestrés como factor de riesgo ante el uso y/o consumo de sustancias en médicos."** 4) programar la graduación como fecha de 25 de octubre para los maestrandos que cumplan con los requisitos académicos y administrativos. -----

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Maestro Ronald Amilcar Solís
Director Departamento de Postgrados
Escuela de Ciencias Psicológicas





Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9a. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

Guatemala, 26 de julio de 2019


Maestro
Ronald Solís Zea
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante **Ingrid Isabel Jeréz Avila**, previo a optar al grado de **Maestro(a) en prevención y atención integral de conductas adictivas**, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título **"Prevención laboral: El diestrés como factor de riesgo ante el uso y/o consumo de sustancias en médicos"**.

Atentamente,

(f.)


M. Sc. Francisco José Ureta Morales
Colegiado No. 3327

"Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos pensantes y comprometidos pueden cambiar el mundo. De hecho, son los únicos que han logrado."

— Margaret Mead

Autor Proyecto de Investigación

Ingrid Isabel Jeréz Avila

Licenciada en Psicología

Colegiado No. 9551

Coautor

Mtro. Francisco José Ureta Morales

Maestría en Educación especializada en Curriculum

Maestría en Medición, evaluación e investigación educativa

Colegiado No. 3327

INDICE

Introducción	1
Capítulo I.....	2
GENERALIDADES.....	2
1.1 Líneas de investigación:	2
1.2 Planteamiento del problema:	2
1.3 Justificación.....	4
1.4 Alcances	5
1.5 Objetivos	6
1.6 Definición de variables.....	7
Capítulo II.....	8
FUNDAMENTACIÓN TEORICA.....	8
Contexto de Consumo en Guatemala (marco legal).....	8
Factores De Riesgo En Los Ambientes Laborales.....	17
Consecuencias Y Efectos	20
Factores Protectores.....	22
¿De qué manera impacta el consumo en lo laboral?	23
Las conductas adictivas en el Ámbito laboral	24
Relación con la personalidad el Disestrés y consumo de sustancias.....	25
Diferencia: Estrés Vrs. Diestrés.....	26
Fases o Niveles del Estrés:	26
Agotamiento emocional/ diestrés en profesionales de la Salud	27
Factores estresantes en el trabajo del médico	28
Efectos Patológicos del Estrés Laboral.....	28
¿Qué es estrés laboral?	28
Consumo De Sustancias.....	29
Prevención hacia el consumo de sustancias en colaboradores	30
Alternativas De Apoyo Prevención De Consumo	32
Capítulo III.....	34
MARCO METODOLÓGICO	34
3.1 Sujetos.....	34

3.2 Instrumentos:.....	34
3.2.1 Consentimiento informado.....	34
3.2.2 Inventario de estrés de Wolfgang y consumo de sustancias.....	34
3.2.3 Cuestionario	35
Capítulo IV	38
RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.	38
4.1 Presentación De Resultados Instituciones.....	39
4.2 Análisis Comparativo entre los Centros de Salud Pública	53
Capítulo V, Conclusiones y Recomendaciones.	56
Conclusiones.	56
Recomendaciones.....	58
Capitulo VII Propuesta	60
Programa prevención: “Cuidando al que cura”	63
CAPITULO I: Fundamentación teórica	64
CAPITULO II: Objetivos	68
PROGRAMA DE PREVENCIÓN:	69
PRESUPUESTO:.....	81
ANEXOS.....	87
Formato, instrumento #1: Escala e inventario de estrés y consumo de sustancias.	88
Formato, instrumento #2: Cuestionario.	90
Formato, instrumento #3: Consentimiento informado.....	92
Referencias Bibliográficas.....	93

Introducción

El presente estudio indaga en cuanto a los acontecimientos diarios aquellos factores de riesgo presentados en los ambientes laborales; uno de ellos el “estrés negativo” y/o “desgaste emocional”, es por ello, que el tema de consumo de sustancias es muy normalizado y común en los ambientes laborales, sobre todo en aquellos que su día a día es una elevada demanda laboral, en efecto incremento en la carga de trabajo y jornadas prolongadas. Las profesiones tal como los médicos, son expuestas ante estos acontecimientos, y se muestran vulnerables al consumo de sustancias, sobre todo en el intento de canalizar inmediatamente las energías acumuladas y rezagadas a causa de cansancio y estrés.

El consumo de sustancias posee una elevada incidencia en la sociedad guatemalteca, entre ellas la población activa o laboral. Los ambientes laborales poseen diversos factores de riesgo, incidiendo ocasionalmente en la calidad de vida; la valoración del recurso humano son partes fundamentales para las organizaciones y derecho para todo personal, ya que de estos dependen los resultados en cuanto al desempeño y productividad. Por tal razón surge la inquietud de conocer para opacar los riesgos que privan un adecuado desempeño laboral y salud integral; con el fin de promover el bienestar psicológico en los ambientes hospitalarios y prevenir enfermedades físicas y mentales en el personal interno. Partiendo de los resultados del presente estudio, al identificar el grado de relación de variables de “diestrés” y “consumo de sustancias”; se expone que el fin primordial del presente estudio, es diseñar una propuesta que conlleve acciones que se basen en una buena información sobre los riesgos de las drogas, formación en actitudes saludables, prevención, fomento de auto compromiso y manejo emocional ante protegerse y evitar lo más posible las consecuencias de los consumos.

Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio es determinar que el inadecuado manejo de estrés es uno de los factores organizacionales que se relacionan con el uso, consumo de sustancias y las repercusiones que esto puede conllevar. Por lo que se valora la necesidad de realizar una evaluación cualitativa y cuantitativa ante dicha problemática, por medio del peritaje de artículos relacionados al tema fue parte del apoyo para el aporte del presente marco teórico, para orientar al abordaje y asistencia ante estos casos. Consumando así, que los problemas de drogodependencias en personal sanitario (médicos) son existentes; por lo que se supone un gran reto para la responsabilidad profesional del Estado, que debe abordar el presente tema, brindar alternativas de rehabilitación laboral (y personal) para el profesional sanitario que lo padezca.

Capítulo I

GENERALIDADES.

1.1 Líneas de investigación:

La presente investigación constituye las áreas prioritaria de la salud mental dentro de la realidad Guatemalteca y Psicología del trabajo, estas parten desde las líneas de investigación “salud y prevención”, “diestrés como riesgo para la salud” y “salud mental y trabajo”; con respecto a la primer área mencionada el sustento en cuanto al tema se resalta la importancia de la cultura como elemento de la salud mental del guatemalteco, se ha visto afectada por las consecuencias de antecedentes históricos, además de la violencia común, organizada y la estructural que figuran como un círculo de injusticia social y falta de voluntad política para su solución. Todo esto evidencia la necesidad del trabajo asistencial en material de la salud mental. Asimismo, comprender al guatemalteco y el conocimiento de su realidad laboral, tomar en cuenta diferencias como el género, estatus económico, preparación académica, edades, entre otras; las cuales son tendientes a la autorrealización y mejora en la calidad de vida.

1.2 Planteamiento del problema:

Para entender un problema, primero hay que definirlo desde lo más general (problema de drogodependencias en la población general) hasta lo particular (drogodependencias en trabajadores) y específico (en concreto, en trabajadores del ámbito sanitario), valorando los aspectos legales de cada situación. Para conocer el problema a fondo es preciso abordarlo desde todos los puntos de vista posibles (social, laboral, médico, jurídico-legal).

De acuerdo a estadísticas el 28 % de los trabajadores de la Unión Europea informaron de problemas de salud relacionados con el estrés en el trabajo (diestrés), ha provocado que cuarenta y un millón de personas están presentar alteraciones psicosomáticas ante el inadecuado manejo de estrés en ambientes laborales (Velandia, 2011. Pág. 73).

Según el autor Moreno (2001), quien realiza un estudio del desgaste del profesional, indicó que una de las estrategias de la salud pública es “medir para intervenir”. Hasta el momento, eran prácticamente inexistentes los estudios realizados para evaluar la eficacia de las medidas tanto preventivas como correctoras; que al tratar de evitar malestar recurren a estilos de vida des adaptativos. Sin embargo, a través de estudios se llega a valorar la prevención ante múltiples problemáticas físicas, mentales, y emocionales, en especial para aquellas enfermedades laborales.

Los médicos son un ejemplo de ello, a pesar de ser profesionales de la salud se encuentran en contacto permanente con el dolor, la angustia y la muerte, así como también

con salud, vida, curación y recuperación en generar desgastes emocionales, lo que sin saber lidiar con ello puede repercutir en el bienestar personal y laboral. Estas situaciones estresantes están aunadas a factores personales, organizacionales e institucionales que conllevan al mismo a constituirse en un trabajador vulnerable de padecer diestrés en altos niveles; y recurren al uso de consumo para aliviar y evitar malestar. Esto es una realidad extendida entre profesionales que por el mismo estilo de vida laboral y personal les es de fácil acceso y optar a lo que se encuentra más rápido y a su alcance. En ese sentido, los médicos no cabe la menor duda que constituyen una población expuesta a elevadas cargas de estrés, el cual inicia desde escuela de medicina y continúa en la residencia con grandes exigencia, complejidad, abuso de poder entre los estudiantes y sus superiores (maestros o superiores), horas prolongadas de trabajo y falta de sueño; con base a ello, surge el necesidad de conocer acerca del tema, a lo que surge las interrogantes: ¿qué tan vulnerable es esta población ante el uso de sustancias?; ¿existe una relación entre los niveles de diestrés y uso/consumo de sustancias psicoactivas en los médicos? ¿Es el diestrés un factor de riesgo para el consumo? ¿El diestrés determina la cronicidad del consumo?; ¿Cuál es su principal estresor laboral en médicos de los hospitales Públicos IGGG y Roosevelt?

Por la importancia del problema se hace presente el estudio enfocado en el interés que por ser un acontecimiento que por sus características de pertenecer a una ciencia social puede llegar a ser una de las causantes que recaería a los servicios públicos y sistema de salud para cualquier sociedad. Dicho contenido conlleva a un diseño que contemple una medición niveles de estrés y consumo, ante la una presentación cuantitativa que conlleva a las interpretaciones, con base a los resultados determinados por dos instrumentos (cuestionarios), los cuales medirán la relación y/o correlación entre las variables de los niveles de diestrés y consumo; y serán repartidos a la población de los profesionales de la salud, cuya características en común serán grado universitarios culminado como médicos y que continúan con sus estudios de postgrado, residentes de dos hospitales públicos del área Metropolitana Guatemala.

1.3 Justificación

La importancia radica en dar a conocer y definir las necesidades de prevención, los índices de consumo y estrés, proporcionar información útil y válida para que pueda tomar de decisiones en beneficio del profesional de la salud y de la propia institución. El diestrés es un problema global que ocasiona pérdidas millonarias en los países industrializados debido al ausentismo laboral y la merma de las capacidades productivas de aquellos que lo padecen, reducir su Producto Interior Bruto (PIB) y generar importantes gastos sanitarios en toda Latinoamérica y en el resto del mundo.

Con este estudio se pretende establecer si existe relación de ambas vías entre el nivel de diestrés y el consumo de sustancias en los sujetos de estudio. Al igual que realizar un análisis que nos permitan relacionar factores condicionantes del consumo de los mismos, así mismo, identificar aspectos relacionados con las condiciones de trabajo y con los factores familiares, sociales y de satisfacción personal.

Cada vez más se ha validado los efectos que produce el diestrés y el uso /consumo drogas en médicos produce un fuerte impacto, que se extiende a la sociedad en general, a las familias y compañeros de trabajo que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral. Por tanto, estas dos variables son problemas que no sólo afecta al consumidor, sino también al ambiente laboral y el servicio a los pacientes. Entre los mismos efectos negativos que repercuten en el mundo laboral, con respecto al estrés son alteraciones psicosomáticas (gastrointestinales, cardiovasculares, afecciones de la piel, dolores de cabeza o cefaleas, mareos obesidad); dolores musculares, alteraciones del sueño, baja de defensas, pero sobretodo el aumento del riesgo de alcoholismo o consumo de drogas. Las consecuencias que el consumo de sustancias produce en el medio laboral son muy importantes validar cuales de estos se dan en la población activa guatemalteca. Asimismo, crear conciencia que los efectos son de ambas vías y tan perjudiciales uno del otro en cualquier contexto en el que se desarrolle.

1.4 Alcances

La presente investigación se llevó a cabo bajo la trayectoria de un estudio correlacional descriptiva al asociar dos variables “consumo de sustancias” “nivel de estrés” mediante un patrón predecible entre mayor nivel de estrés prevalece el consumo de sustancias, todo esto, bajo un diseño cuantitativo. Esta se evaluó por medio la medición de estrés, y después se cuantifico, analizo y se estableció la vinculación por medio entre consumo.

El cual se estableció una correlación positiva en cuanto que en los ambientes laborales de las instituciones se evidenciaron que los efectos por el inadecuado manejo de estrés con lleva al consumo y abuso de sustancias, ambos funcionan en cohesión formar así ciclo consecutivo; es decir, por evasión uno del otro se reproduce con mayor intensidad. Los alcances con este tipo fueron validar que ambas variables presentadas en el tema son de influencia en ambas vías una en efecto de la otra y viceversa. Así también se indagó y conoció sobre los estudios recientes relacionada a los orígenes o génesis de las patologías como lo son las adicciones hoy en día

No obstante, cabe resaltar que alcance principal y general es diseñar una propuesta enfocada a las necesitadas que presente la centro público hospitalario evaluada y que intervengan en la problemática presentada; así también proporcionar al personal interno sanitario, con estrategias para el manejo de emociones generadas por ambientes aborales que afectan la salud desempeño y rendimiento laboral.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General:

Realizar un estudio correlacional entre el desgaste del emocional (diestrés) y consumo de sustancias como una estrategia de prevención en beneficio de la salud pública.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Medir la relación entre consumo y diestrés en médicos residentes.
- Identificar aspectos relacionados con las condiciones laborales y factores condicionantes del consumo sustancias.
- Evaluar la eficacia de las medidas tanto preventivas como correctoras de estas situaciones de diestrés común en profesionales de la salud.

1.6 Definición de variables

1. Diestrés

Es considerado como el estrés negativo o agotamiento emocional, el cual esta categorizado a partir de niveles elevados de estrés, iniciar como “un proceso de adaptación continuada que proporciona la supervivencia de la persona” conllevar a estados “de agotamiento, donde la respuesta de adaptación se interrumpe y poder llevar a la persona a un proceso de enfermedad” (Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008).

2. Consumo de sustancias

Habito de ingesta “todas aquellas sustancias que, introducidas en un organismo vivo, pueden modificar una o más funciones de éste, siendo capaces de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social”. Tienen consideración de drogas: a) las bebidas alcohólicas (>1% de Vol.), b) el tabaco, c) las sustancias estupefacentes y psicotrópicas sometidas a control de conformidad con lo establecido en las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado español, d) determinados productos de uso industrial o varios, como inhalantes y colas, en uso distinto, y, e) cualquier otra sustancia que cumpla la definición.

Definición operacional

En cuanto a la primer variable, el “diestrés” la misma se cuantifican en nueve ítems las cuales determinarán el grado de compromiso del profesional de la salud en cuanto a la atención del paciente, el reconocimiento y estima de los médicos; y el estado del clima laboral tomar en cuenta las relaciones interpersonales entre compañeros y/o superiores; en el caso de la segunda variable “consumo de sustancias”, se cuantifican en dos ítems las cuales determinan la cantidad de consumo, y el tipo de sustancias en cual se da en mayor uso. Los ítems de las variables se describen:

Variables	Categorías	Ítems
Diestrés	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilidad con el cuidado del paciente• Reconocimiento• Conflictos en el trabajo	Carga laboral Asertividad Resolución Oportunidades Retroalimentación Frustración Abuso de poder Comunicación asertiva Manejo de emociones
Consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none">• Cronicidad• Tipo de sustancias	Uso, consumo, abuso (dependencia) Depresores y/o estimulantes

Capítulo II

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

Organización y sujeto

Los sujetos son sumergidos e interactúan constantes ante una sociedad que demanda estabilidad y progreso, al igual su búsqueda permanente en pertenecer a un grupo social para cada aspecto que engloban a una persona, lo que se vuelve parte su cotidianidad. Las organizaciones juegan un rol significativo más allá de su desarrollo para el sujeto y su economía. Sus ambientes son percibidos como centros de actividades productivas, han configurado unas formas particulares de interacción social dar lugar a diferentes prácticas y maneras de hacer frente al mundo.

Según se afirma en el artículo publicado por (Universitas Psychologica, 2007) numerosos estudios han intentado explicar las mejores formas de hacer las organizaciones más eficientes y productivas, cuando existe un balance y equilibrio en la administración, buena remuneración económica es decir salario de acuerdo a las actividades realizadas, pero sobre todo ambientes y climas laborales que promuevan la motivación intrínseca de los colaboradores.

Asimismo, hace referencia a Pulido, quien afirmó que las organizaciones se han visto afectadas por condiciones laborales precarias generadas por la globalización y la flexibilización, así como alrededor del tema del poder y el reconocimiento de las prácticas de dominación en las organizaciones; cada vez más se resalta la importancia de la equidad entre trabajadores sin importar sexo, genero, status económico. Tomar referencia a todas aquellas organizaciones que promueven el interés no solo de producción sino por aquel en el que los sujetos que la integran se perciban indispensables para ella y la misma hacia ellos.

Contexto de Consumo en Guatemala

La legislación sobre materia laboral en Guatemala surge dentro del marco de la Constitución· indica el deber de los poderes públicos por velar por la seguridad e higiene en el trabajo, y el derecho a disfrutar de un medio ambiente laboral adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo (Art. 2). Estos deberes y derechos plantean la necesidad de desarrollar políticas de promoción de la salud en el trabajo. Dentro de estas políticas se encuentran las de prevención y asistencia de problemas relacionados con el alcohol y otras drogas, que se enmarcan también en el marco de las leyes sobre Salud y Seguridad en el Trabajo.

Hace ocho años la República de Guatemala declaró el interés social, las acciones contra el alcoholismo, la drogadicción y otras causas de desintegración familiar y social. Por lo que se consideró vital la creación de una política con sustentos fundamentales basados

en la Ley del país, la cual se brindan las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas para el bienestar de las familias y sociedad guatemalteca.

Por medio de las instituciones y ministerios encargado de la salud de los ciudadanos, la Constitucionalidad, se basan en mandatos específicos que le confiere la Ley contra la Narcoactividad a la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas –CCATID-, y el gobierno asignado en esa fecha aportaron para que se encontrará la forma de afrontar y atacar la problemática que ha dejado en las sociedades la comercialización y el consumo de drogas.

Indagar las alternativas por las cuales se busca dicha mejora, se propone el involucramiento de todos los medios para que contribuyan al desarrollo de acciones estratégicas con un enfoque social en: economía social, reducción de la oferta, fortalecimiento de lo jurídico e institucional y comunicación.

La realización de dicha Política Nacional Contra las Adicciones y Tráfico Ilícito fue concluida la Estrategia Nacional contra las Drogas en los años 2004-2008. La enunciación de la dicha ley fue coordinada como la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, SECCATID, por instrucciones y bajo el mandato de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de las Drogas, SECCATID.

La política propone el involucramiento y la participación de la sociedad civil y la comunidad internacional como actores que contribuyen al desarrollo de las acciones estratégicas planeadas, partir de principios de corresponsabilidad, integralidad, consenso, descentralización, comunicación, contenido social, e investigación. Adicional sus cinco ejes fundamentales de acción mencionados con anterioridad.

Los fundamentos jurídicos se avalan esta política, en la Constitución Política de la Republica del país; *garantiza la vida, la integridad y el desarrollo de la persona*; que según los Derechos Sociales se considera dicha problemática atenta en la salud de los habitantes como un bien político y declara el interés social las acciones contra la drogadicción.

Salud ocupacional y adicciones

La salud de los trabajadores, las nuevas condiciones de la empleabilidad, las responsabilidades sociales de las empresas se convierten en temas centrales para comprender las relaciones entre las organizaciones y los trabajadores. Estos cambios han afectado también al trabajador-psicólogo ya que su quehacer se ve influido por las tendencias del mercado, como será señalado en uno de los artículos.

Un último tema es el del análisis cultural de las organizaciones. En este diálogo es posible encontrar diferentes versiones sobre el tema de la cultura organizacional, tanto desde perspectivas cercanas al discurso. De acuerdo a un estudio han demostrado los

beneficios de la psicología positiva en el trabajo se enfoca en la promoción de la salud ocupacional. Esta rama de la psicología posee el concepto de salud se entiende de forma positiva, como un proceso por el cual la persona desarrolla al máximo sus competencias y fortalezas. Por tanto, el objeto de estudio debe incluir tanto los aspectos negativos (el estrés laboral) como los positivos (bienestar psicológico) que afectan al funcionamiento de los trabajadores en el trabajo y fuera de él (Salanova & Martinez, 2014).

El prevenir el estrés, a la vez que fomentar el reto, el desarrollo y la satisfacción y en definitiva, construir cualidades positivas, es el interés común tanto de los trabajadores como de las organizaciones modernas. Éste es el enfoque de la Psicología Positiva que fue definida como el estudio científico del funcionamiento humano óptimo (Seligman, 1999).

Manejo de Emociones

Las emociones, son recursos fundamentales con los que contamos los seres humanos para hacer cosas, o para evitarlas. Suponen un recurso básico tanto para el comienzo de los proyectos como para abordar las dificultades y los problemas que afrontamos las personas a lo largo de nuestra vida. Por lo tanto, para los servidores públicos y/o médicos, son aspectos esenciales a tener en consideración en su bagaje personal y profesional. El saber utilizar las emociones, el saber escucharlas y canalizarlas en nuestro beneficio, se traduce en el desarrollo de una competencia clave para lograr un adecuado desarrollo del proyecto institucional. Se trata de lo que denominamos “la inteligencia emocional”.

La inteligencia emocional, es un tema que se ha vuelto tan relevante en cualquier tipo de organización; estas optan por capacitar al recurso humano y promover su salud mental y prevenir desgastes emocionales, es por medio del entrenamiento de estas habilidades ante el manejo y auto control interno. Según la “Guía de atención psicosocial” que publico la (Organización Internacional para las Migraciones(OIM), 2018), indica que el manejo emocional, es la esencia de la capacidad para “entender y reconocer las emociones y sentimientos; se encuentra en la decisión de cómo actuar o como expresar las emociones de tal manera, que sea útil y que con ello, logremos las metas y dirección en que queremos ir”. Para darle sustento a lo dicho en el apartado anterior se considera necesario entender las características que definen conceptualmente la inteligencia emocional.

Las aptitudes vienen en grupos, para lograr un desempeño excelente, no basta con poseer una o dos aptitudes, sino dominar una combinación. Éstas siendo los cuatro aspectos de la inteligencia emocional y argumentándolo por lo que decía Goleman: En ésta grafica se aprecia cómo cada una de estas aptitudes se integran y requieren.

- Autoconciencia: autoconciencia emocional, o también conocido como conocimiento de sí mismo. Observarse y reconocer una emoción mientras sucede.
- Autogestión: manejar las emociones para que sean apropiadas, darse cuenta lo que hay detrás de un sentimiento, manejar y controlar temores, ansiedad, enojo y tristeza.
- Conciencia social: empatía, sensibilidad a los sentimientos y preocupaciones de los demás y tratar de ver las cosas desde su perspectiva, apreciar las diferentes maneras que tienen las personas de ver las cosas.
- Gestión de las relaciones: manejar las emociones de otros, competencia social y habilidades sociales.

Saber identificar qué estamos sintiendo, saber comprender qué tipo de reacciones (que no respuestas) que aboca el estar identificando una determinada emoción, qué tipo de decisiones adoptamos de acuerdo a nuestro ánimo, y permite identificar y recurrir a recursos personales que tienen una proyección directa en nuestro desempeño profesional.

Estos, además, han de abordar y gestionar un conjunto de emociones que son inherentes al proceso de puesta en marcha. Muchas de ellas tienen que ver con los miedos. El miedo es la emoción central de los servidores públicos y /o médicos. La forma en la que los emprendedores se relacionan con el miedo supondrá el vector esencial de éxito de un proyecto institucional.

Se debe de tomar en cuenta que a diario los médicos se enfrentan a situaciones que vulneran estado de ánimo por una determinada emoción, afecta a nuestra manera de afrontar el mundo, las situaciones que implica y la capacidad de análisis y respuesta, así como la posibilidad de encontrar soluciones ante una determinada situación o problema.

Por lo tanto, la inteligencia emocional es básica en el tema que se centra. Se trata de una esfera de desarrollo competencial y de capacidades que pueden llegar a suponer el factor crítico de éxito o fracaso en un determinado para los médicos. El desarrollo de la inteligencia emocional, o ese saber hacer las cosas, implica rasgos diferenciales entre unas personas y otras de cara a alcanzar la excelencia en su desempeño. En nuestro caso, poner en marcha y desarrollar una estructura beneficiosa.

Siguiendo a Daniel Goleman en su obra best seller *Inteligencia Emocional*, podemos decir que las emociones “son impulsos que lleva a actuar. Se trata de programas de actuación de los cuales se encuentran dotados a causa del proceso evolutivo” (Organización Internacional para las Migraciones(OIM), 2018).

Bajo una perspectiva etimológica, *emoción* viene del verbo latino *movere* (moverse). Va a ser esta misma raíz latina la que otorgue también la palabra *motivación*. Se ha comprobado ya desde su misma raíz cómo la emoción se encuentra íntimamente ligada a la motivación (Gárciga Ortega, 2013).

Las emociones, en muchas ocasiones, no las identificamos de manera pura. Es decir, que somos capaces de identificar una única emoción en un momento dado. Pueden llegar a mezclarse; en todo caso, se ha llegado a un cierto consenso respecto a las que son emociones básicas, tales como

- La ira: con emociones colaterales como el enojo, el resentimiento, etc.
- La tristeza: aflicción, pena
- El miedo: temor, inquietud, nerviosismo, desasosiego
- Alegría: tranquilidad, satisfacción
- Amor: aceptación, cordialidad
- Sorpresa: asombro, admiración
- Aversión: desprecio, desdén, antipatía
- Vergüenza: culpa, humillación, aflicción

Las emociones son irracionales, incontrolables, suceden y se dan, tienen un efecto en un periodo de tiempo muy acotado. Afectan a nuestra situación en el corto plazo. Y no son permanentes.

La diferencia entre la inteligencia emocional y el coeficiente intelectual, la inteligencia se ha dividido en dos áreas fundamentales que son: La inteligencia emocional y el cociente intelectual. Tal y como suena la inteligencia emocional, es pertinente a las emociones y la inteligencia o cociente intelectual tiene que ver con el intelecto. La inteligencia emocional se define como una capacidad de monitorear las emociones propias y las de los otros, poderlas identificar, y así, usar esa información para guiar nuestro pensamiento y nuestro actuar. Si bien la inteligencia intelectual y la inteligencia emocional son habilidades diferentes, éstas se complementan entre sí. Un nivel de inteligencia intelectual se asocia con personas más analítica, lógicas y reflexivas. Por su parte, las personas con una elevada inteligencia emocional son más creativos, tienen facilidad para relacionarse con los demás, se basan en las experiencias pasadas para tomar decisiones, son espontáneas, aprovechan la información que le brindan sus emociones (Gárciga Ortega, 2013).

El coeficiente intelectual (CI) se considera como otra forma de inteligencia que no corresponde a la misma definición y a las características que hacen parte de la inteligencia emocional. Sin embargo se hace necesario entender más a fondo la definición del CI puesto que por mucho tiempo se usaba como un único medidor de la inteligencia humana, conocido ampliamente como el IQ de una persona (sus siglas en inglés). Goleman recalca la importancia de ésta otra forma de inteligencia humana, la inteligencia emocional, como una

base importante hacia el éxito, ya que de ello dependen las relaciones humanas, nuestro comportamiento, las actitudes, que vienen siendo aptitudes imprescindibles en nuestro diario funcionar. Como bien dice que “un individuo puede tener la mejor formación del mundo una mente aguda y analítica y una enorme abundancia de ideas inteligentes, pero le faltara madera de gran líder.” Ello muestra la relevancia de comprender y diferenciar las dos clases de inteligencia. El cociente intelectual mide el intelecto del ser humano, a través de diferentes pruebas como, ordenar conceptos, completar sucesiones de números, componer figuras geométricas, aprender de memoria listas de palabras, cambiar de posición determinadas figuras, etcétera.

Los sentimientos, se trata de las emociones unidas al pensamiento. Estos se producen de manera simultánea a los pensamientos que tenemos acerca de lo que sucede en un determinado momento. Se trata de las etiquetas que ponemos a las emociones que estamos percibiendo. Con la identificación de los sentimientos, seremos capaces de alcanzar nuevas formas de respuesta ante las situaciones que estemos abordando, que no supongan un “dejarse llevar” por las emociones que inundan y que, según Goleman, pueden llegar a provocar un “secuestro emocional”. Los estados de ánimo, de acuerdo con el psiquiatra francés Christopher André, en su obra mencionaron que “todo aquello que tomo conciencia cuando salgo de los automatismos cotidianos. Aquello que identifico cuando me observo”. Se trata de la situación que me encuentro cuando dejo de actuar de acuerdo con mis hábitos.

Un estado de ánimo es variable. Es plástico y se va modificando de acuerdo a los acontecimientos que van acaeciendo a lo largo de la jornada cotidiana o de un tiempo establecido. El mismo autor proporciona una definición que recoge el conjunto de los elementos esenciales: “los estados de ánimo son contenidos mentales, conscientes e inconscientes, que mezclan estados corporales, emociones sutiles y pensamientos automáticos y que influyen en la mayoría de actitudes” (Organización Internacional para las Migraciones(OIM), 2018). Al igual que sucede con las emociones, no tenemos porqué identificarlos de manera pura.

El temperamento, se trata de la predisposición de las personas a evocar determinados estados de ánimo, por lo que lleva a la persona a identificar esta tendencia como rasgos de personalidad, dentro de los cuales y, de acuerdo con los distintos niveles que podamos encontrarnos, pueden llegar a construir factores de patologías mentales. La competencia profesional en el ámbito emocional, siguiendo el modelo planteado por McClelland en el año 1973, y de la derivación del concepto de competencia que generó, ésta se entiende como “el conjunto de hábitos que llevan a un desempeño profesional superior o más eficaz. O dicho en términos económicos, se trata de una habilidad que aumenta el valor económico que una persona realiza en su esfuerzo productivo” (Organización Internacional para las Migraciones(OIM), 2018).

Goleman, habla de competencia emocional como la capacidad para el desempeño basada en la inteligencia emocional y proyectada hacia el desempeño profesional.

Se identifican cinco elementos de la inteligencia emocional:

- La conciencia de uno mismo
- La motivación
- El autocontrol
- La empatía
- La capacidad de relación

Poseer una inteligencia emocional elevada no implica que tengamos desarrollada nuestra competencia emocional. Esta última se encuentra proyectada hacia el desempeño, hacia la acción y la resolución de problemas. Las competencias emocionales para un profesional de la salud, es saber hacer las cosas con el propósito esencial de alcanzar los objetivos y las metas planteadas. Poseer capacidades para prestar un servicio, comunicarse, negociar, y toma de decisiones son competencias profesionales, emprendedoras en un amplio contenido y recorrido en su evaluación en el desempeño, en sus componentes, implica la existencia de factores que se encuentran vinculados con “saber relacionarnos con las emociones y con las emociones de los otros”. Se trata, en definitiva, de saber qué experiencia profesional se sostiene y se construye sabiendo cómo debemos tener en consideración las emociones, de los pacientes con los que se relacionan, saber identificarlas, además de saber gestionarlas.

Esta es una capacidad esencial y diferencial. Se trata del valor añadido diferencial entre dos potenciales emprendedores o profesionales. Y ¿cuáles son las competencias emocionales esenciales? Siguiendo la propuesta de Goleman en *La práctica de la inteligencia emocional* (1998), podemos identificar dos grupos:

Las competencias emocionales personales, son aquellas que se encuentran centradas en las formas en las que relacionamos con nosotros mismos. Bajo este criterio se encuentra con tres áreas diferenciales:

- La conciencia de uno mismo. Es decir, saber darle nombre a los efectos generados por las emociones y estados de ánimo. Podemos diferenciar tres competencias esenciales:
- Conciencia emocional: saber reconocer las emociones y los efectos que generan.
- Valoración adecuada de uno mismo: identificar y darle la valoración adecuada a las capacidades personales.
- Confianza en uno mismo: significa estar seguro de las conclusiones a las que llegamos acerca de nosotros mismos y nuestros recursos.

Entre las competencias emocionales que son relevantes en el desempeño profesional del emprendedor, especialmente en su traducción en competencias. Se trata de las siguientes:

- *La influencia*: saber persuadir. reducir con los mensajes que elaboramos de cara a alcanzar los objetivos y metas personales. Esta competencia se encuentra muy vinculada a una de las facetas esenciales que ha de poseer un médico.
- *El liderazgo*: dirigir equipos de personas, motivarles, marcarles la meta y la visión que se pretende, generar identidad.
- *Ser catalizar del cambio*: de nuevo marcar tendencia, nuevas formas de hacer y de ver el entorno.
- *Resolución de conflictos*: saber negociar y plantear soluciones, ser creativo en la forma de ver la situación en la que se desarrolla el problema y proponer opciones de resolución.
- *Colaboración y cooperación*: aunar esfuerzos, visiones y energías de diferentes personas para el logro de metas.

Las competencias emocionales sociales. Estas están vinculadas con el modo en el que se relacionan con los demás. Se nutren de las habilidades sociales que hemos tratado en un capítulo anterior. Estas competencias se ordenan en torno a dos grandes grupos de competencias: la empatía y las habilidades sociales.

- La empatía. Entendemos la empatía como la capacidad de saber comprender, entender y tener conciencia sobre los estados de ánimo, emociones y sentimientos de las otras personas. Dentro de la misma, Goleman propone cuatro competencias clave:
- *Comprensión de los demás*: saber entender los sentimientos y emociones de las personas con las que interactuamos.
- *Orientación al servicio*: desde la comprensión de las emociones del otro, saber proponer y anticipar las posibilidades de satisfacción de las necesidades de la persona con la que interactuamos.
- *Aprovechamiento de la diversidad*: saber identificar las distintas posibilidades que brinda la opción de relacionarnos con las distintas personas.
- *Conciencia política*: ser capaz de identificar, y percibir las distintas adscripciones emocionales de los grupos, las relaciones que las sostienen, además de las relaciones de poder establecidas en los grupos y entornos sociales. (VICTORIA, 2018).

CONCEPTOS CLAVES

Dentro de las definiciones y conceptos que enmarcan y dan fundamentación al enfoque psicosocial en relación con el concepto de salud mental y bienestar psicológico, resaltar de esta manera, la importancia de estos conceptos para los ámbitos laborales.

Salud mental

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es decir, un estado de bienestar en el cual una persona es capaz de desarrollar habilidades que le permiten afrontar las situaciones cotidianas estresantes, puede trabajar de manera productiva y beneficiosa, y está en capacidad de contribuir a la sociedad.

Desde una perspectiva transcultural, se entiende la salud mental como un concepto que trasciende la noción de “ausencia de trastornos mentales”. Involucra las dimensiones física, psicológica, social y cultural, reconociendo cómo los acontecimientos que ocurren en cualquiera de estas dimensiones impactan la salud de las personas en los ámbitos individual, familiar y laboral.

Bienestar psicológico

El concepto de bienestar psicológico expresa el sentimiento positivo y el pensamiento constructivo del ser humano acerca de sí mismo. Desde esta visión, el bienestar se relaciona estrechamente con aspectos específicos del funcionamiento físico, psíquico y social de las personas. Es decir, el bienestar puede variar según la forma de comprender el mundo en cada persona y las diferentes reacciones emocionales que estas tengan ante determinados acontecimientos. Está mediado por la personalidad, pero también por las circunstancias del contexto.

Riesgo psicosocial

El riesgo psicosocial se trata de las condiciones presentes en una situación que amenazan el bienestar psicológico y social de las personas, en forma individual y/o colectiva. Se puede manifestar en la incapacidad de reaccionar de forma espontánea ante diversas situaciones, la afectación negativa sobre las relaciones interpersonales, la limitación de las actitudes de confianza y el obstáculo para la apropiación de una propuesta de vida, lo que repercute en la generación y participación de procesos de desarrollo.

Daño/impacto psicosocial

Asimismo con los riesgos, llega a considerarse un impacto en la vida de la persona, en todas sus dimensiones y en su entorno, lo que implica un bloqueo o deterioro en el desarrollo personal, familiar y comunitario a raíz de un evento particular, como por ejemplo el proceso migratorio.

Se pueden entender las afectaciones y el daño psicosocial si se tienen en cuenta los diferentes factores involucrados en la experiencia de los eventos y cómo estos han alterado a las personas migrantes, sus familias y las comunidades tanto de origen, tránsito y destino, no solo en el presente, sino en su visión de futuro¹⁶.

Dimensiones del ser humano

De acuerdo a la Guía de Atención Psicosocial, fuente Organización Internacional para Migrantes (OIM, 2018) y con otros autores profesionales en el tema de salud, para responder esta pregunta se puede concebir el ser humano como compuesto por seis dimensiones, las cuales están relacionadas entre sí, afectándose recíprocamente unas a otras y sobre las que recaen las acciones de cuidado en los diferentes niveles. Estas seis dimensiones:

1. Física: Se refiere al cuidado del cuerpo en cada uno de los sistemas que lo componen. Implica atender de forma especial aspectos tales como el sueño, la alimentación y el descanso. Asimismo, potencializa facultades como la respiración, la atención y el movimiento, entre otros.
2. Emocional: Reúne todo el componente afectivo y significa aprender a identificar, expresar y transformar los efectos de los estados emocionales negativos. De igual manera, es importante entender cómo generar estados de bienestar, tales como la relajación, la alegría y la gratitud.
3. Mental: Comprende los pensamientos, ideas y creencias en relación con el mundo. Conlleva identificar ideas o creencias que resultan limitantes o nocivas para el propio bienestar.
4. Relacional: Considera la forma de relacionarse con los otros para aprender a seleccionar los tipos de vínculos que se quieren construir y sobrellevar los conflictos de la mejor manera posible.
5. Existencial: Toma en cuenta el sentido de vida, los valores personales y la postura éticopolítica frente a la vida y la labor que se desempeña.
6. Espiritual: Contempla como elemento central el fortalecimiento de la conexión con lo trascendente, la fe y la conexión con una energía o ser superior. (Organización Internacional para las Migraciones(OIM), 2018)

Factores De Riesgo En Los Ambientes Laborales

El uso de drogas es multifactorial, influir en aspectos personales, familiares y sociales, como la búsqueda de satisfacción inmediata o la tendencia a la evasión y al aturdimiento ante determinadas situaciones, entre otros. Sin embargo, se han evidenciado que en todo ambiente existen factores estresores que pueden influir el consumo de sustancias. Cabe

mencionar en cualquier tipo de ambiente integrado por sujetos con un fin u objetivo en común.

De acuerdo a las anotaciones de Ochoa, (2008) da a considerar variables que se consideran factores de riesgo no laborales, que para las organizaciones solo es importante en considerarlas y tomar su importancia (Ochoa Mangado E. , 2008).

Factores de Riesgo no Laborales

- Consumo de alcohol abusivo o drogas por los padres
- Consumo de drogas en lugares de diversión
- Malas relaciones fraterno-filiales
- Conocer a consumidores de drogas
- Facilidad para obtenerlas
- Sentirse agobiado y en tensión
- Pérdida de confianza en sí mismo
- No participación social

Sin embargo, aquellas que son considerables tomarlas en consideración:

Tabla II: Factores de Riesgo Laborales

- Trabajos que demandan alto rendimiento
- Tareas rutinarias y monótonas
- Insatisfacción en el trabajo
- Jornadas de trabajo prolongadas
- Turnos cambiantes
- Largas ausencias de casa
- Cansancio intenso en el trabajo
- Compañeros consumidores
- Trabajos dependientes de la relación social
- Disponibilidad en el medio ambiente

Estos factores laborales pueden tener un peso real superior al explicitado verbalmente entre las razones para consumir alcohol u otras drogas. Además, el entorno laboral puede comportar la exposición a otros factores de que aumentan la probabilidad de desarrollar problemas derivados del consumo de drogas. Hay trabajos que potencian situaciones de riesgo alcohólico u de otras drogas, como aquellos en los que hay disponibilidad de alcohol, presión grupo para beber o consumir estimulantes en trabajos dependientes de la relación social, o presión del entorno laboral donde otros trabajadores consumen habitualmente.

Según estudios mencionados en el artículo (Ochoa Mangado E. , 2008) con la presencia de las drogas en el lugar de trabajo, se requiere acciones prioritarias en las empresas y por parte de las instituciones. Estas acciones se basarán en una buena información sobre los riesgos de las drogas, formación en actitudes saludables, prevención en ciertos ámbitos evitar lo más posible las consecuencias de los consumos.

Desgaste en el trabajo y sus manifestaciones

El entiende el desgaste en el trabajo como un fenómeno que se inscribe dentro de las organizaciones laborales, siendo producto de las estructuras, los valores y las prácticas sociales de las organizaciones donde se produce (Gil Monte, 2003).

Fuentes y señales de desgaste

Las fuentes de desgaste se refieren a aquello que origina el desgaste a nivel individual y/o grupal²⁸. Pueden surgir del funcionamiento de la organización y/o de las características del trabajo mismo, por ejemplo:

- La exposición repetida a situaciones o testimonios en los que está presente el sufrimiento humano
- Poco tiempo y escasos recursos físicos y económicos para desempeñar las labores
- Amenazas a la propia vida o integridad
- Capacitación deficiente para desempeñar las actividades inherentes al trabajo
- Liderazgo vertical
- Comunicación deficiente entre los integrantes de la organización
- Demasiada carga laboral que desborda las capacidades de las personas
- Poco tiempo y escasos recursos físicos y económicos para desempeñar las labores

Por su parte, las señales de desgaste son aquellas manifestaciones que se pueden observar a nivel individual y/o grupal, que dan cuenta de la presencia de algún tipo de deterioro. Se pueden observar a nivel físico, emocional, mental, existencial, espiritual y relacional. Algunos ejemplos son:

- Dolores musculares
- Irritabilidad

- Aislamiento social
- Insomnio, dificultad para conciliar el sueño o somnolencia
- Pérdida del sentido de la vida
- Pensamientos pesimistas
- sensación de pérdida de la conexión con Dios y/o energía o ser superior
- Dificultad para tener momentos de paz y tranquilidad (Gil Monte, 2003).

Consecuencias Y Efectos

Entre los causales que provocan problemáticas en las organizaciones, una de las más comunes ante el consumo es que se evadan evaluaciones que identifiquen los factores o marcadores de riesgo, los cuales al no ser tratados los colaboradores recurren al consumo, y los que ya consumían aumentan la dosis. Esto llega a ser como una estrategia de desahogo ante tantas circunstancias que determinan su estado emocional. Dichas encuestas de clima predicen de manera importante la satisfacción laboral y tiene un efecto indirecto a través de ésta sobre los problemas y accidentes; también, se relaciona de manera inversa con el estrés y el consumo de alcohol. El estrés presenta un efecto directo sobre el consumo de alcohol en el trabajo, consumo que además se ve influenciado por el nivel de consumo de alcohol individual.

Estudios como los de (Carreño Garcia, Medina- Mora, Maritnez Velez, Juarez Garcia, & Vazquez Perez, 2016) determinan la relevancia de establecer si los factores del lugar de trabajo, clima organizacional, estrés laboral y satisfacción en el trabajo, se relacionan con el consumo de alcohol en el trabajo y con los problemas y accidentes laborales, los cuales fueron estudios significativos para validar esos datos.

Al mismo tiempo también resaltaron la importancia de la satisfacción laboral y el clima organizacional predicen los efectos en el trabajo de forma negativa, es decir que la percepción de un mejor clima y una mayor satisfacción se asocia a menos problemas y accidentes. También se encontró un efecto directo del nivel de consumo individual y el consumo en el trabajo, respecto a los problemas y accidentes en el trabajo.

Burnout o “estar quemado/fundido”

El diestrés y/o Burn out relacionado con las consecuencias que surgen al realizar un trabajo que supone un compromiso emocional y vital con otras personas sin producir los resultados esperados, ocasionando un desgaste físico, emocional y cognitivo. Es importante diferenciar que no se trata solo de cansancio o fatiga por exceso de trabajo, sino que implica “una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros” (Jackson S; Maslach C., 1981).

Los rasgos principales son agotamiento físico y/o psicológico, actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de

realizar. Esto suele tener repercusiones negativas en todas las dimensiones del ser humano, la forma de vincularse con el otro y la realización personal (Organización Internacional para las Migraciones(OIM), 2018).

Dramatización Vicaria

La traumatización vicaria es la constante exposición a situaciones de dolor relatadas por otras personas puede ocasionar en quien escucha la re-experimentación del sufrimiento, ya sea porque la persona que presta la atención conecta con sus propias experiencias de dolor o porque reproduce los síntomas producto del hecho vivido, aunque no haya sido directamente la receptora del hecho que ocasionó este sufrimiento. Pueden aparecer síntomas como (Arón, A.M. y M.T. Llanos, 2004):

- Pensamientos y sentimientos asociados con el sufrimiento de la persona que relata el hecho doloroso
- Hiperactividad, ansiedad y reactividad
- Desconexión emocional con las personas, en especial si también ha sido víctima de hechos que le han causado sufrimiento

A diferencia del burnout, que es progresivo en el tiempo, esta puede aparecer de forma súbita y abrupta, y suele estar relacionado con un evento particular, por ejemplo, recibir y escuchar en el hospital a pacientes con enfermedades terminales u originarios de contextos carentes de recursos o condiciones precarias.

Fatiga por compasión

La fatiga por compasión hace referencia a la sensación de agotamiento relacionado con la exposición al sufrimiento de otras personas (Gil Monte, 2003). Es lo opuesto a la satisfacción por compasión, es decir, los efectos positivos que experimentan las personas al poder contribuir con la mitigación, reparación o alivio del sufrimiento de otros. En este caso, la persona puede experimentar síntomas intrusivos, tales como pesadillas, síntomas evitativos (evitar relacionarse con compañeros de trabajo o refugiarse en consumo de sustancias), así como otros síntomas relacionados con aumento de la ansiedad, reactividad e impulsividad.

Traumatización de los equipos

El desgaste no solo aparece a nivel individual, sino también grupal se denomina "traumatización de los equipos". Se manifiesta como prácticas de relación al interior de los equipos, en las que se repiten de forma inconsciente los hechos de injusticia, dominación, exclusión, violencia, etc., similares a las que se enfrentan en la realidad que supone el trabajo. Se puede identificar en asuntos como búsqueda de culpables, desconfianza, falta de compromiso, luchas de poder, alianzas y divisiones que rompen la cohesión de los equipos, entre colegas de trabajo y líderes (Acinas, 2012).

Factores Protectores

Dentro de los factores protectores son las prácticas, recursos de afrontamiento, conocimientos y habilidades que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud (Tobón., 2003). Pueden aparecer a nivel individual, grupal e institucional, previniendo e interviniendo sobre las fuentes y señales de desgaste. Son la base desde la cual se pueden realizar acciones de cuidado.

Acciones de cuidado

Trabajar en atención directa con pacientes de vulnerabilidad implica contar con un alto grado de sensibilidad y compromiso para comprender y atender el impacto que las situaciones vividas han tenido en sus vidas, pero también requiere plantear mecanismos que amortigüen la afectación que puede generar en la vida de quien atiende. Para ello es necesario contar con una noción muy clara de las necesidades y potencialidades que las personas tienen para desarrollarse en cada una de sus dimensiones: física, emocional, mental, existencial, espiritual y relacional, de modo que se puedan plantear acciones de cuidado para cada una de ellas.

Para que las acciones de cuidado tengan un impacto integral se deben realizar en tres niveles:

1. **Institucional:** Acciones que son responsabilidad de la institución/organización frente a los factores de riesgo que están implícitos y explícitos en la labor que desempeñan las personas que la integran, sin importar si esta es pública o privada. Implementar un enfoque de cuidado dentro de las instituciones que atienden brindan atención médica puede fortalecer aspectos que son fundamentales para su buen funcionamiento, tales como la comunicación, el liderazgo, las relaciones sociales, la resolución de conflictos, la forma de realimentar y reconocer los logros de las personas, entre otros.
2. **Autocuidado:** Acciones que implican la propia responsabilidad en torno al cuidado en las diferentes dimensiones del ser humano. El autocuidado es una responsabilidad personal, pero puede ser apoyada desde la institución/organización. Aquellas personas que en su labor diaria están expuestas al dolor humano deben asegurarse de que están en capacidad física, emocional y espiritual de acompañar a otras personas y en caso de detectar alguna afectación, tener el compromiso ético de buscar cómo tratarla.
3. **Cuidado de los equipos:** Acciones realizadas al interior de los equipos de trabajo por su propia iniciativa con el fin de diseñar estrategias para prevenir e intervenir el desgaste derivado del trabajo que se realiza. También se puede contar con el apoyo de la institución/ organización (Organización Internacional para las Migraciones(OIM), 2018).

¿De qué manera impacta el consumo en lo laboral?

Todo ambiente en el que promueva o incite al crear ambientes bajo presión, el cual va ser directamente influenciado por lo integrante de una organización, conllevar muchas veces al consumo y la estabilidad de los sujetos. Según un estudio realizado en México con respecto a las adicciones en el trabajo (Organización Internacional para las Migraciones(OIM), 2018), refería que el impacto potencial del consumo de sustancias adictivas con el trabajo y el bienestar de los trabajadores ha sido claramente establecido en la investigación a escala mundial desde hace más de 50 años, junto con la noción de que los individuos y las organizaciones comparten la responsabilidad de optimizar el bienestar personal y social (Estrada Salazar, 2012).

Se estableció también que para lograr esta optimización es esencial examinar la gama de factores que pueden contribuir en lo personal en la salud física y el bienestar psicológico y determinar la influencia en el área de productividad en una empresa, sobre todo la identificación de factores perjudiciales para el trabajador individual y saber cuál es la contribución positiva para la salud y el bienestar. Aclarar la existencia de los riesgos y factores relacionados con el aspecto del consumo de sustancias adictivas y el bienestar del trabajador. Estos términos se refieren a que unos individuos están más expuestos que otros.

La definición del concepto de riesgo se deriva de la literatura sobre los riesgos y gestión de riesgos y factores estresantes; el término está más estrechamente alineada con los modelos teóricos de la tensión y las formas de gestión (incluido el afrontamiento); por el momento, son funcionalmente equivalentes y usualmente se utiliza el término de estresores para describir los estímulos que tienen potencial para generar consecuencias negativas para los individuos.

Entorno laboral Psicosocial

De acuerdo con Nieuwenhuijse, K. 2012, hace referencia que todo el contenido del trabajo y las exigencias laborales, las relaciones sociales en el trabajo, la organización del trabajo y la cultura laboral que pueden afectar el bienestar mental y físico de los trabajadores. Todos estos aspectos a menudo se llaman factores de estrés en el trabajo, poder tener efectos cognitivos, emocionales, físicos o motivacionales sobre los trabajadores.

La Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP), la cual surge de la consideración de la noción integral de salud y de la Psicología Organizacional Positiva (Luthans, 2002). Es decir que para un ambiente sano es necesario considerar estudios científicos del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y del desarrollo de las organizaciones saludables. Cuyo objetivo es describir, explicar y predecir el funcionamiento óptimo en estos contextos, así como amplificar y potenciar el bienestar

psicosocial y la calidad de vida laboral y organizacional (Salanova, Llorens y Rodríguez, 2009).

Vulnerabilidad Psicosocial en el ámbito laboral y consumo

De acuerdo a la publicación de la revista española (INID, 2015) el especialista en temas de adicciones refiere que la vulnerabilidad en el ámbito laboral es el “conjunto de riesgos hacia personas o poblaciones” (García del Castillo, 2015). Asimismo, aseguran una estrecha relación con otro grupo de variables que es necesario integrar en su construcción psicosocial y sería difícilmente comprensible sin su interrelación y, como ya hemos señalado según Ruiz (2011), está siempre en relación con alguna forma de amenaza.

Se podría definir la vulnerabilidad psicosocial en el contexto de la salud y las adicciones como el grado de susceptibilidad que tiene una persona hacia los problemas relacionados con la salud (Nichia, Bertolozzi, Ferreira y Fracoli, 2008) y las adicciones. Otra definición es la que propone (Lamas y Murrugarra 2011), como una condición que modula la probabilidad de padecer enfermedades, accidentes o lesiones autoinfligidas.

Según la publicación de García del Castillo, refiere que hipotéticamente las variables principales que actuarán como moduladoras de la vulnerabilidad psicosocial son:

- Riesgo
- Afrontamiento
- Resiliencia
- Estrés
- Apego
- Inteligencia emocional

Las conductas adictivas en el Ámbito laboral

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas pueden originarse por factores personales, familiares o sociales, o por ciertas situaciones en el medio ambiente laboral, o bien por una combinación de esos elementos. Tales problemas no sólo repercuten en la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que también pueden causar muchos inconvenientes en el trabajo, como, por ejemplo, una pérdida de productividad. La eliminación del abuso de esas sustancias es un objetivo muy deseable, pero difícil de lograr, según lo indica la experiencia.

Para fomentar la seguridad y salud en el lugar de trabajo, los empleadores, aisladamente o en colaboración con los trabajadores y con los representantes de éstos, o bien las solas organizaciones de trabajadores, deberían llevar a cabo programas de información y prevención, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas. Tales programas deberían estar destinados a todos los trabajadores y contener informaciones

sobre los efectos físicos y psicológicos del consumo de alcohol y de drogas. Como aseguran (Carreño Garcia, Medina- Mora, Maritnez Velez, Juarez Garcia, & Vazquez Perez, 2016), los efectos negativos de las adicciones en el ambiente laboral y en los trabajadores es la inadaptación, alta rotación, tasa de accidentabilidad, ausentismo, y baja productividad. Sin mencionar la vida personal, entre ellos, los conyugales y familiares, los estados de depresión, ansiedad y estrés, los apuros económicos y las dificultades jurídicas.

Relación con la personalidad el Disestrés y consumo de sustancias

La vulnerabilidad depende de características personales, las cuales muchas veces muestra una mayor facilidad para adquirir (especialmente de forma inicial) la conducta adictiva, con un mayor efecto neuroquímico de las drogas (al menos psicoestimulantes) a nivel del sistema Dopaminérgico y también con una mayor reactividad ante ciertas situaciones estresantes que otras personalidades. Algunas personalidades son características en la existencia de la vulnerabilidad individual a la adicción, esto podría estar relacionado también con otros factores como genética, historial de vida, psicológico, social y ambiental como lo es el disestrés. El estudio de (Nadal Alemany, 2007) afirmó que “ de acuerdo diferencias individuales, dependerán de la vulnerabilidad a la adicción y la reactividad al estrés” (Nadal Alemany, 2007). Así mismo, la vulnerabilidad individual muchas veces facilita para adquirir (especialmente de forma inicial) la conducta adictiva, con un mayor efecto neuroquímico de las drogas (al menos psicoestimulantes) a nivel del sistema Dopaminérgico y también con una mayor reactividad ante ciertas situaciones estresantes. Lo cual resulta interesante destacar que el disestrés (derrota social) tiene efectos diferenciales en la adquisición de la conducta de autoadministración de sustancias psico-adictivas.

El artículo “La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés” (Nadal Alemany, 2007), la exploración de emociones reactivas al estrés aumenta la probabilidad de que el sujeto tenga un contacto inicial con la droga, es decir, es sensibilidad a sus efectos, afectaría la adquisición inicial de la conducta de autoadministración, pero la persistencia en el consumo estaría influenciada por otros factores. Este estudio hace referencia en un estudio científico que experimentaron y establecieron la relación de estrés y consumo de sustancias adictivas. Por razones de consentimiento informado este estudio fue únicamente con animales (ratas) para observar documentaron como en el cerebro de estos animales reaccionaba y se comportaba a nivel neurológico al estimularlo por medio de factores sociales, físicos y ambientales. Los más relevantes acudieron al exponerlo a sustancias psicoactivas (cocaína, anfetaminas) y cómo estos se ven influenciados cuando la rata se ha desarrollado en ambientes tensos que generen ansiedad; esto en comparación de otro grupo que no se habían desenvuelto en estos tipos de ambientes. En efecto, los organismos estresados al consumo de droga producen una mayor consecuencia conductual y subjetivo en los individuos con alto nivel de búsqueda de sensaciones.

Diferencia: Estrés Vrs. Diestrés

De acuerdo a la publicación de la revista española INID, (2015) el especialista en temas de adicciones hace referencia a los estudios más clásicos y pioneros del estrés aportados por Canon (1927) y Selye (1936), podemos encontrar en la actualidad una gran variedad de modelos que abordan el estrés; el estrés es definido en su origen como una respuesta vegetativa de carácter inespecífico a una amenaza (Selye, 1936). Es decir, es una respuesta fisiológica natural del ser humano, pues actúa como un mecanismo de defensa que prepara nuestro organismo para hacer frente a situaciones nuevas y desconocidas (Estréslaboral.info, 2018); sin embargo, si este es prolongado puede llegar al diestrés, el cual se da por un elevado nivel de exigencia o que se perciben como una amenaza para la salud para cualquier individuo.

Carga Excesiva

Según cifras de la Organización Mundial de Salud (OMS) dadas a conocer en 2016, “los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50 por ciento, de 416 millones a 615 millones. Cerca de 10 por ciento de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30 por ciento de la carga mundial de enfermedad no mortal”.

En América, estos padecimientos ocupan el cuarto lugar en complicaciones médicas, y la depresión es uno de los más frecuentes. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señala que 29.9 por ciento de los habitantes mayores de 12 años sufren algún nivel de depresión ocasional, mientras que 12.4 por ciento los experimenta de manera frecuente.

Cuadros depresivos están ligados también a otros trastornos como la ansiedad o el consumo de sustancias adictivas y es la principal enfermedad afectiva entre pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer o la diabetes (Elizabeth C. Velazquez; Manuel Lino, 2018).

Fases o Niveles del Estrés:

Tres fases concretas (Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008):

1. De alarma, cuando el cuerpo reacciona a un estímulo que provoca estrés intentar que vuelva a restablecerse el equilibrio.
2. De resistencia, donde existe un proceso de adaptación continuada que proporciona la supervivencia de la persona.
3. De agotamiento, donde la respuesta de adaptación se interrumpe poder llevar a la persona a un proceso de enfermedad.

Respuesta a la Ansiedad y/o agotamiento emocional (diestrés)

Es considerado como el estrés negativo, el cual está categorizado a partir de nivel elevado de estrés, definiéndolo como el “proceso de adaptación continuada que proporciona la supervivencia de la persona” conllevar a niveles de diestrés, donde la respuesta de adaptación se interrumpe poder llevar a la persona a un proceso de enfermedad” (Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008).

Los terapeutas de la conducta han argumentado que si lo importante es ejercer control sobre las diferentes reacciones que supuestamente caracterizan a la respuesta de ansiedad, entonces no es necesario un constructo inferido de lo que es la ansiedad. Se propone un análisis directo de las conductas ansiosas, en términos de sus interacciones funcionales con otros eventos igualmente observables, como las condiciones que de inmediato anteceden y siguen a estas conductas.

Se ha sugerido también que muchas conductas de ansiedad son mantenidas por contingencias de reforzamiento por el ambiente físico y social externo. Esto es claro, por ejemplo, en casos en que ciertos síntomas de ansiedad como llanto, estar preocupado, "dolores de cabeza", etc., proporcionan al individuo ganancias secundarias muy necesitadas como el afecto, atención, tolerancia, perdón, etc. En otras situaciones, sin embargo, la conducta ansiosa parece mantenerse en ausencia de este tipo de reforzamiento o aún bajo condiciones de castigo físico o social como cuando el síntoma produce rechazo, despido de un trabajo, constantes agresiones, crear lo que podría describirse como una actitud "masoquista" (Castanedo, 2008). Así, para muchos individuos el alivio experimentado por la evitación o escape, compensa las consecuencias sociales negativas que a veces operan como castigo a los síntomas de ansiedad.

Agotamiento emocional/ diestrés en profesionales de la Salud

Para Gabriel Roldan (2010), las comunidades terapéuticas aparecen crisis constantemente y parten del trabajo consiste en abordarlas y aprender de ellas. Todos estos factores provocan una tensión permanente que determinan desgaste y un agotamiento de las fuerzas profesionales y los equipos de atención que necesitan nutrirse de cuidados y apoyo para poder hacer su tarea sin caer en desánimo o enfermar. Este tipo de situaciones es común ser enfrentadas por profesionales que brindan servicio social o atención a terceros.

El diestrés de los profesionales en el trabajo cuando padecen de estrés crónico o Burn out, es muy común que enfrenten situaciones tales como síndromes que refieren al agotamiento causado por la excesiva demanda de energías, insuficiencia de recursos e insumos y puede ser causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo del trabajo (Domingo Comas Arnau, 2010).

Freudenberg define como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devolución a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas” (Freudenberg, 1974). No se trata por exceso de agotamiento, es decir, no es algo que pueda curarse por medio de tomar descansos. No se trata solo de cansancio, sino que es una especie de “erosión del espíritu”, que implica una pérdida de la fe en ayudar a otros (Domingo Comas Arnau, 2010).

Para Gabriel Roldan (2010), el cuidado personal es responsabilidad e interés en común con las organizaciones y debe de ser asumido como tal. Sin embargo, es habitual en los profesionales dedicados a la atención un sentimiento de omnipotencia, un “puedo con todo” y mecanismos de defensa como negación, influir en el otro la capacidad de enfermar. En ocasiones el miedo a no verse competente ante la complejidad de la psicopatología presente y las inseguridades a “no ser buen profesional” pueden llevar a curar hechos traumáticos que puedan suceder en el trabajo. Por lo tanto, es necesario generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo de los equipos. Para Arón y Llanos (2004) es prioritario abordar este tema en profesionales de ayuda, que están permanentemente orientados hacia las necesidades de otros y supone un cambio para dirigir la mirada hacia uno mismo y hacia los grupos de trabajo, que son la herramienta fundamental en las relaciones de ayuda (Domingo Comas Arnau, 2010).

Factores estresantes en el trabajo del médico

Una condición o circunstancia en el lugar de trabajo (u otro contexto) que obtiene una respuesta de estrés de parte de los trabajadores. (Nieuwenhuijsen, K, 2012).

Entre ellos (Estréslaboral.info, 2018):

- Sobrecarga laboral
- Acoso laboral: mobbing (maltrato psicológico ó hasta físico en algunas ocasiones) entre compañeros; Bossing entre jefes o superiores.
- Bajo control de emociones
- Elevado nivel de responsabilidad
- Puestos relacionados con atención al público, clientes o usuarios.
- Jornadas laborales o "turnos" demasiado largos.

Efectos Patológicos del Estrés Laboral

¿Qué es estrés laboral?

Desde el punto de vista teórico, nos interesa el estrés psicosocial, que en principio sería el que actuaría en nuestro esquema de vulnerabilidad psicosocial desde el ámbito de la salud y las adicciones, junto con el resto de variables. Como señalan Molina (2008), los términos de estrés psicológico, emocional, socio psicológico o psicosocial pueden ser usados indistintamente, para hacer referencia al estrés generado.

En definición según el artículo del estrés, es un tipo de estrés propio de las sociedades industrializadas, en las que la creciente presión en el entorno laboral puede provocar la saturación física o mental del trabajador, generar diversas consecuencias que no sólo afectan a su salud, sino también a la de su entorno más próximo (Estréslaboral.info, 2018). Entre el concurso de un acontecimiento estresante y sus consecuencias existe un periodo crítico. Hay determinados acontecimientos vitales que pueden actuar de una forma inmediata y otros, los llamados predisponentes, son los que generan una vulnerabilidad más específica en la aparición de distintos problemas de salud (Maercker, 2004).

Consumo De Sustancias

El consumo de sustancias es considerado como el hábito de ingesta de cualquier sustancia química y/o psicoactiva, diseñada para generar dependencia a cualquier organismo que la ingiera, sin fines medicinales, únicamente recreativos. Varios estudios han evidenciado cómo el consumo de drogas por usuarios produce un fuerte impacto, que se extiende a familia y compañeros de trabajo que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral. Por tanto, es un problema que no sólo afecta al consumidor, sino también al ambiente laboral y la eficacia de una empresa.

Para fomentar la seguridad y salud en el lugar de trabajo, los empleadores, aisladamente o en colaboración con los trabajadores y con los representantes de éstos, o bien las solas organizaciones de trabajadores, deberían llevar a cabo programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas. Tales programas deberían estar destinados a todos los trabajadores y contener informaciones sobre los efectos físicos y psicológicos del consumo de alcohol y de drogas. (Nieuwenhuijsen, K, 2012).

La etiología del consumo de sustancias

Usualmente se limita la etiología a factores hereditarios, individuales, familiares, escolares, pero es aquí donde más ampliamente se expresa el factor social en la reducción de la demanda, porque el mismo puede influir de gran manera en el desarrollo de la enfermedad.

El mejor tratamiento para cualquier enfermedad y ampliamente comprobado en la que nos atañe es la prevención, específicamente la evitación del primer contacto del usuario con la conducta adictiva, después de ocurrir este primer paso, cualquier cosa puede suceder, por lo que se necesita un sistema social que priorice la medicina preventiva, que mantenga una gran intersectorialidad y trabajo mancomunado tanto de las Instituciones Gubernamentales, como No Gubernamentales para tener programas preventivos que funcionen a nivel comunitario, en los centros educacionales, centros laborales y, por supuesto, y principalmente a nivel familiar, para lo cual se deben crear las condiciones para

que la información y la metodología, así como los recursos humanos y los espacios donde los padres puedan acudir a solicitar ayuda y orientación.

El enfrentamiento a la problemática debe ser desarrollo de una unidad de muchas instituciones y organismos que apoyen en primer lugar la prevención, con acciones conjuntas y bien organizadas que eviten el primer contacto hombre (niño/adolescente) y conducta adictiva. Debe prevalecer un marco social que propicie el pleno desarrollo de la familia y el establecimiento de sólidas comunidades con planes específicos de prevención donde se prioricen los estilos de vida saludables y el debido uso del tiempo de ocio. Toda esta parte apoyada en un trabajo sólido y mantenido con vistas a lograr la Reducción de la Oferta. (Gárciga Ortega, 2013).

Prevención hacia el consumo de sustancias en colaboradores

En prevención posee una visión que abarca los orígenes o génesis de las patologías como lo son las adicciones hoy en día. Este mismo se abarca desde un enfoque biológico, psicológico y social. Lo cual permita que los individuos o trabajadores posean y creen conciencia de un mayor control de su propia salud. Por su efectividad, se ve en la necesidad de abarcar una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinado a beneficiar y proteger la calidad de vida de los colaboradores.

Asimismo, los programas de información, instrucción y capacitación sobre el consumo de drogas deberían contener las informaciones de leyes y reglamentos, de aplicación general, o de aplicación específica al lugar de trabajo; informaciones sobre problemas relacionados con las drogas, con la condición; medidas propuestas para prevenir esos problemas; “los servicios disponibles para ayudar a los trabajadores con problemas de alcohol o de drogas, tanto en el establecimiento como fuera de él, en particular los servicios de evaluación y orientación, los programas de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación, y la indicación de la cobertura eventual de tales servicios por el seguro de enfermedad” (Organización Internacional del Trabajo , 1996).

En 1996, OIT escribió que para la identificación de los trabajadores que experimentan problemas relacionados con el alcohol y otras drogas. Es necesario la autoevaluación del trabajador, sensibilizado por programas de información, instrucción y capacitación; la identificación oficiosa hecha por amigos, familiares o colegas del trabajador que experimenta aparentemente ese tipo de problemas y a quien le proponen busque ayuda; la identificación oficial hecha por el empleador, que puede comprender los análisis. No obstante, se deberían llevar a cabo programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas. Tales programas deberían estar destinados a todos los trabajadores y contener informaciones sobre los efectos físicos y psicológicos del consumo de alcohol y de drogas.

Niveles de Prevención del consumo en el ámbito laboral

Según la OIT (2011), en un artículo publicado en México, se consideró la importancia de los lineamientos de la prevención y atención de las adicciones en el ámbito laboral, el cual describe los niveles de programas de prevención ante el riesgo del consumo de sustancias, la cual es considerable determinar en qué nivel se encuentra la organización para implementarlo de acuerdo a sus necesidades, de esto dependerán las estrategias y normativas para anticipar más daños de los ocurridos.

Estos tres niveles fueron (OIT, 2011):

1. **Prevención universal.** Se dirige a la población en general o a un amplio grupo de personas que no están identificadas a partir de un riesgo individual. Estos programas tratan de fomentar habilidades para la vida y clarificar los valores, con el fin de impedir o retrasar la edad de inicio en el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas.
2. **Prevención selectiva.** Está dirigida a personas que pueden ya haber reportado consumo, aunque sea esporádico o circunstancial, pero que pueden estar en riesgo de presentar un consumo cada vez mayor y, en consecuencia, adquirir una adicción. Su acción se basa en evitar el consumo problemático de las sustancias psicoactivas.
3. **Prevención indicada.** Dirigida a personas que ya han mostrado indicios de consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas de conducta asociados (bajo rendimiento escolar o laboral, ausencias en clases o en el trabajo, agresividad, etc.). Entre los objetivos que se pretenden cumplir con la prevención destacan:

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Limitar el número y el tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar la transición del uso de sustancias hacia el abuso y dependencia.
- Disminuir las consecuencias del consumo entre quienes consumen o quienes ya tienen problemas de abuso o dependencia.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Alternativas de Apoyo Prevención De Consumo

Terapias de habilidad de enfrentamiento al estrés:

Estas estrategias son más heterogéneas que las de reestructuración cognitiva. Entre ellas, algunas ya mencionadas, se incluyen: la desensibilización modificada de Goldfried (1971), el entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson (1971), la modificación cognitiva de Meichenbaum (1972), la terapia dinámica de conducta de Feather y Rhoads (1972), la inoculación de estrés de Meichenbaum y Cameron (1982), el modelado cognitivo de Meichenbaum (1971) y, por último, el modelado encubierto de Kazdin (1973, 1978). (Castanedo, 2008).

Estos procedimientos surgidos, en principio, para modificar trastornos de ansiedad se han extendido a otras problemáticas, generadoras de estrés, por ejemplo, el dolor. Su intención es entrenar al paciente en ciertas habilidades, para que las utilice en futuras situaciones generadoras de ansiedad, por muy variadas que pudieran ser. Estos métodos que, como se ve, nacieron casi al mismo tiempo, a principios de los años setenta, en parte independientes unos de otros, pueden dividirse en dos apartados: a) métodos más o menos semejantes a la desensibilización sistemática; y b) métodos que empalman el empleo del moldeado con el ejercicio de las capacidades de enfrentamiento. Entre ellos, destaca por sus polifacéticas características la inoculación de estrés, el único que mencionaremos como ejemplo paradigmático.

Otro tipo de terapia es la inoculación de estrés, la cual consiste en un procedimiento específico de Meichenbaum y Cameron (1982) y de Meichenbaum y Turk (1976, 1980), para dominar las situaciones de estrés. No se trata del dominio de miedos concretos, sino de una estrategia de tipo general. Su característica principal consiste en el reconocimiento rápido de la situación problemática y en el dominio de la misma, a través de las medidas cognitivas y motoras.

El entrenamiento se concibe en tres fases. La primera fase educacional comienza con un amplio análisis del problema, atender, en especial, a lo que el paciente se dice a sí mismo en una situación crítica y a los pensamientos e imaginaciones que le pasan por la cabeza. Una vez analizado el problema, el terapeuta aclara al paciente sus miedos, a base de una teoría explicativa, acomodada a los hechos y situación concreta del sujeto.

También existente las terapias enfocadas en la solución de problemas. De acuerdo con los autores D`Zurilla y Goldfried (1971), apoyándose en Skinner (1953) y Davis (1966), definen como problemática una situación, cuando no se dispone de inmediato de una respuesta alternativa y efectiva, para enfrentarse a ella. La solución de problemas es un tema preferente en psicología cognitiva. Entendidos dentro de este campo, los problemas tienen tres componentes comunes: 1) un punto de partida insatisfactorio; 2) un estado final

positivo; y 3) una barrera que impide el paso del punto de partida al estado final. Las características de los problemas y de su solución, dependen, tanto del tipo de barrera, como del ámbito real del problema. Apoyándose en este hecho, (Dörner, 1979) clasifica los problemas, según las barreras (Castanedo, 2008).

Para finalizar, también están tratamiento terapéutico enfocado en el entrenamiento de auto control emocional, según (Kanfer, 1975), como una secuencia con diversos estadios. El primero corresponde al auto observación de la propia conducta. El segundo se centra en la comparación entre lo que el individuo hace y lo que debería hacer. Éste aprende a discriminar. El tercero se dedica al respeto propio, dirigido a elevar la motivación. La característica principal del autocontrol se centra en el hecho de que el paciente tome en sus manos las funciones terapéuticas. Los métodos más importantes son la auto observación, el auto refuerzo y el autocastigo (métodos del control de contingencias), el control de estímulos y el contrato (Castanedo, 2008). Y las enfocadas a desarrollar la habilidad de “residencia del estrés” se define (Luthar y otros, 2000) como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva a u contexto de gran adversidad” (DeNicola Alfonso; Dorado Guillermo).

Como atributo personal la adaptación requiere de recursos internos y de sus habilidades que le permiten relacionarse positivamente con las circunstancias que lo rodean. Habitualmente se enfatizan los factores de riesgo y la manera de evitarlos, pero el nuevo concepto de resiliencia enriquece el afrontamiento de las situaciones adversas, con un modelo de prevención y promoción basado en las potencialidades y los recursos que el individuo tiene o puede desarrollar y que le permite interactuar en la ecología ambiental, permitir el proceso de adaptación resiliente que promueva mejor una calidad de vida laboral (infante, 2001).

Estas características individuales se transfieren al grupo (equipo) y a la comunidad, de tal manera que el enfoque de resiliencia permite que la promoción de la calidad de vida sea una labor colectiva y multidisciplinaria.

Las potenciales capacidades para desarrollarse y alcanzar niveles aceptables de salud y bienestar, permiten tolerar, manejar y aliviar las consecuencias psicológicas fisiológicas conductuales y sociales provenientes del contexto organizacional estresante (DeNicola Alfonso; Dorado Guillermo).

Capítulo III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Sujetos

El presente trabajo de investigación abarcó a un grupo de estudiantes que cursan la residencia en cualquier año de postgrado, y especialidades de cirugía, otorrinolaringología y medicina interna del Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y Roosevelt, ambas instituciones públicas del área Metropolitana de la ciudad de Guatemala. Las edades comprendidas entre 24 a 40 años, quienes laboran en asistencia de salud pública, con horarios mixtos. Siendo un total de muestra de setenta y cinco (75), médicos residentes participantes.

3.2 Instrumentos:

3.2.1 Consentimiento informado

Herramienta utilizada mediante el cual se garantizó la participación del evaluado, en dicho documento se expresa voluntariamente la intención de participar en el estudio, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos de la investigación, lugar, persona encargada, y sobre todo el derecho de confidencialidad e informar que todos los instrumentos eran anónimos.

3.2.2 Inventario de estrés de Wolfgang y consumo de sustancias

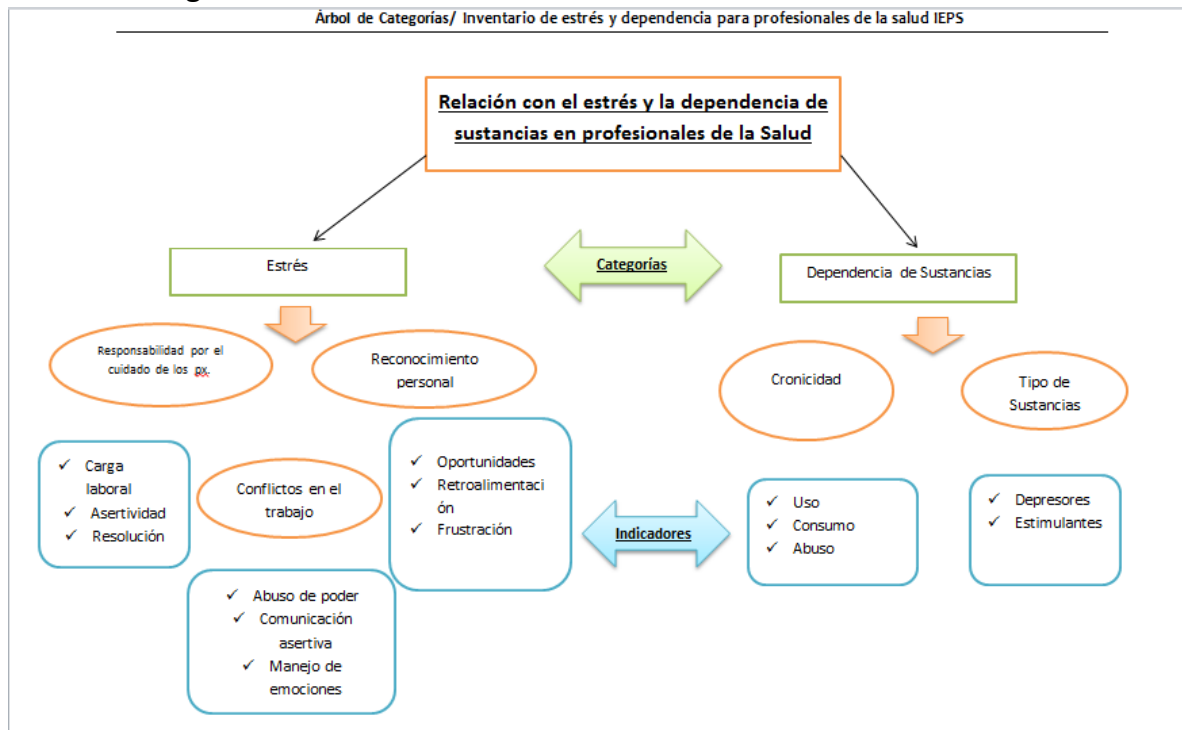
Escala estrés de Alan P. Wolfgang (2014), la presente herramienta fue diseñada para evaluar “**estrés laboral**” para profesionales de la salud, incluye aquéllas que son específicas del trabajo de los médicos, por ello fue validado y aplicado en 724 residentes y adscritos de siete hospitales de la Ciudad de México. El estrés evaluado en los médicos, el promedio y los niveles estuvieron por arriba de lo referido en otras investigaciones (Palacios Nava, Martha; Morán Álvarez, Isabel; Paz Román, Maria del Pilar, 2014). El inventario consta de treinta preguntas, sin embargo, se tomaron en cuenta veinte y dos de ellas (preguntas de 1-22), las cuales eran las que más se asemejaban al contexto nacional.

Con respecto a la medición en “**consumo de sustancias**”, se incluyeron interrogantes en cuanto a la frecuencia de consumo, tipo de sustancias y consecuencias en cuanto al uso de sustancias, estas al igual que el inventario eran ponderadas de 0-4 puntos bajo la Escala de Likert; esto con el fin de asignar un valor y determinar porcentajes en cuanto a los resultados obtenidos. Estas se encontraban en la segunda parte del cuestionario (preguntas de 22-30), presentar un total de ocho preguntas con ellas se completaban con un total de treinta interrogantes.

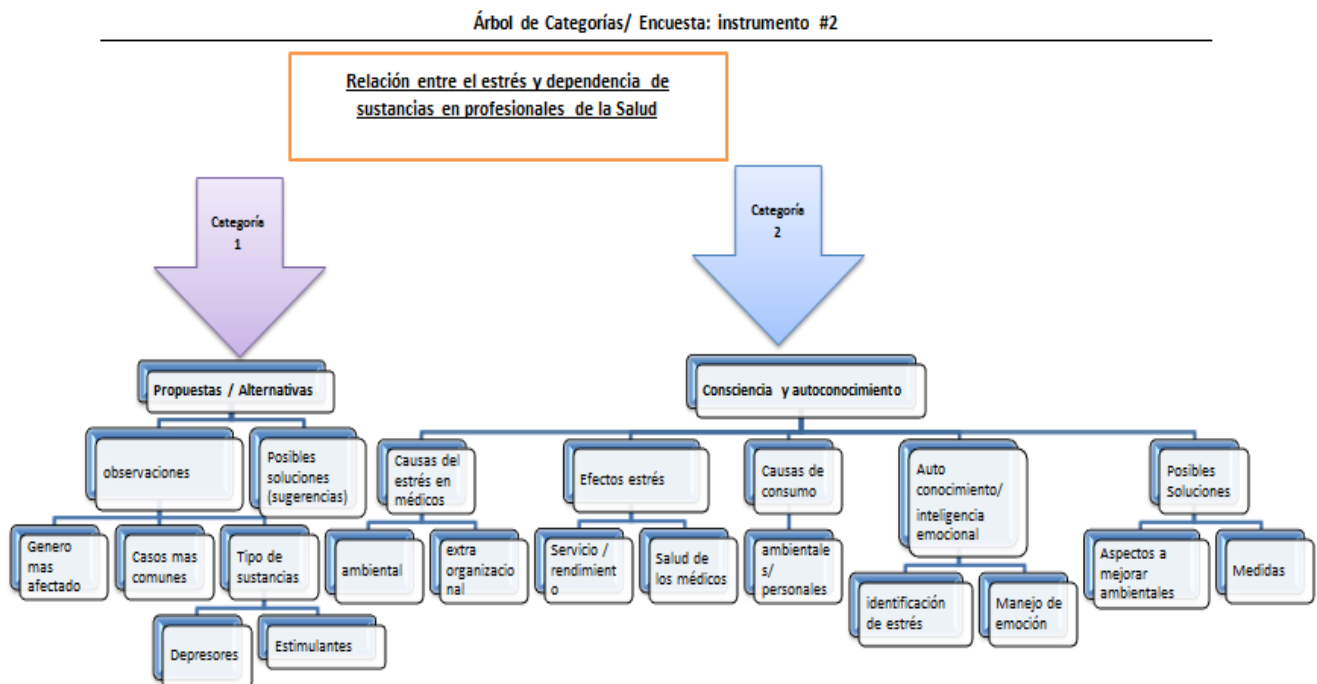
3.2.3 Cuestionario

En este instrumento se articulan diez preguntas contar con un apartado abierto para comentario extra; estas preguntas las cuales se presentaron categorías y opciones de respuestas previamente delimitadas; esto con el fin de que el evaluado fuera a seleccionar las opciones acorde al criterio personal; en total siete de ellas se establecieron de esa manera y las últimas tres no se delimito ninguna alternativa las cuales fueron de naturaleza preguntas abiertas.

Árbol de categorías: instrumentos



Árbol de categorías: instrumento #2: Cuestionario



Procedimiento de investigación (tabla de actividades)

Dentro de las actividades que se gestionaron para obtener los datos y recopilación de información, se tomaron en cuenta aspectos de logística ante la autorización de visita de campo y aplicación de instrumentos; asimismo, aspectos en cuanto a insumos necesarios bajo los lineamientos requeridos por la institución, al igual cada actividad fue realizada con un fin de acuerdo a los objetivos planteados para el estudio de investigación.

Actividades	Recursos	Objetivo
<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de carta de autorización para aplicar instrumentos en ambas instituciones.• Llamadas telefónicas y presentación personal e intención del estudio.• Diseño de instrumentos• Aplicación de instrumentos	Humanos Hojas computadora, impresora, fotocopiadora lapiceros	<i>Medir la relación entre consumo y diestrés en médicos residentes</i>
<ul style="list-style-type: none">• Visita de campo• Observación• Entrevista con superiores encargados y estudiantes disponibles	Humanos Cuaderno de apuntes Lapicero	<i>Identificar aspectos relacionados con las condiciones laborales.</i>
<ul style="list-style-type: none">• Investigar y revisión de estudios realizados recientes tanto nacionales como en otros países• Interpretación y análisis de resultados en cuestionarios aplicados	Humanos Computadora Internet	<i>Evaluar la eficacia de las medidas tanto preventivas como correctoras de estas situaciones de desgaste profesional.</i>

Diseño y metodología estadística

La presente investigación se basó en un análisis estadístico por medio de la estandarización de porcentajes y gráficas; el diseño contempla una medición cuantitativa para determinar la relación y/o correlación entre ambas variables por medio de escala e inventario para de medición de niveles de estrés y consumo de sustancias (las dos principales variables). El análisis de la información es por medio de matrices y/o tablas que reflejan los resultados finales, extraer de ellos los más relevantes y de mayor impacto, agregar una descripción en cuanto al significado de cada cifra.

Capítulo IV

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.

Dentro de los instrumentos de medición fueron diseñados y moldeados en cuanto cálculo de las variables planteadas de interés para el estudio, el cual permitió realizar análisis de comparación e interpretación de los resultados. Cada pregunta iba destinada a una variable, con el propósito de cuantificar aspectos cualitativos, presentado así un estudio mixto. A continuación el detalle de cada ítem o variable e instrumento por el cual se obtuvieron los derivaciones y categorías deseadas.

Cuadro de medición según variables y árbol de categorías

Variable	Interrogantes utilizadas	Instrumento
DIESTRÉS Y CONSUMO: Relación entre los niveles de diestrés y uso/consumo de sustancias psicoactivas en los médicos; y niveles prevalentes en ambas variables.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento # 1: Preguntas de la 1-30. • Instrumento 2: Preguntas 6,5. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Wolfgang (estrés) y consumo (instrumento #1) • Cuestionario (instrumento #2)
DIESTRES Principal estresor en médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento #1: Preguntas de la 1-22. • Instrumento #2: 1,2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Wolfgang (diestrés)(instrumento #1: preguntas 1-21) • Cuestionario (instrumento #2)
CONSUMO DE SUSTANCIAS: Principal causa de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento #2: 4, 9. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario (instrumento #2)
DIESTRES Principal efecto diestrés	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento #2: 3 y 8. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario (instrumento #2)
CONSUMO DE SUSTANCIAS: Principal efecto de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento #2: 4 y 6. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario (instrumento #2)
CONSUMO DE SUSTANCIAS: Sustancia más prevalente en médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento #1: 23 y 24. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de consumo (instrumento #1: preguntas 23-30)

4.1 Presentación De Resultados Instituciones

4.1.1 Institución #1: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social- IGSS-

La población evaluada y total de la muestra de esta institución fue de treinta y nueve (39), residentes de las especialidades de cirugía y otorrinolaringología, en su mayoría estudiantes de cirugía. En cuanto a datos demográficos, los participantes fueron en la mayoría (85%) de sexo masculino; entre las edades de 24-40 años, con escolaridad grado de estudios en postgrado, estado civil solteros en su mayoría (85%), quienes laboran y realizan sus prácticas a la vez en la presente institución.

Entre los datos más relevantes, mayor de la cuarta parte de la población (38%) encuestada mostro relación entre los niveles de estrés y consumo de sustancias; es decir que de ellos la mitad de esa población mostró estar en riesgo al presenta diestrés y en efecto consumo de sustancias en niveles “moderado”. Es decir, que dos residentes de cada diez el nivel de estrés es un factor de riesgo y unas razones es un elevado nivel de consumo.

En cuanto a los estresores de mayor incidencia en este grupo de residentes; los resultados determinaron que el primero de todos, es el no tener suficiente personal para proveer adecuadamente los servicios necesarios; el segundo, es el tener suficiente trabajo y no tener la seguridad de que este bien hecho, es decir, sobresalen sentimientos de inseguridad en lo que realizan a causa de gran cantidad labores y no calidad; y el tercero que se resalta, es el contar con demasiadas obligaciones o trabajo que le causan conflicto con su vida personal y familiares. Esto en efecto, son tres indicadores que repercuten en la variable de responsabilidad por el cuidado del paciente, es decir, se refleja en la carga laboral y servicio.

Así también, cuando se les cuestionó por medio de la encuesta (instrumento 2, véase en anexos) (pregunta directa 1 y 2); de las causas que generaba más estrés entre ellos, la mitad de ellos respondieron que era en efecto “largas jornadas laborales”. También agregar que más de la cuarta parte de la población (30%) encuestada, refirieron que los efectos del alto diestrés tiene repercusiones en rendimiento y mal servicio a pacientes; sin embargo, algunos de ellos, estuvieron de acuerdo que el consumo de sustancias es provocado por el desgaste profesional. Es importante mencionar que cinco de diez residentes evaluados, admitieron que el consumir sustancias ayuda a disminuir los síntomas del estrés.

En cuanto a las procedencias de consumo, con base a los resultados obtenidos por la encuesta (instrumento 2, véase en anexos), el cinco de diez residentes, indicaron que la principal causa de sustancias es el inadecuado manejo de emociones muchas veces a causa

de los problemas laborales. En relación entre los ambos instrumentos, escala y encuesta, ambos resultados entran en congruencia, ya que la mayoría estuvo de acuerdo que los mayores estresores son las extensas jornadas laborales y la sobrecarga laboral.

Entre otras de las variables que se midieron, con respecto a las sustancias más consumida por los residentes; en primer lugar, lo ocupa el Alcohol y segundo lugar el Tabaco, ambas sustancias son caracterizadas por sus efectos depresores, a nivel químico cerebral, disminuye momentáneamente alta demanda de cortisol y glucosa en torrentes sanguíneos de los organismos estresados. Con respecto al consumo de drogas ilegales se mencionó únicamente el Cannabis, igualmente caracterizada como depresor. Continuar con la variable de consumo, el dato relevante es que el bajo porcentaje (28%) de residentes, admitió haber consumido drogas ilegales a lo largo de sus vidas.

Resultados Generales

1. **Variable:** Relación entre los niveles de diestrés y uso/consumo de sustancias psicoactivas en los médicos; y niveles prevalentes en ambas variables.

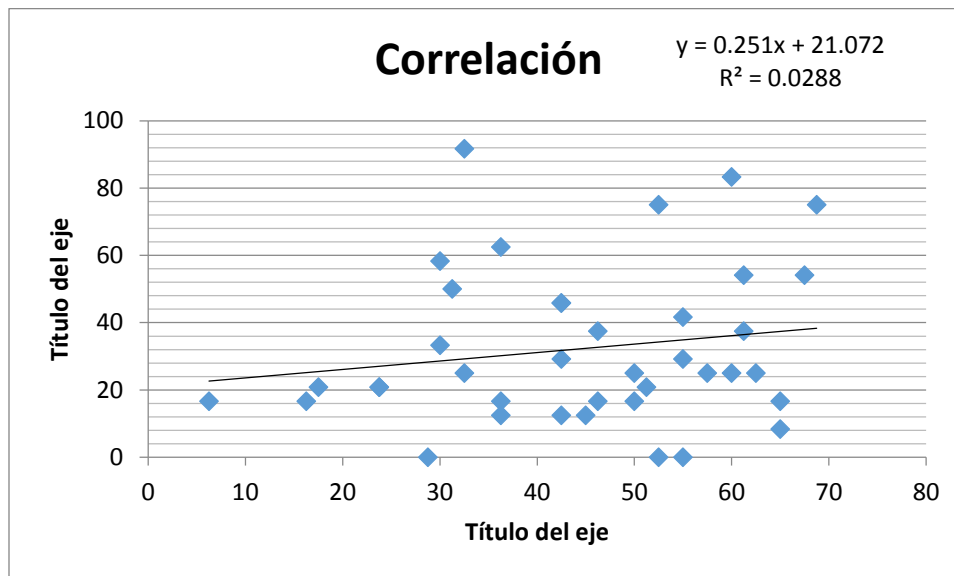
Pregunta: ¿Existe una relación entre los niveles de diestrés y uso/consumo de sustancias psicoactivas en los médicos?

Instrumento: Inventario de Nivel de Estrés y Consumo.

	ESTRÉS	CONSUMO
ESTRÉS	1	
CONSUMO	0,16961	1

TOTAL	15
% POBLACIÓN (39 RESIDENTES)	38

CORRELACIÓN POSITIVA NULA



Fuente: instrumento # 1: Inventario Wolf (anexos)

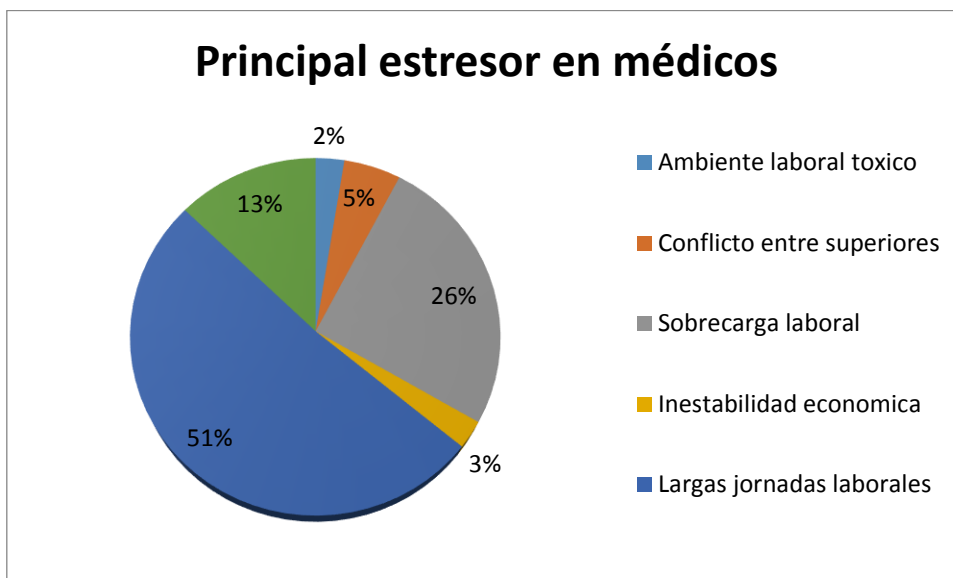
Cuatro de diez residentes mostró relación entre los niveles de estrés y consumo de sustancias; de dicho porcentaje la mitad de ellos reflejó presentar diestrés y en efecto consumo de sustancias niveles altos. En cuanto a la población en general, los resultados presentan una **correlación positiva**, ya que se establece bajo porcentaje en cuanto la relación entre ambas variables; en cuanto al promedio de los resultados obtenidos de esta institución, marca un nivel “Medio” en estrés y en consumo “bajo”; a lo que se deduce que, aunque se presenten mayores niveles de diestrés no determina un alto consumo o dependencia de sustancias.

2. **Variable:** Principal estresor en médicos.

Pregunta: ¿Cuál es su principal estresor laboral?

Instrumento: Inventario de Nivel de Estrés y Consumo; y cuestionario (fuente de elaboración propia).

CAUSA DE ESTRÉS	No. Personas
Ambiente laboral toxico	1
Conflicto entre superiores	2
Sobrecarga laboral	10
Inestabilidad económica (bajos salarios)	1
Largas jornadas laborales	20
Responsabilidad de los pacientes	5
TOTAL	39



Fuente: instrumento #2 (pregunta 1 y 2) adjunta en anexos.

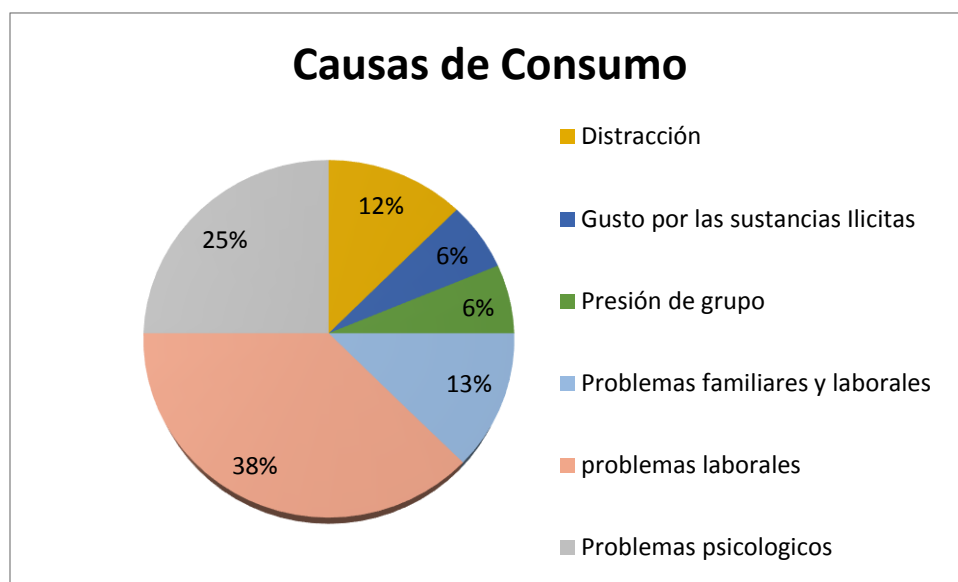
En relación entre los ambos instrumentos, escala y encuesta, ambos resultados entran en congruencia, ya que la mayoría estuvo de acuerdo que los mayores estresores son las extensas jornadas laborales y la sobrecarga laboral. Con respecto a los estresores de mayor incidencia en médicos residentes es el no contar con suficiente personal para proveer adecuadamente los servicios necesarios, esto en efecto, genera en ellos sentimientos de sobrecarga, desgaste e insuficiencia de reconocimiento profesional; conllevar la mayoría de veces a daños en la salud física, mental y laboral. Tal como mencionaba Nieuwenhuijsen. K (2012) , una condición o circunstancia en el lugar de trabajo (u otro contexto) que obtiene una respuesta de estrés de parte de los trabajadores.

3. **Variable:** Principal causa de consumo

Pregunta: ¿Cuál es la principal causa de consumo en médicos?

Instrumento: Cuestionario (instrumento 2) (fuente de elaboración propia).

CAUSA DE CONSUMO	No. Participantes
Bajo control de emociones	21
Cansancio	1
Deseo de salir	1
Distracción	2
Gusto por las sustancias Ilícitas	1
Presión de grupo	1
Problemas familiares y laborales	2
problemas laborales	6
Problemas psicológicos	4
TOTAL	39



Fuente: instrumento#2 cuestionario (pregunta 4), adjunta anexos.

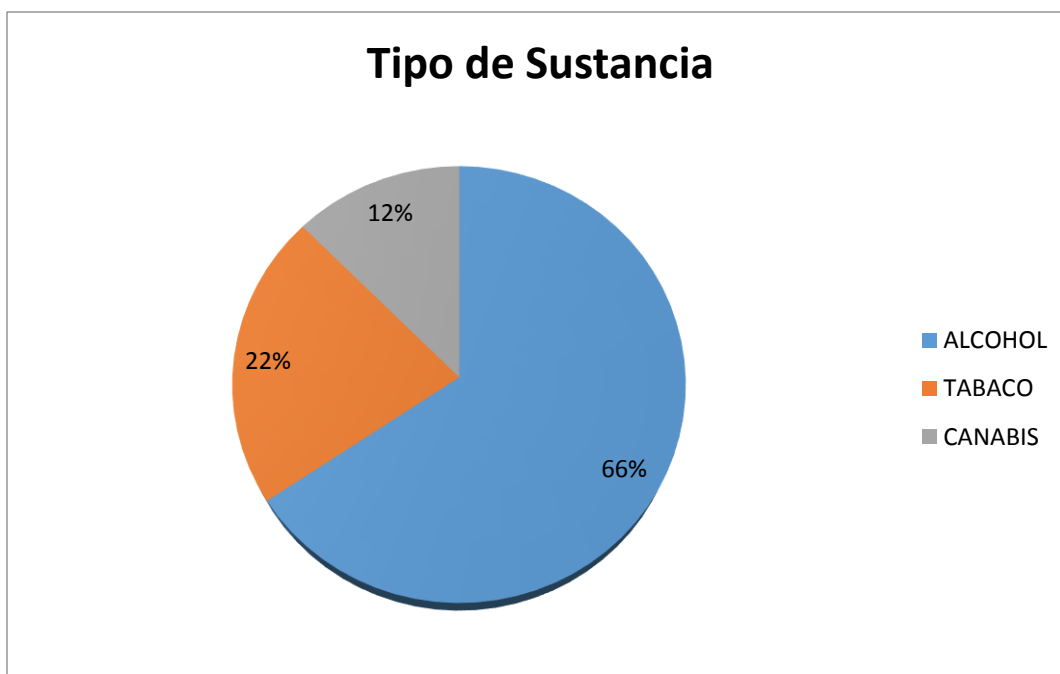
Las causales de consumo, la mitad de la población refiere que por medio del auto control de emociones se lograría un bajo o nulo consumo. Sin embargo, cuatro de diez estudiantes refirieron que las causantes son externas al control personal e influyen más aquellas como el distraerse o relajarse, huir del cansancio, o en ocasiones la presión de grupo entre colegas. Es importante mencionar, que en la pregunta proyectiva (pregunta 6, instrumento #2), cinco de diez residentes evaluados admitieron consumir sustancias para disminuir síntomas del estrés. Los autores la definen como “la capacidad de controlar los sentimientos propios y de los otros, discriminarlos y usar esa información para guiar el pensamiento y las acciones de uno mismo”.

4. **Variable:** Sustancia más consumida

Pregunta: ¿Qué sustancias son más prevalentes en médicos residentes?

Instrumento: Escala de consumo (instrumento 1) (fuente de elaboración propia).

TIPO DE SUSTANCIA		
Sustancia	Cantidad	%
ALCOHOL	21	54
TABACO	7	18
CANABIS	4	10
Otras	7	10
TOTAL	39	



Fuente: Escala de estrés Wolfgang (instrumento #1) (pregunta 22 y 23) adjunto anexos.

La sustancia más consumida en los residentes es el alcohol; y el segundo lugar lo toma el tabaco, ambas sustancias son caracterizadas por sus efectos depresivos, a nivel químico cerebral, disminuye momentáneamente alta demanda de cortisol y glucosa en torrentes sanguíneos de los organismos estresados. Con respecto al consumo de drogas ilegales la más común es el cannabis, igualmente caracterizada como represor

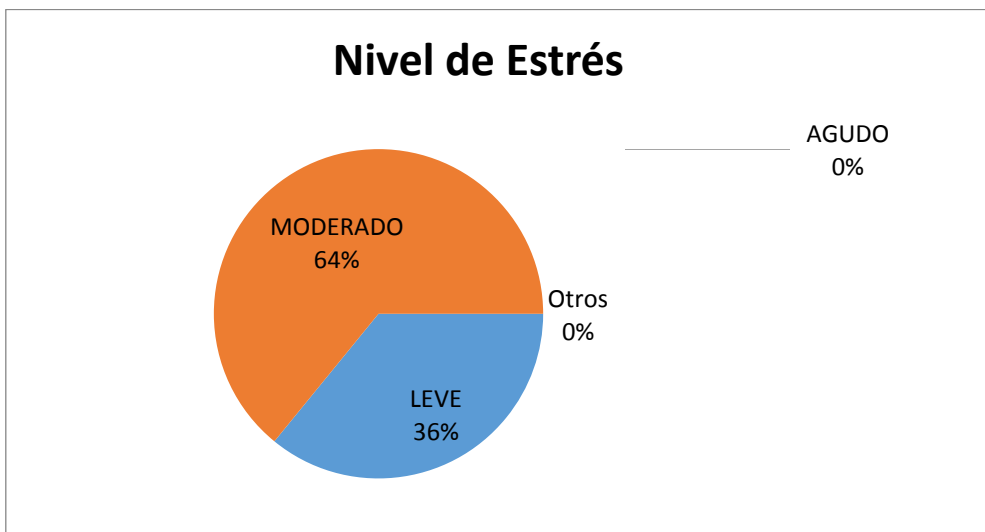
En sugerencia a futuras investigaciones puedan tomarse encuentra aspectos de automedicación por el acceso que los médicos tienen a ellas, tomar en cuenta que las sustancias como los opiáceos u otros medicamentos se encuentran en disposición a ellos sin un previo diagnóstico.

5. **Variable:** Niveles de estrés

Pregunta: ¿Qué nivel de estrés manejan los médicos estudiantes?

Instrumento: Escala de consumo (instrumento 1) (fuente de elaboración propia).

NIVEL DE ESTRÉS		
NIVEL	PARTICIPANTES	%
LEVE	14	36
MODERADO	25	64
AGUDO	0	0%
TOTAL	39	100



Fuente: Escala de estrés Wolfgang (instrumento #1) , adjunto anexos.

Partir de estos resultados y de los efectos del desgaste profesional, se describe la población en riesgo que padece del nivel de estrés de resistencia y /o moderada marca un resultado aproximado que entre cinco y seis de diez residentes padece de este nivel de estrés moderado caracterizado por ser un nivel “alto medio”, conocida como la etapa inicial del diestrés.

4.1.2 Institución #2: Hospital Roosevelt

La población evaluada y total de la muestra en esta institución treinta y seis (36), residentes de la especialidad de medicina interna. Dentro de los datos demográficos, los participantes fueron la mitad de la población de sexo masculino; entre las edades de 25-34 años. Con escolaridad de licenciatura, estudios en postgrado, estado civil soltero en su mayoría (94%), quienes laboran y realizan sus prácticas a la vez en el presente centro de salud público.

Entre los datos más relevantes, tres de cada diez residentes mostraron una relación entre los niveles de estrés y consumo de sustancias, de ellos, cuatro de cada diez presentaron como una población en riesgo en cuanto a sus niveles en diestrés y en efecto los niveles de consumo de sustancias fueron altos. Es decir, que en general de los residentes, solo uno de cada diez residentes, presentaría diestrés (estrés negativo) y consumo moderado. En cuanto a la relación de ambas variables es importante resaltar que en esta institución el promedio más alto en cuanto a los porcentajes en estrés es, mientras el consumo es leve, lo que demuestra que la correlación es relativamente baja en cuanto a estos resultados.

En relación a los estresores de mayor incidencia en la presente institución, con base a los resultados del inventario Wolfgang (instrumento1), como primer estresor, es la baja cantidad de personal de apoyo para ellos, lo que provoca una perspectiva de un insuficiente servicio para la demanda que se reciben en este centro; el segundo estresor, es el tener suficiente trabajo y no contar con la seguridad de que este “bien hecho” (falta de retroalimentación de parte de superiores). Y tercer estresor, es el tratar de liderar con las dificultades o situación de los pacientes, lo cual ha generado sentimientos de incomodidad al residente ya que aspectos de la realidad de ellos sale de las manos de los profesionales y atrasa los tratamientos. Cuando se les cuestionó (instrumento 2, véase en anexos) la razón del estrés en ellos; cinco de diez residentes respondieron que era a causa de las largas jornadas laborales, lo que les provoca más agotamiento y/o cansancio. Esto en efecto, son indicadores que direcciona a la categoría de la “responsabilidad” y compromiso que se debe cuidado del paciente.

Dentro de las causales de consumo, la mitad de la población refirió que por medio del auto control de emociones se disminuye el consumo. Mientras que el personal restante (46%) refieren las causantes son externas al control personal, ellos mayor peso a que los problemas laborales, psicológicos, cansancio, presión de grupo son más influyentes para el consumo. En cuanto a los comentarios obtenidos indicaron que: las sustancias ayudan a relajar y a distraerse cuando se salen de una larga semana laboral. Esto en análisis estadístico se deduce que cada dos de diez residentes acude al consumo para aliviar malestar emocional. Entre otras de las variables que se midieron, con respecto a las sustancias más consumidas por los residentes, que su mayoría es el alcohol y tabaco; dentro de las sustancias ilegales es el cannabis; dichas sustancias son caracterizadas por sus efectos depresores. Continuar con la variable de consumo, el dato relevante es que el 75% admitió haber consumido drogas ilegales a lo largo de sus vidas.

En relación entre los ambos instrumentos, escala y encuesta, ambos resultados entran en congruencia, ya que la mayoría estuvo de acuerdo que los mayores estresores y causales del consumo son las extensas jornadas laborales y bajo manejo de emociones para el uso de sustancias, los cuales son considerados como los productores principales.

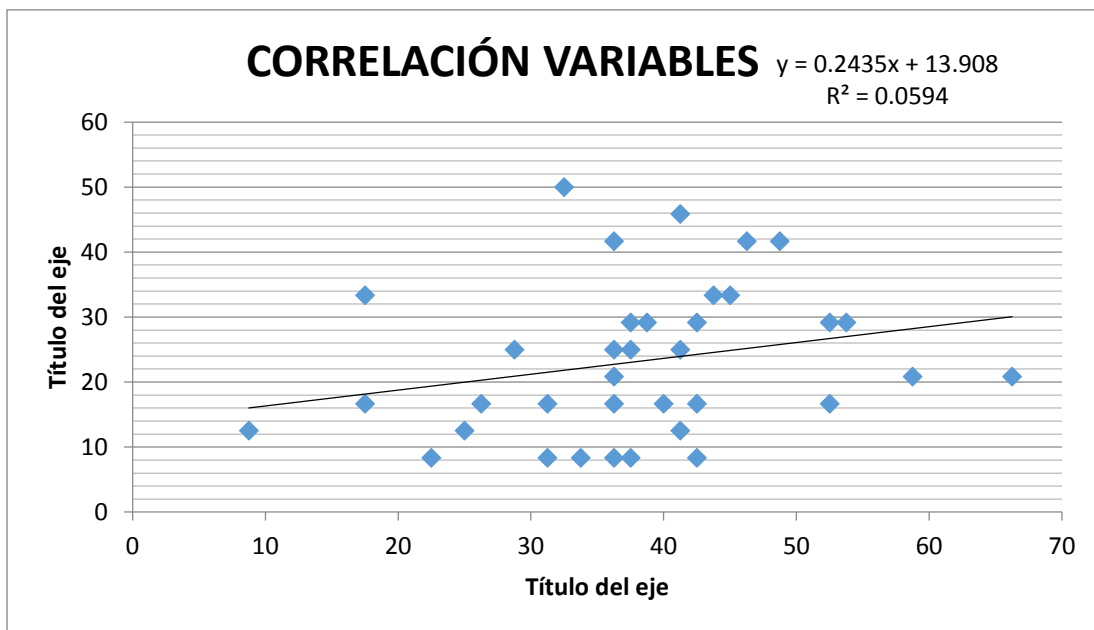
Institución #2: Hospital Roosevelt

1. **Variable:** Relación entre los niveles de diestrés y uso/consumo de sustancias psicoactivas en los médicos; y niveles prevalentes en ambas variables.

Pregunta: ¿Existe una relación entre los niveles de diestrés y uso/consumo de sustancias psicoactivas en los médicos?

Cuestionario: Inventario de Nivel de Estrés y Consumo.

	<i>ESTRÉS</i>	<i>CONSUMO</i>
<i>ESTRÉS</i>	1	
<i>CONSUMO</i>	0.243642	1
<u>Correlación Positiva Baja</u>		



Fuente: instrumento # 1: Escala de estrés Wolfgang (instrumento #1)

Cuatro de cada diez residentes encuestados mostraron relación entre los niveles de estrés y consumo de sustancias, de ellos el 31% reveló ser una población en riesgo al presentar diestrés y en efecto consumo de sustancias en niveles “altos” en comparación de los demás. Con base a estos resultados se logró determinar una **correlación baja positiva**, es decir, se está por iniciar una relación de ambas variables, pero se pone en tela de juicio que el diestrés es un detonante para el consumo.

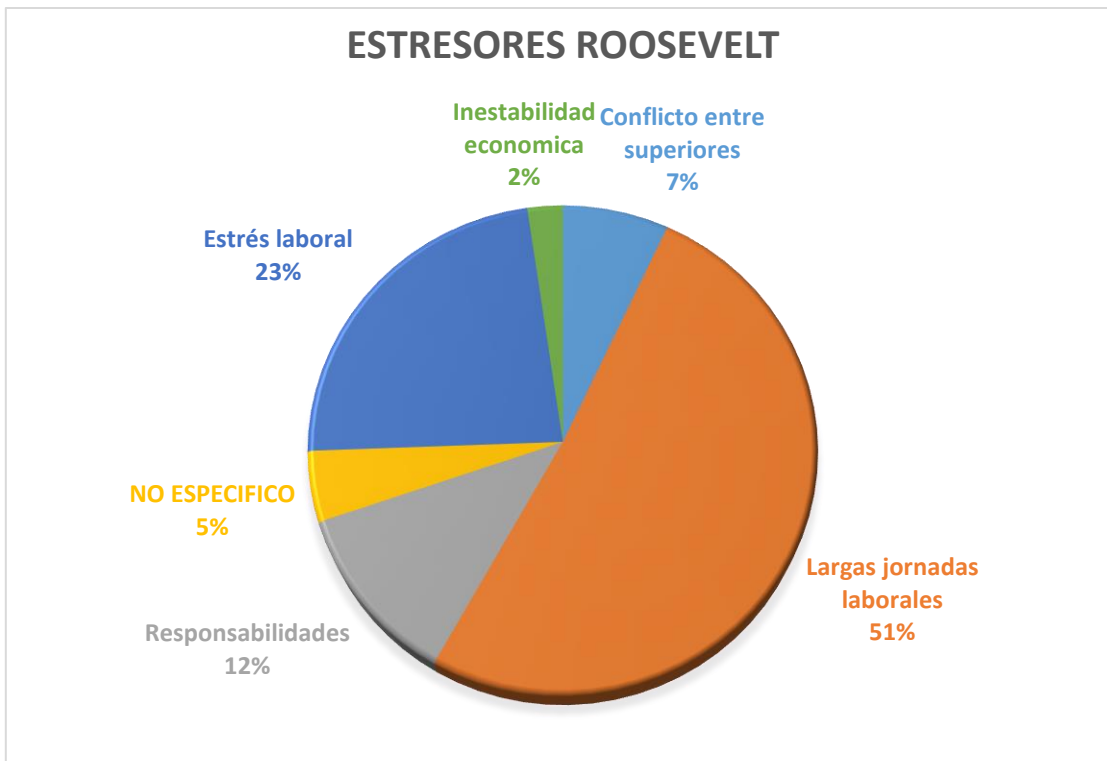
En esta institución el promedio de porcentaje en estrés es de 38% nivel “moderado” en estrés y consumo el promedio es de 23% nivel “leve”.

2. **Variable:** Principal estresor en médicos.

Pregunta: ¿Cuál es el principal estresor laboral?

Instrumento: Inventario de Nivel de Estrés y Consumo; y cuestionario (fuente de elaboración propia).

Causas de Estrés	No. Personas
Conflicto entre superiores	3
Largas jornadas laborales	22
Responsabilidades	5
NO ESPECIFICO	2
Estrés laboral	10
Inestabilidad económica	1



Fuente: instrumento #2 (pregunta 1 y 2) adjunta en anexos.

La mitad aproximada de la población encuestada respondió que era a causa de las largas jornadas laborales. Esto en efecto, son indicador que direcciona a la categoría de la responsabilidad hacia el cuidado del paciente, la cual se considera que no se cuenta apoyo suficiente para alta demanda que se recibe a diario.

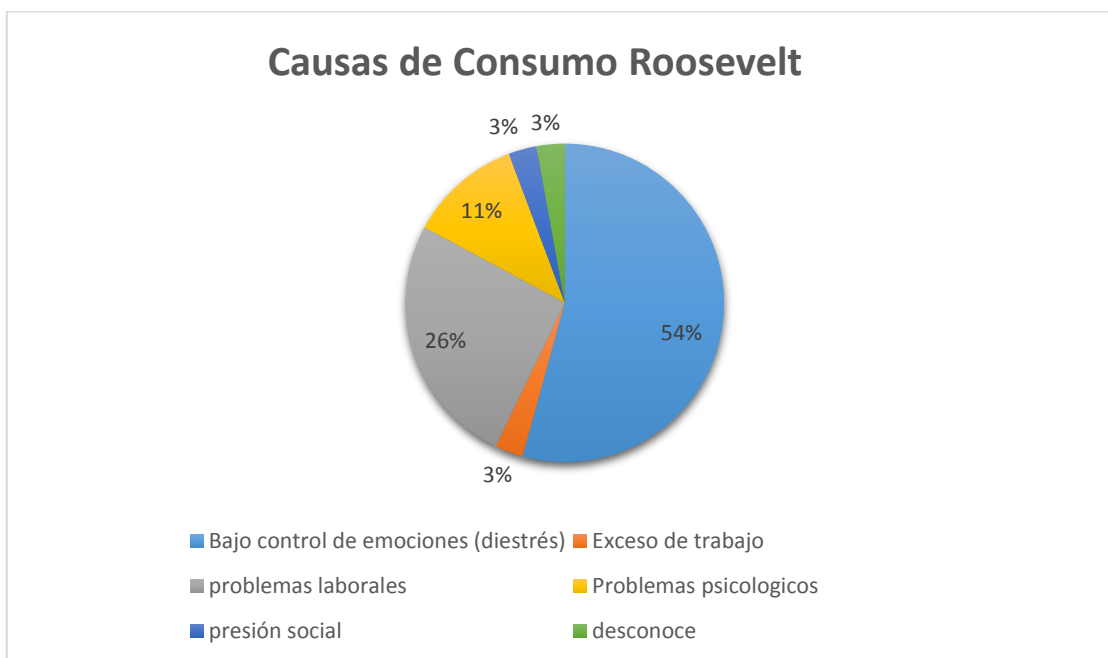
De acuerdo a los resultados del inventario Wolf diagnóstico que como primer estresor, es el no contar con el suficiente personal para proveer adecuadamente los servicios necesarios.

3. **Variable:** Principal causa de consumo

Pregunta: ¿Cuál es la principal causa de consumo en médicos?

Instrumento: Cuestionario (instrumento 2) (fuente de elaboración propia).

Bajo control de emociones (diestrés)	19
Exceso de trabajo	1
problemas laborales	9
Problemas psicológicos	4
presión social	1
desconoce	1
Total	35



Fuente: instrumento#2 cuestionario (pregunta 4), adjunta anexos.

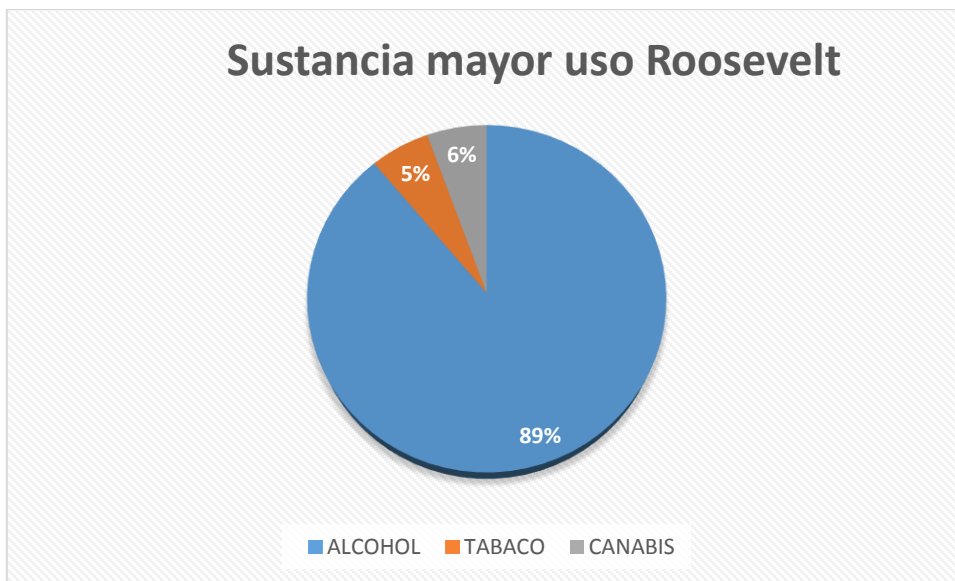
Entre las causas de consumo, la mitad de la población refiere que por medio del auto control de emociones se disminuye el consumo. Mientras que el personal restante (46%) refieren las causantes son externas al auto control, problemas laborales, psicológicos y exceso de trabajo etc. Es decir que esta población, indican que las causantes esta fuera de sus manos para cambiarlo. También es importante mencionar, que en la pregunta proyectiva (pregunta 6, instrumento #2), en cuanto al considerar que el consumo disminuye el estrés; los resultados fueron que 23% de los evaluados admitieron consumir sustancias para disminuir síntomas del estrés.

4. **Variable:** Sustancia más consumida

Pregunta: ¿Qué sustancias son más prevalentes en médicos residentes?

Instrumento: Escala de consumo (instrumento 1)

Sustancia	Cantidad
ALCOHOL	32
TABACO	2
CANABIS	2
TOTAL	36



Fuente: Escala de estrés Wolfgang (instrumento #1) (pregunta 22 y 23) adjunto anexos.

La sustancia más consumida en los residentes es el alcohol; y el segundo lugar el tabaco, ambas sustancias son caracterizadas por sus efectos depresivos, a nivel químico cerebral, disminuye momentáneamente alta demanda de cortisol y glucosa en torrentes sanguíneos de los organismos estresados. Con respecto al consumo de drogas ilegales la más común es el cannabis, igualmente caracterizada como represor

En sugerencia a futuras investigaciones puedan tomarse encuentra aspectos de automedicación por el acceso que los médicos tienen a ellas, tomar en cuenta que las sustancias como los opiáceos u otros medicamentos se encuentran en disposición a ellos sin un previo diagnóstico.

5. **Variable:** Niveles de estrés

Pregunta: ¿Qué nivel de estrés manejan los médicos estudiantes?

Instrumento: Escala de consumo (instrumento 1)

NIVEL DE ESTRÉS		
NIVEL	PARTICIPANTES	%
LEVE	4	28
MODERADO	32	72
AGUDO	0	0%
TOTAL	36	100



Fuente: Escala de estrés Wolfgang (instrumento #1), adjunto anexos.

Partir de los resultados presentados y de los efectos del desgaste profesional, se describe la población en riesgo que padece del nivel de estrés de resistencia y /o moderada marca un resultado aproximado que cada siete de diez residentes se enmarcan en el nivel de estrés la etapa inicial diestrés. Esto es a causa de sentimientos sobrecarga, insuficiencia de reconocimiento profesional (motivación) y los conflictos en el trabajo entre superiores.

En cuanto a la comparación de ambas escalas, en promedios de estrés y consumo ocurre un fenómeno reversible ya que en esta institución predomina el diestrés en un moderado nivel y el nivel de consumo es leve. Es decir, que nueve de diez residentes presenta un bajo consumo, sin embargo, estos presentan niveles de diestres. Esto acontece que los residentes no acuden al consumo cada que se sienten agobiados, otros tratan de conllevarlo a través de otras conductas y/o actividades que se desconocen a detalle.

4.2 Análisis Comparativo entre los Centros de Salud Pública

Durante el estudio logró un total de muestra con setenta y cinco (75), residentes evaluados, entre el rango de edades de 24 a 35 años, grado de escolaridad licenciatura completada con estudios en post grado; de las especialidades cirugía, otorrinos y medicina interna. En cuanto a la interpretación de resultados lograron establecerse cuatro similitudes las cuales fueron: datos demográficos en edad y escolaridad, mencionadas anteriormente. Asimismo, se establecieron en cuanto los resultados de la Escala de Estrés y consumo (inventario Wolfgan; instrumento 1, anexos), en el cual se mostraron los niveles de estrés niveles: leve, moderado y grave; en cuanto al consumo, los niveles en uso, consumo y dependencia de sustancias.

El análisis de los datos se presentados en concordancia: los niveles de estrés, causales de diestrés y consumo y el tipo de sustancias.

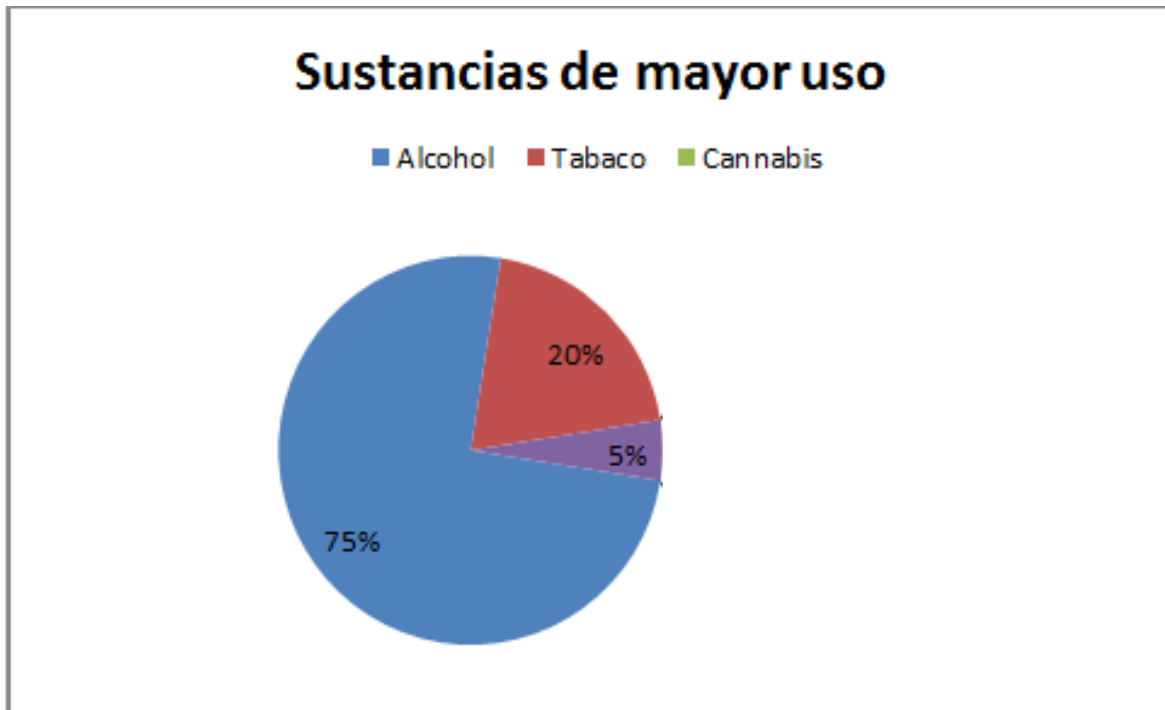
Se estableció que ambas instituciones manejan un nivel de estrés “moderado” - medio, el mismo es considerado estar dentro de niveles primarios en diestrés. También se determinó que mayor de la cuarta parte de los evaluados (37%), reflejaron una relación entre ambas variables; de ellos, cinco de cada diez evaluados, se vieron influenciados en el consumo y una de las causa fue el inadecuado manejo de estrés, ante sus elevados niveles de estrés. Considerar que el primer estresor en ambas instituciones fueron las largas jornadas laborales a causa de poco personal de apoyo, factor que influye directamente en la carga laboral. Otra de las similitudes, fue el detonante principal del uso y consumo de sustancias, es decir, de lo que provoca que los evaluados consuman, según su criterio (cuestionario, instrumento#2), es la “ausencia de control de emociones” o manejo de las mismas, fue considerada la principal causa que incidía al consumo de sustancias. Es decir, que en parte significativa para los evaluados consideran el control personal y es indispensable de incidencia de hábito de consumo. Sin embargo, al determinar el uso de sustancias, mayor de la mitad de los evaluados, coincidieron en que el consumo sustancias brindan un efecto relajante y sensación opositaría al cansancio y ansiedad provocada por largas jornadas laborales. Dentro de otros aspectos a considerar, acerca del tipo de sustancia de mayor uso es el “alcohol”; para ambas instituciones. Cabe resaltar que dentro de sus características es considerada una sustancia des inhibidora y depresora en cuanto a sus efectos.

Con respecto a las discrepancias, que se observan, fueron tipo de las especialidades para cada centro; ya que en la primera institución cirugía y otorrinos; en el segundo centro de salud era la especialidad de medicina interna; ambos centros difieren en tareas asignadas, demandas diarias, población atendida. En cuanto a las diferencias son los niveles de estrés en promedio comparados, ya que el nivel de estrés fue moderado- leve en el Hospital IGGS a comparación del Hospital Roosevelt moderado - medio; los niveles de consumo. Los evaluados del IGGS presentaron un consumo elevado y en el Roosevelt nivel leve.

1. Similitud: Sustancia más consumida

Pregunta: ¿Qué sustancias son más prevalentes en médicos residentes?

Instrumento: Escala de consumo (instrumento 1)



Fuente: Escala de estrés Wolfgang (instrumento #1) (pregunta 22 y 23) adjunto anexos.

Es evidente que la sustancia de mayor uso es el “alcohol”; para ambas instituciones. Cabe resaltar que dentro de sus características es que los efectos de esta sustancia son desinhibitorios y depresores para cualquier organismo que la ingiera. Así también resulta evidente que, si un residente consume alcohol de manera regular, aunque este consumo se produzca fuera del horario de trabajo, y repercutir al entorno laboral.

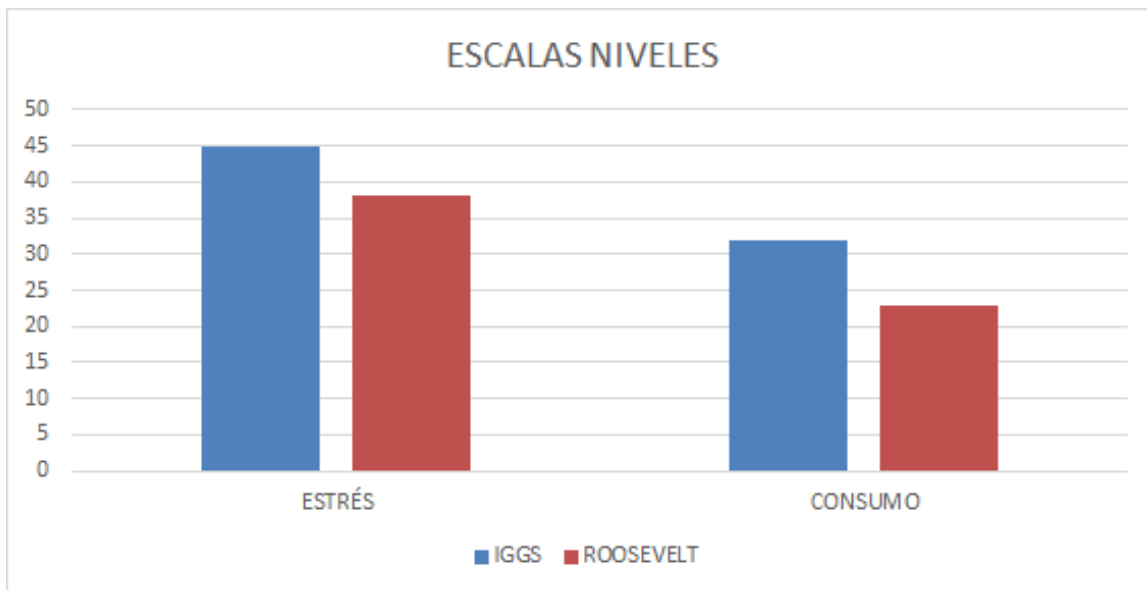
Estudios como los de (Carreño Garcia, Medina- Mora, Maritnez Velez, Juarez Garcia, & Vazquez Perez, 2016) determinan la relevancia de establecer si los factores del lugar de trabajo, clima organizacional, estrés laboral y satisfacción en el trabajo, se relacionan con el consumo de alcohol en el trabajo.

2. Similitud: Niveles de estrés y consumo

Pregunta: ¿Qué nivel de estrés y consumo se maneja en los médicos?

Instrumento: Escala de estrés Wolfgang (instrumento #1)

PROMEDIO ESCALAS			
Hospital	ESTRÉS	CONSUMO	Nivel
IGGS	45%	32%	<i>moderado-moderado</i>
ROOSEVELT	38%	23%	<i>moderado-leve</i>



Fuente: Escala de estrés Wolfgang (instrumento #1), adjunto anexos.

En relación a los resultados con los niveles de consumo en promedio, se determinó que los niveles de consumo fueron “moderado” en el Hospital IGGS a comparación del Hospital Roosevelt “leve”; Es decir, que entre mayor estrés más elevado es el nivel de consumo, sin embargo, no llegan a estar en el mismo nivel ni disminuir las escalas uno a causa del otro; sin embargo, se observa que estas van en aumento elevado de las tasas de cronicidad.

De acuerdo a los autores (Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008), los participantes se encuentran en un nivel de estrés de “resistencia”, donde existe un proceso de adaptación continuada que proporciona la supervivencia de la persona. Sin embargo, este puede ir incremento simultáneamente con los niveles de consumo en el transcurso del tiempo.

Capítulo V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones.

1. En base a los resultados obtenidos se logró establecer los objetivos propuestos en el presente estudio, lo cual permite confirmar la existencia la relación entre ambas variables; es decir relación de los niveles entre el diestrés y consumo de sustancias aumentan o disminuyen simultáneamente.
2. Los participantes se encuentran en un nivel de estrés de “resistencia”, donde existe un proceso de adaptación continua que proporciona la supervivencia de la persona. Sin embargo, este puede ir incremento simultáneamente con los niveles de consumo en el transcurso del tiempo y en caso que no se intervenga en ella.
3. El principal aspecto relacionado en las condiciones de ambientes laborales, es el inadecuado manejo de emociones, entre ellas el estrés ante circunstancias externas manteniéndolo en un prolongado tiempo provoca que los médicos consuman sustancias para disminuir la sensación del mismo.
4. Dentro de la evaluación de la propuesta de un plan ante manejo emocional como un plan correctivo y preventivo en los ambientes laborales.
5. El nivel de consumo en médicos es leve -moderado sin embargo, es consumo es dinámico y alterable en el transcurso del tiempo.
6. Entre los principales causales del diestrés en médicos es el enfrentar a diario en situaciones de enfermedad, largas jornadas laborales, escases de insumos, situaciones de muerte lo que hace al finalizar las jornadas laborales provocan sensaciones de desgastantes emocional y agotamiento.
7. El alcohol, cigarrillos y cannabis son las sustancias más consumidas por los médicos, estas son caracterizadas por sus efectos depresores, las mismas les provoca sensación de relajamiento, y los des estresa inmediata y momentáneamente.
8. Según criterios obtenidos durante el cuestionario, el considerar al consumo de alcohol es un hábito que logra momentáneamente disminuir las cargas emocionales

de los profesionales al culminar sus jornadas laborales por sus efectos relajantes y desestresantes.

9. El principal estresor en médicos en los ambientes hospitalarios público., son las largas jornadas laborales esto a consecuencia de la sobrecarga laboral a causa de la insuficiencia de personal sanitario, en apoyo para los médicos.
10. La principal detonante del consumo a causa del estrés es descontrol y/o el inadecuado manejo de emociones sobre pasando factores exteriores.

Recomendaciones

1. A la Unidades de Postgrados de la Universidad de San Carlos de Guatemala y/o Unidades de apoyo estudiantil –UNADE- de la Facultad de Medicina y Escuela de Psicología, que continúen destacar la importancia de actuar por medio de programas de sensibilización y concientización dirigido a los estudiantes de medicina, en temas relacionados de consecuencias de alto consumo, factores de riesgos y protección entre otros; integrar dichos programas en apoyo de otras entidades gubernamentales que dentro de sus mandatos este prevenir enfermedades y promoción de salud integral, esto con el propósito de que las propuestas estén más estructuradas e integradas en temas como el buen manejo de emociones y sanidad mental.
2. A las unidades de Recursos Humanos de los Centros de Salud Pública, que habiliten espacios para usos positivos en promoción de la salud mental tales como en cursos de desarrollo profesional, servicios de salud mental como terapias grupales e individuales en tiempos libres o al inicio de cada jornada laboral dirigidas al personal interno incluir y tomar en cuenta a los médic@s y enfermer@s.
3. A la Organización Internacional de Trabajo- OIT- que creen más campañas y programas que promuevan servicios de atención para ayudar a los médicos con problemas de dependencia de sustancias, tanto en el establecimiento como fuera de él, en particular los servicios de evaluación y orientación, los programas de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación, y la indicación horarios accesibles para los mismos.
4. Al Ministerio de Trabajo y Previsión Social debe efectuar inspecciones para determinar las condiciones laborales a que están sometidos a los empleados especialmente aquellos que brindan servicios a terceros por el grado de vulnerabilidad que estos padecen por la alta demanda laboral y niveles elevados de diestrés; y se resalte la importancia ante la salud de los servidores públicos mejorar así los sistemas de servicio.

5. A interesados en el tema y en sugerencia a futuras investigaciones puedan tomarse encuentra aspectos de “automedicación” por el acceso que los médicos tienen a ellas, tomar en cuenta opiáceos u otros medicamentos en disposición a ellos sin un previo diagnóstico.
6. A La Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas -SECCATID- Dirección de prevención y en apoyo con Ministerio de Salud a la Unidad de Salud Ocupacional, que diseñen acciones prioritarias en prevención para el personal interno (médic@s y enfermer@s) de los hospitales públicos. Estas acciones se basen en una buena información sobre los riesgos de las drogas, formación en actitudes saludables, prevención en ciertos ámbitos en evitar lo más posible las consecuencias de los consumos.



PROGRAMA PREVENTIVO

“Cuidando al que cura”





El manejo emocional es indispensable ante en las circunstancias cotidianas, y en especial para los aquellas personas que tienen estilos de vida agitados; los cuales invoca a la manifestación de conjunto de emociones y sentimientos que a cierto grado llegan ser agobiantes, si se carecer de habilidades ante el abordaje de los mismos; las personas pueden llegar a presentar altos niveles de tensión, agotamiento, diestrés, síntomas de ansiedad y hasta consumo de sustancias.

Es un factor fundamental para las instituciones públicas, especialmente en los centros de salud que los médicos, posean tanto las capacidades experticia en su campo, así también que tengan habilidades sociales. Tomar en cuenta, que es indispensable para los ambientes laborales tener profesionales que se relacionen de forma adecuada y que manejen sus emociones de manera asertiva en beneficio grupal y laboral.

Este programa va dirigido a contextos laborales para instituciones de servicio público con alta demanda de carga laboral; cargos que conllevan elevada responsabilidad, largas jornadas laborales, interacción continúa con diferentes personas (servicio al cliente y/o paciente), y que enfrentan día con día a situaciones de enfermedad y muerte como lo desafían los médicos a diario.

El propósito del programa es empoderar a los médicos ante la vulnerabilidad del contexto en el que se desenvuelven, brindar herramientas en las cuales permitan que las jornadas laborales sean menos desgastantes y cargadas; pero ante todo que disminuir la vulnerabilidad que acudan consumo para silenciar sensaciones de tensión, cansancio, diestrés entre otros.

ÍNDICE

Programa prevención: “Cuidando al que cura”	63
CAPITULO I: Fundamentación teórica	64
En cuanto a la planificación de la prevención comunitaria y laboral:	66
Implantación del programa preventivo	66
Los componentes básicos de prevención:	67
CAPITULO II: Objetivos	68
CAPITULO III: Planificación de actividades:.....	69
CAPITULO IV: Presupuesto:.....	81
Referencias Bibliográficas.....	93

Programa prevención: “Cuidando al que cura”

El presente programa de prevención realizado con el propósito de disminuir el consumo de sustancias en médicos, entre ellas la automedicación, uso de alcohol, cannabis etc. Asimismo tomar en cuenta que uno de los principales factores de riesgo en ambientes laborales de los centros de salud es el “diestrés”. Señalando también, que las causas del consumo intervienen factores hereditarios, individuales, familiares, sociales, pero es aquí donde más ampliamente se expresa el factor cultural en la reducción de la demanda, porque el mismo puede influir de gran manera en el desarrollo de la enfermedad.

Partir de la premisa que el mejor tratamiento para cualquier enfermedad y ampliamente comprobado en la que atañe es la prevención, se necesita un sistema social que priorice la medicina preventiva, que mantenga una gran intersectorialidad y trabajo mancomunado tanto de las Instituciones Gubernamentales, como No Gubernamentales para tener programas preventivos que funcionen a nivel comunitario- laboral, para lo cual se deben crear las condiciones para que la información y la metodología, así como los recursos humanos y los espacios donde los padres puedan acudir a solicitar ayuda y orientación (Gárciga Ortega, 2013).

El enfrentar la problemática debe ser el desarrollo de una unidad de muchas instituciones y organismos que apoyen en primer lugar la prevención, con acciones conjuntas y bien organizadas que eviten a toda costa las conductas adictivas en profesionales de la salud. Debe prevalecer un marco social que propicie el pleno desarrollo de salud y el establecimiento de sólidas instituciones con planes específicos de prevención donde se prioricen los estilos de vida saludables y el debido uso del tiempo de ocio.

Esta propuesta preventiva, se caracteriza por ser de tipo selectivo, ya que irá dirigido profesionales de la salud médicos, por medio del estudio anteriormente presentado, en el cual se demuestra un uso y/o consumo de sustancias en relación con factores de riesgo laborales como lo es el diestrés, aunque sea esporádico o circunstancial, pero estos profesionales se encuentran en riesgo vulnerabilidad por la dinámica de largas jornadas laborales, y todos aquellos acontecimientos que provocan desgaste emocional; presentando hábitos de un consumo que pueden ir ascendiendo en el transcurrir del tiempo, poniendo en tela de juicio la salud de estas personas. La acción de esta propuesta se basa en evitar el consumo problemático de cualquier sustancias psicoactivas, brindar herramientas de abordaje de emociones en especial manejo de estrés.

CAPITULO I: Fundamentación teórica

En los últimos años otro tipo de prevención que ha cobrado relevancia es la prevención laboral. Esto viene dado por el alto nivel de consumo de drogas, tanto legales como ilegales, entre algunos sectores profesionales (ej., Navarro y Rodríguez, 2002). Esto ha propiciado que tanto desde las administraciones, como desde los sindicatos y asociaciones patronales, se hayan puesto en marcha distintos programas para prevenir el consumo abusivo de drogas en el ámbito laboral.

La prevención en el ámbito laboral se ha centrado de modo importante en el alcohol y el tabaco (Cook, 2003), aunque sin dejar de lado las drogas ilegales. Esto se debe a la relevancia que tiene el consumo de alcohol, tanto por sus consecuencias en la salud como por la accidentabilidad laboral relacionada con dicha sustancia (Calafat, 2002). En el caso del consumo de tabaco, las consecuencias para la salud también son claras (U. S. D. H. S. S., 2004). Estos programas habitualmente incluyen información, sensibilización y orientación y, con frecuencia, facilitan el tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, aunque los programas preventivos tienen su máxima relevancia en los adolescentes y adultez temprana (por ser la etapa en la que con frecuencia se inician los consumos de drogas), la prevención también debe dirigirse hacia otras etapas de la vida.

RELEVANCIA DE LA PREVENCIÓN LABORAL

El haber conseguido detallar relativamente factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de las distintas sustancias psicoactivas, disponer de adecuados modelos teóricos, así como programas preventivos con buenos niveles de calidad científica, entre las razones más importantes, han propiciado el enorme avance del campo de la prevención de las drogodependencias en estos últimos años. Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias, sea de drogas legales o ilegales, aunque la mayoría de los programas preventivos se centran en exclusiva, o predominantemente, en el alcohol y en el tabaco. Entre dichos objetivos podemos listar los siguientes (Becoña, 2006):

1. Disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas. En este caso ya no sería una prevención dirigida a toda la población (prevención universal), sino a los que empiezan a tener problemas derivados del consumo de drogas.
2. Educar a los individuos para que tengan una relación madura y responsable con las drogas. El alcohol es una sustancia que forma parte de nuestra cultura, por lo que el individuo debe aprender a convivir con ella, diferenciando entre un consumo maduro y responsable y un consumo dañino para la salud.

3. Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.
4. Proporcionar alternativas saludables. Aunque no es la llave para solucionar todos los problemas relacionados con el consumo de drogas, que los trabajadores dispongan en su entorno sociocultural de alternativas al consumo de drogas, es fundamental para el desarrollo de una adecuada prevención.

Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables. Las principales razones para trabajar en el ámbito de la prevención de las drogodependencias son:

1. Si los médicos no consumen tabaco, cannabis o beben abusivamente alcohol, evitaremos que en el futuro sean dependientes de esas sustancias.
2. Se redujera el número importante de enfermedades físicas que están relacionadas con dicho consumo (cáncer, problemas respiratorios, hepáticos, cardiovasculares, etc.)
3. Evitarían las probabilidades de que tengan algún trastorno mental, baja productividad, ausencias injustificadas, mala praxis, reclamos de pacientes y/o hasta demandas ante un mal servicio y/o mal trato.

Entre los principios efectivos de la prevención, es partir de los resultados obtenidos en las diversas investigaciones realizadas, desde el National Institute on Drug Abuse (NIDA) se han señalado cuáles son los principios que deben guiar la prevención en drogodependencias. En primer lugar, apuntan como conceptos clave los factores de riesgo y de protección. El objetivo es reducir los primeros e incrementar los segundos. La prevención debe de abordar el consumo de todas las drogas y sus formas de abuso teniendo siempre en cuenta las características de la población objeto de la intervención.

También apuntan cuáles son los componentes que deben tener los programas preventivos comunitarios, laborales, familiares y escolares. Respecto a los principios a seguir en la implantación de los programas de prevención señalan que deben de tener una continuidad en el tiempo. De nada sirve una intervención puntual en uno de los cursos de Educación Primaria, si en Educación Secundaria no se va a seguir abordando el tema. Además, desde la investigación se consideran más eficaces los programas preventivos basados en una metodología interactiva, junto con una mayor formación del profesorado en técnicas de manejo del alumnado que faciliten el refuerzo de aquellas conductas que son apropiadas en el ámbito escolar y que se consideran como factores de protección frente al consumo de

drogas. Por último, destacar que los programas que están basados en la evidencia científica pueden llegar a ser coste-efectivos.

Dentro de los principios del NIDA los indicamos:

Factores de riesgo y protección

1. Los programas preventivos deberían ser diseñados para realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas preventivos deberían incluir todas las formas de abuso de drogas, solas o en combinación, incluyendo el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) en los menores de edad; el consumo de drogas ilegales (ej., marihuana o heroína); y el consumo inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (ej., inhalantes), medicamentos de prescripción, o medicamentos que se pueden comprar sin receta.
3. Los programas preventivos deberían dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, a los factores de riesgo que son modificables, y a fortalecer los factores de protección identificados.
4. Los programas preventivos deberían estar orientados a los riesgos específicos de una población o a las características de la audiencia, tales como edad, género y etnicidad para mejorar la efectividad de los programas.

En cuanto a la planificación de la prevención comunitaria y laboral:

Los programas preventivos dirigidos a la población general en puntos claves de transición, como el paso a la escuela secundaria, pueden producir efectos beneficiosos incluso entre familias y niños de alto riesgo. Tales intervenciones no reducen simplemente el riesgo de esta población sino que promueven el apego a la escuela y a la comunidad. 10. Los programas preventivos comunitarios que combinan dos o más programas efectivos, tales como los programas basados en la familia y en la escuela, pueden ser más eficaces que la aplicación de uno solo de estos programas. 11. Los programas preventivos comunitarios que llegan a las po (Becoña Iglesias, Elisardo; Cortés Tomás, Maite , 2010)blaciones en múltiples lugares -por ejemplo, en escuelas, clubs, asociaciones y medios de comunicación de masas- son más eficaces cuando los mismos están presentes consistentemente, con mensajes para toda la comunidad en cada uno de esos lugares.

Implantación del programa preventivo

Cuando las comunidades adaptan programas para cubrir sus necesidades, normas de la comunidad, o requerimientos culturales diferentes, se deberían retener los elementos centrales de la intervención preventiva original basada en la investigación, que incluye:

1. Estructura (cómo fue organizado y estructurado el programa).
2. Contenido (la información, habilidades y estrategias del programa).
3. Implantación (cómo es adaptado, implementado y evaluado el programa).

Los programas preventivos son más efectivos cuando emplean técnicas interactivas, tales como grupos de discusión entre iguales y mesas redondas etc, que lleva a una implicación activa en el aprendizaje en las habilidades de reforzamiento. Así también, aquellos programas preventivos basados en la investigación, de modo similar a las investigaciones previas.

Los componentes básicos de prevención:

Dentro de los principios efectivos dentro en la prevención de las drogodependencias, la investigación sobre los factores de riesgo y protección nos ha permitido conocer cuáles son los componentes básicos que deben tener los programas preventivos y que, por ello, debemos tener en consideración a la hora de diseñarlos (Becoña y Martín, 2004). Los siguientes son las más relevantes para este programa:

1. Control emocional: consiste en entrenar a los jóvenes en el control de la ansiedad y en el manejo de la ira. Consiste tanto en aprender a detectar el momento en el que hay un incremento de la ansiedad o de la ira, como en aprender distintas estrategias para afrontarlas (ej., relajación, ensayo mental, etc.).
2. Entrenamiento en habilidades sociales: se basa en el aprendizaje de habilidades generales para la vida (ej., habilidades de comunicación) y de habilidades específicas para el rechazo del consumo de drogas (ej., entrenamiento en asertividad).
3. Alternativas de ocio saludable: buscar alternativas de ocio y tiempo libre en donde no se consuman drogas.
4. Tolerancia y cooperación: se trabaja en el respeto y reconocimiento de las diferencias, junto con las ventajas del trabajo cooperativo dirigido a fomentar las actitudes pro sociales.
5. entrenamiento en habilidades de comunicación y en el establecimiento de normas y límites

Cuando ponemos en marcha un programa preventivo lo primero que tenemos que tener claro son los objetivos de los que partimos. A partir de ellos pondremos en marcha toda una serie de procedimientos o técnicas para conseguir con ellas unos resultados. Con más frecuencia de lo que parece, muchos programas se ponen en práctica sin tener en cuenta que hay que saber de qué objetivos partimos y qué es lo que esperamos conseguir con la aplicación del programa preventivo (Becoña Iglesias, Elisardo; Cortés Tomás, Maite , 2010).

CAPITULO II: Objetivos

GÉNERAL

Diseñar una herramienta para fortalecer y empoderar las competencias de atención médica e intervenir sobre los factores de riesgo laboral (diestrés) ante consumo de sustancias, que afectan la salud mental y el bienestar de los médicos.

ESPECIFICOS

- Desarrollar habilidades en manejo emocional y brindar herramientas de afrontamiento ante el inadecuado manejo de emociones (diestrés).
- Empoderar a los médicos, así como el promover el crecimiento y transformación personal por medio del fortalecimiento valores e identidad de líderes
- Aumentar el grado de sensibilización de esta manara ampliar promover cambios en las percepciones y conductas relacionadas con el consumo de drogas entre los trabajadores.

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN:
"Cuidando al que cuida":**

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores verificables y observables	Medios de Verificación	Supuestos
<p align="center">Finalidad</p> <p>Disminuir el consumo de alcohol y marihuana en médicos, estudiantes de residencia de hospitales de salud pública, a través del fortalecimiento de factores protectores</p>	<p>Cuestionario Escala relación</p>	<p>Resultados de dos instrumento, analizados e interpretados (Estado del Arte) Estadísticas Nacionales</p>	<p>Falta de compromiso de parte de las instituciones en cuanto la gravedad del tema</p>
<p align="center">Propósito</p> <p>Implementar un programa de prevención en el ambiente laboral de las instituciones de salud Pública, bajo un enfoque en empoderamiento en manejo de emociones negativas como es el diestrés y/o burn out.</p>	<p>Observación directa en instituciones y usuarios de profesión de médicos. Escala de estrés y consumo elevadas</p>	<p>Resultados de dos instrumento, analizados e interpretados (Estado del Arte) Estadísticas nacionales.</p>	<p>Baja asistencia en salud mental dirigida en médicos.</p>
<p align="center">Componentes</p> <p>1. Innovar estrategias de afrontamiento y habilidades de manejo de emociones</p> <p>2. Formación de agentes cambio en prevención del</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auto evaluación de niveles de estrés • Inteligencia emocional • Observación Directa. 	<p>Programa de actividades</p>	<p>Falta de compromiso de los usuarios y familiares. Jornadas laborales, carga laboral, desgaste emocional niveles elevados de estrés.</p> <p>Baja conciencia de la importancia de salud emocional en médicos.</p>

<p>consumo de drogas.</p> <p>3. Aumentar el grado de sensibilización de esta manera ampliar promover cambios en las percepciones y conductas relacionadas con el consumo de drogas entre los trabajadores.</p>			<p>Relaciones interpersonales defectuosas, clima laboral y abuso de poder.</p>
Actividades	Indicadores verificables	Medios de Verificación	Supuestos
<p>Actividad 1: Reparación de infraestructura adecuar un espacio dentro de la institución.</p>	<p>Metros cuadrados del espacio proporcionado.</p>	<p>Planos del Centro de Salud.</p>	<p>Espacios limitados.</p>
<p>Actividad 2: Registro y coordinaciones interinstitucionales, creación de red de apoyo y alianzas con otras instituciones</p>	<p>Cantidad de instituciones en mandato de velar por la salud de los ciudadanos.</p>	<p>Convenios y oficios en solicitud de apoyo.</p>	<p>Medios de comunicación y limitada cobertura</p>
<p>Actividad 3: Evaluación y Monitoreo inicial</p>	<p>Ausencias injustificadas, quejas de pacientes, cantidad de castigos (mensuales), Nivel de consumo y diestrés</p>	<p>Informes mensuales, escalas de consumo (test AUDIT); evaluación de desempeño.</p>	<p>Limita información, inexistencia de registro y evaluación de los indicadores solicitados.</p>
<p>Actividad 4: Reunión con las autoridades correspondientes en coordinación Programación de espacios de agenda de los médicos.</p>	<p>Agenda de reunión, listado de personal profesional y autoridades interesadas y responsables.</p>	<p>Fotografías, informe de acuerdos y libro de actas.</p>	<p>Agenda de las autoridades, coordinación en tiempo (espacio limitado).</p>

Actividad 5: Evento inaugural de programa de prevención y socialización ante la importancia del tema e introducción al programa.	No. De participantes y estudiantes	Listados actualizados	Falta de apoyo de parte de las comunidades, medios de comunicación para la convocatoria del evento, espacio limitado, presupuesto.
Actividad 6: Garantizar el registro a las personas y establecimiento de créditos.	Cantidad de estudiantes, calificaciones (puntos en créditos)	Listados actualizados, oficio de autorización, acceso a plataforma de las notas en los estudiantes.	Control de asistencias y falta de apoyo de parte de las autoridades correspondientes.
MÓDULO I: MANEJO EMOCIONAL Y BIENESTAR PERSONAL: Desarrollar habilidades en manejo emocional y brindar herramientas de afrontamiento ante el inadecuado manejo de emociones (diestrés).			
Actividad 7 : Taller de inicio: Auto evaluación, ante el reconocimiento	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 8: Charla psicoeducativa de inteligencia emocional	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.

<p>Actividad 9: Taller: Bienestar laboral</p>	<p>Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.</p>	<p>Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.</p>	<p>Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.</p>
<p>Actividad 10: Paneles de comunicación efectiva</p>	<p>Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.</p>	<p>Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.</p>	<p>Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.</p>
<p>Actividad 11: Terapia grupal por unidad y/o especialidad extra-muro con el fin de canalizar y drenar los problemas que se puedan presentar, orientándolos en su misión</p>	<p>Cantidad de participantes, tiempo, interés del tema</p>	<p>Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.</p>	<p>Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.</p>
<p>Actividad 12: Crear lista de chequeo sobre el desgaste psicosocial (factores de riesgo) en la atención médica.</p>	<p>Nivel de desgaste emocional, cantidad de participantes, conocimiento del tema.</p>	<p>Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, Test de Desgaste emocional (auto aplicable) listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.</p>	<p>Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.</p>

Actividad 13: Taller vivencial del Cuidado del personal que atiende a personas.	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 14: Charla Transformando en sabiduría los estemos emocionales	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 15: Calmando el cuerpo y aceptando el presente	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 16: Grupos reflexivos	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 13: Profundizando estrategias de enfrentamiento a la ansiedad y diestrés	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.

		de la capacitación.	
Actividad 17: Fluyendo con las emociones	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 18: Relajación mediante la tensión muscular.	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 19: técnica de relajación (Respiración Consciente) Mindfulness y Tapping, como alternativa del autoconocimiento y disminución del stress.	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 20: Evaluación y Monitoreo final de Modulo I	Ausencias injustificadas, quejas de pacientes, cantidad de castigos (mensuales), Nivel de consumo y diestrés	Informes mensuales, escalas de consumo (test AUDIT); evaluación de desempeño.	Limita información, inexistencia de registro y evaluación de los indicadores solicitados.

“LA TRANSFORMACIÓN ESTÁ EN MI”:
 Empoderar a los médicos, así como el promover el crecimiento y transformación personal por medio del fortalecimiento habilidades generales para la vida (ej., habilidades de comunicación) y mejora relaciones jefes y sub alternos.

<p>Actividad 21: Selección de facilitadores según grupo de especialidad (facilitador para grupos máximo 10 participantes).</p>	<p>Cantidad participantes, horas hombres (duración de la inducción), créditos.</p>	<p>Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.</p>	<p>Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.</p>
<p>Actividad 22: Reunión con los facilitadores, entrega de materiales, agenda en espacio y presentación de plataforma.</p>	<p>Cantidad participantes, horas hombres (duración de la inducción), créditos.</p>	<p>Presentación y programación de fechas de mesas redondas, listados de asistencia, Evaluación final de la capacitación.</p>	<p>Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.</p>
<p>Actividad 23: Mesas de dialogo con tema de la semana asignando (35 semanas)</p>	<p>Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.</p>	<p>Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.</p>	<p>Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.</p>
<p>Actividad 24: Entrega de listados de asistencia</p>	<p>No. De participantes y estudiantes</p>	<p>Listados actualizados</p>	<p>Falta de apoyo de parte de las comunidades, medios de comunicación para la convocatoria del evento, espacio limitado, presupuesto.</p>

Actividad 25: Gestión de diplomas de participación y coordinación de clausura en la entrega de diplomas	No. De participantes y estudiantes, asistencias	Listados actualizados, agenda, lista de cotejo, oficios de autorización y convocatorias (invitaciones)	Falta de apoyo de parte de las comunidades, medios de comunicación para la solicitud.
Actividad 26: Charla Bienestar Laboral.	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 27: Taller de optimización de tiempo	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 28: Charla motivación con el programa de Liderazgo con "Guate futuro"	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 29: Terapia Grupal por unidad y/o especialidad	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.

Actividad 30: Reunión extra-muro con el fin de canalizar las mejoras en el clima laboral y personales. Dirigido a Jefes de Unidades y/o Dirección.	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 31: Evaluación y Monitoreo final del Módulo II.	Ausencias injustificadas, quejas de pacientes, cantidad de conflictos entre compañeros , nivel diestrés	Informes mensuales, escalas de consumo (test AUDIT); evaluación de desempeño.	Limitada información, inexistencia de registro y evaluación de los indicadores solicitados.
Actividad 32: Actividad de reconocimiento para la entrega de diplomas.	Agenda de reunión, listado de personal profesional y autoridades interesadas y responsables.	Fotografías, informe de acuerdos y libro de actas.	Agenda de las autoridades, coordinación en tiempo (espacio limitado).
MÓDULO III: MITOS Y REALIDADES DE LA DROGA: Aumentar el grado de sensibilización de esta manara ampliar promover cambios en las percepciones y conductas relacionadas con el consumo de drogas entre los médicos.			
Actividad 31: Realizar alianzas en coordinación interinstitucional y autoridades correspondientes para el apoyo.	Cantidad de instituciones en mandato de velar por la salud de los ciudadanos.	Convenios y oficios en solicitud de apoyo.	Medios de comunicación y limitada cobertura
Actividad 32: Diseñar un Diagnostico institucional Post y determinar las necesidades y objetivos.	Ausencias injustificadas, quejas de pacientes, cantidad de castigos (mensuales), Nivel de consumo y diestrés	Informes mensuales, escalas de consumo (test AUDIT); evaluación de desempeño.	Limita información, inexistencia de registro y evaluación de los indicadores solicitados.
Actividad 33: Campaña de concientización y sensibilización: Señalización inclusiva	Metros cuadrados del espacio proporcionado. Presupuesto asignado	Planos del Centro de Salud, Lista de cotejo en materiales, oficios de autorización.	Desaprobación de presupuesto.

Actividad 34: Taller: Sensibilización y creación de compromisos personales	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 35: Colocar carteles de sensibilización enfocados en prevención (campaña institucional en contra del consumo)	Espacio proporcionado. Presupuesto asignado	Lista de cotejo en materiales, oficios de autorización.	Desaprobación de presupuesto.
Actividad 36: Taller Factores de riesgos en el ambiente laboral de médicos	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 37: Taller 2: Factores protectores y cómo utilizarlo al beneficio personal y profesional.	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.
Actividad 38: Análisis de videos con aspectos relacionados con consumo excesivo de sustancias en el trabajador, familia y la empresa.	Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.	Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.	Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.

<p>Actividad 39: Charla informativa de centros de ayuda, socialización de contactos en cuanto a tratamiento enfocado a la prevención de conducta adictiva.</p>	<p>Nivel de conocimiento en el tema, cantidad de horas hombre (duración de capacitación), número de médicos, satisfacción del tema.</p>	<p>Prueba pre y post evaluación, programa y agenda en tiempo, listado de asistencia, Evaluación final de la capacitación.</p>	<p>Escaso tiempo, espacio, presupuesto, falta de interés por el tema ante el desconocimiento de la importancia.</p>
<p>Actividad 40: Evaluación y Monitoreo final de Modulo III</p>	<p>Ausencias injustificadas, quejas de pacientes, cantidad de castigos (mensuales), Nivel de consumo y diestrés</p>	<p>Informes mensuales, escalas de consumo (test AUDIT); evaluación de desempeño.</p>	<p>Limita información, inexistencia de registro y evaluación de los indicadores solicitados.</p>
<p>Actividad 41: Clausura de cierre y entrega de certificaciones a los participantes.</p>	<p>Agenda de reunión, listado de personal profesional y autoridades interesadas y responsables.</p>	<p>Fotografías, informe de acuerdos y libro de actas.</p>	<p>Agenda de las autoridades, coordinación en tiempo (espacio limitado).</p>
<p>Actividad 42: Presentación de resultados finales e informe de logros obtenidos a las autoridades correspondientes.</p>	<p>Ausencias injustificadas, quejas de pacientes, cantidad de castigos (mensuales), Nivel de consumo y diestrés</p>	<p>Informes mensuales, escalas de consumo (test AUDIT); evaluación de desempeño.</p>	<p>Agenda de las autoridades, coordinación en tiempo (espacio limitado).</p>

CRONOGRAMA

PLANIFICACIÓN: GESTIÓN PROGRAMA PREVENTIVO: "CUIDANDO AL QUE CURA".															
ACTIVIDADES	MESES														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Reparación de Infraestructura		■	■											PRIMER AÑO	DURACIÓN : AÑO Y MEDIO
Registro y coordinaciones Interinstitucionales				■	■										
Moduló Manejo de Emociones y Bienestar personal(actividades)						■	■	■							
Evaluación y Monitoreo inicial								■		■					
Inauguración y convocatoria médicos e capacitación de facilitadores				■										SEGUNDO AÑO	
Moduló Transformación está en mi” (mesas redondas)					■	■	■		■	■					
Evaluación y Monitoreo del proceso										■					
Entrega de diplomas											■				
Coordinaciones con Instituciones (SECCATID)		■	■											TERCER AÑO	
Moduló "Mitos y Realidades de la Droga (actividades)				■	■	■	■	■							
Evaluación										■					
Presentación de resultados finales e informe de logros obtenidos										■					
Clausura											■				
Evaluación final											■				

PRESUPUESTO:

Se requiere de una partida presupuestaria específica, para ejecutar el programa de prevención.

RESULTADO	COMPONENTE	RUBRO	PRODUCTO	COSTO ANUAL
Innovar estrategias de afrontamiento y habilidades de manejo de emociones	Manejo emocional y bienestar personal	1.	<ul style="list-style-type: none"> Reparación de infraestructura Coordinación de reunión con las autoridades correspondientes en coordinación 	Q25,000.00
		2.	<ul style="list-style-type: none"> Programación de espacios de agenda de los médicos y alianzas inter institucionales, garantizar registro de los médicos (participantes). 	Q12,000.00
		3.	<ul style="list-style-type: none"> Evento para Charla inaugural de programa de prevención y socialización ante la importancia del tema. 	Q.5,000.00
		4.	<ul style="list-style-type: none"> Taller de inicio: Auto evaluación, ante el reconocimiento 	Q4,000.00
		5.	<ul style="list-style-type: none"> Charla psico educativa de inteligencia emocional 	Q.2,800.00
		6.	<ul style="list-style-type: none"> Taller: Bienestar laboral 	Q4,000.00
		7.	<ul style="list-style-type: none"> Paneles de comunicación efectiva Terapia grupal por unidad y/o especialidad extra-muro con el fin de 	Q 3,500.00
		8.		

			canalizar y drenar los problemas que se puedan presentar, orientándolos en su misión	Q2,600.00
		9.		Q 2,8000.00
		10.	<ul style="list-style-type: none"> Informe de auto evaluación/ análisis de datos, sobre el desgaste psicosocial en la atención médica. 	Q 4, 000.00
		11.	<ul style="list-style-type: none"> Informes mensuales y periódicos de alcances y desafíos. 	Q3.500.00
		12.	<ul style="list-style-type: none"> Taller vivencial del Cuidado del personal que atiende a personas. 	
		13.	<ul style="list-style-type: none"> Charla Transformando en sabiduría los estamos emocionales 	Q4,000.00
		14.		Q1,800.00
		15.	<ul style="list-style-type: none"> Taller: Calmando el cuerpo y aceptando el presente 	Q4,000.00
		16.	<ul style="list-style-type: none"> Equipos reflexivos (terapias grupales) Profundizando estrategias de enfrentamiento a la ansiedad y diestrés Taller: Fluyendo con las emociones Ejercicios de relajación mediante la tensión muscular. Adiestramiento de técnica de relajación (Respiración Consciente), como alternativa del 	

			autoconocimiento y disminución del stress.	
SUBTOTAL:				Q.116,806.00
Formar agentes cambio en prevención del consumo de drogas.	Diplomado “La Transformación está en mí. Fortalecimiento de valores e identidad de líderes.	17.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de Selección de facilitadores según grupo de especialidad (no mayores de 10 médicos). 	Q12,000.00
		18.	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción a los facilitadores seleccionados. 	Q.5,000.00
		19.	<ul style="list-style-type: none"> • Logística de reuniones con los facilitadores, entrega de materiales y agenda en espacio. 	
		20.	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción y capacitación por ingreso de asistencia a plataforma de asistencias 	
		21.	<ul style="list-style-type: none"> • Evento de clausura para entrega 	Q10,000.00
		22.	<ul style="list-style-type: none"> • diplomas de participación 	
		23.	<ul style="list-style-type: none"> • Charla Bienestar Laboral • Taller de optimización de tiempo 	Q2,0000.00 Q4,0000.00
		24.	<ul style="list-style-type: none"> • Charla motivación con el programa de Liderazgo con “Guate futuro” • Terapia Grupal por unidad y/o especialidad. 	Q3,0000.00 Q3,0000.00

		<ul style="list-style-type: none"> Reuniones extra-muro con el fin de canalizar las mejoras en el clima laboral y personales. 	12,000.00
--	--	--	-----------

SUBTOTAL: Q.51,000.00

Ampliar y promover cambios en las percepciones y conductas relacionadas al consumo.	Mitos y realidades de la Droga.	25.	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de alianzas en coordinación interinstitucional y autoridades correspondientes para el apoyo. 	Q12,000.00	
		26.	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostico institucional y determinar las necesidades y objetivos. 	Q8,000.00	
			<ul style="list-style-type: none"> Señalización inclusiva (gradas y pasillos). Colocar carteles de sensibilización enfocados en prevención (campaña institucional en contra del consumo) 	Q50,000.00	
		27.			
		28.	<ul style="list-style-type: none"> Taller: Sensibilización y creación de compromisos personales 	Q.8,000.00	
		29.			
		30.	<ul style="list-style-type: none"> Taller Factores de riesgos en el ambiente laboral de médicos 	Q4,000.00	
31.	<ul style="list-style-type: none"> Taller 2: Factores protectores y cómo utilizarlo al beneficio personal y profesional. 	Q4,000.00			
	<ul style="list-style-type: none"> Actividad de análisis de videos con aspectos relacionados con consumo excesivo de sustancias en el trabajador, familia y la empresa. 	Q1,800.00			

		32.	<ul style="list-style-type: none"> Charla Informativa de centros de ayuda, socialización de contactos en cuanto a tratamiento enfocado a la prevención de conducta adictiva. 	Q8,000.00
		33.	<ul style="list-style-type: none"> Clausura de cierre y entrega de certificaciones a los participantes. 	Q22,000.00
SUBTOTAL:				Q.170,800.00
TOTAL:				<u>Q.338,606.00</u>

CAPITULO IV: Evaluación, monitoreo y seguimiento

Evaluación	Trimestral I	Trimestral II	Ciclo anual
Inicial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detección de necesidades individuales e institucionales. 2. Informe mensual de resultados al cierre del evento académico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de Logros y avances. 2. Peritaje de contenidos, cantidad de horas y competencias adquiridas 	2020
Proceso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de resultados final ante los procesos académicos tanto como asistencias y evaluación de docentes (mensual). 2. Seguimiento capacitaciones y campañas de sensibilización programadas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validación de actividades realizadas y presupuesto (detalle del mismo). 2. Monitoreo y supervisión de parte de las autoridades institucional 	2021
Final	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recopilación de lecciones aprendidas 2. Validación de indicadores, actividades y medios de verificación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validar las tasas de promoción, deserción del programa 2. Número de participantes 3. Niveles de participación de participación y autonomía. 	2022

ANEXOS

Universidad de San Carlos De Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas

Centro de salud: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Especialidad: _____

Género: F M Grado académico (año): _____

Estado Civil: _____ Edad: _____

Instrucciones generales: Las presentes preguntas serán únicamente con fines estudiantiles. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar lo más sinceramente posible. Seleccione con una (X) qué frecuencia usted siente que estas situaciones son estresantes y/o considere correcta: 0) nunca; 1) rara vez; 2) ocasionalmente; 3) frecuentemente; 4) muy frecuentemente.

Serie I					
Pregunta	0	1	2	3	4
1. ¿Tener tanto trabajo que no todo puede estar bien hecho?					
2. ¿Tener conflictos con supervisores y/o administradores?					
3. No recibir el respeto o reconocimiento que merece del público en general.					
4. Sentirse indeciso acerca de qué decir a los pacientes o familiares acerca de las condiciones y/o tratamiento de los pacientes					
5. Preocuparse por las necesidades emocionales de los pacientes.					
6. Estar en desacuerdo con otros profesionales de la salud respecto al tratamiento de los pacientes.					
7. No tener oportunidad de compartir sentimientos y experiencias con colegas					
8. Tener conflictos con compañeros					
9. Tener obligaciones del trabajo que le causan conflicto con sus responsabilidades familiares.					
10. Permitir que sentimientos o emociones personales interfieran con el cuidado de los pacientes					
11. Estar desactualizado con los nuevos avances para mantener la competencia profesional.					
12. Sentir que las oportunidades para mejorar en el trabajo son pobres					
13. Tratar de hacer frente a las expectativas sociales de alta calidad de cuidados médicos.					
14. Supervisar el desempeño de compañeros de trabajo.					

15. Tratar de lidiar con las dificultades de los pacientes					
16. No ser reconocido o aceptado como un verdadero profesional por otros profesionistas de la salud.					
17. No recibir retroalimentación adecuada de la realización de su trabajo.					
18. No tener suficiente personal para proveer adecuadamente los servicios necesarios					
19. Sentir que personal que no es de salud determine el modo que debe practicar su profesión					
20. No saber qué se espera del desempeño de su trabajo.					
Serie II					
1. A lo largo de su vida ¿Cuál de estas sustancias ha consumido alguna vez? Seleccione todas las que ha consumido. 0) bebidas alcohólicas; 1) tabaco; 2) Cannabis; 3) Cocaína; 4) Estimulantes de tipo anfetaminas(speed, extasis etc) Otras, especifique: _____					
2. ¿Cuál de estas sustancias que menciono es de mayor uso? 0) bebidas alcohólicas; 1) tabaco; 2) Cannabis; 3) Cocaína; 4) Estimulantes de tipo anfetaminas (speed, extasis, etc). Otras, especifique: _____					
3. ¿Con qué frecuencia ha consumido la sustancia antes mencionada? 0) casi nunca; 1) una a dos veces; 2) mensualmente; 3) semanalmente; 4) diariamente.					
4. ¿Con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ansias de consumir sustancia de mayor uso? (respuesta pregunta anterior) 0) casi nunca; 1) una a dos veces; 2) mensualmente; 3) semanalmente; 4) diariamente.					
5. ¿Con que frecuencia esta (s) sustancias le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos? (SIGA INSTRUCCIONES GENERALES, página 1 (atrás))					
6. Un amigo, un familiar o alguien más, alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo? (SIGA INSTRUCCIONES GENERALES, página 1 (atrás))					
7. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de la sustancia mencionada? (SIGA INSTRUCCIONES GENERALES, página 1 (atrás))					
8. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo y no lo ha logrado? (SIGA INSTRUCCIONES GENERALES, página 1 (atrás))					

Universidad de San Carlos De Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas

Especialidad: _____

Género: F M Grado académico (año): _____

Estado Civil: _____ Edad: _____

Instrucciones: Con letra clara y legible responda las siguientes preguntas de acuerdo a su criterio personal.

1. ¿Qué factores estresores son los más recurrentes en médicos? Indique TODAS las que considere.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Responsabilidad de los pacientes | <input type="radio"/> Largas jornadas laborales |
| <input type="radio"/> Conflictos entre superiores | <input type="radio"/> Estrés laboral |
| <input type="radio"/> Conflictos entre compañeros | <input type="radio"/> Otro(s): _____ |

2. ¿Cuál de las opciones anteriores (pregunta 1) consideras que es la principal? (elija la más importante)

3. ¿Cuál es el resultado más recurrente en el desgaste o estrés laboral? (ELIJA UNA OPCIÓN)

- Enfermedades digestivas
- Bajo rendimiento
- Depresión
- Mal servicio con los pacientes
- Abandono de carrera
- Consumo de sustancias
- Otro(s): _____

¿Cuáles son las causas del consumo de sustancias en médicos? ELIJA UNA OPCIÓN

- Problemas familiares
- Problemas laborales
- Bajo control de emociones
- Problemas psicológicos

Otro(s): _____

2. Describa dos síntomas que padece cuando se siente estresado

3. ¿Qué hace para disminuir el estrés?

4. ¿Considera que el consumo de sustancias psicoactivas ayudan a disminuir el estrés? (justifique su respuesta)

Sí

No

¿Porqué? _____

5. ¿Qué factor cambiaría en su profesión o ambiente laboral?

- Horarios
- Trato de superiores
- Conflicto entre compañeros
- Estrés laboral
- Otro: _____

6. Qué medidas emplearía para disminuir el estrés en médicos?

7. ¿Qué sugerencia considera oportuna para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud?

¡¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!! 😊



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Licda. Ingrid Isabel Jeréz Ávila cursante del Postgrado en Atención y Prevención de Conductas Adictivas de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los datos proporcionados por los instrumentos: Escala y a la Encuesta serán anónimas.

Acepto participar en esta investigación, he sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es, identificar factores de riesgo en ambiente laborales de médicos residentes de Hospitales públicos del área metropolitana y el diseño de un programa de prevención en consumo de sustancias.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Nombre del Participante: _____

Firma: _____

Fecha: Guatemala, octubre del 2018.

Referencias Bibliográficas

1. Becoña Iglesias, Elisardo; Cortés Tomás, Maite . (2010). *MANUAL DE ADICCIONES para PSICÓLOGOS ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN FORMACIÓN*. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas .
2. Elizabeth C. Velazquez; Manuel Lino. (22 de Julio de 2018). Depresión, el trastorno mental que será la primera causa de discapacidad en México para 2020. *Newsweek*.
3. (TNI), T. I. (30 de Junio de 2015). *TNI* . Obtenido de <https://www.tni.org/es/publicacion/reforma-de-la-ley-de-drogas-en-guatemala-guia-basica#top>
4. Acinas, M. (2012). Burnout y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. En *Revista digital de Medicina Psicosomática y psicoterapia* (págs. Vol.2, No.4, n.p.).
5. Arón, A.M. y M.T. Llanos. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. En A. y. Arón, *Revistas de sistemas familiares* (págs. 5-15).
6. Carreño Garcia, S., Medina- Mora, M. E., Maritnez Velez, N., Juarez Garcia, F., & Vazquez Perez, L. (2016). Características Organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores. *Medigrafic Artemisa*, 63-70.
7. Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapeúticos*. Mexico: El Manual Moderno.
8. CCATID, C. C. (Enero de 2009). Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas. Guatemala, Ciudad Guatemala.
9. Constituyente, A. N. (1985). *Constitución Política de la Republica de Guatemala*. Guatemala.
10. DeNicola Alfonso; Dorado Guillermo. (s.f.). *Actualización en Adicciones II*. GABAS.
11. Domingo Comas Arnau. (2010). *Metodología de la Comunidad Terapéutica*. Fundación Atenea Grupo Gid.
12. Estrada Salazar, J. G. (2012). *Las Adicciones en el Trabajo*. Guadalajara, Jalisco: Fundación Social del Empresario.
13. Estrada, J. G. (2012). *Las Adicciones en el Trabajo*. Guadalajara, Jalisco : Fundación Social del Empresario .
14. EstrésLaboral.info. (2018). *EstrésLaboral.info*. Obtenido de <http://www.estreslaboral.info/sindrome-de-burnout.html>.
15. Garcia del Castillo, J. (2015). *CONCEPTO DE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD Y*. Alicante, España: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

16. Gárciga Ortega, O. (2013). Las conductas adictivas desde un enfoque social. (C. p. (CEDRO), Ed.) *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 680-687.
17. Gil Monte, P. (2003). *Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería*.
18. Jackson S; Maslach C. (1981). *The measurement of experienced burnout*. California: Journal of Occupational Behavior.
19. Jovenes, t. y. (s.f.). Gestión de la inteligencia emocional emprendedora.
20. Morales, J. G. (Junio de 2015). SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT. . Guatemala, Ciudad Guatemala.
21. Nadal Alemany, R. (2007). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 15.
22. Nieuwenhuisen, K. (2012). *OIT Prevenir y Reducir los Problemas planteados por el Consumo*. España : Instituto Coronel de Salud Ocupacional.
23. Ochoa Mangado, E. (2008). Consumo de Alcohol y Otras Drogas en el Ambito. 25-32.
24. Ochoa Mangado, E. (2008). Consumo de Alcohol y Otras Drogas en el Ambito laboral. 25-32.
25. ODHAC. (2013). *ODHAC*. Obtenido de <http://www.odhac.org/index.php/estadisticas/por-pais/guatemala/143-guatemala-poblacion-economicamente-activa>
26. OIT. (2011). *Lineamientos para la Prevención y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano*.
27. OMS. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra.
28. Organización Internacional del Trabajo . (1996). *Tratamiento y Cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*.
29. Organización Internacional para las Migraciones(OIM). (2018). Guía para la atención psicosocial a personas migrantes en Mesoamérica. Costa Rica, San José, Apdo.122-2050.
30. Palacios Nava, Martha; Morán Álvarez, Isabel; Paz Román, María del Pilar. (22 de Octubre de 2014). Validación del inventario de Wolfgang en médicos mexicanos.Medición del estrés laboral en hospitales. *REV MEX SAL TRAB*, págs. 62-68.
31. Pulido, H. C. (2004). *En Busqueda de una Psicología Crítica en un ambiente laboral*. Universitas Psicologicas.
32. Salanova, M., & Martínez, I. M. (2014). UNA MIRADA MÁS "POSITIVA" A LA SALUD OCUPACIONAL DESDE LA PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL POSITIVA EN TIEMPOS DE CRISIS: APORTACIONES DESDE EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN WoNT. *Papeles del Psicólogo*, 22-30.
33. Tobón., O. (2003). *El autocuidado, una habilidad para vivir*. Colombia: Universidad de Caldas.

34. Universitas Psychologica. (2007). *Organizaciones, trabajo y sujeto*. Bogota, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
35. Unverisidad Saludable, U. (s.f.). *Qué es una Adicción segun la OMS*. Obtenido de www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf
36. VICTORIA, S. B. (18 de abril de 2018). *LA INTELIGENCIA EMOCIONAL*. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/17913/SharpBarriosMariaVictoria2018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
37. Salazar, E. J. G.; Ruiz, M. F. y T. W. Mendoza (2007), *Calidad de vida laboral desde una perspectiva sociológica versus psicológica*, en S. E. Pando M.,
38. Petrides, K. V., Furnham, A., y Mavroveli, S. (2007). Trait Emotional Intelligence: Moving Forward in the Field of EI. In M. Zeidner y R.
39. Roberts (Eds.), *Emotional intelligence: Knowns and unknowns* (pp. 151- 166). Oxford: Oxford University Press.
40. Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
41. Petrides, K. V. (2001). *A psychometric investigation into the construct of emotional intelligence*. Unpublished doctoral dissertation, University College London.
42. Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill.
43. Maercker, A. (2004). Age of traumatization as predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487.
44. Ruiz, N. (2011). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM*, 77, 63-74.
45. Nichiata, L.Y.I., Bertolozzi, M.R., Ferreira, R. y Fracolli, L.A. (2008). La utilización del concepto vulnerabilidad por enfermería. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16(5). En línea, recuperado de www.eerp.usp.br/rlae
46. Lamas.H. y Murrugarra, A. (2011). Vulnerabilidad psicosocial y resiliencia. Ilustrados. En línea, recuperado de
47. <http://www.ilustrados.com/tema/9308/Vulnerabilidad-psicosocialresiliencia-html>
48. Cannon, W.A. (1927). The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternation. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
49. Luthans, F. (2002). Positive organizational behaviour: developing and maintaining psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16, 57-72.

50. Llorens, S., Salanova, M. y Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: Un estudio de caso en una empresa de construcción. *Directivos Construcción*, 220, 48-56.
51. Velandía, A. (2011). La enfermería en Colombia 1990-2010 ejercicio profesional y situación legal. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13 (1), 65-77. Recuperado de <http://goo.gl/uBHolK>
52. Moreno, B., González, J., Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En Buendía J., y Ramos F. (Eds). *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83) Recuperado de <http://goo.gl/W1KgHc>
53. Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional en la empresa*. Buenos Aires: Ediciones B Argentina S.A.
54. Robert K. Cooper, A. S. (1998). *La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones*. New York: Norma S.A
55. Vico, A. (04 de 01 de 2015). Hábitos de las personas con alta inteligencia emocional. Recuperado el 21 de 02 de 2018, de 16 hábitos de las personas con alta inteligencia emocional: <https://befulness.com/habitos-personas-alta-inteligencia-emocional>