



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**EL ESTRÉS LABORAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS MILITARES EN EL
GRADO DE CABO SEGUNDO DEL “FUERTE MILITAR
MIGUEL ITURRALDE” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO**

2019

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA:

Esperanza del Cisne Pucha Sánchez

DIRECTORA:

Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.

LOJA –ECUADOR

2020

CERTIFICACIÓN

Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación **El estrés laboral y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas en los militares en el grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la ciudad de Loja, periodo 2019** de la autoría de la egresada de la carrera de Psicología clínica Esperanza del Cisne Pucha Sánchez, con número de cédula 1105180408.

En cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación de la estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma para la graduación.

Loja, 05 de marzo de 2020



Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.
Docente de la carrera de Psicología Clínica de la FSH de la UNL

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Esperanza del Cisne Pucha Sánchez, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Esperanza del Cisne Pucha Sánchez

Firma:



Cédula: 1105180408

Fecha: Loja, 05 de marzo de 2020

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Esperanza del Cisne Pucha Sánchez, declaro ser autora de la tesis titulada: **EL ESTRÉS LABORAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS MILITARES EN EL GRADO DE CABO SEGUNDO DEL “FUERTE MILITAR MIGUEL ITURRALDE” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2019**, siendo un requisito para optar al grado de Psicóloga Clínica autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos; muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realiza un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de enero de dos mil veinte.

Firma: 

Autora: Esperanza del Cisne Pucha Sánchez

Cédula: 1105180408

Dirección:

Correo Electrónico: espechiquita_06@hotmail.com

Celular: 0959789595

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

Vocal: Psi. Cl. Maria Paula Torres Pozo, Mg.Sc

Vocal: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc

DEDICATORIA

La presente investigación se la dedico primeramente a Dios, por ser quien me ha dado la vida, la sabiduría y la inteligencia para poder desarrollar la investigación, además de darme la fortaleza para superar los obstáculos presentados durante el desarrollo de mi carrera.

De otra parte, dedico este estudio a mis padres y hermanos, que han sabido acompañarme y fortalecerme con su cariño y comprensión a lo largo de mi vida para poder mantenerme de pie ante cualquier dificultad presentada.

Por último, se lo dedico a mi esposo e hija, quienes han sido mi mayor motivación para poder llevar a cabo esta meta profesional y graduarme con éxito.

Esperanza del Cisne Pacha Sánchez

AGRADECIMIENTO

Expreso mis agradecimientos primeramente a Dios, por haberme facilitado el conocimiento pleno para poder elaborar este trabajo investigativo para mi oportuna graduación.

Agradezco a las autoridades de la Universidad nacional de Loja y de la Facultad de Medicina, a los docentes de la Carrera de Psicología por haberme dado la oportunidad de desarrollar mi tesis bajo toda la normativa legal, y en especial a la Psi. Cl. Doménica Alexandra Burneo Álvarez, Mg. Sc.; directora de tesis, por haber guiado mi investigación en todo su proceso de desarrollo con tenacidad, experiencia y conocimientos, facilitándome la elaboración de un trabajo eficiente.

Finalmente agradezco a las autoridades del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” por haberme permitido realizar mi tesis en esta prestigiosa institución y los militares con el grado de Cabo Segundo por colaborar con disponibilidad total cuando fue requerida su participación.

Esperanza del Cisne Pacha Sánchez

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
ÍNDICE DE ANEXOS	xv
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	8
1. Estrés	8
1.1. Definición.....	8
1.2. Teorías explicativas del estrés	8
1.2.1. Teoría basada en la respuesta.....	8
1.2.2. Teoría basada en el estímulo o teoría ambientalista	9
1.2.3. Teoría basada en la interacción.....	9
1.3. Aspectos neurobiológicos del estrés.....	10
1.4. Fases del estrés	13
1.4.1. Fase 1.- Reacción de alarma	13

1.4.2. Fase 2.- Resistencia.....	14
1.4.3. Fase 3.- Agotamiento.....	15
1.5. Síntomas.....	16
1.6. Tipos de estrés.....	17
1.6.1. Estrés académico.....	17
1.6.2. Estrés laboral.....	18
1.6.2.1. Historia y definición.....	18
1.6.2.2. Características del estrés laboral.....	20
1.6.2.3. Causas.....	26
1.6.2.4. Dimensiones del estrés laboral.....	28
1.6.2.5. Niveles del estrés laboral.....	32
1.6.2.6. Consecuencias.....	34
1.6.2.7. Intervención del estrés laboral.....	34
1.6.2.8. Prevención.....	35
2. Sustancias psicoactivas.....	36
2.1. Contexto y definición.....	36
2.2. Clases de sustancias psicoactivas.....	37
2.2.1. Tabaco.....	37
2.2.2. Bebidas alcohólicas.....	38
2.2.3. Cannabis.....	39
2.2.4. Cocaína.....	40
2.2.5. Anfetamina.....	41
2.2.6. Inhalantes.....	42
2.2.7. Tranquilizantes o pastillas para dormir.....	43
2.2.8. Alucinógenos.....	44

2.2.9. Opiáceos.....	45
2.2.10. Caféina.....	46
2.3. Diagnóstico.....	47
2.3.1. Niveles de riesgo de consumo de sustancias la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)	47
2.3.1.1. Riesgo bajo.....	47
2.3.1.2. Riesgo moderado.....	48
2.3.1.3. Riesgo alto.....	48
2.3.2. Diagnóstico de trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas	48
4.2.4. Tratamiento	53
4.2.4.1. Terapia cognitiva conductual	53
4.2.4.2. Psicoterapia interpersonal	54
4.2.4.3. Terapia de refuerzo motivacional.....	55
4.2.4.4. Activación conductual.....	57
4.2.5. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.....	58
3. El estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas	60
3.1. Estrategias de afrontamiento ante el consumo de sustancias psicoactivas por estrés laboral.....	61
5. MATERIALES Y MÉTODOS	63
1. Tipo de estudio.....	63
2. Diseño del estudio.....	63
3. Descripción del área de estudio.....	63
4. Universo y muestra.....	63
4.1. Universo.....	63
4.2. Muestra	64

4.2.1 Características de la muestra.....	64
4.2.2. Criterio de inclusión.....	64
4.2.3. Criterio de exclusión.....	65
5. Métodos e instrumentos de la investigación.....	65
5.1. Instrumentos.....	65
5.1.1. Consentimiento Informado.....	65
5.1.2. Cuestionario sobre el estrés laboral de la (Organización Internacional del Trabajo- Organización Mundial de la Salud.).....	66
5.1.3. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).....	67
6. Procedimiento.....	68
6.1. Primera Etapa: Desarrollo del marco teórico y primer acercamiento al “Fuerte Militar Miguel Iturralde”.....	68
6.2. Segunda etapa: Recolección de datos.....	69
6.3. Tercera etapa: Tabulación y análisis de datos.....	69
5.6.4. Cuarta etapa: Descripción de resultados e informe final.....	71
6. RESULTADOS.....	73
Objetivo 1.....	73
Objetivo 2.....	74
Objetivo 3.....	77
7. DISCUSIÓN.....	79
8. CONCLUSIONES.....	86
9. RECOMENDACIONES.....	87
10. BIBLIOGRAFÍA.....	88
11. ANEXOS.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas del estrés.....	16
Tabla 2. Interpretación de resultado de cuestionario de estrés laboral de OIT-OMS.....	70
Tabla 3. Interpretación de resultado de prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)	71
Tabla 4. Niveles de estrés laboral presentado en personal militar en el grado de Cabo Segundo del "Fuerte Militar Miguel Iturralde"	73
Tabla 5. Nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas.....	74
Tabla 6. Relación entre el nivel de estrés laboral y el nivel de consumo de sustancias	77
Tabla 7. Falta de comprensión de misión y metas de organización por parte de la gente	115
Tabla 8. Sensación de presión por la forma de rendición de informes entre superior y subordinado.....	115
Tabla 9. Falta de condiciones para controlar las actividades del área de trabajo	116
Tabla 10. Limitado equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo	116
Tabla 11. El superior no da la cara ante los jefes.....	117
Tabla 12. Falta de respeto del supervisor.....	117
Tabla 13. Falta de colaboración en grupo de trabajo impide participar.....	118
Tabla 14. Falta de respaldo de metas profesionales por parte de equipo de trabajo.....	118
Tabla 15. Falta de estatus o prestigio del equipo de trabajo dentro de la organización.....	119
Tabla 16. Falta de comprensión de la estrategia de la organización.....	119
Tabla 17. Deficiencia del desempeño por políticas iniciadas en la gerencia.....	120
Tabla 18. Falta de control sobre el trabajo en personas del mismo nivel	120
Tabla 19. Falta de preocupación del supervisor por el bienestar personal	121
Tabla 20. Falta de capacitación técnica para seguir siendo competitivo	121
Tabla 21. Irreconocimiento del derecho a tener un espacio de trabajo.....	122

Tabla 22. Exagerada exigencia de papeleo en estructura formal de la organización	122
Tabla 23. Falta de confianza por parte del supervisor en el desempeño del trabajo.....	123
Tabla 24. Desorganización del equipo de trabajo.....	123
Tabla 25. Falta de protección del equipo de trabajo ante injustas demandas de trabajo que hacen los jefes.....	124
Tabla 26. Carencia de dirección y objetivo en la organización	124
Tabla 27. Demasiada presión de equipo de trabajo	125
Tabla 28. Incomodidad al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo.....	125
Tabla 29. Falta de ayuda técnica por parte del equipo de trabajo cuando se necesita	126
Tabla 30. Falta de respeto en la cadena de mando.....	126
Tabla 31. Falta de tecnología para hacer trabajo de importancia	127
Tabla 32. Consumo de sustancias psicoactivas.....	128
Tabla 33. Frecuencia de consumo de tabaco	128
Tabla 34. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas.....	129
Tabla 35. Frecuencia de consumo de cannabis.....	129
Tabla 36. Frecuencia de consumo de cocaína.....	130
Tabla 37. Frecuencia de consumo de anfetaminas.....	130
Tabla 38. Frecuencia de consumo de inhalantes.....	130
Tabla 39. Frecuencia de consumo de tranquilizantes	131
Tabla 40. Frecuencia de consumo de alucinógenos.....	131
Tabla 41. Frecuencia de consumo de opiáceos.....	131
Tabla 42. Frecuencia de consumo de opiáceos.....	132
Tabla 43. Frecuencia de deseos de consumir tabaco	132
Tabla 44. Frecuencia de deseos de consumir bebidas alcohólicas.....	132
Tabla 45. Frecuencia de deseos de consumir cannabis.....	133

Tabla 46. Frecuencia de que deseos han conllevado al consumo de tabaco.....	133
Tabla 47. Frecuencia de que deseos han conllevado al consumo de bebidas alcohólicas	134
Tabla 48. Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir tabaco.....	134
Tabla 49. Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir bebidas alcohólicas .	134
Tabla 50. Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir cannabis	135
Tabla 51. Muestra de preocupación de un amigo ante la observancia de consumo de tabaco	135
Tabla 52. Muestra de preocupación de un amigo ante la observancia de consumo de bebidas alcohólicas.....	136
Tabla 53. Intento por dejar de consumir tabaco.....	136
Tabla 54. Intento por dejar de consumir bebidas alcohólicas	137
Tabla 55. Consumo de droga por vía inyectada.....	137

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de los niveles de estrés laboral en personal militar en el grado de Cabo Segundo del "Fuerte Militar Miguel Iturralde", recolectado por medio de la aplicación del cuestionario.....	73
Figura 2. Nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas	75
Figura 3. Relación entre estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas.....	77

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. OFICIO DIRIGIDO A LA INSTITUCIÓN “FUERTE MILITAR MIGUEL ITURRALDE”	105
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES.....	106
ANEXO 3. PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-ASSIST). 107	
ANEXO 4. INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-ASSIST).....	111
ANEXO 5. CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS.....	112
ANEXO 6. INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS	114
ANEXO 7. TABLAS EXTRAS SOBRE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS APLICADO.....	115
ANEXO 8. TABLAS EXTRAS SOBRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST), APLICADA	128
ANEXO 9. APROBACIÓN DEL TEMA	138
ANEXO 10. AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE TESIS.....	139
ANEXO 11. CERTIFICACIÓN DE PERTINENCIA DE PROYECTO DE TESIS	140
ANEXO 12. CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN.....	141
ANEXO 13. PROYECTO DE TESIS	142
ANEXO 14. EVIDENCIA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS	158

1. TÍTULO

El Estrés Laboral y su Relación con el Consumo de Sustancias Psicoactivas en los Militares
en el Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja,

Periodo 2019

2. RESUMEN

El presente trabajo investigativo se elaboró con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de estrés laboral y el nivel de consumo de sustancias psicoactivas en el personal en los Militares en el Grado de Cabos Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja. La investigación fue de tipo transversal, no experimental y cuantitativa-cualitativa. Se trabajó con una muestra de 80 militares con grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, a quienes se les aplicó el Cuestionario del Estrés Laboral de la OIT-OMS y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST), cuya información recolectada se tabuló y analizó por medio del programa IBM SPSS Statistics 25 mediante el uso de la estadística descriptiva. En los resultados se encontró una relación estadísticamente significativa ($p = 0.0001$) entre el estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas de los participantes, esto quiere decir que en la población investigada el 67.50% de los participantes presentaron un bajo nivel de estrés y un riesgo de consumo bajo de sustancias psicoactivas; el 16.30% de los participantes presentaron un nivel de estrés intermedio y un riesgo moderado de consumo de estas sustancias psicoactivas, en cambio, cuando el 2.5% de los participantes presentaron un nivel de estrés severo y un riesgo moderado de consumo de sustancias psicoactivas, y ningún participante presentó un nivel de estrés alto. Entre las principales limitaciones encontradas en el desarrollo del estudio, se destaca que los datos obtenidos se limitan a desarrollar conclusiones sobre el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas en varones, además se limita a explicar el funcionamiento de estas variables en los cabos segundo sin considerar a los militares con otros grados. Para futuras investigaciones se recomienda considerar otras variables de interés como la edad, el ámbito de profesión, el género en la correlación entre el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas.

Palabras claves: estrés laboral, sustancias psicoactivas, correlación

ABSTRACT

The following investigation research was prepared with the objective to determine the relationship between job stress and the consumption of psychoactive substances in the staff that work at the Military in the Second-Degree Rank from “Miguel Iturralde Military Fort” from the city of Loja. Research desing was transversal, not experimental and quantitative-qualitative. The sample was conformed by 80 military employees with a Second-Degree Rank from the “Miguel Iturralde Military Fort”, to whom were applied the Work Stress Questionnaire from the World Health Organization and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) from the World Health Organization, information was collected and then tabulated and analyzed through the IBM SPSS Statistics 25 Program by using descriptive statistics. A statistically significant relationship was found in the results ($p=0.0001$) between job stress and the consumption of psychoactive substances from the participants, the 67.50% of the participants showed a low rate of job stress and a low risk of consumption of psychoactive substances; the 16.30% of the participants showed an intermediate job stress and a moderate risk to the consumption of psychoactive substances, instead, the 2.5% of the participants showed a severe job stress and a moderate risk to the consumption of psychoactive substances, and no participants showed a high job stress. There were found some limitations in the development of this research, the conclusions of this research about stress and the consumption of psychoactive substances are limited for men, in addition it is limited to explain the functioning of these variables in Military with a Second-Degree rank without considering other Military ranks. For future research it is recommended to consider other variables of interest such as age, profession field, gender in the correlation between stress and the consumption of psychoactive substances.

Key-words: job stress, psychoactive substances risk, correlation

3. INTRODUCCIÓN

Actualmente en el mundo tiene gran prevalencia el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual pone en riesgo la vida de la persona que las consume, siendo en algunos casos, el resultado de la presencia de estrés laboral. Bajo este marco, resalta que los aspectos laborales tienen influencia directa en el estado psicológico y emocional del empleado ya que del ambiente laboral depende su estabilidad, eficiencia y disponibilidad para trabajar, considerando que cuando no es así y en el ámbito laboral se percibe situaciones que generan malestar se desarrolla el estrés laboral que según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2004), deja secuelas en la salud mental del afectado como el desarrollo de depresión o ansiedad que al manifestarse de forma intensa, lo conducen a tratar de buscar bienestar en las sustancias psicoactivas.

En este sentido, el estrés laboral corresponde a un tipo de respuesta que el organismo da cuando se presenta un estímulo o factor estresante en el trabajo, lo que repercute negativamente en la salud física del empleado, así como en su estado mental y por ende disminuye su nivel de productividad (Chiang & Rivas, 2018).

Con relación a ello, la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Comisión Interamericana del Control de Abuso de Drogas (CICAD) (2019), dejan ver que el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas es más alarmante ya que hay un mayor consumo de alcohol en Argentina, Uruguay y Estados Unidos; al igual que el tabaco se usa en Chile, Uruguay y Argentina; mientras que la cannabis se consume con mayor prevalencia en Jamaica, Canadá, Chile y Estados Unidos. En lo que respecta a inhalantes, sobresalen Belice, Barbados, Estados Unidos y Bolivia; en cambio la cocaína se consume más en Estados Unidos, Uruguay, Argentina, Canada y Costa Rica. Por otra parte, las anfetaminas tienen mayor prevalencia de consumo en Canadá, Estados Unidos, Belice y Uruguay. Finalmente

hay un gran número de personas que consumen tranquilizantes o pastillas para dormir en Uruguay, Estados Unidos, Costa Rica, El Salvador y Chile.

Las sustancias psicoactivas son diversas maneras en que las personas utilizan y abusan de ciertas sustancias legales (sin prescripción médica) o ilegales que tienen propiedades bioquímicas y químicas e influyen directamente en la función de los neurotransmisores, alterando el funcionamiento normal del comportamiento y las funciones mentales (Barbieri, Trivelloni, Zani, & Palacios, 2012).

Al encontrarse la persona sometida al consumo de sustancias psicoactivas, se dispone a desarrollar serias secuelas en sus diversos ámbitos de vida como es en el trabajo principalmente, además de su salud, lo social y afectivo.

Ante ello es contundente que es importante las buenas condiciones laborales, además de las físicas y los horarios adecuados de trabajo junto con relaciones eficientes para que el empleado tenga bienestar, ya que de no ser así como lo afirma la Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina (2017), aparece el estrés laboral que al no poder ser manejado correctamente lo conduce a buscar relajación o tranquilidad en las sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco, tranquilizantes, cocaína, opiáceos, etc.; sin darse cuenta que esto le causará problemas mas serios de los que ya tiene en su trabajo.

Desde este ámbito, se presenta el presente trabajo investigativo con los objetivos de evaluar los niveles de estrés laboral en el personal Militar en el Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja, determinar el nivel de riesgo de sustancias psicoactivas e identificar la relación entre estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas.

El trabajo investigativo tiene gran importancia ya que contribuye con conocimientos sobre la influencia que tiene el estrés laboral en el consumo de sustancias psicoactivas que es

un ámbito de interés para profesionales de Psicología Clínica y público en general, lo que sirve de base para la propuesta de nuevos tratamientos enfocados a ayudar a los afectados a salir de este problema en caso de tenerlo.

La investigación se fundamentó teóricamente en información obtenida de varias fuentes bibliográficas referentes al estrés laboral y sustancias psicoactivas, la muestra a la que se aplicó la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), y el Cuestionario sobre el estrés laboral de la OIT-OMS, fue de 80 militares con grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, como medio para determinar la relación entre el estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas.

El estudio fue de tipo transversal y no experimental, con un enfoque cuantitativo-cualitativo ya que con la aplicación de los instrumentos se hizo la tabulación cuantitativa, cuyos datos fueron analizados y sirvieron para levantar la información cualitativa sobre las dos variables de estudio: estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual, el desarrollo de la investigación representa una guía científica para la elaboración de futuras investigaciones enfocadas a la misma área de conocimiento, además de ser una fuente de promoción bibliográfica de interés científico.

Los resultados de la investigación se tabularon mediante el programa IBM SPSS Statistics 25, en el cual, se ingresó los datos para luego efectuar la tabulación en función al análisis descriptivo de frecuencias, para finalmente mediante el cruce de Tablas, establecer la correlación Rho de Spearman para establecer la relación entre estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas en base a la detección del nivel de significancia de la correlación equivalente a $p=0.0001$.

De acuerdo a ello, es posible concluir que hay una correlación positiva moderada entre el estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas, donde se detecta que de entre

los militares del Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja, hay algunos que consumen tabaco, bebidas alcohólicas y cannabis en resultado a un nivel de estrés bajo presentado, por lo que están en riesgo bajo por el consumo de estas sustancias; aunque también existen un poco de militares que se encuentran un riesgo moderado por el consumo de sustancias psicoactivas cuando hay un nivel de estrés bajo.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

1. Estrés

1.1. Definición

El estrés de acuerdo a Pérez, García, García, Ortiz, y Centelles (2014), es un tipo de respuesta de carácter no específico que manifiesta el cuerpo humano ante cualquier cambio brusco generado por el impacto que tienen algunos sucesos importantes que se producen mediante una actividad continuada, sea esta desagradable o de placer, es decir que cuando se reiteran algunos estímulos estresantes, las reacciones del organismo se intensifican y se instalan para permanecer aún después de desaparecer una enfermedad.

Es una clase de enfermedad que afectan la psiquis de la persona que la padece, aunque también puede repercutir en el desarrollo de diferentes problemas sociales en vista de que el paciente se somete al área interiormente social y de forma dialéctica al generante biológico.

Para entender mejor esto, el estrés constituye el procedimiento de tipo psicológico normal que se produce siempre que el organismo se expone ante una fuerte demanda y no puede reaccionar de forma correcta y precisa ante esta, trayendo consecuencias negativas para el cuerpo humano (Ministerio del Interior de España, 2014).

1.2. Teorías explicativas del estrés

Dentro de las teorías que explican el estrés, destacan las señaladas a continuación:

1.2.1. Teoría basada en la respuesta

Esta fue propuesta por Hans Selye, quien estableció que el estrés es un tipo de reacción inespecífica que aparece en el organismo, independientemente de la clase de estimulante estresor, esta respuesta inespecífica se interpreta como a la búsqueda de

adaptación del cuerpo ante los constantes retos internos y externos que alteran la capacidad de energía disponible (Herrera, & otros, 2017).

Regueiro (2019) señala con respecto a ello, que cuando la respuesta que desarrolla de forma natural el organismo, se genera con excesividad, al mismo tiempo se desarrolla una tensión sobrecargada que influye en el paciente y conduce al apareamiento de otras patologías que dificultan el normal funcionamiento del organismo.

Por tanto, de la respuesta al estrés implica la capacidad que tiene el organismo para afrontar las situaciones que se le presentan y de adaptarse a estas, es decir que las respuestas se presentan cuando se percibe que el recurso disponible en el cuerpo humano no se abastece para afrontar correctamente las dificultades.

1.2.2. Teoría basada en el estímulo o teoría ambientalista

De acuerdo a Castillo y González (2015), esta teoría sustenta que el estrés se produce cuando se demanda demasiado la necesidad de relación con el entorno que altera el normal funcionamiento del organismo, a esta demanda se la conoce como estresor.

Existen dos tipos de estresores que son: estresores psicológicos y los físicos que tienen un origen inmaterial e influencia directa en los órganos internos y externos del cuerpo humano; los estresores físicos se clasifican en: factores psicopatológicos como sustancias tóxicas, bacterias, etc., condiciones físicas extremas y externas, y, la actividad corporal.

1.2.3. Teoría basada en la interacción

Esta teoría fue mejor sustentada por Richard Lazarus, citado por Berrío y Mazo (2011), quienes señalan que el estrés se produce cuando hay una mediación entre las respuestas del organismo a situaciones estresantes y los estímulos estresantes, con lo cual el paciente adquiere una intervención activa en el origen del estrés.

Es decir que este se genera mediante la constante relación entre la persona y su entorno, que generalmente es considerado como una amenaza, por lo cual se vuelve difícil poder afrontar las situaciones presentadas.

1.3. Aspectos neurobiológicos del estrés

El procedimiento para que se produzca el estrés incluye algunos cambios que suscitan en el funcionamiento de los sistemas, órganos y tejidos como resultado de la variación del entorno ambiental, además de otros procesos de adaptabilidad ante las situaciones de demasiada demanda de capacidad psicológica y física. En el procedimiento de adaptabilidad interviene el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), cuya función implica en algunas consecuencias negativas para la salud de la persona que lo presenta, situación que se detecta como una amenaza y se manifiesta a partir de la presencia de estresores psicológicos y estresores físicos (ejercicio excesivo, ayuno, etc.), lo que depende de la perspectiva que el paciente tenga sobre alguna experiencia vivida anteriormente y de la forma de procesar la información receptada. Cuando aparecen estos estresores, se activan las estructuras del tallo cerebral que conforman el sistema límbico, que a su vez se comunican con el núcleo paraventricular que genera la hormona liberadora de corticotropina (CRH), mismas que se libera mediante las terminaciones nerviosas en la elevación media para posteriormente entrar a la circulación sanguínea y ser trasladada al lóbulo anterior de la hipófisis, en este sitio secreta la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) a partir de las células corticotropas (Cortés, & otros, 2018).

La hormona ACTH se encarga de secretar la cortisol en la corteza suprarrenal, por tanto, el asa que retroalimenta esta área se cierra cuando se eleva lo suficiente el nivel de cortisol en el plasma para inhibir en hipófisis o hipotálamo la liberación de ACTH y CRH. Cabe resaltar que el proceso de secreción de cortisol depende de los cambios de iluminación

artificial o ambiental a los que se somete la persona y las variaciones en la comida o la actividad física.

Según Cortés, y otros (2018), cuando la cortisol llega al torrente sanguíneo, permanece con vida de 60 a 90 minutos, y se manifiesta de tres formas: adherida a la proteína transcortina generalmente denominada globulina transportadora de corticoesteroides (CBG) en un 90%, ligada a la albumina con un porcentaje del 4% al 5% o no adherida y de manera libre de un 5% a un 6%.

Complementariamente, durante el procedimiento de secreción de la cortisol, el hipotálamo también cumple la función de activar varias regiones del cerebro y otros núcleos del tallo encefálico que se dirigen a activar la división simpática del sistema nervioso autónomo (SNA), lo cual permite que se libere la adrenalina en la médula suprarrenal, esta junto a la cortisol cuando se encuentran en el torrente sanguíneo, generan varias respuestas conductuales y vegetativas para afrontar las situaciones adversas que experimenta la persona.

El cortisol es un tipo de hormona que tiene la función de evitar la hipoglucemia y de impulsar en varios tejidos, la secreción de otras hormonas como las catecolaminas y el glucagón, por lo cual tiene acciones metabólicas.

Esta hormona tiene la particular función de regular su propia secreción mediante un mecanismo de retroalimentación negativa. Mientras que llega al hipófisis o hipotálamo mediante la vía sanguínea sistémica, para luego regular de manera negativa, la producción de ACTH y CRH. De otra manera, existen algunas variaciones diurnas durante la producción de cortisol ya que en las mañanas se produce más (Guerrero, 2017).

Con relación a ello, Reguera (2014) señala que el cortisol tienen algunas funciones en lo referente a producir la reacción del organismo frente a factores estresantes que son:

- Conservar el tono cardiovascular, permitiendo que se incremente la tensión arterial y frecuencia cardíaca, para ser distribuidas en el torrente sanguíneo. En este caso se necesita el cortisol para que las catecolaminas puedan ejercer su función vasoconstrictora en las arteriolas.
- Controlar la función del sistema nervioso simpático (SNS) mediante la inhibición o secreción de síntesis de catecolaminas.
- Facilitar la asimilación de nuevos patrones de comportamiento y psíquicos, en especial, con relación a situaciones condicionadas a nivel afectivo porque esto se vincula de manera constante a la acción de la cortisol en el hipocampo y la amígdala que desarrolla seguidamente.
- Promover la reacción inmune del organismo cuando se desarrolla un factor estresante mediante la acción de varios citoquinas proinflamatorias como son: interleuquina 6 (IL-6), interleuquina 1 (IL-1) y el factor de necrosis tumoral alpha (TNF- α). Mediante los efectos de inhibición sobre la vía del factor nuclear $\kappa\beta$, glucocorticoides (hormonas que intervienen en el proceso de control del metabolismo de carbohidratos que facilitan el procedimiento de la gluconeogénesis (proceso, mediante el cual se produce de forma anabólica y metabólica, nueva glucosa, desde una cantidad de precursores conformados por biomoléculas que contienen oxígeno, carbono e hidrógeno) y la glucogenólisis (proceso a través del cual, el organismo incrementa el nivel de glucosa y la libera a la sangre para mantener su cantidad normal), tienen gran potencia antiinflamatoria y se encargan de regular y de regresar a la homeostasis de la reacción inflamatoria después del estrés.
- Permitir la movilización de las reservas de energía mediante la estimulación de la gluconeogénesis. En este sentido, se incrementa la síntesis de glucosa a través de

su intervención sobre el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas. De esta manera, se elevan los procesos de lipólisis (procedimiento que consiste en producir el traslado de los lípidos que representan la base de reserva en el tejido adiposo hacia los tejidos periféricos con la finalidad de solventar la demanda de energía en el organismo) y el catabolismo proteico, mientras se inhibe el proceso de síntesis proteica.

La hormona cortisol por otra parte, se encarga de poner en alerta al sistema nervioso central cuando se percibe alguna amenaza en el entorno, además de que facilita la activación de la respuesta inmune y la memorización. Por tanto, el incremento momentáneo de esta hormona junto con la adrenalina protegen al organismo para su supervivencia contra las amenazas presentadas en el ambiente, pero por el contrario, cuando la persona se mantiene la exposición a elevados niveles de estrés, puede tener graves prejuicios en su salud (Aguirre, Abufhele, & Aguirre, 2016).

1.4. Fases del estrés

1.4.1. Fase 1.- Reacción de alarma

Consiste en el proceso donde el cuerpo humano recepta un agente que lo detecta como nocivo y se denomina estresor y produce una reacción inicial de alarma que es intensa y puede ser de corta duración (Espinoza, Pernas, y González, 2018). Este concierne a la fase en la que se activa el eje hipofisopararrenal, mientras que se produce la reacción automática e instantánea del organismo, mientras que se moviliza las defensas en el organismo, se incrementa el nivel de frecuencia cardíaca, se libera mayor cantidad de glóbulos rojos, se contrae el bazo, se eleva el nivel de respiración, se eleva el proceso de coagulación de la sangre, se dilatan las pupilas y se producen más linfocitos, la sangre se redistribuye para

abandonar las zonas menos importantes (vísceras intestinales y piel) para pasar al corazón, cerebro y músculos, que conforman el área de acción frente al estrés.

Relativamente, la Asociación Española de Especialista en Medicina del Trabajo (2016), argumenta que esta fase comprende la liberación de las hormonas que aceleran el ritmo cardiaco, generan ansiedad y la adrenalina. Durante esta fase según Ávila (2014), el organismo se predispone para producir la máxima cantidad de energía al enfrentarse a un acontecimiento difícil, con sus consiguientes transformaciones químicas. En este caso, el cerebro transmite señales para activar la secreción de hormonas que, a través de una reacción en cadena, producen diversas reacciones en el organismo como incremento de la intensidad y frecuencia de los latidos del corazón, agudización de los sentidos, aumento del flujo sanguíneo, tensión muscular, etc.

Es el periodo, en el que se genera la primera exposición a la tensión, donde se reduce un poco la resistencia fisiológica, en tanto que el cuerpo humano va reuniendo fuerzas para resistirse, generalmente en esta fase se presenta una baja resistencia ante los factores que producen la tensión (Pérez, García, Gracia, Ortiz, & Centelles, 2014).

1.4.2. Fase 2.- Resistencia

Es la fase en la que según Espinoza, Pernas, y González (2018), el organismo produce una acción autónoma para buscar adaptarse al estresor, se incrementa el estado de alerta y hay una mejor reacción física, mientras que se van desapareciendo los síntomas del primer nivel.

Durante esta fase, el organismo realiza todas las acciones para intentar superarse, asimilar y confrontar la presencia de los agentes nocivos o factores que son percibidos como una amenaza que conlleva a la normalización de los niveles de corticosteroides que constituyen una clase de hormonas pertenecientes al grupo de esteroides (generalmente secretada por la corteza de las glándulas suprarrenales) y los que proceden de estos. Su

función consiste en regular y controlar el metabolismo de los hidratos de carbono, los niveles de electrolíticos en el plasma sanguíneo, el proceso de catabolismo de proteínas y la inflamación (Mena, Hidalgo, Fernández, Navarro, & Roque, 2005).

La Asociación Española de Especialista en Medicina del Trabajo (2016) indica que esta etapa tiene una duración que varía en función al nivel de resistencia de la persona frente al estrés, en la que intervienen los factores psicosociales y biológicos.

Al mantenerse el estado de alerta en el organismo, donde no hay relajación, se intenta regresar al estado normal y se vuelve a generar otra respuesta fisiológica, mientras se mantiene las hormonas en un estado de alerta constante (Ávila, 2014). Pérez, García, Gracia, Ortíz, y Centelles (2014) expresan que en este nivel se desarrollan algunas manifestaciones mentales y clínicas que dependen en gran parte de la capacidad y fuerza de la persona.

1.4.3. Fase 3.- Agotamiento

Esta fase se da cuando el estresor se vuelve permanente y provoca daño que conlleva al organismo al colapso, reapareciendo los primeros síntomas y se genera una ruptura en el procedimiento de recuperación, que si se prolonga demasiado tiempo puede terminar con la muerte del paciente (Espinoza, Pernas, & González, 2018).

Generalmente durante esta fase, se presenta siempre que la exposición a los factores estresantes se mantienen constante, en tanto que la capacidad del paciente para lograr adaptarse no es suficiente para lograrlo, por lo que termina agotándose y en resultado se altera el área tisular y se desarrolla la enfermedad conocida como psicósomática que incluye la presencia de varios síntomas físicos que no pueden ser explicados por la presencia de una enfermedad física. Por consiguiente, la persona afectada disminuye su nivel de rendimiento en el trabajo que se ubica por debajo de su capacidad mental y física, perdiendo cualquier motivación para hacer las cosas y se irrita con facilidad. Es decir que en resultado le excesiva

exposición a esta fase coadyuva a la reducción de la capacidad de resistencia natural frente al estrés (Asociación Española de Especialista en Medicina del Trabajo, 2016). Como lo indica Ávila (2014), esta etapa se transforma en crónico y permanece por un tiempo mayor que depende de cada persona. Al mismo tiempo, se producen otras dificultades como la tensión, activación, estimulación, agotamiento del nivel de resistencia, debilidad, sensación de angustia, permanencia de la demanda estresante y otras de tipo físicas y psicológicas.

Corresponde a la falta de capacidad para poder hacer frente a la tensión durante un tiempo prolongado, generalmente sucede cuando hay un desequilibrio entre la parte fisiológica y la interna en el organismo, lo que le conduce a colapsar y en resultado pueden aparecer otras enfermedades continuas como derrame cerebral, ataque al corazón, migraña, cáncer, etc (Pérez, García, Gracia, Ortíz, & Centelles, 2014).

1.5. Síntomas

Regueiro (2019) afirma que los síntomas que el estrés genera en la personas que padece esta patología se clasifican en cuatro sungrupos mostrados en la siguiente Tabla.

Tabla 1. *Síntomas del estrés*

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS COGNITIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea o estreñimiento ▪ Pérdida o disminución del deseo sexual ▪ Presencia de enfermedades respiratorias ▪ Dolores de cabeza ▪ Palpitaciones rápidas y dolor en el pecho ▪ Mareos y náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamientos apresurados y ansiosos ▪ Juicio pobre ▪ Pérdida de memoria ▪ Preocupación permanente ▪ Incapacidad para concentrarse ▪ Tener una perspectiva negativa de la vida
<p style="text-align: center;">SÍNTOMAS EMOCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener sensaciones de aislamiento o soledad ▪ Irritabilidad constante ▪ Depresión y sentimientos de infelicidad permanente ▪ Falta de capacidad para relajarse o agitación constante ▪ Tener sensaciones de estar abrumado ▪ Cambios abruptos de humor 	<p style="text-align: center;">SÍNTOMAS CONDUCTUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener hábitos producto de los nervios alterados como morderse las uñas. ▪ Dejar de cumplir con las responsabilidades o negligencia ▪ Dormir poco o demás ▪ Acudir al alcohol, cigarro o drogas para buscar relajación ▪ Mantenerse aislado del grupo social. ▪ Comer en exceso o poco.

Fuente: Pucha Sánchez Esperanza del Cisne

Elaboración: Autoría propia

1.6. Tipos de estrés

1.6.1. Estrés académico

El estrés académico consiste en un procedimiento sistematizado de tipo psicológico y adaptativo que se desarrolla cuando el estudiante se somete dentro del ámbito escolar, a varias exigencias que son percibidas por este como factores estresantes, lo cual produce un desequilibrio sistematizado que se expresa mediante una variedad de síntomas, además de que en resultado de ello, el paciente se ve obligado a efectuar acciones para afrontar esta situación y tratar de recuperar el equilibrio perdido (Ferrer & Bárcenas, 2016).

De acuerdo a Águila, Calcines, Monteagudo, y Achon (2016), este tipo de estrés representa una clase de malestar que experimenta el estudiante por la presencia de diferentes factores estresantes emocionales y físicos de tipo intrarrelacional e interrelacional que presionan de forma significativa su capacidad individual para poder afrontar en el entorno escolar, las constantes demandas como el desarrollo de exámenes, resolución de conflictos, relación con docentes y compañeros, necesidad de relación entre el factor teórico con la realidad analizada y la búsqueda del rendimiento académico.

En este sentido, el estrés académico comprende el conjunto de procesos afectivos y cognitivos que se recepta por el estudiante como resultado de la influencia de los estresores académico, en otras palabras, el paciente analiza los diferentes aspectos del entorno académico para luego clasificar cuáles son los amenazantes y saber si puede afrontarlos eficientemente o no, durante este proceso suele presentarse en el estudiante: ira, desasosiego, alivio, tristeza, satisfacción, confianza o ansiedad, entre otros.

1.6.2. Estrés laboral

1.6.2.1. Historia y definición

Con respecto al origen del término estrés, Elena (2002) señala que se originó durante el siglo XIV como una forma de manifestar adversidad, dureza, tensión o aplicación, para luego ser utilizado en el área de la física entre los siglos XVIII e inicios del siglo XIX, donde se lo concebía como una fuerza desarrollada en el interior del organismo humano en resultado de la aplicabilidad de un estímulo externo que lo conllevaba a su distorsión.

Tiempo después, según Pérez, García, Gracia, Ortiz, y Centelles (2014), el investigador Hans Selye durante los años 30 del siglo pasado, se dio cuenta de que algunas personas enfermas que él observaba, independientemente del tipo de mal que padecían, presentaban una sintomatología común como astenia, agotamiento, baje de peso, pérdida del apetito, etc. Por lo cual estableció de forma más precisa la definición de estrés, que a su parecer era un tipo de respuesta o reacción del cuerpo humano ante cualquier variación producida por la influencia de sucesos relevantes, en resultado de una actividad continuada o brusca, que puede ser desagradable o placentera.

Posteriormente, luego de que este investigador publicara un libro sobre el estrés en 1960, se reformó su concepto ya que fue definido como el conjunto de secuelas inespecíficas provocadas por algunos factores como inadecuados hábitos de vida, agentes causantes de enfermedades, cambios bruscos en el ambiente familiar y laboral, y actividades cotidianas; que en general actúan sobre cada persona (Berrio, & Mazo, 2017).

Ya para 1985, sobresalen Kessler, Price y Wotman, quienes realizaron estudios sobre el estrés y establecieron que hay tres enfoques para entender mejor que es: el primer enfoque correspondía al estímulo que provocaba el deseo de conocer que situaciones son estresantes, saber en qué nivel de estrés se encuentran cada una de ellas y ver cuales hacen que la persona

sea más susceptible; el segundo enfoque en cambio se refería a la transición que comprendía el cambio del entorno y la persona, donde se observa que es el afrontamiento orientado al problema, en el que se busca una solución al mismo; y el tercer enfoque consistía en la respuesta o reacciones de cada persona frente a situaciones de tensión en un marco psicológico y físico.

No obstante, la definición del estrés no quedó allí debido a que como lo afirma Arequipa (2018), otros autores como Larousse de García Pelayo y Gross, lo conceptualizaron en 1989 como una debilidad general del cuerpo donde se somete a una agresión física.

Años más tarde se fue perfeccionando la concepción del estrés ya que según Naranjo (2009), en 1987 Bensabat determina que el estrés es un tipo de respuesta no precisada del cuerpo hacia todo requerimiento de lo que se tenga que hacer.

Todas estas definiciones permitieron que la concepción de estrés se vaya reformando hasta llegar a la definición del estrés laboral en la actualidad, es así que el estrés laboral constituye la respuesta física y psicológica desarrollada cuando las demandas del trabajo no se acogen a la capacidad, necesidades del empleado o recursos, y que generalmente se producen por la exagerada carga de trabajo, también se debe a la presencia de diversos problemas de carácter interpersonal y a la falta de comunicación entre empleados.

Bajo este contexto, el estrés laboral representa el conjunto de reacciones manifestadas en el comportamiento, emociones y psiquis de la persona que se genera cuando esta tiene que afrontar mucha demanda laboral como resultado de su interrelación con los demás, ante lo cual tiene insuficiente capacidad de afrontamiento, lo que provoca un desequilibrio que descompone su tranquilidad, bienestar y hasta en el último de los casos, su salud (López, & otros, 2012).

Con relación a ello, la Organización Internacional del Trabajo (2016) indica que el estrés laboral es la respuesta emocional y física hacia algún tipo de daño provocado por un desajuste entre las demandas receptoras y la capacidad y recursos percibidos por una persona para poder afrontar a dichas exigencias.

En este sentido, el estrés laboral se encuentra influenciado por el sistema de organización, el nivel de la relación interna y el diseño del trabajo, que generalmente se da cuando hay demasiada demanda de trabajo que sobrepasa la capacidad, necesidades y recursos del empleado, o también cuando las competencias de este, junto a su nivel de conocimiento para poder enfrentar dicha exigencia no concuerda con las perspectivas de la organización.

1.6.2.2. Características del estrés laboral

Las características del estrés laboral que manifiesta las personas que lo padecen, varían en función a sus necesidades, estado de salud, edad o nivel de fatiga. Por tanto, Londoño (2019), manifiesta que esta enfermedad se presenta de diversas maneras relacionadas al tipo de exigencias, a los recursos de afrontamiento ante las situaciones laborales que se dispone o compromisos de adaptación y los de la propia capacidad, que son influenciados por diferentes aspectos personales.

Todos estos aspectos conforman la perspectiva laboral que la persona tiene y que difiere en función al tipo de sistema estructural que conforma la empresa donde labora y que produce la impresión recibida mediante los sentidos y que desmienten las interpretaciones personales o a su vez, las confirman.

De esta forma, la Universidad Católica Boliviana San Pablo (2007), establece que las características del estrés laboral son:

- Confusión de pensamientos

- Debilidad muscular o dolor
- Enfermedades de la piel
- Trastornos del sueño
- Dolores de cabeza
- Alteraciones psicosomáticas que incluye: ataque de pánico, fiebre intermitente, estremecimiento, cardiopatías, cuadros respiratorios agudos, escalofríos y accidentes cerebrovasculares.
- Síntomas psicofísicos: perturbación visual, confusión y disminución de la memoria.
- Inflamación de ganglios.
- Fatiga extrema.
- Males de la garganta: Disfonías, anginas, etc.

No obstante, también existen otras características que permiten determinar si la persona padece estrés laboral que son las detalladas a continuación.

1.6.2.2.1. Patrones de conducta específicos

Los patrones de conducta específicos representan una manera de comportarse que se ha aprendido e incide en cómo actúan las personas ante diversos hechos ocurridos en el transcurso de la vida, desde esta perspectiva, son formas de ser que tienen impacto directo en el estado de salud fisiológica y psicológica del humano (Minsiterio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2013).

Los patrones de conducta pueden ser de tres tipos: los de tipo A corresponden a un conjunto de comportamientos caracterizados por los continuos impulsos para obtener metas autodeterminadas de manera pobre, por lo que quienes se comportan de esta manera, tienden a la competición, para lo cual realizan muchas tareas en un tiempo límite ya que tienen un

deseo desmesurado de obtener reconocimiento y un nivel de alerta mental y física extraordinaria conforme a lo planteado por García, & Moreno (2013).

Generalmente, las personas con este tipo de conducta mantienen una postura de alarma todo el tiempo, camina rápido y expresan en su rostro tensión, por lo que tienden a interrumpir las actividades de los demás, realizan las cosas de forma apresurada y retan a otras personas a hacer las cosas de la misma manera (Belmonte, Ruiz, & Herruzo, 2016).

Por su lado, García, Moreno, y Rivero (2013), plantean que el comportamiento tipo A representa una emoción o acción compleja que se observa en pacientes que generalmente tienen muchas provocaciones y una lucha permanente y continua por tratar de hacer más actividades en el menor tiempo posible y de ser el caso, aún en contra de las fuerzas que poseen otras personas, por tanto, los factores correspondientes a este tipo de comportamiento son los siguientes:

- Comportamientos manifestados o abiertos: es decir cuando se tiene una alta implicación en el empleo, hiperactividad o urgencia frecuente del tiempo.
- Actividad emocional que se compone de la hostilidad, ira e impaciencia.
- Factores formales que se conforman de algunas gesticulaciones, una actividad psicomotora excesiva, hablar demasiado rápido y hablar en voz alta.
- Factores cognitivos que se refieren a la demanda de control del ambiente.
- Factores motivacionales que abaraca la ambición, enfoque a la búsqueda de éxito, competencia y motivación de logro.

A diferencia de estos, los patrones de conducta tipo B implican una conducta ajustada, donde la persona se comporta de una forma relajada, tranquila, confiada, abierta a los cambios de emociones porque se mantiene la atención a sus necesidades para su desarrollo personal (González, 2007). Las personas con esta clase de comportamiento, tienden a ser

menos reactivas en los aspectos fisiológico cuando se presentan situaciones estresantes, más no muestran alguna forma de hiperactividad motora según Belmonte, Ruiz, y Herruzo (2016).

Es decir que las personas con este tipo de conducta tienen gran paciencia con los demás, aunque parecen producir menos que los demás, siempre se adaptan a cualquier situación, se toman suficiente tiempo para reflexionar y tomar las decisiones más acertadas, generalmente son introvertidas, se comunican sin apuros, aunque son muy sensibles y empáticos con otras personas, por lo que a veces se olvidan de sus propios derechos y necesidades.

Por su parte, los patrones de conducta tipo C conciernen a una persona que coopera, se conforma con lo que pasa de manera pacífica, generalmente no acierta, por lo que es sumisa para tratar de agradar a los demás y trata de evitar siempre manifestar hostilidad hacia otras personas (García & Moreno, 2013).

Desde este punto de vista se trata de personas que son muy perfeccionistas, complacientes, laboriosas, colaboradoras, que previenen siempre los problemas y tratan de establecer siempre la armonía, aunque generalmente están a la defensiva, no suelen mostrarse enfadados o ansiosos.

Con referencia en ello, Molina, Hernández, y Sarquis (2009), mencionan que las principales características de la conducta tipo C son: autosuficiencia, problemas de demostración de emociones, desesperanza, realismo excesivo, neuroticismo (desequilibrio emocional), control afectivo, perfeccionismo, exagerada hipersensibilidad, estoicismo (deseos desenfrenados que perturban la tranquilidad) y laboriosidad (actividad).

1.6.2.2.2. Ansiedad

El nivel de ansiedad es un aspecto muy distinguible del estrés laboral que promueve su desarrollo porque las personas que receptan estímulos son más ansiógenos y amenazantes,

tienden a ser más susceptibles ante circunstancias estresantes (Minsiterio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2013). Al respecto, Torres y Chávez (2013) manifiestan que la ansiedad es consecuencia de la experimentación de situaciones desagradables y que se expresa mediante cambios en el estado de ánimo, que conducen a la persona, a reaccionar en un estado de alerta ante cualquier situación que considere peligrosa pero sin razón aparente.

Conforme a ello, la ansiedad comprende una exagerada preocupación por los sucesos, producto de la incorrecta interpretación de las sensaciones y signos corporales que desencadena en la persona, un fuerte malestar caracterizado por la disfunción evidente de sus actividades frecuentes que implica la utilización desmesurada de sus recursos de salud (Torales, 2017).

De este modo, la ansiedad consiste en el conjunto de mecanismos de adaptación producto de diversas conductas de tipo defensivo que la persona adopta ante cualquier situación que refleja un peligro para este desde todos los puntos de vista, en este sentido, todas las personas de alguna u otra manera, presentan alguna vez en su vida, diferentes niveles de ansiedad.

Cuando la persona tiene ansiedad presenta un estado particular de falta de placer por las cosas que realiza o suceden a su alrededor ya que de acuerdo al Gobierno federal de los Estados Unidos Mexicanos & Consejo de Salubridad General, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Salud (2010), se complementa con la presencia de transformaciones psíquicas y somáticas que se manifiestan como un tipo de síndrome que genera diferentes enfermedades o como un tipo de reacción de adaptación.

Por eso la ansiedad se suele manifestar de forma irracional en vista de que el factor causal es aparentemente inexistente, porque la recurrencia es inmotivada o el nivel de

intensidad es exagerado en comparación con el tiempo de duración, los principales síntomas de la ansiedad suelen manifestarse por sensaciones somáticas de:

- Temblor
- Diarrea
- Mareos
- Incremento de la urgencia y frecuencia urinaria
- Midriasis
- Molestias digestivas
- Elevación de la tensión muscular
- Parestesias
- Sensación de tener la cabeza sin ideas
- Sincope
- Sudoración excesiva
- Taquicardia
- Hiperreflexia
- Palpitaciones
- Variación de la presión arterial

La ansiedad es claramente de tipo afectivo, es decir, que se trata de una situación subjetiva o de alguna experiencia interior que la persona siente manifestada como emoción o también cualquier tipo de vivencia. En la mayoría de casos la emoción generada en la ansiedad es negativa porque se siente como una forma de anticiparse a los acontecimientos, pero está conformada por ideas poco claras, difusas, malos presagios y miedo que deriva de ideas vagas a ideas concretas (Rojas, 2014).

La ansiedad no se puede controlar fácilmente ya que no se puede enfrentarla de manera racional debido a que persiste con mayor fuerza y genera otro tipo de reacciones psicológicas y físicas que se le escapan de las manos al paciente y que no se pueden manejar fácilmente.

1.6.2.2.3. Extroversión/introversión

En las personas también se observa la extroversión que conforme a lo establecido por el Minsiterio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2013), comprende su desprendimiento de las cosas y personas ya que se enfocan a tener una vida más social porque se sienten seguras de sí mismas, que los deja mostrarse con una figura de mayor influencia en la sociedad.

A diferencia de estas personas, existen también los introvertidos que se caracterizan por preferir la interiorización de los sentimientos y pensamientos ya que se enfocan a encontrar un significado a cada acontecimiento ocurrido en su vida, mientras que los extrovertidos se dejan llevar por las situaciones externas, es decir, que prefieren realizar actividades con muchas personas a su alrededor (Cain, 2015).

1.6.2.3. Causas

López y otros (2012) manifiestan que el estrés laboral puede ser causado por varios factores desarrollados en el ámbito laboral que se dan en las constantes relaciones interpersonales y que se relacionan al tipo de estructura de la organización, en este sentido, los empleados no logran desarrollar correctamente su potencial por estar sometidos a frecuentes circunstancias como esta.

Por tanto, el estrés laboral puede provenir de algunos factores como: la falta de comprensión en las funcione que se debe realizar en el trabajo, la escasez de trabajo o la exagerada carga laboral, el tener varias responsabilidades al mismo tiempo, escasa

satisfacción laboral, la falta de reconocimiento por el buen rendimiento laboral, la falta de tiempo para realizar todo el trabajo encomendado, inseguridad para realizar el trabajo, falta de cooperación por parte de los compañeros para realizar el trabajo bien hecho, entre otras (Daza & Pérez, 1998).

En general, las causas del estrés laboral según la Organización Internacional del Trabajo (2016) comprenden entre otras, la inestabilidad entre la vida personal y la laboral, un trabajo demandante o bajo presión y el escaso control sobre el empleo.

A pesar de que existen algunas particularidades empresariales e individuales que influyen directamente en la aparición del estrés laboral, este tipo de enfermedad se produce por la relación entre las condiciones laborales y el empleado, por tanto las principales causas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (2008) se sintetizan a continuación:

1.6.2.3.1. Provenientes del empleado

- Exagerado compromiso laboral
- Hostilidad, exagerada competitividad
- Escasa confianza en la propia persona

1.6.2.3.2. Provenientes de la relación hogar-trabajo

- Problemas en el transcurso de la vida cotidiana
- Exposición de la familia a demasiados riesgos de ocupación
- Exposición de la familia a violaciones, o cualquier otro tipo de maltrato físico como ataques o violencia doméstica.
- Que el hogar se convierta en el sitio de trabajo
- Confusión en la distribución de responsabilidades y funciones.

1.6.2.3.3. Provenientes del trabajo

- Remuneraciones por debajo del promedio
- Ausencia de control, es decir, del ritmo de empleo que conlleva al empleado a riesgos físicos.
- Acoso psicológico o sexual.
- Falta de apoyo de compañeros e inspectores
- Demasiadas horas de trabajo.
- Falta de intervención en la toma de decisiones organizacionales
- Falta de reconocimiento por desempeño
- Trabajar de manera rápida
- Inestabilidad laboral.

Fuera de ello, el estrés laboral también es causado por el incumplimiento de la expectativa que el empleado tiene sobre su empleo, la desmotivación generada a consecuencia de ello, el no poder actuar conforma al perfil de su carrera profesional o de su experiencia, el no poder trabajar independientemente como lo afirman García y Gil (2016).

Aunque existen otros casos de pacientes con estrés laboral, este resulta del debilitamiento permanente frente a la presencia de factores estresantes provenientes del entorno como la incorrecta designación de funciones a los empleados que genera su ineficiencia o un ambiente laboral negativo.

1.6.2.4. Dimensiones del estrés laboral

1.6.2.4.1. Clima organizacional

La dimensión del clima organizacional se enfatiza en analizar el nivel de perspectiva que el empleado tienen en cuanto a la armonía del ambiente donde trabaja que incluye sus relaciones con los compañeros, si es negativo, tiende a estresarlo y desencadena una variedad

de actitudes inadecuadas que repercuten en la disminución de su productividad. Por tanto, el desempeño del empleado y su nivel de bienestar emocional y mental dependen en gran medida, de la percepción que desarrolle sobre estos aspectos (Ferrando, 2016).

Bajo este marco, es evidente que las diversas situaciones que suceden en el trabajo en cierto momento se analiza por algunos empleados como buena y por otros de forma negativa, lo que termina por causarles estrés laboral. Es decir que como lo mencionan Da cruz, Souza, Nascimento, y Moreira (2018), si el ambiente en general no cumple las expectativas de los empleados, siempre se tendrá una mala impresión del ambiente de trabajo y por ende, una mayor predisposición a vivir estresados.

Además de ello, dentro del clima organizacional relacionado al estrés laboral, se analiza la percepción que cada empleado tiene sobre si es correcta la misión, visión, estrategias de trabajo aplicadas, las políticas y los objetivos planteados; ya al tener un enfoque negativo sobre esto, también se produce el estrés laboral (Díaz & Tinoco, 2011).

1.6.2.4.2. Estructura organizacional

Díaz y Tinoco (2011) sustentan que la estructura organizacional se refiere a la valoración sobre la prevalencia de presión por parte de la autoridad superior a los empleados, es decir si ejerce demasiado control en los mismos, provocando en ellos estrés laboral, además de si existe el respeto debido entre jefe y subordinado.

Por otra parte, en esta dimensión también se diferencia el estrés que genera en los empleados la aplicación de demasiadas normas, las regulaciones, la forma de tomar las decisiones, la distribución y asignación de los cargos, la excesividad de reglas, todo esto que en consecuencia produce tensión (Arciniega, 2012).

De este modo, la estructura organizacional determina la incidencia negativa que las diferencias de clases jerárquicas tiene en el desarrollo de tensión para el empleado, donde

también se incluye el exceso de reglamentos a cumplir, la escasa intervención en la toma de decisiones y el cumplimiento de otras disposiciones en la organización.

1.6.2.4.3. Territorio organizacional

En lo que respecta al territorio organizacional, de acuerdo a Díaz y Tinoco (2011), se analiza los aspectos relacionados a las condiciones en las que se ejerce el control de las actividades de los empleados, por lo que si existe demasiado control, se ejerce presión en el desarrollo de las actividades y esto desencadena el estrés laboral.

Esta dimensión también contempla la falta de equipos o área para realizar las actividades encomendadas, además de la presencia de incomodidades que son percibidas por los empleados al tener que laborar en compañía de otros empleados.

El territorio organizacional también se refiere al espacio o instalaciones donde los empleados realizan sus actividades, es decir que si es inadecuado, también generará tensión en el trabajador, comprende el escenario de acciones que ejecuta la persona, donde también se relaja para trabajar cómodamente. Cuando no hay suficiente espacio, los empleados llegan a sentir que no tienen algún lugar en la organización y esto les hace desarrollar estrés en sus labores cotidianas (Chazín, Corzo, Rojas, Rodríguez, & Corzo, 2002).

1.6.2.4.4. Tecnología

La dimensión de tecnología según Díaz y Tinoco (2011), hace énfasis a que si en la organización los equipos disponibles que se les encomienda a los empleados, son obsoletos y no funcionan, por lo que se les dificulta realizar sus funciones, esta situación es un factor que les produce tensión y en consecuencia estrés laboral ya que a veces no se contrata oportunamente un técnico profesional para dar mantenimiento a los equipos.

En complemento a ello también se observa que la falta de capacitación para el manejo de los equipos es un factor que estresa a los empleado durante su trabajo y disminuye su rendimiento, es decir que sienten tensión ante la poca disponibilidad de recursos para cubrir sus necesidades laborales (Chazín, Corzo, Rojas, Rodríguez, & Corzo, 2002).

1.6.2.4.5. Influencia del líder

La influencia del líder se orienta a examinar la función del jefe inmediato superior al tener que defender o responder por el desempeño de los subordinados ante la máxima autoridad porque como lo mencionan Díaz y Tinoco (2011), si este no lo hace de forma correcta se ve perjudicado el subordinado y esto le genera estrés al igual que cuando no existe respeto por el supervisor, no se preocupa por su bienestar y motiva al equipo de trabajo a ejercer presión sobre el empleado.

Esta dimensión puede ser percibida como una amenaza por los empleados de la organización durante varios momentos de labor si el supervisor o jefe inmediato superior no cumple sus expectativas en cuanto a la capacidad de liderazgo que debería ejercer sobre ello manifestada en recompensas, reconocimientos, confianza tiempos de descanso, etc (Chazín, Corzo, Rojas, Rodríguez, & Corzo, 2002).

1.6.2.4.6. Falta de cohesión

Para Díaz y Tinoco (2011) la dimensión de falta de cohesión implica el análisis de si no hay integración y cooperación entre los equipos de trabajo a los que integra el empleado dentro de la organización en vista de que si no hay organización en el equipo de trabajo organizacional, los miembros se verán presionados a presionar a sus compañeros a realizar más actividades y esto a su vez les genera estrés.

Es así que cuando en la organización hay escasa conexión entre los miembros del equipo y no se logra tener prestigio ante los jefes superiores, esto afecta negativamente a los

empleados que integran el equipo de trabajo al igual que cuando no se logra cumplir los objetivos propuestos por el equipo para obtener reconocimientos o recompensas, ya que esto constituye otro factor estresante (Chazín, Corzo, Rojas, Rodríguez, & Corzo, 2002).

1.6.2.4.7. Respaldo del grupo

En cuanto al respaldo del grupo, Díaz y Tinoco (2011) señala que en esta dimensión se determina si el empleado se encuentra estresado por no tener el apoyo del equipo en sus labores diarias, por no poder cumplir sus expectativas y objetivos personales en su trabajo con la ayuda del equipo de trabajo, además de no contar con el apoyo del supervisor o jefe inmediato y cuando no recibe colaboración técnica.

De igual forma, siempre que los empleados sienten que no cuentan con el respaldo o empatía de sus superiores y compañeros del mismo rango en la organización para tener identidad con ellos, tienden a desarrollar estrés porque siempre esperan poder lograr sentirse parte integral de la entidad al tener identificación con esta y el resto del equipo de trabajo (Chazín, Corzo, Rojas, Rodríguez, & Corzo, 2002).

1.6.2.5. Niveles del estrés laboral

1.6.2.5.1. Bajo nivel de estrés

En este rango de estrés se ubican las personas que en el cuestionario del estrés laboral de la OIT-OMS alcanzaron un puntaje $< 90,2$, en este nivel de acuerdo a Cirera, Aparecida, Rueda, y Ferraz (2012), se presentan situaciones o factores estresantes que para el empleado significan una amenaza y les genera tensión, por lo cual reaccionan con comportamientos inadecuados o agresivos en el trabajo, ante el desconocimiento de lo que les produce el estrés.

1.6.2.5.2. Nivel intermedio

El nivel medio corresponde a las personas que obtuvieron una puntuación de 90,3 a 117,2 en el cuestionario del estrés laboral de la OIT-OMS. Durante este nivel el afectado ya se encuentra adaptado a todas las situaciones estresantes y, según Moreno y Baez (2010), las considera algo normal en su vida, aunque aún no es consciente de que esto necesita de la búsqueda de ayuda profesional ya que esto implica ya una crisis en su calidad de vida laboral; en este nivel la persona intenta utilizar todos sus recursos para enfrentar las situaciones estresantes.

1.6.2.5.3. Estrés severo

Corresponde al nivel en el que se encuentran las personas que llegaron a una puntuación de 117,3 a 153,2 en el cuestionario del estrés laboral de la OIT-OMS. Al respecto Herrera, y otros (2017) establecen que en este nivel de estrés, el afectado presenta los síntomas anteriores a diferencia de que se desarrollan de forma prolongada y a la final terminan agotándolo.

Durante este nivel de estrés, la persona percibe un distrés emocional que influye negativamente en el sistema nervioso autónomo y activa varios cambios bioquímicos, mientras que produce un desbalance hormonal que deja consecuencias negativas en el sistema endócrino y en general, afecta a la salud de la persona que lo padece (Moscoso, 2011).

El estrés severo implica la relación entre los procesos bioquímicos en el lóbulo prefrontal del cerebro, es decir que este nivel de estrés comienza afectando al cerebro, mientras que también se ven afectados los sistema endocrino e inmune, considerando que el cerebro es el órgano en el que se producen las respuestas neurobiológicas hacia los factores estresantes y de este se generan los demás efectos en el organismos que repercute en la

aparición de enfermedades de la persona, generalmente en esta situación, el afectado requiere de ayuda profesional de manera prolongada de acuerdo a Moscoso y Delgado (2015).

1.6.2.5.4. Alto nivel de estrés

Este nivel de estrés se diagnostica a las personas que en el resultado del cuestionario del estrés laboral de la OIT-OMS, alcanzaron una puntuación $> 153,3$ y, según Moadel, Christie, y Power (2018), demuestra que estas personas tienen un grave problema de salud, por lo que ya deben recibir tratamiento por largo tiempo para contrarrestar su enfermedad.

1.6.2.6. Consecuencias

El estrés laboral implica una variedad de consecuencias tanto psicológicas como físicas en la salud de quien lo padece, mismas que abarcan sentimientos de frustración, alteración del nivel de rendimiento en las funciones realizadas, además de susceptibilidad al desarrollo de problemas cardíacos, incremento de la actividad hormonal, daños del sistema circulatorio, dificultades para afrontar la vida correctamente, reducción del funcionamiento del sistema inmunológico, inadecuado comportamiento que conduce al consumo de sustancias psicoactivas como drogas, alcohol y nicotina, etc (Felix & Mercado, 2018).

En general, las consecuencias antes descritas coadyuvan a un cansancio durante la ejecución de las actividades laborales que generan otros conflictos debido al desgaste mental y físico de la persona. Del mismo modo, Márquez (2013) establece que existen otros efectos como la falta de concentración, la predisponibilidad a la automedicación, insomnio, fatiga, malhumor, sentimientos de culpa, desvalorización y distanciamiento social.

1.6.2.7. Intervención del estrés laboral

El manejo del estrés laboral comprende diversas áreas de intervención, dentro de las cuales se distingue, el proveer al empleado un ambiente sensible a sus posibles efectos ya la

demanda de concordancia entre familia y empleo, también se requiere propiciar nuevos climas normados que promuevan la preservación de la salud de los empleados (Iniesta, 2016).

Además de ello, es importante intervenir mediante distintas actividades como la disminución de la carga laboral, reorganización de las funciones asignadas para impulsar la mejor creatividad del empleado, mejoramiento del sistema de comunicación, mayor adecuación del medio donde se trabaje, procurando que se disponga de todas las condiciones de adaptación.

Complementariamente se pueden efectuar algunas estrategias para controlar el estrés laboral, que conforme a lo especificado por Martínez, García, y Martínez (2016) son: rediseñar el trabajo para estimular en el empleado mayores oportunidades de desarrollo de sus habilidades; coordinar de mejor manera los recursos que poseen los empleados con las competencias que deben potenciarse en ellos; dar la oportunidad de que los trabajadores participen en la toma de decisiones, promover actividades para mejorar la comunicación entre empleados, elaborar e implementar horario de trabajo que sea compatible con las responsabilidades y necesidades presentadas fuera del trabajo.

1.6.2.8. Prevención

Con respecto a la prevención del estrés laboral, Porras, Araya, y Fallas, (2014), establecen que se puede realizar algunas estrategias para poder prevenirla o evitarla a tiempo para que no produzca consecuencias graves en la vida y salud de la persona, estas son:

- Practicar la abrazoterapia que radica en darse un abrazo entre compañeros dentro del trabajo para fortalecer las relaciones interpersonales y producir mayor seguridad en lo que se hace.
- Generar ambientes para realizar conversas con humor y promover un clima de confianza.

- Darse masajes para propiciar la producción de endorfina y permitir la sensación de bienestar.
- Aplicar la musicoterapia ya que facilita el aceleramiento de la respiración necesario para mejorar los cambios de pulso, la disminución o incremento de la energía muscular.
- Aplicarse en el cuerpo, aceites elaborados a base de plantas y hierbas aromáticas para producir relajación.
- La hipnoterapia que es un procedimiento, mediante el que se permite a las personas usar sus recuerdos y relaciones mentales para conseguir sus propósitos terapéuticos.

De otra manera, también se puede prevenir el estrés laboral mediante la ejecución de evaluaciones, propiciación de diversos entornos que surgen de improviso, además de la planificación y ejecución, de actividades fundamentadas en la examinación de posibles causales y circunstancias presentadas en grupos de trabajo generados para este objetivo; finalmente, luego de realizar esto, se procede a aplicar un proceso de rehabilitación, tratamiento, reinserción y monitoreo (Martín, 2009).

2. Sustancias psicoactivas

2.1. Contexto y definición

El uso de sustancias psicoactivas como lo plantea Cuerno (2013), tiene una larga trayectoria ya que su origen se remonta a épocas muy antiguas en los diversos continentes del mundo, estas fueron descubiertas por los pueblos aborígenes del antiguo mundo, siendo así que se han venido utilizando como sustancias embriagantes y alteradoras de la mente.

Desde hace siglos atrás, estas sustancias eran utilizadas por los brujos, sacerdotes y chamanes como un método para entrar en trance con el objetivo de ejecutar algunas prácticas religiosas como el sanar a las personas de enfermedades, adivinar, invocar a los espíritus para

establecer comunicación con ellos o para profetizar; sin embargo, con el pasar de los años esta situación ha cambiado y actualmente se las ingiere para generar un estado de placer y euforia (Cuerno, 2013).

A partir de entonces, el uso de sustancias psicoactivas ha ido aumentando a nivel mundial, por lo que se concibe esta situación como un factor que puede conducir a la alteración de la salud que implica serios daños mentales y físicos, además de que interviene en normal desarrollo individual y colectivo, por tanto, el consumo de sustancias psicoactivas representa una amenaza para el bienestar humano (Agudelo, 2015).

Las sustancias psicoactivas de acuerdo a Corbin (2019), son un tipo de psicofármacos o drogas de procedencia sintética o natural que tienen efectos directos en el sistema nervioso central de la persona que las ingiere, es decir que afecta no solamente al cerebro, sino también a la médula espinal.

Estas sustancias como lo indican González y Llorens (2014), generalmente se expanden en el mercado y constituyen una alternativa para tratar de salir de los problemas o una novedad por su consumo indebido, estas pueden haberse conocido anteriormente o conocerse como un nuevo tipo de producción, son una clase de estupefacientes y psicotrópicos que tienen consecuencias negativas en quienes las consumen.

2.2. Clases de sustancias psicoactivas

2.2.1. Tabaco

Rubio y Rubio (2006) manifiestan que el tabajo procede de la planta, cuyo nombre científico es *Nicotiana Tabacum*, que es una clase de droga, ha aparecido en América y se ha usado por más de 2000 años para ser inhalada mediante el machacado de sus hojas.

Se compone de dióxido de carbono (CO₂), nicotina, ácido cianhídrico, hidrocarburos aromáticos policíclicos, monóxido de carbono, cateldehido, derivados fenólicos, nitrosaminas, formaldehido, óxido nítrico, radicales libres, peroxilo, acroleína y oxidantes radicales libres superóxido (Fernández, 2017).

Los principales efectos causados por el tabaco en las personas que lo fuman de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2018), son: aneurismas aósticos, estrechamiento de las arterias denominado aterosclerosis, arteriopatías periféricas y cardiopatía isquémica.

No obstante, el tabaco puede conducir al desarrollo de enfermedades pulmonares como la bronquitis crónica, el cáncer de vejiga, cáncer esofágico, enfermedad cerebrovascular, cáncer de pulmón, cáncer pancreático, cáncer de laringe, cáncer de riñón, cáncer oral y úlcera péptica (Rubio, Rubio, & Álvarez, 2011).

2.2.2. Bebidas alcohólicas

Las bebidas alcohólicas se compone de alcohol es una clase de líquido sin color, de tipo soluble en grasas y en agua, que tiene un olor particular, está caracterizado por ser un tipo de sustancias depresora que afecta el sistema nervioso central y conlleva a generar dependencia de quien lo consume.

De acuerdo a Ahumada, Gámez, y Valdez (2017), las bebidas alcohólicas forman parte de una variedad de componentes químicos provenientes de los hidrocarburos que se conforman de algunas clases de hidroxilos (-OH) y en su mayor parte del etanol (C₂H₅OH, mejor conocido como alcohol etílico) que representa el componente pasicoactivo. El etanol es una clase de líquido inflamable, que puede fácilmente mezclarse con éter y cloroformo, además de poderse diluir en el agua porque no tiene color y es volátil, posee una hiposulibilidad (particularidad de mezcla con solventes orgánicos no polares), 30 veces más

alta que su hidrosolubilidad (capacidad de diluirse en agua). Este componente es uno de los principales depresores del sistema nervioso central ya que es absorbido de forma instantánea en el estómago para luego pasar al intestino delgado y de ahí al torrente sanguíneo.

El consumo frecuente de bebidas alcohólicas produce graves trastornos del comportamiento como la inmadurez, evitación de los problemas y hostilidad (Sarmiento, Carbonell, Plascencia, y Ducónger, 2011). Dentro de este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (2010) afirma que el consumo de alcohol puede provocar entre otras cosas: la disminución del movimiento y el equilibrio que posibilita el riesgo a sufrir accidentes; el deterioro del juicio; la presencia de cambios como la reducción de la capacidad de respuesta o reacciones, junto a la variación de las emociones.

Además de ello produce desinhibición, euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar, dificultad para asociar ideas, descoordinación motora y finalmente intoxicación aguda e incluso provoca la muerte.

2.2.3. Cannabis

Es una clase de droga producida mediante la mezcla de tallos, flores secas, semillas, picadas y gris verdosa de la planta de cáñamo, cuyo nombre científico es Cannabis Sativa; generalmente se la denomina yerba o hierba, esta se inhala, aunque también puede ser ingerida de forma tópica o vía oral (Loredo, Casas, & Monroy, 2014).

Bajo esta perspectiva, Rodríguez (2016) señala que la planta Cannabis Sativa, con la que se produce la marihuana se compone principalmente de una molécula llamada delta-9-tetra-hidro-cannabi-nol, la cual afecta específicamente al sistema nervioso central debido a que posee una gran capacidad de solubilidad dentro de los tejidos grasos que conforman el cuerpo humano.

Aunque también se compone de otros 500 compuestos, entre los cuales se encuentran los terpenos, lignanamidas, flavonoides, amidas fenólicas, canabinoides, estilbenos y alcaloides. Aunque también sobresalen los canabinoides que son los que conforman la mayor parte de la planta (Ángeles, Brindis, Nizawa, & Ventura, 2014).

Con referencia a los efectos de la cannabis en el organismo, Cudevilla y Cabrera (2008), afirman que destacan la sensación de relajación; cambio abrupto de la conciencia reflejado por la risa ruidosa que se produce al ver y oír cosas irreales; mayor relación entre la mente y el cuerpo; variación del estado de conciencia; conflictos para mantener el hilo del pensamiento; aumento de la percepción gustativa, sensorial, auditiva y visual, mejoramiento de las ideas que conducen a la mayor creatividad y profundización de información.

Luego de inhalarse, llega en cuestión de segundos al cerebro que promueve la dependencia, mientras que se va desligando pausadamente de los receptores, que en consecuencia va generando irritabilidad, agresividad y ansiedad, además de que produce algunas enfermedades como el cáncer pulmonar, el enfisema y la bronquitis crónica (Mendoza, 2013).

2.2.4. Cocaína

Esta droga se denomina también benzoilmetilecgonina que se obtiene de las hojas de la planta llamada *Erythroxylon Coca*, procedente de América del Sur y que se emplea desde hace 5000 d.C, como un estimulador en los pobladores indígenas. La pasta de la coca se extrae a través de diversos procedimientos químicos que contemplan el uso de sustancias como el ácido sulfúrico y el queroseno, para luego ser transformada en cocaína (González & Tumuluru, 2015).

La cocaína según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y el Observatorio Interamericano sobre Drogas (2016), indican que la cocaína se compone de

algunas sustancias químicas que no intervienen en el procedimiento de extracción de la cocaína a partir de la hoja de la coca. Estos componentes comprenden el levamisol, benzocaína, lidocaína, paracetamol, cafeína y fenacetina, aunque también se le agrega almidón, azúcares y yeso.

Entre los principales efectos que causa el consumo de cocaína según Del Bosque, y otros (2014), están: estimulación del sistema nervioso central, hipertemia, euforia, taquicardia, vasoconstricción, hipertensión, midriasis, estado de mayor alerta mental, sensación de menos cansancio, dolor torácico, afecciones vasculares, cefalea, anorexia, infarto miocardio, náusea, desnutrición, dolor abdominal, arritmia y convulsiones.

De la misma forma, Caballero (2005) menciona que este tipo de droga interrumpe el normal procedimiento de conexión entre las células del cerebro porque elimina la dopamina, lo cual conduce a la estimulación permanente de las neuronas receptoras que en consecuencia, genera una sensación de euforia en quien la inhala.

2.2.5. Anfetamina

La anfetamina constituye un tipo de drogas correspondientes a aminas simpatomiméticas, existe dos tipos de anfetaminas más distinguibles que son: el sulfato de anfetamina racémica (benzedrina) y el sulfato de d-anfetamina (dexedrina) (Robledo, 2008). Es una clase de estimulante conocida como “anfeta” que como lo afirma Indave (2018), es un polvo blanco que no tiene olor, con un color cristalino y con un sabor amargo, por lo que se suele disolver en licor o agua.

La composición química de las anfetaminas abarca una variedad de sustancias, que van desde un 0.5% hasta más del 90%. Pero se le añaden generalmente un 15% de ibuprofeno, 4-Fluoroanfetamina, acetilsalicílico, lactosa, carbonato cálcico, cafeína, paracetamol, sulfato cálcico, celulosa, propilamfetamina, sacarosa manitol y glucosa

(Organización de los Estados Americanos y Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2014).

Las anfetaminas tienen un fuerte impacto en el organismo ya que como lo establecen Retes y Alonso (2014), intervienen directamente en la secreción de la dopamina y la noradrenalina que son una clase de aminohormonas que actúan como neurotransmisores dentro del sistema nervioso central. En coherencia a esto, Miranda, Cedillo, Jiménez, Bedolla, y Torres (2011) manifiestan que la anfetamina altera intensamente las funciones cerebrales y corporales, por lo que incrementa el estado de alerta, reduce el apetito, eleva el nivel de excitación y provoca el desarrollo de sentimientos de euforia.

Complementariamente, las anfetaminas también provocan la sobrevaloración de las capacidades propias de la persona que las consume, conductas violentas en cualquier sitio hacia otras personas, alteración de los movimientos corporales, sueño, reducción de la sensación de fatiga, etc (Ministerio del Interior de España y Dirección General del Tráfico, 2014).

2.2.6. Inhalantes

El Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas de Estados Unidos (2017) menciona que los inhalantes abarcan una gran cantidad de sustancias químicas procesadas que se inhalan por la nariz y entre las más principales se encuentran: aerosoles, solventes que comprenden el conjunto de líquidos que se transforman en gas mediante un proceso natural, pegamento, gases como colas y gasolina, entre los más principales.

La composición química de los inhalantes varía en función de la posición de sus grupos de hidroxilo, de los elementos de concentración, relación masa-solvente, tamaño de partícula tamaño molecular, tiempo de contacto; pero entre los componentes generales de los

inhalantes resaltan el metanol, combinaciones de sustancias químicas con agua para obtener solventes de extracción, acetona y etanol (Soto & Rosales, 2016).

Los inhalantes de acuerdo a los Centros de Integración Juvenil A.C. (2016), tienen diferentes efectos sobre el organismo, provocan la relajación de los músculos, una sensación de placer, dilatación de los vasos sanguíneos y sensación de calor pasajera. También generan en la persona que los inhala, la irritación de las vías respiratorias y los ojos, deterioro de la capacidad sensorial, disminución de la memoria.

Existen otras sustancias que producen la congelación de las vías aéreas en la boca, bronquitis, muerte neuronal, ansiedad, congelamiento de los tejidos, y, neuropatía del nervio acústico y óptica.

En casos más graves de inahlación de estas sustancias, la persona puede llegar a tener una insuficiencia cardiaca y posteriormente a la muerte en poco tiempo que se conoce como muerte súbita que se produce como consecuencia de la inhalación de sustancias químicas de los aerosoles, propano y butano (Centros de Integración Juvenil A.C., 2016).

2.2.7. Tranquilizantes o pastillas para dormir

Los tranquilizantes como lo afirman Bielli, Bacci, Bruno, y Navarro (2017), corresponden a un tipo de psicofármacos denominados benzodicepinas (BDZ) que se emplean frecuentemente para el tratamiento terapéutico del insomnio y la ansiedad en casos crónicos y agudos.

Los tranquilizantes se componen principalmente de diacepina conformada por 7 clases de heterocíclicos combinados con benceno. Hay una ditribución diferente para los componentes que conforman el anillo de diacepina y que producen divergencias en el

resultado de acción, así como la farmacocinética entre los diversos componentes de este grupo y el nivel de potencia de fármacos en cuanto a un cierto efecto (Plá, & otros, 2017).

Calderón y Castaño (2015) plantean que los tranquilizantes intervienen en el sistema límbico, aparte de que son depresores del sistema nervioso central, alteran la memoria, producen sedación, debilidad muscular, ataxia, disminuyen el rendimiento psicomotor y reducen la capacidad de reacción.

2.2.8. Alucinógenos

Según el Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas (2016), los alucinógenos conforman un grupo de drogas que alteran los sentimientos, la percepción de los acontecimientos próximos y la conciencia de las cosas, además de los pensamientos. Entre los más distinguibles están: la ayahuasca que es una clase de planta mejor conocida como Yagé, Aya o Hoasca; la dietilamida del ácido lisérgico-d (LSD) que es una sustancia blanca sin olor; el peyote que corresponde a un tipo de cactus; la ketamina que es un analgésico utilizado especialmente para cirugías; la salvia que es una planta producida en el centro de Sur América y sur de México; la denciclidina (PCP) que es otro tipo de analgésico empleado en las cirugías; el dextrometorfano (DXM) que es un medicamento usada para suprimir la tos Y EL 4-fosforiloxi-N, N-dimetilriptamina (Psilocibina) que es una droga obtenida de una clase de hongos producidos en la región subtropical y tropical del Sur de América.

Los principales componentes químicos de los alucinógenos son la dimetilriptamina (DMT), mezcalina, ibogaína y psilocibina como lo manifiesta el Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas (2003).

Los principales efectos de los alucinógenos son las alucinaciones que se comprende como la profunda alteración del nivel de percepción de la realidad, es decir que las personas que las inhalan o consumen, ven cosas o personas irreales, oyen sonidos, tienen sensaciones

que son irreales pero parecen reales, generan variación de las emociones intensas y momentáneas ya que interrumpen la comunicación del neurotransmisor de serotonina con las células nerviosas (Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas, 2003).

De otra parte, los alucinógenos también producen según el Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas (2016), el incremento de la presión arterial, el ritmo cardíaco, distorsión del nivel de discernimiento del tiempo, paranoia, disminución del apetito, falsas experiencias de espiritualidad, sensación de división del cuerpo con el ambiente que le rodea, sudoración excesiva, movimientos descoordinados, psicosis, desorden de los pensamientos, ideas suicidas, falta de memoria, dificultades del lenguaje, depresión, cambios bruscos del estado de ánimo, escenas retrospectivas, perturbación auditiva y visual, frecuentes problemas mentales, dificultades en el funcionamiento de los riñones y úlceras en la vejiga.

2.2.9. Opiáceos

Los opiáceos como lo expresan Sandí y Sandí (2015), son una especie de droga con efectos narcóticos y analgésicos que se obtienen de la cabeza de la planta adormidera, cuyo nombre es “*Papaver somniferum*” que generalmente se la conoce como amapola y entre los cuales destacan a morfina, aunque también existen otros opiáceos que se elaboran mediante la mezcla de sustancias químicas, entre los cuales resaltan el fentanilo, la metadona, la codeína y la buprenorfina.

De forma general, los opiáceos contienen diferentes componentes químicos como la noscapina con un 2% a un 9%, codeína con un 0.5% a un 4%, la morfina con un 7% a un 17%, tebaína, papaverina, glucosa, lactosa, clorhidrato de morfina, piracetam, paractemaol, procaína, cafeína, almidón, estrictina, 3-meilfentanilo, 1-metil-4-fenilpropionoxipiperidina o MPP, -metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina, entre los más importantes (Álvarez & Farré, 2005).

De acuerdo a Osorio (2009), el consumo de opiáceos provoca entre otras cosas, inquietud, perturbación del sueño, temblor del cuerpo, bostezos continuos,. Manchas en la piel, demasiada sudoración, irritabilidad, congestión nasal, convulsiones, estornudos, fiebre y llanto.

2.2.10. Cafeína

La cafeína, cuyo nombre científico es Kaffeine alemana representa una clase de alcaloide que se encuentra en las hojas, granos o frutos de algunas especies de cultivos de cacao, té, café, cola y guaraná; corresponde al grupo de sustancias conocidas como metilxantinas que se parecen a los nucleótidos y se comunican con las fosfodiesterasas de los nucleótidos cíclicos (Ramírez y Osorio, 2013). La cafeína como lo explica Puerta (2011), se componen esencialmente de teobromina con una medida de 3,7, teofilina con un valor de 1,3 y paraxantina que corresponde a 1,7.

Relativamente, Santacruz, Rodriguez y Rodríguez (2017) expresan que el consumo elevado de cafeína estimula el sistema nervioso central ya que inhibe la actividad fisiológica, ante lo cual modula la liberación de varios neurotransmisores como la dopamina, adrenalina, glutamato y acetilcolina. Además incide directamente en el aumento agudo de la tensión arterial, en el desarrollo de la diuresis y la elevación de la tasa metabólica.

El consumo excesivo de cafeína conlleva a la persona a desarrollar deosrientación, agitación, moiclonias, hipocalcemia, nauseas, dinea, delirio, arritmia cardiaca, hipoglicemia, insomnio, nerviosismo, dolor de cabeza, diuresis, dolor abdominal, taquicardia, diarrea e inquietud (Santacruz, Rodríguez, & Jiménez, 2017).

2.3. Diagnóstico

El diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas se basa en la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), creada por la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011), en la valoración por parte de un psicólogo o psiquiatra, los exámenes de laboratorio de orina y sangre, que se emplean para determinar el consumo de droga (Sociedad Científica Española de estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, 2018) y los criterios de diagnóstico de algunos trastornos resultantes de ello.

2.3.1. Niveles de riesgo de consumo de sustancias la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

La Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011), señala en la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) que los niveles de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas son los siguientes:

2.3.1.1. Riesgo bajo

En este nivel se ubican las personas que en los resultados de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) obtuvieron de 0 a 10, es decir que tienen un bajo riesgo de desarrollar problemas de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y aunque si las consumen algunas veces, no tienen en la actualidad problemas relacionados con ello (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2011).

2.3.1.2. Riesgo moderado

A este nivel se integran las personas que en la prueba alcanzaron un puntaje de 11 a 26 de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011); esto indica que no tienen aún dependencia a las sustancias psicoactivas, pero que si continúan con su consumo podrían caer en la dependencia y tener graves problemas de salud.

2.3.1.3. Riesgo alto

Este nivel se conforma por las personas que en la prueba llegaron a obtener un puntaje de 27 o más, lo que refleja una dependencia directa al consumo de sustancias psicoactivas y que en resultado ya tienen serios problemas en los aspectos legal, social, de salud y económico.

2.3.2. Diagnóstico de trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas

2.3.2.1. Diagnóstico en base a criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2015), ha elaborado algunos criterios para detectar el consumo de sustancias psicoactivas en su informe “DSM-5: Manual de Diagnóstico Diferencial”, que comprenden la identificación de algunos trastornos detallados a continuación:

2.3.2.1.1. Trastorno por uso de sustancias

Para diagnosticarlo se observa si la persona tiene un deterioro general en su aspecto físico, además de un comportamiento conflictivo con los demás.

2.3.2.1.2. Uso no patológico de sustancias

Es cuando se consume sustancias psicoativas en dosis repetidas que conducen a la intoxicación cuando se consume sólo fines de semana, cuando el consumo es más frecuente, en las personas se deteriora de manera representativa su funcionamiento cognitivo y se desarrolla angustia, aunque a veces puede haber problemas para identificar un trastorno por consumo de sustancias con el uso no patológico de sustancias porque algunos pacientes que reciben tratamiento por ello, tienen estos síntomas a causa de otros conflictos internos en el empleo, la familia o en el ámbito académico, mientras que otros niegan usar estas sustancias y que sus problemas observados dependan de ello (Asociación Americana de Psiquiatría, 2015).

2.3.2.1.3. Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

Comprenden la presencia de síndromes desarrollados en el sistema nervioso central, además de ello se observan formas particulares y diferentes a lo normal en el comportamiento de la persona, aunque en otros casos se identifican si existen trastornos psicóticos concomitantes producidos por cocaína y trastornos por uso intenso de cocaínas, entre otros.

2.3.2.1.4. Trastorno de la conducta en la infancia y trastorno de la personalidad antisocial en la edad adulta

Se caracteriza generalmente por la presencia de trastornos por usos de sustancias, trastornos representados por la conducta antisocial o de aislamiento y el trastorno de la conducta persistente.

2.3.2.1.5. Uso de sustancias durante un episodio maníaco

Incluye una sintomatología caracterizada por insomnio, distracción, elevación del estado de ánimo, irritabilidad, estos síntomas son persistentes, aunque también suele observarse comportamientos maníacos.

2.3.2.2. Diagnóstico en base a criterios de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2003), han propuesto una serie de trastornos que permiten diagnosticar el consumo de sustancias psicoactivas que son:

2.3.2.2.1. F10. Trastornos mentales del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluidos la cafeína.

Este tipo de trastornos se clasifican en las siguientes:

2.3.2.2.1.1. Uso nocivo

Caracterizado por una grave daño físico en el organismo que pueden propiciar al desarrollo de hepatitis, aunque en otros casos se manifiesta algunas perturbaciones de la mente que conllevan a comportamientos agresivos producto de la presencia de trastornos depresivos secundarios.

2.3.2.2.1.2. Estado de abstinencia con delirio

Es una clase de trastorno en el que se desarrolla delirios y convulsiones debido a la complicación del estado de abstinencia.

2.3.2.2.2. F11. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos

Estos comprenden la clasificación detallada a continuación:

2.3.2.2.2.1. Estado de abstinencia

Este estado comprende una serie de manifestaciones en el organismo que se desarrollan mientras se da la abstinencia psicoactiva relativa o absoluta después de que ha habido un permanente consumo de la sustancia, generalmente suelen aparecer algunos síntomas de nivel de integración variable o de gravedad.

2.3.2.2.2.2. Síndrome amnésico

Se compone de la perturbación de la memoria reciente con relación al orden de los acontecimientos y del tiempo, suele deteriorarse la capacidad de aprender cosas nuevas, además se produce un deterioro de la memoria remota y algunos defectos amnésicos.

2.3.2.2.3. F12. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoides

Dentro de este grupo de trastornos se pueden encontrar algunas clasificaciones como:

2.3.2.2.3.1. Síndrome de dependencia

Se refiere al conjunto de anomalías presentadas en el comportamiento del afectado en los aspectos fisiológicos y cognitivos producidos después de consumirse repetidamente la sustancia psicoactiva, seguidamente se suele manifestar un impulso incontrolable de seguir tomándola, lo que en consecuencia conduce a la falta de capacidad para abstenerse de consumirla, la constancia en su consumo aún conociendo que tienen efectos dañinos graves en la salud, dedicación de la mayor parte del tiempo al uso de la droga que a cualquier otra actividad y el incremento de la tolerancia a la sustancia.

2.3.2.2.4. F14. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína

Se caracteriza por la frecuente perturbación de la cognición, la conciencia y la percepción de las situaciones o cosas, más aún, en la manera de actuar. Esto suele desaparecer con el transcurso del tiempo a excepción de algunos afectados, en los que se producen problemas de salud más serios y daños tisulares. Entre los daños más representativos se encuentran las convulsiones, el delirio, traumatismos, coma y aspiración de náuseas.

2.3.2.2.5. F16. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alucinógenos

Comprenden una variedad de clasificaciones como las señaladas a continuación:

2.3.2.2.5.1. Trastorno psicótico

Es el conjunto de manifestaciones psicóticas que aparecen mientras se consume la sustancia psicoactiva o luego de haberla consumido como resultado de una fuerte intoxicación aguda pura que no se incluyen dentro del estado de abstinencia. En este trastorno se presenta la distorsión de la percepción de las cosas, sentimientos efectivos anormales que oscilan entre el éxtasis y la intensidad, además de alucinaciones y, pérdida de la capacidad de razonamiento y entendimiento.

2.3.2.2.5.2. Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Está conformado por una serie de cambios de la conducta, de la personalidad y de las emociones, el desarrollo de este trastorno se relaciona directamente al uso de sustancias psicoactivas, durante su desarrollo se presentan constantemente episodios psicóticos caracterizados por la percepción anormal de las situaciones e ideas incoherentes y delirantes,

estos episodios tienen una corta duración, también se observa al deterioro de la capacidad cognitiva de forma permanente, demencia y síndrome cerebral en algunos casos.

4.2.4. Tratamiento

El tratamiento que se debe aplicar para los casos de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas incluye lo siguiente:

4.2.4.1. Terapia cognitiva conductual

La Organización Mundial de la Salud (2010) establece que la terapia cognitivo conductual consiste en realizar sesiones para permitir a la persona adicta, que pueda mejorar su capacidad para detectar y contrarrestar, los pensamientos irrealistas y negativos, que a su vez les facilite tener una conducta más adecuada ante la sociedad.

Las terapias cognitivo-conductuales comprenden la ejecución de diversas estrategias enfocadas en elevar la capacidad de control propio del afectado para abstenerse de consumir las sustancias psicoactivas, estas generalmente se caracterizan por determinar objetivos reales y consensuados con la persona afectada, emplear métodos comprobados previamente para aumentar la seguridad del paciente en cuanto al manejo de sus conflictos, indagar el logro de resultados a corto plazo para el caso de problemas de urgencia y enfocarse en abordar los conflictos que enfrentan los pacientes actualmente (Pedrero, & otros, 2008).

Los Centros de Integración Juvenil A.C. (2016) indican que la terapia cognitivo conductual incluye el desarrollo de las siguientes técnicas:

- Prevención de recaídas
- Entrenamiento en el control de la ira
- Ejercicio aeróbico
- Entrenamiento en habilidades sociales

- Entrenamiento en asertividad
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Entrenamiento en habilidades para la vida
- Entrenamiento en el control del estrés
- Entrenamiento en habilidades de comunicación
- Entrenamiento en relajación

4.2.4.2. Psicoterapia interpersonal

Es una técnica psicológica que se realiza para ayudar al paciente a determinar y afrontar las dificultades que se le presentan en su relación familiar, así como con otras personas y amigos en general, dentro de esta también se aplica sesiones para tratar la depresión presentada en la mayor parte de casos (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Esta terapia busca la reconstrucción de la identidad destruida de la persona dependiente de las sustancias psicoactivas mediante la estimulación del reconocimiento de las emociones, de la alta autoestima, además de la potenciación de las habilidades relacionales, del facilitamiento de la mayor asertividad, del desarrollo de un buen autoconcepto para que el paciente pueda en consecuencia, desarrollar comportamientos más libres con mejores actitudes hacia sí mismo y los demás de acuerdo a Mancilla (2001).

La terapia interpersonal se realiza durante tres etapas, la primera etapa como lo señala Mancilla (2001) consiste en el establecimiento de un compromiso explicado en el que se busca vincular el contexto interpersonal con la codependencia para revisarlo de forma organizada en función al pasado y al presente. Seguidamente se establecen los objetivos en los que se contempla el reconocimiento de la presencia de un problema a resolver debido a la experimentación de emociones negativas que perturban y que dificultan alejarse de la sensación de insatisfacción, el desprendimiento emocional de los conflictos de otros ya que

no existe razón para ser abandonado, el poder responder mediante actividades y no solamente con preocupaciones, la concentración de la energía y la atención en la vida propia y no en relaciones ajenas y el aceptar la propia responsabilidad de que no se debe vivir con sentimientos de culpa por cualquier situación sucedida.

En la segunda etapa se concibe y hace entender al paciente que la codependencia se relaciona directamente con varios problemas que se expresan desde cuatro áreas que son: el duelo que implica la pérdida de relaciones pasadas, las disputas personales que comprende el análisis de las relaciones que se han tenido y que se han visto alteradas por la presencia de expectativas diferentes, la carencia interpersonal caracterizada por el análisis de la relación entre los problemas que generan insatisfacción o asilamiento de la sociedad con la codependencia, profundizando en las situaciones que se repiten constantemente en las relaciones, y las transiciones de rol, en donde se determina la perturbación del rol que se cree tener ya que puede darse problemas para enfrentar los cambios presentados para sumir roles diferentes ante las situaciones (Mancilla, 2001).

La tercera etapa según Mancilla (2001) consiste en el reconocimiento de que es el periodo final de duelo y es donde los sentimientos se refuerzan con independencia propia del paciente, donde ya tiene total capacidad para disponerse a dejar ir y ser dejado.

4.2.4.3. Terapia de refuerzo motivacional

Es una clase de terapia previamente estructurada que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2010), tiene una duración de menos de cuatro sesiones que tienen el objetivo de promover en las personas adictas al consumo de sustancias psicoactivas, su motivación por cambiar mediante varias entrevistas motivacionales que se explican en cada reunión sobre la forma de intervenir de manera breve.

Esta comprende la valoración de confrontamiento para analizar las razones que inducen al paciente al consumo de sustancias psicoactivas para posteriormente darle asesoramiento sobre como adoptar decisiones y acciones positivas que le permitan reducir su consumo y a dejarlas totalmente a futuro, en general esta terapia abarca una serie de metodos estratégicos enfocados en lograr que la persona adicta realicen las sesiones con ayuda profesional basada en el análisis de la exactitud de los beneficios y aspectos negativos de su forma de comportarse, donde no se interpone juicios o críticas a la persona (Organización de las Naciones Unidas, 2003).

Es necesario que durante esta terapia se desarrolle un ambiente de empatía que facilite la buena comunicación entre el terapeuta y el paciente para analizar a fondo el caso sin generar algún tipo de resistencia, empleando las siguientes estrategias planteadas por el Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad Social de España (2011):

- Planteamiento de preguntas de respuestas abiertas: estas implican que el terapeuta escuche y motive la expresión en el paciente para que pueda realizar cualquier pregunta sobre las dudas que tenga.
- Escucha reflexiva y prestar atención sin interferir: consiste en escuchar atentamente al paciente mientras habla para reconocer lo que trata de manifestar, durante este lapso se debe mantener silencio y responder solamente cuando el paciente pregunte algo o de espacio para ello.
- Afirmar: en esta estrategia se afirma y da apoyo al paciente en todas las fases de la terapia, aportando comentarios de comprensión, aprecio y que le sean de ayuda.
- Resumir partes de la intervención o la sesión completa: se enfatiza en sintetizar de forma frecuente todo lo hablado con el paciente para confirmar que se haya escuchado siempre con atención y se haya dispuesto al paciente para desarrollarse mejor.

- Reforzar las afirmaciones automotivadoras del paciente: en esta estrategia, el terapeuta promueve y refuerza la manifestación de frases de automotivación en el paciente.

4.2.4.4. Activación conductual

Es una clase de terapia que se enfoca a mejorar la cognición y conducta de la persona adicta al permitirle disminuir su nivel de depresión, por tanto, constituye un tratamiento psicológico que se orienta en programar actividades de motivación para estimular en el paciente, que deje no evite realizar actividades que le son gratificantes y le causan satisfacción (Organización Mundial de la Salud, 2010).

El objetivo principal de esta terapia es concientizar más al pacientes con respecto a la necesidad de adoptar patrones de evitación mediante el desarrollo de actividades monitoreadas que enseñen de forma analítica a entender la conducta propia, tratando de conducirlo a repetir un modelo de comportamiento más adecuado basado en la identificación de tipos de conductas de escape y en el análisis funcional y en la identificación, lo que permitirá al paciente poder implementarlas en su vida y programar nuevas actividades que le faciliten la disminución de conductas involucradas en comportamientos repetitivos y en consecuencia, aumentar la intervención en actividades que le aporten perspectivas positivas para mejorar su estado de ánimo como lo señalan Bianchi y Muñoz (2014).

Bianchi y Henao (2015) afirman que la activación conductual se basa en la planificación de una serie de actividades enfocadas en producir valor en el paciente, para ello se realizan sesiones iniciales que implican el control de las actividades a realizar por el paciente, la propuesta de nuevas actividades que le permitan valorarse más y la evaluación de los valores, aunque también se establece cuáles serán los focos centrales de participación en el paciente en específico que conducen a una intervención más precisa y a la particularización del plan y la propuesta de intervención.

4.2.5. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas abarca para Otero (2011) la determinación de los posibles riesgos laborales mediante un procedimiento centrado en establecer el nivel de afectación que puede tener estos riesgos, que no se hayan podido evitar en el pasado para generar información sobre las medidas que se pueden implementar para prevenir a través del diseño de un programa de mejoramiento continuo.

En complemento a lo anteriormente expuesto, el Gobierno de España y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) indican que para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas se puede realizar lo siguiente:

- Elaborar planes de intervención que contemplen el análisis de la valoración de riesgos, adecuadas condiciones laborales y el control de la salud de los empleados.
- Diseñar e implementar programas de asistencia y reinserción laboral para los empleados que tienen demasiada carga laboral.
- Incluir en los convenios establecidos, condiciones que normalicen formas de intervenir en casos de dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.
- Efectuar programas de capacitación sobre la problemática de la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas para concientizar a los empleados sobre los riesgos que generan.
- Eliminar ambientes de trabajo que representen factores de riesgo para que los empleados consuman sustancias psicoactivas y que provoquen problemas en su salud.

Además de ello, como lo plantea Casas y Peña (2018) se ha creado un tipo de psicoterapia fundamentada en el mindfulness que se aplica para tratar las adicciones a las

sustancias psicoactivas, esta consiste en generar concientización que va desarrollándose mientras se pone atención deliberada en la situación presente sin criticar ni juzgar, observando al mismo tiempo como se experimenta cada instante de la vida. Esta técnica plantea adiestrar al paciente para que por sí mismo detecte en cada momento sus pensamientos, emociones y sensaciones, tratando de soltarlos del prejuicio y de conceptos mal adoptados, es decir que se trata de enfocar la atención del paciente en lo que realmente siente y hace para que sea consciente de lo que vendrá con su conducta y en su organismo, para lo cual se debe pasar de tener respuestas inconscientes a una mayor responsabilidad para responder con control ante las situaciones y dirigir la propia vida (Vásquez, 2016).

De acuerdo a Vásquez (2016) los componentes de esta técnica son los siguientes::

- 1. Atención al momento presente.-** Enfocarse en la circunstancia presente en vez de pensar siempre en el pasado o en el futuro, no tener falsas expectativas de lo que vendrá.
- 2. Apertura de la experiencia.-** Tener la capacidad de observación de las experiencias vividas sin anteponer ideas propias sobre creencias mal fundadas.
- 3. Aceptación.-** Capacidad para experimentar y aceptar con total plenitud las situaciones que suceden sin defenderse de algo o alguien o de atacar a otros por lo que el paciente realiza.
- 4. Dejar pasar.-** Se trata de tener desapego de las cosas y situaciones a lo que antes se aferraba, tratando de proponerse el guardar las relaciones, dinero o cosas solamente que son propias.
- 5. Intención.-** Compete a determinar lo que se busca al aplicar la técnica, es decir, meditar en lo que realmente se desea lograr al finalizar las sesiones de mindfulness.

3. El estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas

Las condiciones del ambiente laboral pueden incidir en gran parte en el consumo de sustancias psicoactivas, considerando que algunos empleados pueden considerar el consumo de sustancias psicoactivas como una opción para sobrellevar la carga laboral exhaustiva por medio de la deestimulación cognitiva y física que producen las sustancias psicoactivas (García, Fernández, & Arias, 2015).

En otros casos, también suele darse que los empleados prefieren consumir alcohol para buscar sedarse ante los problemas que deben enfrentar en sus trabajos y que les generan estrés, esto puede variar en función a la jornada de trabajo, el tipo de cargo desempeñado, el nivel de estrés en el puesto que se desempeña, el tiempo extra que se trabaja y el área de actividad a la que se dedica el empleado conforme a lo indicado por Fernández (2015).

En este contexto, el bienestar o malestar de los empleados como lo plantean Carreño, Martínez, Juárez, y Vásquez (2006) es influenciado por algunos factores propios del medio en el que se desenvuelven ya que en algunos casos, al hacer una percepción inadecuada de las circunstancias, les provoca estrés que repercute en su desmotivación por realizar bien su trabajo y los conlleva a buscar socorro en el alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas que terminan por producirles graves secuelas en su estado de salud y desempeño laboral.

Por otra parte, las personas además de tener que experimentar varios conflictos laborales en el trabajo, se enfrentan a otros acontecimientos en su constante convivencia que les intensifica el estrés que ya tienen en sus actividades laborales ya que llegan al límite de sus capacidades de resistencia y como una manera de escapar de ello, recurren al consumo de estas sustancias, buscando entre otras cosas aminorar su cansancio o contrarrestar las pocas horas de sueño que tienen (Calderón & Castaño, 2013).

3.1. Estrategias de afrontamiento ante el consumo de sustancias psicoactivas por estrés laboral.

Según Linaje y Gómez (2012) exponen algunas estrategias para trabajar con personas con problemas de consumo de sustancias por consumo laboral, que se mencionan a continuación::

- Aportar apoyo a otras personas que también son adictas
- Realizar varias actividades para distraerse y no consumir la sustancia
- Evitar cualquier situación que conlleve al consumo de sustancias psicoactivas
- Esperar a que la situación pase por sí sola
- Negar que se tiene dependencia a la sustancia psicoactiva
- Trabajar más duro por dejar de consumir la sustancia psicoactiva
- Pedir consejo a personas con la finalidad de encontrar apoyo social
- Tratar de encontrar las ventajas de lo que pasa
- Razonar sobre la posibilidad de ser dependiente de la sustancia psicoactiva
- Reconocer que se tiene un problema y realizar cualquier acción para tratar de solucionarlo o salir de ello

Por otra parte, otras personas que consumen sustancias psicoactivas han preferido emplear como estrategias de afrontamiento: diálogo con otras personas, pasar más tiempo con amigos, integrarse a nuevos grupos de amigos para sentirse identificado, búsqueda de ayuda social, ignorar lo que pasa o guardárselo para sí mismo, centrarse en determinar lo positivo de la situación, tratar de resolver el problema presentado, entre las más importantes (Lara, Bermúdez, y Pérez, 2013). Complementariamente, Torrents, Mora, Massana, Robert, y Tejero (2011) expresan que entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las personas que consumen sustancias psicoactivas, están las siguientes:

- Controlar o evitar criticar a los demás
- Buscar apoyo psicosocial en profesionales de salud
- Desarrollar la capacidad para manejar situaciones riesgosas y la autoeficacia
- Establecer un compromiso y planificación de actividades emergentes para situaciones de riesgo
- Evitar y manejar pensamientos negativos
- Mejorar la comunicación
- Realizar otras actividades para divertirse y que generen satisfacción
- Tratar de controlar el impulso de consumir las sustancias
- Mejorar la capacidad para resolver los problemas presentados
- Aplicar técnicas de rechazo de la sustancia o abstinencia coluntaria

5. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

El trabajo investigativo fue de tipo descriptivo y tuvo un enfoque cuantitativo en vista de que se recolectó información numérica a través de 2 instrumentos psicométricos que permitieron conocer el nivel de estrés laboral y el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, además tuvo un enfoque cualitativo ya que se analizaron cualitativamente los resultados obtenidos.

2. Diseño del estudio

La investigación tuvo un diseño transversal, correlacional no experimental en vista de que se estudió la relación entre el estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas mediante la recolección de información en un tiempo específico sin manipular las variables y a partir de la información recolectada se determinó la relación entre estas.

3. Descripción del área de estudio

La investigación se desarrolló en el Fuerte Militar “Miguel Iturralde” del cantón Loja, provincia de Loja, institución que estuvo localizada en la Av. Emiliano Ortega y la Av. Río Marañón, misma que contó con un amplio espacio que permitió a los participantes, completar el Cuestionario sobre el estrés laboral de la OIT-OMS y el Test Prueba de detección de Consumo de Drogas (ASSIST), aplicados sin inconvenientes.

4. Universo y muestra

4.1. Universo

La población estuvo conformada por los 80 militares con grado de cabos segundo del Fuerte Militar Miguel Iturralde de la ciudad de Loja durante el periodo 2019.

4.2. Muestra

La muestra que se seleccionó en el presente estudio fue mediante el tipo de muestreo no probabilístico debido a que se la escogió con enfoque al cumplimiento de los objetivos que se propusieron en el trabajo investigativo, por lo que se invitó a todos militares en el grado de cabo segundo en el Fuerte Militar Miguel Iturralde de la ciudad de Loja a colaborar en la ejecución de los instrumentos aplicados, por lo cual, la cantidad de muestra fue establecida mediante la cantidad de personas que aceptaron intervenir de forma voluntaria y que por otra parte, que cumplieron los criterios de inclusión del presente estudio.

4.2.1 Características de la muestra

La muestra de la presente investigación está conformada por militares hombres que aprobaron las pruebas requeridas para su ingreso al Fuerte Militar como son: de 3 a 5 pruebas académicas que abarcan contenidos de ética profesional, lectura de cartas y correcto manejo de símbolos y abreviaturas, además de 2 pruebas físicas que comprenden la marcha de selección durante 7 kilómetros con el uso de chaleco, cascos, mochila de 30 libras, fúsil, y el recorrido de 50 metros de natación con el fusil y uniforme puesto, pero sin botas.

Además, los militares de grado segundo deben obtener 4 años de práctica de soldado con un valor de 17 puntos de calificación, 4 fichas médicas de aprobación de 4 años de capacitación y 8 calificaciones por semestre, las mismas que son otorgadas por el respectivo comandante del escuadrón.

4.2.2. Criterio de inclusión

- Militares de género masculino
- Militares mayores a 18 años
- Militares que firmaron el consentimiento informado

- Militares que se encontraban laborando en estado activo al momento del estudio
- Militares con el grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, de la ciudad de Loja.

4.2.3. Criterio de exclusión

- Militares que no firmaron el consentimiento informado
- Militares retirados
- Militares con cualquier otro grado dentro del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”

5. Métodos e instrumentos de la investigación

Para el desarrollo del trabajo investigativo se aplicaron diversas técnicas e instrumentos como el Consentimiento Informado para informar sobre el estudio y asegurar una participación voluntaria, el Cuestionario del Estrés Laboral de la OIT-OMS, diseñado para establecer los niveles de estrés laboral que se presentaron en la población investigada y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), que se empleó específicamente para la determinación del nivel de riesgo por el consumo de sustancias psicoactivas en los militares.

5.1. Instrumentos

5.1.1. Consentimiento Informado

El consentimiento informado constituyó una técnica que permitió determinar de forma voluntaria, la colaboración de la población que estuvo involucrada en la investigación, el mismo aportó información relevante sobre el estudio realizado, el procedimiento la descripción del Cuestionario del Estrés Laboral de la OIT-OMS y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

El consentimiento informado se efectuó a fin de dar cumplimiento a los criterios éticos y de facilitar a los militares la información coherente a los objetivos que se cumplieron con el trabajo investigativo, así como de las alternativas, ventajas y responsabilidad que fueron asumidas durante su participación en el mismo.

5.1.2. Cuestionario sobre el estrés laboral de la (Organización Internacional del Trabajo- Organización Mundial de la Salud.)

El cuestionario del estrés laboral de la OIT-OMS fue un instrumento de fácil aplicación ya que se pudo ejecutar de forma grupal e individual, según Agurto (2017), tuvo el propósito de determinar el nivel de estrés mediante la examinación y valoración presente de los participantes, culminando con una variedad de alternativas de corrección y recomendación para la reducción del mismo.

Este instrumento se conformó de 25 ítems que facilitaron la valoración del nivel de estrés con enfoque en varios aspectos como los componentes temporales e intrínsecos del cargo, las condiciones del ambiente laboral, la capacidad de nueva tecnología, la forma en que se gestionó los recursos humanos, la manera en que dirigió y lideró las funciones y actividades, además de otros factores referentes al clima de la organización y el sistema estructural de la misma (Paredes, 2016).

Para completarlo se requirió un tiempo de 15 a 20 minutos, fue un cuestionario de autoreporte por medio de opciones y guía de respuestas distribuidas en 7 alternativas de frecuencia que de acuerdo a Mora (2019) fueron: 1. Nunca, 2. Raras veces, 3. Ocasionalmente, 4. Algunas veces, 5. Frecuentemente, 6. Generalmente y 7. Siempre. Para la interpretación de este instrumento se consideran los siguientes criterios:

1. Si la condición fue NUNCA (significó fuente de estrés)

2. Si la condición fue RARAS VECES (significó fuente de estrés)
3. Si la condición fue OCASIONALMENTE (significó fuente de estrés)
4. Si la condición fue ALGUNAS VECES (significó fuente de estrés)
5. Si la condición fue FRECUENTEMENTE (significó fuente de estrés)
6. Si la condición fue GENERALMENTE (significó fuente de estrés)
7. Si la condición fue SIEMPRE (significó fuente de estrés)

5.1.3. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Este instrumento fue elaborado por un selecto grupo de médicos especializados en adicciones e investigadores con el patrocinio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2011). Este cuestionario está orientado a las personas que consumieron sustancias psicoactivas, está compuesto de 8 interrogantes y el tiempo de desarrollo es de 15 a 20 minutos, es instrumento que se puede aplicar en cualquier cultura. El objetivo del cuestionario es conocer el tipo y nivel de consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Bebidas alcohólicas
- Cannabis
- Cocaína
- Anfetaminas
- Inhalantes
- Tranquilizantes o pastillas para dormir

- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud (2011), con la calificación final que se obtuvo en la aplicación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), se clasificó a las personas evaluadas en diversos niveles de riesgo conforme a cada sustancia, mismos que fueron: bajo, moderado y alto. De igual forma, este instrumento aporta datos referentes al nivel de consumo de sustancias psicoactivas en el transcurso de la vida y en el lapso de los últimos tres meses.

Dentro de las preguntas que conformaron la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), la primera interrogante correspondió al nivel de riesgo en la prevalencia de vida mediante el consumo de sustancias, mientras que las interrogantes 2,3,4 y 5, fueron puntuadas mediante una escala de Likert que va de 1 a 5.

6. Procedimiento

El trabajo investigativo se desarrolló en tres fases:

6.1. Primera Etapa: Desarrollo del marco teórico y primer acercamiento al “Fuerte Militar Miguel Iturralde”

En esta primera fase se realizó una revisión bibliográfica y desarrollo del marco teórico; paralelamente, se estableció comunicación directa con la máxima autoridad de la entidad “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, el Comandante de esta institución Guillermo Sánchez a quien se solicitó y quien otorgó la autorización para llevar a cabo el trabajo investigativo en los militares con grado de cabo segundo.

6.2. Segunda etapa: Recolección de datos

Luego de obtener el consentimiento informado, se comunicó a los militares de la necesidad y disposición de que participen en la investigación, por lo cual se coordinó los militares un día y hora una vez que firmaron el consentimiento informado y decidieron participar de manera voluntaria, se procedió a la aplicación del cuestionario del estrés laboral de la OIT-OMS y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), finalmente se consiguió la participación de todos los militares en grado de cabo segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, en total 80 participantes, todos pudieron completar los cuestionarios sin ningún problema.

6.3. Tercera etapa: Tabulación y análisis de datos

En esta etapa se procedió a la tabulación de los resultados. Primeramente, para el cuestionario de estrés laboral de la OIT-OMS, se contabilizó la cantidad de respuestas por cada condición en lo referente a cada pregunta y luego se sumó la cantidad de respuestas totales obtenidas por cada condición, considerando que el valor de la suma haya sido equivalente al valor de la condición, esto se hizo en cada cuestionario.

Después, se contabilizó la cantidad de respuestas por cada opción en cada pregunta del total de participantes y al mismo tiempo, estas respuestas se ingresaron en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25, en donde primero, se ingresó las variables que correspondieron a cada pregunta del cuestionario con sus respectivos valores que comprendieron la cantidad de condiciones: 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 7. Seguidamente se contabilizó la cantidad de respuestas por cada condición en cada interrogante y se ingresó en el programa, dentro de la opción vista de datos, procurando que el total de datos ingresados hayan sido correspondientes a la muestra.

Posterior a ello, se realizó la tabulación en este programa mediante la selección de la opción analizar, luego se seleccionó estadísticos descriptivos y finalmente frecuencias, donde se obtuvieron las respectivas Tablas con las frecuencias y porcentajes.

Para establecer el nivel de estrés laboral, se hizo la sumatoria del total de participantes que alcanzaron la puntuación correspondiente a cada nivel descrito a continuación:

Tabla 2. *Interpretación de resultado de cuestionario de estrés laboral de OIT-OMS*

Criterio	Valor
Bajo nivel de estrés	<90,2
Nivel intermedio	90,3-117,2
Estrés severo	117,3-153,2
Alto nivel de estrés	>153,3

Fuente: Llanea (2009)

Elaboración: Autoría propia

Seguido de esto, se realizó la tabulación de los resultados de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), primero se tabuló la primera pregunta, contabilizando la cantidad de respuestas que dieron SI y el total que correspondieron a NO, mismas que se ingresaron en el programa IBM SPSS Statistics 25 y se realizó el mismo procedimiento que para el cuestionario del estrés laboral de la OIT-OM antes mencionado, lo cual permitió obtener las Tablas con frecuencias y porcentajes.

La tabulación de la pregunta 2 consistió en el conteo de respuestas por cada condición en lo que se refirió a cada sustancia, que luego fueron ingresadas al programa IBM SPSS Statistics 25, donde se ingresaron las sustancias con las opciones de respuesta y luego, se obtuvieron las Tablas con frecuencias y porcentajes de la misma manera que la aplicada en la tabulación del cuestionario del estrés laboral de la OIT-OMS.

En cambio, para la tabulación de las interrogantes de la 3 a la 5, con cinco opciones de respuesta cada una, se contó primeramente el total de respuestas por cada pregunta en lo que correspondió a las opciones 1,2,3,4,5, solamente de las sustancias que indicaron valores altos, cuyos valores se ingresaron y tabularon también en el programa IBM SPSS Statistics 25,

donde se ingresó las preguntas y respuestas, lo que sirvió para luego obtener las Tablas con frecuencias y porcentajes de la misma manera que la aplicada en la tabulación del cuestionario del estrés laboral de la OIT-OMS.

Posterior a ello, se hizo el mismo procedimiento para la tabulación de las interrogantes 6, 7 y 8 que tuvieron 3 condiciones de respuestas, estas fueron contadas y tabuladas igualmente en el programa antes indicado y de la misma forma que la antes descrita.

Finalmente, el nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas fue determinado mediante la contabilización de la cantidad de respuestas por cada sustancia en cada opción, para lo cual se sumó la cantidad de valores 1 con respecto a la condición 1, 2 para la 2, 3 para la 3, 4 para la 4 y 5 para la 5, de las preguntas 2 a la 5, cuyos valores totales se interpretaron de acuerdo a los siguientes criterios indicados en la Tabla 3.

Tabla 3. *Interpretación de resultado de prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*

Criterio	Valor
Riesgo bajo	0-10
Riesgo moderado	11-26
Riesgo alto	>27

Fuente: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2011)
Elaboración: Autoría propia

5.6.4. Cuarta etapa: Descripción de resultados e informe final

Luego de realizar la tabulación de datos, se redactaron los resultados que dieron cumplimiento a los objetivos propuestos, para ello, se comenzó describiendo los resultados de los niveles de estrés laboral presentados en el personal Militar en el Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja, que dieron respuesta al primer objetivo.

Seguidamente, se procedió a redactar los resultados de los niveles de riesgo por el consumo de sustancias psicoactivas en el personal Militar Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja, con lo cual se cumplió el segundo objetivo.

Finalmente, como una forma de haber acatado el tercer objetivo, se levantó la información y se redactaron los resultados de la relación entre estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas, en el personal de los Militares en el Grado de Cabos Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja, para lo cual, se realizó el cruce de variables, donde se seleccionó la opción analizar, estadísticos descriptivos y luego Tablas cruzadas; entre los niveles de estrés laboral y niveles de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas, para ello también se ingresaron los datos de los niveles de estrés laboral y los niveles promedio de riesgo, en el programa IBM SPSS Statistics 25, donde también se estableció la correlación Rho de Spearman con el nivel de significancia. Luego de haber analizado todos los resultados, se complementó y elaboró el informe final de la investigación.

6. RESULTADOS

Objetivo 1

Evaluar los niveles de estrés laboral en el personal Militar en el Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja.

Tabla 4. Niveles de estrés laboral presentado en personal militar en el grado de Cabo Segundo del "Fuerte Militar Miguel Iturralde"

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo nivel de estrés	65	81.30
Nivel intermedio	13	16.30
Estrés severo	2	2.50
Alto nivel de estrés	0	0
TOTAL	80	100

Fuente: Niveles de estrés laboral presentados en militares en el grado de Cabo Segundo de Fuerte Militar Iturralde, identificados mediante aplicación de cuestionario de estrés laboral.

Elaboración: Autoría propia

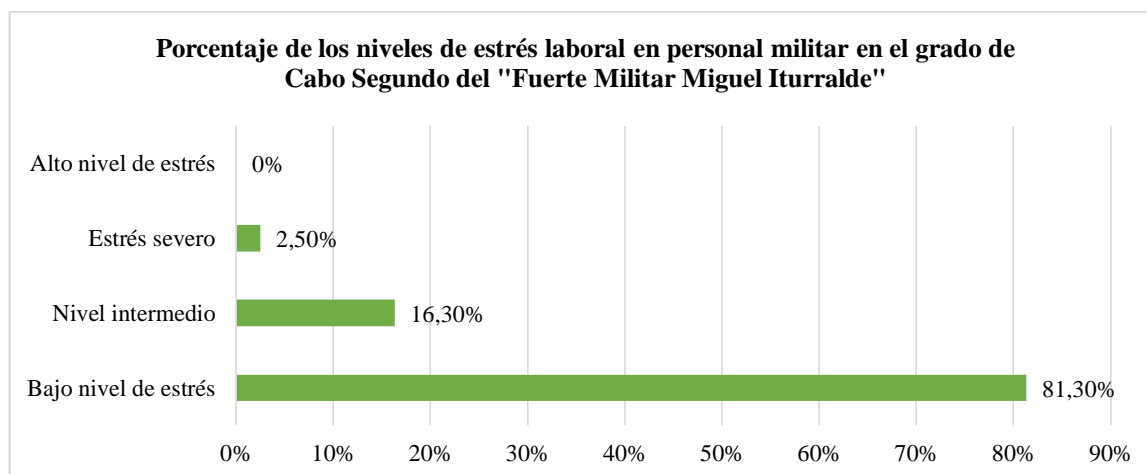


Figura 1. Porcentaje de los niveles de estrés laboral en personal militar en el grado de Cabo Segundo del "Fuerte Militar Miguel Iturralde", recolectado por medio de la aplicación del cuestionario

Fuente: Porcentaje de los niveles de estrés laboral en personal militar en el grado de Cabo Segundo del "Fuerte Militar Miguel Iturralde", recolectado por medio de la aplicación del cuestionario

Elaboración: Autoría propia

Mediante la información observada en la Tabla 4 y Figura 1 se observa que el 81.30% de militares en el grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la ciudad de Loja tienen un bajo nivel de estrés laboral, continuado por el 16.30% que tienen un nivel intermedio y un 2.50% que tienen un estrés severo, mientras que ninguno tiene alto nivel de estrés.

Objetivo 2

Identificar el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en el personal Militar Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja.

Tabla 5. Nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas

Sustancias		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Total
Tabaco	f	5	75	0	80
	%	6,25%	93,75%	0%	100%
Bebidas alcohólicas	f	34	46	0	80
	%	42,50%	57,50%	0%	100%
Cannabis	f	64	16	0	80
	%	80%	20%	0%	100%
Cocaína	f	63	17	0	80
	%	78,75%	21,25%	0%	100%
Anfetaminas	f	63	17	0	80
	%	78,75%	21,25%	0%	100%
Inhalantes	f	63	17	0	80
	%	78,75%	21,25%	0%	100%
Tranquilizantes o pastillas de dormir	f	63	17	0	80
	%	78,75%	21,25%	0%	100%
Alucinógenos	f	63	17	0	80
	%	78,75%	21,25%	0%	100%
Opiáceos	f	63	17	0	80
	%	78,75%	21,25%	0%	100%
Otras drogas	f	62	18	0	80
	%	77,50%	22,50%	0%	100%
PROMEDIO	f	54	26	0	80
	%	67,88%	32,13%	0%	100%

Fuente: Datos recolectados mediante la aplicación del test ASSIST en personal militar en el grado de Cabo Segundo del "Fuerte Militar Miguel Iturralde"

Elaboración: Autoría propia

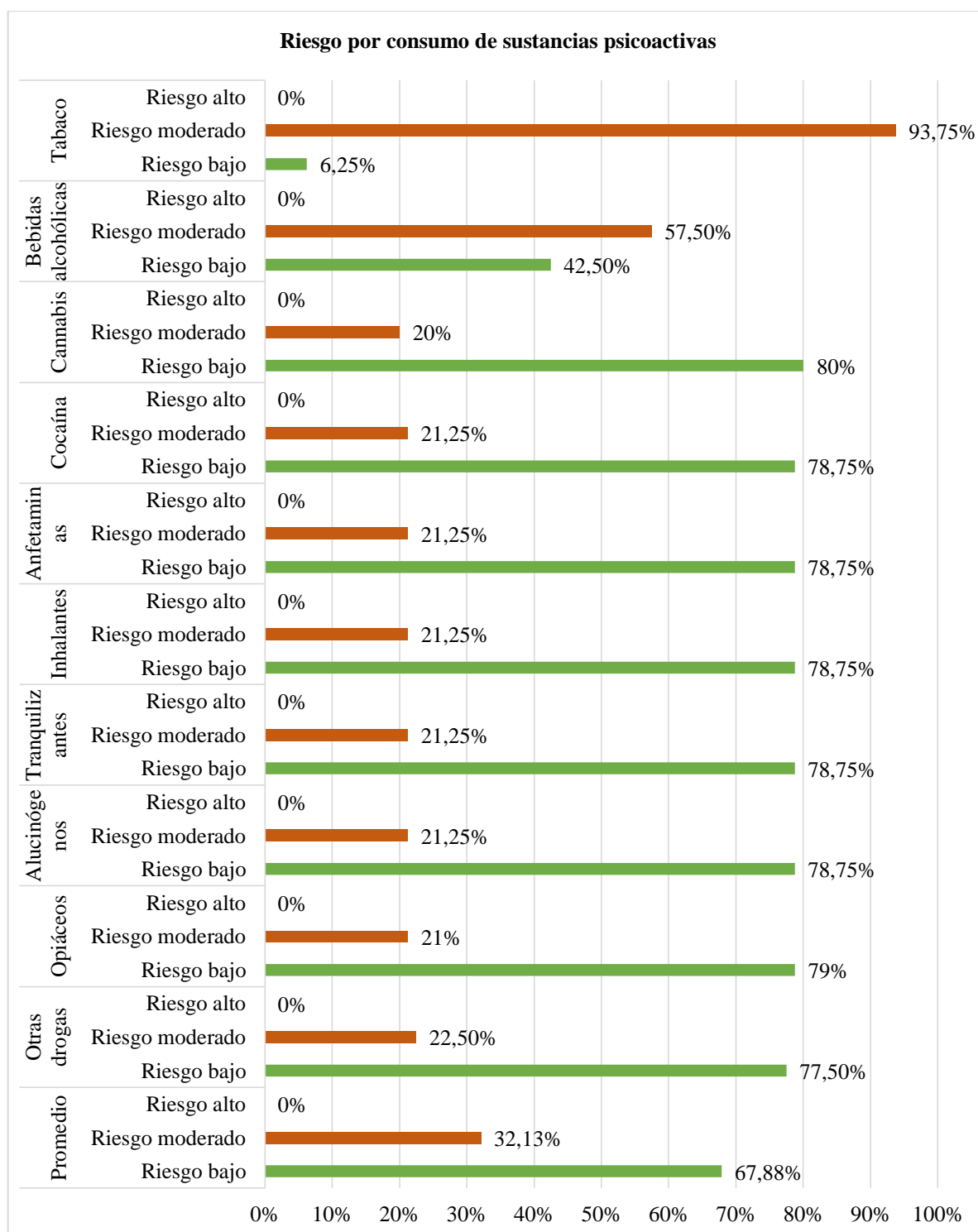


Figura 2. Nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas

Fuente: Datos recolectados mediante la aplicación del test ASSIST en personal militar en el grado de Cabo Segundo del "Fuerte Militar Miguel Iturralde"

Elaboración: Autoría propia

De acuerdo a la Tabla 5 y la Figura 2, el 6.25% de militares están en riesgo bajo por consumir tabaco a diferencia del 93.75% que están en riesgo moderado por el consumo de

esta sustancia. En lo que se refiere al consumo de bebidas alcohólicas, hay un 42.50% que se encuentran en riesgo bajo y un 57.50% que están en riesgo moderado por su consumo.

Los resultados también muestran que el 80% de militares tienen un riesgo bajo de consumo de cannabis y el 20% tienen un riesgo moderado de consumo de esta sustancia; además, se observa un 78.75% están en riesgo bajo de consumo de cocaína y un 21.25% están en riesgo moderado de consumo de esta sustancia.

Así también, el 78.75% de militares se encuentran en riesgo bajo de consumo de anfetaminas y el 21.25% se encuentran en riesgo moderado de consumo de esta sustancia; además, el 78.75% presentan un riesgo bajo de consumo de inhalantes a diferencia del 21.25% de los que consumen esta sustancia, que se encuentran en riesgo moderado.

La información también muestra que el 78.75% de militares se encuentran en riesgo bajo por consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir y el 21.25% se encuentran en riesgo moderado, en similar condición el 21.25% están en riesgo moderado por consumir alucinógenos, a diferencia del 78.75% que se encuentran en riesgo bajo por su consumo.

Por otra parte, los datos permiten determinar que el 78.75% de militares tienen un riesgo bajo por consumir opiáceos a diferencia del 21.25% que están en riesgo moderado por el consumo de esta sustancia.

Finalmente, se confirma que el 77.50% de militares presentan un riesgo bajo por consumir otras drogas, mientras que el 22.50% se encuentran en riesgo moderado por el consumo de estas sustancias.

En promedio, el 67.88% de los militares tienen un riesgo bajo por consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el 32.13% restante están en riesgo moderado por consumir sustancias psicoactivas.

Objetivo 3

Establecer la relación entre el nivel de estrés laboral y el nivel de consumo de sustancias psicoactivas, en el personal de los Militares en el Grado de Cabos Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja.

Tabla 6. Relación entre el nivel de estrés laboral y el nivel de consumo de sustancias

		Consumo de sustancias				Rho de Spearman	Significancia
		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Total		
Estrés laboral	Bajo nivel de estrés	67.50%	13.80%	0%	81.30%	0.691	0.0001
	Nivel intermedio	0%	16.30%	0%	16.30%		
	Estrés severo	0%	2.5%	0%	2.50%		
	Alto nivel de estrés	0%	0%	0%	0%		
TOTAL		67.50%	32.50%	0%	100%		

Fuente: Resultados de Cuestionario de estrés laboral y Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

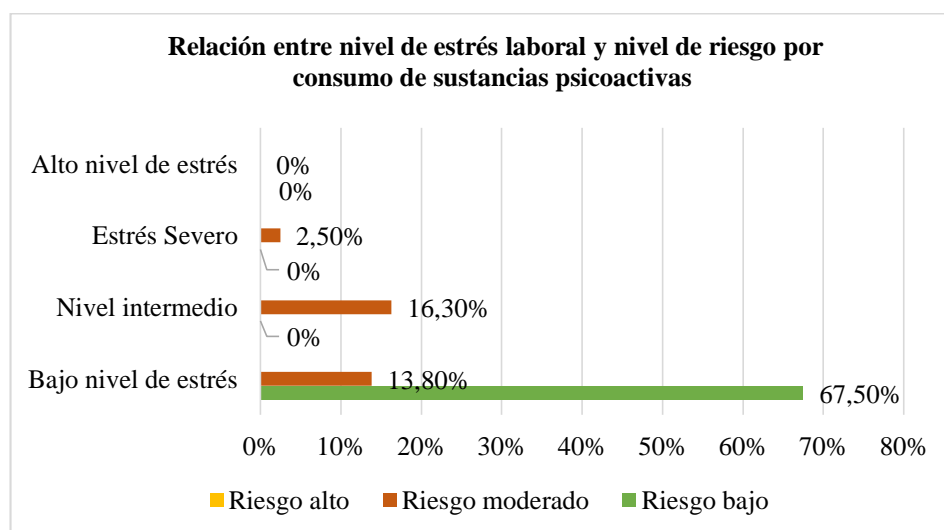


Figura 3. Relación entre estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas

Fuente: Tabla 3

Elaboración: Autoría propia

En la Tabla 6 y la Figura 3 se establece la relación entre los niveles de estrés laboral y el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Se determina una correlación estadísticamente significativa ($p = 0,001$) con un valor de significancia Rho (0.691), con un

margen de error del 0.01%. Se observa que el 67.5% de los militares cabos segundos que presentan un nivel bajo de estrés laboral también presentan un riesgo bajo de consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el 13.8% de los militares cabos segundos que presentan un nivel bajo de estrés laboral presentan un riesgo moderado de consumo de sustancias psicoactivas y el 16.3% de los militares que presentan un nivel intermedio de estrés laboral presentan un riesgo moderado de consumo de sustancias psicoactivas, y el 2.5% de los militares que presentan un nivel de estrés severo presentan un riesgo moderado de consumo de sustancias psicoactivas.

7. DISCUSIÓN

Por medio de la revisión de literatura se pudo constatar que gran parte de los trabajadores pueden encontrarse expuestos a situaciones exigentes que causan estrés que en algunas ocasiones pueden repercutir en el consumo de ciertas sustancias psicoactivas, en primera instancia esto puede considerarse como una forma de recreación o afrontamiento temporal, no obstante, no hay que descartar que el abuso constante puede significar un serio problema y riesgo de salud mental y física; por lo tanto, el objetivo general de este trabajo de investigación fue determinar si existe una relación entre el estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas en el personal en los Militares en el Grado de Cabos Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja y en los resultados se encontró que existe una correlación positiva estadísticamente significativa ($p=0.0001$) entre estas variables.

Bajo esta perspectiva se ha analizado la prevalencia del estrés laboral en la población estudiada, donde se encontró que en los militares prevalece un bajo nivel de estrés, lo cual se presenta de manera consistente con la investigación ejecutada en una población de militares de Afganistán por Rodríguez (2018), donde se consta que el nivel de estrés presentado es bajo en el 98% de la población; estos datos se asimilan a los del estudio realizado por Paredes (2016), donde encontró que el 88% del personal de una organización tienen bajo nivel de estrés; resultados similares encontró Mora (2019) en su investigación, en donde el 92% de los participantes presentaron un bajo nivel de estrés laboral y de la misma manera Pulluquitín (2019) encontró en su investigación que el 56.7% de los participantes presentaron un nivel bajo de estrés. Estos resultados sugieren que la mayoría de personas que se encuentran trabajando presentan niveles bajos de estrés porque al presentar niveles severos o altos de estrés es más difícil que se encuentren capaces de manejar presiones diarias del ámbito laboral y continúen cumpliendo con sus responsabilidades de trabajo continuamente ya que el

estrés laboral puede acarrear una serie de complicaciones de salud porque como lo indica Arias (2015), esto proviene de diversidad de factores estresantes suscitados durante el desempeño en el trabajo que conllevan a tener comportamiento de intolerancia. Esto se complementa en que según Reyes, Rodríguez, López, Guzmán, y Alonso (2017), estos empleados también presentan dificultades en su capacidad de resiliencia para afrontar ciertas situaciones tensas, por lo que no pueden discernir correctamente las dificultades presentadas y no pueden equilibrar adecuadamente su comportamiento que muchas de las veces les incentiva la necesidad de tratar de encontrar relajación en las sustancias que consumen. Así también, se pudo observar que en la presente investigación hay una mínima prevalencia de nivel severo de estrés y nula presencia de un nivel alto de estrés en la población estudiada, esta información se puede explicar en el sentido de que cuando se habla de un nivel severo o alto de estrés se refiere al estado en que la persona presenta un serio problema de salud ya que no puede controlar sus comportamiento agresivo o conductas inapropiadas frente a situaciones estresantes (Rivera, Caratagena, Toma & Sans, 1993), además, estos niveles severos de estrés se correlacionan con cuadros de depresión, enfermedades digestivas, pensamientos negativos o autodestructivos, aislamiento social (Sosa, 2011), y consumo de sustancias psicoactivas (Agurto & Cumbicos, 2017), las mismas que pueden provocar limitaciones importantes en el funcionamiento adaptativo diario de la persona en todos los contextos.

Es por eso que nuevamente se puede corroborar que los resultados de la presente investigación son congruentes con los de otros estudios como el de Santillán (2011), donde se ha comprobado que la población de militares pertenecientes a la Infantería del Ala de transporte N° 11 de Quito, presentan un bajo nivel de estrés y se puede explicar la razón por la que en el ámbito laboral investigado se encontró mayor prevalencia de niveles leves y

moderados de estrés y mínima prevalencia de nivel severo de estrés y nula prevalencia de nivel alto de estrés.

Sin embargo, a diferencia de lo antes descrito, se ha comprobado en un estudio efectuado por Macías (2007), en una población de militares de Irak, que el 81.8% tienen altos niveles de estrés debido a que se encuentran expuestos a situaciones bastantes estresantes porque se encontraban cumpliendo una misión de guerra que implica el desarrollo de actividades que generan más tensión y por consiguiente, aumentan el nivel de estrés, esta información es equivalente a los resultados encontrados por Gaibor, Líger, Safla, Fernández, Cholota (2018) , en su estudio desarrollado en una población de aspirantes a soldados de la promoción 2015-2017 de la ESFORCE ya que evidenciaron que muestran una variedad de reacciones que los conllevan a confundirse constantemente a consecuencia del alto nivel de estrés que presentan y que los conduce a la extenuación de su salud en general.

Por otro lado, tomando en cuanto que el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas encontrado en la población estudiada es bajo, se puede decir que es congruente con el encontrado en otras investigaciones en poblaciones en el contexto laboral, por ejemplo, en la de Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón y Delgado (2016), donde prevalece un 74.86% de participantes con un bajo riesgo de consumo de sustancias al igual que el 79.41% de participantes encontrados en la investigación de Bravo y Palucci (2010); lo que depende en gran medida a que por tener poco estrés y poco tiempo para pensar en esas cosas no sienten la necesidad de consumirlas porque tienen conocimiento de que para ejecutar sus labores deben mantenerse fuera de cualquier riesgo y evitan consumir con frecuencia, mientras que se verificó que hay un 32.12% de participantes con riesgo de consumo moderado y ningún caso con un riesgo de consumo alto. Estos resultados se explican porque el consumo de riesgo moderado o alto se hace referencia a los casos en que se siente necesidad constante de consumir sustancias psicoactivas que los conduce a buscar la forma de obtenerlas ya sea de

forma legal o ilegal sin tener consciencia de sus actos y donde esto les acarrea el desarrollo de problemas de salud (Cuerno, 2013), lo mismo que provoca poca funcionalidad de las personas en su vida familiar, social y laboral.

Por tanto, se explica que los resultados encontrados en la presente investigación son congruentes con las encontradas en otras investigaciones como la realizada por Sancho (2014), en una población de militares en servicio activo del Cuerpo de Ingenieros del Ejército de Quito, en donde se evidencia que en el ámbito laboral hay un riesgo bajo de consumo de sustancias psicoactivas y la minoría presenta un riesgo severo y ninguna persona un riesgo alto de consumo de sustancias psicoactivas; y la investigación realizada por Llerena (2015), en una población de militares de las Fuerzas Armadas del Perú, donde se confirma que la mayor parte de participantes presentan un nivel de riesgo moderado por el consumo de sustancias psicoactivas.

De igual forma, se constata que estos resultados difieren con los encontrados en el estudio realizado por Arteaga (2015), los cuales muestran que el 80% de soldados militares que integran el Grupo de Caballería Mecanizado N° 4 “Juan del Corral” del Ejército Nacional de Colombia consumen alcohol en un nivel alto, al igual que el 100% consumen marihuana y el 70% la cocaína; la diferencia de estos datos con los de la presente investigación es que en esta población de Colombia se tiene la perspectiva de que estas sustancias no son nocivas para el organismo y que aportan beneficios medicinales, además de que no produce adicción.

Por otro lado, se encontró que la correlación es positiva y significativa, entre un nivel leve de estrés y un riesgo bajo de consumo de sustancias psicoactivas, estos resultados coinciden con los resultados obtenidos en la investigación desarrollada por Llerena (2015), la cual se aplicó a una muestra de participantes militares que conforman las Fuerzas Armadas del

Perú, donde se verifica que estos consumen las sustancias como una forma de generar humor para poder afrontar el estrés laboral presentado que es mínimo.

En similitud a ello, Rodríguez (2018) comprobó en un estudio efectuado en una población de militares de Afganistán que hay una correlación positiva y significativa entre el estrés que presentan los participantes durante sus actividades laborales y el consumo de sustancias psicoactivas.

Aunque, estos resultados también se asimilan a los de otros estudios realizados por Arias (2015) y, Reyes, Rodríguez, López, Guzmán y Alonso (2017), donde se ha determinado que mientras hay mayor nivel de estrés, mayor inclinación al consumo de sustancias, siendo las más consumidas el alcohol y el tabaco, que también se ha confirmado en el presente estudio, donde hay mayor consumo de bebidas alcohólicas, lo que implica un riesgo bajo que es consistente con los datos aportados por los estudios antes descritos. Esos resultados se pueden explicar porque prevalecen aspectos culturales que implican el hábito de consumir estas sustancias que son aceptadas legalmente y muchas veces motivadas por el grupo social, como son; el alcohol, cigarrillo y cafeína. Por otro lado, también se debe considerar que cuando las personas se encuentran estresadas al parecer tienden a consumir para tratar de desarrollar un efecto de estimulación en el cerebro y el cuerpo, que permita afrontar el estrés de una manera más fácil (García, Fernández & Arias, 2015). Complementando lo anterior, se encontró que el estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas presentan una correlación positiva estadísticamente significativa, lo que coincide con lo determinado en el estudio de Arias (2015). Por lo cual, se puede explicar que en la población estudiada se observó mayor prevalencia en bajos niveles de estrés y bajo riesgo de consumo de sustancias psicoactivas que en niveles de estrés o consumo mayores. Además, conforme aumenta el nivel de estrés también aumenta el nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas. Sobre todo, el consumo de tabaco y alcohol, lo cual concuerda con investigaciones previas

que revelan que los empleados varones son los que consumen con mayor frecuencia (Neffa, 2015). A pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas se da en bajas prevalencias en la población estudiada, existe un mínimo riesgo de desarrollar problemas físicos, reducción del desempeño laboral y cansancio (Pérez, 2004).

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se puede reflexionar sobre la necesidad e importancia de promover el desarrollo de estrategias asertivas en el manejo del estrés, con el fin de prevenir que los niveles de estrés y por ende que el riesgo de consumo problemático de sustancias psicoactiva aumente provocando consecuencias negativas en la salud física y mental que disminuyen en el desarrollo social, laboral y económico (Rodríguez & Galeano, 2017). Sin antes considerar los posibles sesgos de investigación, por ejemplo, al ser una investigación desarrollada dentro de un ambiente laboral probablemente los participantes tendieron a negar algunos problemas de estrés y/o consumo de sustancias psicoactivas para evitar dar una mala impresión personal. Además, estos resultados pueden estar influenciados por el hecho de que en esta investigación se evaluaron solamente a varones, y estos resultados pueden ser distintos en estudios en los que se evalúen solamente a mujeres o a hombres y mujeres, ya que algunos estudios explican que las mujeres presentan más estrés debido a que tienen más responsabilidades que cumplir, como son; el cuidado del hogar, los hijos y su desempeño en el trabajo lo que las conduce a recurrir al consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol principalmente para tratar de olvidar las situaciones que les estresan; aunque otro aspecto relevante que influye en ello según Ramos y Jordao (2014) es que en los hombres se presenta menos preocupación por cosas que están fuera de sus responsabilidades laborales ya que se preocupan más por ellos mismos, en tanto que las mujeres generalmente se preocupan, además de sus actividades laborales, por su imagen, sus relaciones familiares y sociales.

Además, según Segura y Pérez (2016), los hombres pueden afrontar mejor las situaciones estresantes porque no visualizan el trabajo como una obligación, sino más bien como una forma de realizarse, lo que les genera satisfacción y es una forma de generar ingresos para su manutención; mientras que, las mujeres tienen una perspectiva de que el trabajo es algo que realizan por obligación y que si no lo hacen no podrán sustentar los gastos del hogar, siendo esto un factor que les genera más estrés. Por lo que, con esta información se puede decir que los resultados de la presente investigación pueden ser característicos de los hombres y que sería importante desarrollar futuras investigaciones con hombres y mujeres o solamente como mujeres para poder evaluar estas variables de interés.

Finalmente, se puede concluir que en la población investigada mientras mayor es el nivel de estrés laboral mayor es el consumo de sustancias psicoactivas. A pesar que en la población estudiada el nivel de estrés es bajo, es importante considerar que estos pueden ser más complicados de manejar y tender a mayor nivel de consumo problemático de sustancias psicoactivas. Como limitaciones de la presente investigación se destaca que el análisis del estrés laboral se desarrolló en niveles de complicación y no se tomaron en cuenta los factores precursores de esas fuentes de estrés, además, no se tomaron en cuenta los posibles factores de riesgo para la salud mental de cada participantes, ni tampoco se tomó en cuenta posibles síntomas subclínicos y clínicos de otros trastornos mentales que pueden explicar mejor la manifestación de estrés o consumo de sustancias. Por lo cual, para futuras investigaciones se recomienda tomar en cuenta las limitaciones presentadas anteriormente, como también enfocarse en los posibles factores desencadenantes del estrés y consumo de sustancias psicoactivas, así también sería interesante realizar investigaciones en diferentes campos laborales para determinar si la profesión, la actividad laboral influye en el nivel de estrés y consumo de sustancias psicoactivas, así también como características individuales como la edad.

8. CONCLUSIONES

- Los niveles de estrés laboral que presentan los participantes militares en el Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja son de un nivel bajo en su mayor parte, y en menor grado, se presenta el nivel intermedio, el nivel severo de los participantes y la nula prevalencia de alto nivel de estrés.
- Generalmente, la mayoría de los participantes presentan un nivel de riesgo bajo en consumo de sustancias psicoactivas de manera general, sin embargo, existe unos pocos que están en riesgo moderado por consumir tabaco, hay algunos que se encuentran en riesgo por el consumo de bebidas alcohólicas.
- Se evidencia una relación positiva moderada que es estadísticamente significativa, entre el estrés laboral y el consumo de sustancias psicoactivas, es decir, cuando mayor es el nivel de estrés mayor es el consumo de sustancias psicoactivas en los participantes de la presente investigación.
- Cuando hay un bajo nivel de estrés en los participantes de este estudio, existe un riesgo bajo por consumo de sustancias psicoactivas en la mayor parte de los participantes, mientras que en menor grado, cuando se presenta un nivel intermedio de estrés hay un riesgo moderado de consumo de sustancias psicoactivas, y, cuando hay un nivel de estrés severo hay un riesgo moderado de consumo de sustancias psicoactivas por parte de la población, en tanto, que no hay ninguna prevalencia de alto nivel de estrés laboral, por lo que no hay riesgo elevado de consumo de sustancias psicoactivas.

9. RECOMENDACIONES

Frente a las conclusiones planteadas, se recomienda lo siguiente:

- A las autoridades del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja, planificar actividades de distracción en general para los militares durante su jornada laboral que les permita relajarse y tener una mayor disposición para trabajar en un mejor ambiente sin que esto les cause estrés.
- Elaborar e implementar un plan de diagnóstico, control y seguimiento del consumo de sustancias psicoactivas, para tomar medidas de tratamiento acertadas a cada caso mediante el establecimiento de convenios con entidades de rehabilitación o desintoxicación, según sea el caso para la aplicación de tratamiento que permitan a los militares dejar de consumir sustancias psicoactivas y prevenir estos casos a futuro.
- Contratar y desarrollar planes de capacitación para el personal militar con respecto a la incidencia que tiene el estrés laboral en el consumo de sustancias psicoactivas a través de ejemplos prácticos que los concientice sobre la necesidad de saber manejar las situaciones estresantes y no consumir estas sustancias psicoactivas para tener un buen desarrollo laboral y social.
- Establecer convenios con diversas entidades dedicadas a la rehabilitación para casos de adicción a sustancias psicoactivas, con la finalidad de facilitar el tratamiento pertinente para los casos de militares diagnósticos con este problema y contribuirles a su bienestar que permita optimizar su desenvolvimiento en la entidad.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Especialista en Medicina del Trabajo. (2016). *Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo*. Barcelona-España: Sans Growing Brands.
- Agudelo, M. E. (2015). El consumo de sustancias psicoactivas y las formas de organización y dinámica familiar. *Trabajo Social*(18), 147.
- Águila, B., Calcines, M., Monteagudo, R., & Achon, Z. (2016). El estrés académico describe aquellos procesos cognitivos y afectivos que el estudiante percibe del impacto de los estresores académicos. Es decir, el estudiante evalúa diversos aspectos del ambiente académico y los clasifica como. *EDUMECENTRO*, 7(2), 167.
- Aguirre, E., Abufhele, M., & Aguirre, R. (2016). Estrés prenatal y sus efectos: Fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil. *Estudios Públicos*(144), 12.
- Agurto, F. (2017). *Niveles de estrés en trabajadoras del Área Administrativa de una Clínica de Lima –Callao*. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso de La Vega.
- Agurto, L., & Cumbicus, D. (2017). *Manifestaciones del estrés en el personal de enfermería que labora en el hospital moreno Vásquez*. Gualaceo, 2016. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Ahumada, J., Gámez, M., & Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13.
- Alemán, H. (2017). *Estrés laboral y consumo de alcohol en trabajadores de una industria*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Alfaro, L. A. (Viernes de Abril de 2016). Estudio del estrés laboral y su relación con la satisfacción en las empresas que laboran. (Alumnos, Entrevistador)
- Alonso, M. A., Oliva, N., Zorrilla, L., & Delgadillo, L. (2017). *Relación entre estrés de conciencia y consumo de alcohol en personal de enfermería*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Álvarez, Y., & Farré, F. (2005). Farmacología de los opioides. *Adicciones*, 17(2), 21-22.
- Andino, V., & Gómez, A. (2017). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en trabajadores del sector textil en el valle de los Chillos-Ecuador, 2017. *Revista Científica*, 15(2), 4-5.
- Ángeles, G., Brindis, F., Niizawa, S., & Ventura, R. (2014). Cannabis sativa L., una planta singular. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*(45), 4.
- Arequipa, M. (2018). *Estrés laboral y su relación con la satisfacción del trabajo de los empleados de la Fundación Polinal Ecuador (trabajo de titulación)*. Universidad Central del Ecuador, Quito-Ecuador.
- Arias, W. (2015). Estrés laboral y consumo de sustancias psicoactivas (SPA) desde un enfoque de la salud ocupacional. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(1), 108.
- Arteaga, N. (2015). *Factores de riesgo asociados a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas en población militar*. Chía-Colombia: Universidad de la Sabana.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2015). *DSM-5: Manual de Diagnóstico Diferencial*. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Astudillo, J. L. (Lunes de Junio de 2016). Estudio del estrés laboral en el personal Administrativo y trabajadores. *Maestrias*. Cuenca, Azoguez, Ecuador.
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Conciencia*, 1(2), 118.
- Ávila, J. (2014). en esta fase el cuerpo se prepara para producir el máximo de energía que se da cuando enfrentamos una situación difícil, con los consecuentes cambios químicos.El cerebro, entonces, envía señales que activan la secreción de hormonas, que mediante una rea. *Revista Conciencia*, 2(1), 119-120.

- Azabache, N. (2018). *Factores de riesgo y estrés laboral entrabajadores operarios de una empresa privada de Ate, 2018*. Lima-Perú: Universidad César Vallejo.
- Barbieri, I., Trivelloni, M., Zani, B., & Palacios, X. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. *Revista Ciencias de Salud, 10*, 72.
- Belmonte, G., Ruiz, R., & Herruzo, J. (2016). Patrón de conducta tipo a y b, y su relación con las adicciones conductuales. *Acción Psicológica, 13*(1), 121.
- Berra, E., Muñoz, S., Vega, C., Silva, A., & Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkma. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 16*(1), 38.
- Berrío, N., & Mazo, R. (2011). *Estrés Académico*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Berrio, N., & Mazo, R. (2017). Estrés Académico. (U. d. Antioquía, Ed.) 3(2), 67.
- Bianchi, J., & Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica, 33*(2), 71.
- Bianchi, J., & Muñoz, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psycologia-Avances de la Disciplina, 8*(2), 86.
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G. C., & Navarro, S. (2017). *La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud pública de Uruguay*. Uruguay: Universidad de la República de Uruguay.
- Bravo, C., & Palucci, M. (2010). El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. *Revista Latinamericana EFERMAGEN, 492*.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Cain, S. (2015). *El poder de los introvertidos: en un mundo incapaz de callarse*. Titivillus.

- Calderón, G., & Castaño, G. (2013). Factores de riesgo para el consumo de psicoactivos en conductores de buses en Medellín. *Katharsis*(15), 169.
- Calderón, G., & Castaño, G. (2015). Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(44), 154-155.
- Carreño, S. M., Martínez, N., Juárez, F., & Vásquez, L. (2006). Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental*, 29(4), 65.
- Casas, E., & Peña, T. (2018). Eficacia del programa de prevención de recaídas basado en mindfulness para la. *Nure Investigaciones*, 15(93), 3.
- Castillo, M., & González, P. (2015). *Estrés y la ansiedad: relación con la cognición*. Tenerife-España: Universidad de La Laguna.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (2016). *Inhalantes: habilidades para rechazar situaciones de consumo: Manual de operación*. México: Dirección de Prevención.
- Centros de Integración Juvenil A.C. (2016). *Tratamiento para jóvenes que consumen marihuana-Manual de apoyo*. México: CIJ.
- Chiang, M. R., & Rivas, P. (2018). Relación entre Satisfacción Laboral, Estrés Laboral y sus Resultados en Trabajadores de una Institución de Beneficencia de la Provincia de Concepción. *Ciencia y Trabajo*, 20(63), 179-180.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Observatorio Interamericano sobre Drogas. (2016). *Análisis de la caracterización química de cocaínas fumables*. Estados Unidos: OID-CICAD-SSM-OEA.
- Corbin, A. (15 de Octubre de 2019). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/drogas/sustancias-psicoactivas>

- Cortés, C., Escobar, A., Cebada, J., Soto, G., Bilbao, T., & Vélez, M. (2018). Estrés y cortisol: implicaciones en la ingesta de alimento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(3), 3.
- Cudevilla, F., & Cabrera, A. (2008). Efectos psicológicos del cannabis. *Actualizaciones*, 15(5), 289.
- Cuerno, L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. *Revsita Policía y Seguridad Pública*, 69.
- Daza, F., & Pérez, J. (1998). *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.
- Del Bosque, J., Mairena, A. D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., Medina, M., . . . Sansores, R. R. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*(37), 384.
- Elena, G. (2002). Estrés: desarrollo histórico y definición. *Revista Argentina Anestesiol*, 60(6), 350.
- Espinoza, A., Pernas, I., & González, R. (2018). Consideraciones teórico-metodológicas y prácticas acerca del estrés. *Humanidades Médicas*, 18(3), 704.
- Ettienne, C. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Revista Panamericana de salud Pública*(42).
- Felix, R. G., & Mercado, S. (2018). El estrés en el entorno laboral. *Psicología*, 15(64), 36-37.
- Fernández, E. F. (2017). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 229-230.
- Fernández, J. (2015). *Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral*. España: Confederación Española de Organizaciones Empresariales.

- Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A., & Delgado, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psycología, 10*(2), 52.
- Ferrer, C., & Bárcenas, S. (2016). Estrés Académico: El Enemigo Silencioso del Estudiante. *Salud y Administración, 3*(7), 11.
- Gaibor, J; Líger, T; Safla, J; Fernández, M; Cholota, L;. (2018). El estrés en las fuerzas armadas: la situación de estrés en los aspirantes a soldados en la ESFORSE, promoción 2015-2017. *Revista de Ciencias de Seguridad y Defensa, 3*(3), 58.
- García, M., & Gil, M. (2016). *El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud*. Zaragoza-España: Universidad de Zaragoza.
- García, M., & Matud, M. (2017). Diferencia de género en el estrés y la salud de las personas mayores. *ILEMATA*(26), 166.
- García, M., & Moreno, G. R. (2013). Presencia de conducta tipo “A” que refieren Friedman y Rosenman en enfermeras de hospitales de México. *Enfermedades Neurológicas, 12*(3), 149.
- García, M., Moreno, G., & Rivero, J. (2013). Presencia de conducta tipo “A” que refieren Friedman y Rosenman en enfermeras de hospitales de México. *Enfermedades Neurológicas, 12*(3), 149-150.
- García, V., Fernández, A., & Arias, L. L. (2015). Consumo de tabaco y alcohol según la jornada laboral en España. *Gaceta Sanitaria, 29*(5), 365.
- Gobierno de España & Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Prevención del consumo de alcohol en el lugar de trabajo*. España: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.
- Gobierno federal de los Estados Unidos Mexicanos & Consejo de Salubridad General, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Salud. (2010). *Diagnóstico y*

Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México: Secretaria de Salud de México.

González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana-Cuba: Ciencias Médicas.

González, I., & Tumuluru, S. G. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 557.

González, J., & Llorens, N. (2014). *Las nuevas sustancias psicoactivas. Un reto para la salud pública*. España: Ministerio de Sanidad; Servicios Sociales e Igualdad.

Guerrero, J. (2017). Para entender la acción de cortisol en inflamación aguda: una mirada desde la glándula suprarrenal hasta la célula blanco. *Revista Médica de Chile*, 231.

Herrera, D., Coria, G., Muñoz, D., Graillet, O., Aranda, G., Rojas, F., . . . Ismail, N. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Revista Neurobiología*, 8(17), 6.

Indave, B. (2018). *Uso de cocaína o estimulantes de tipo anfetamínico y riesgo de crisis convulsivas o de enfermedad cerebrovascular. Revisiones sistemáticas*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid-España: Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense de Madrid.

Iniesta, A. (2016). *Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo*. Barcelona-España: Asociación Española de Especialistas en Medicina de Trabajo.

Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas. (2003). *Alucinógenos y drogas disociativas*. Estados Unidos: NIH.

Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas. (2016). *Los alucinógenos*. Estados Unidos: NIH.

Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas de Estados Unidos. (2017). *Drug-Facts-Inhalantes*. Estados Unidos: NIH.

- Lara, D., Bermúdez, J., & Pérez, A. (2013). Positividad, Estilo de Afrontamiento y Consumo de Tabaco y Alcohol en la Adolescencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 11*(2), 349-350.
- Linaje, M., & Gómez, M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of Behavior, Health & Social Issues, 4*(1), 61.
- Llaneza, J. (2009). *Ergonomía y psicología aplicada: manual para la formación de l especialista* (Décima Quinta Edición ed.). España: LEX NOVA.
- Llerena, E. (2015). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y afrontamiento en soldados del Ejército*. Lima-Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Londoño, L. (2019). Desde este enfoque, las principales características son las detalladas a continuación. *Fides et radio*(17), 42.
- López, L., Solano, A., Arias, A., Aguirre, S., Osorio, C., & Vásquez, E. (2012). El Estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. *Revista CES Salud Pública, 3*(2), 281.
- Loredo, A., Casas, A., & Monroy, D. (2014). La marihuana: Entorno social y sus efectos nocivos en el producto in útero, en la niñez y en la adolescencia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 57*(6), 29.
- Macías, H. (2007). *Estudio de los niveles de estrés del contingente español desplegado en Irak en misión de mantenimiento por la paz*. Granada-España: Universidad de Granada.
- Mancilla, F. (2001). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de la Asociación Española de la Neuropsiquiatría, 21*(80), 15-16.
- Márquez, J. (2013). *Impacto Psicológico. El estrés, causas, consecuencias y soluciones. Intérprete de Conferencias frente a Intérprete en los Servicios Públicos*. Alcalá-España: Universidad de Alcalá.

- Martin, A. (2009). *Prevención del estrés*. Barcelona-España: Fundación Factor Huma.
- Martínez, J., García, A., & Martínez, V. (2016). Estrategias para el control del estrés empresarial. Un estudio longitudinal en una empresa mediana. *Horizonte Sanitario*, 16(1), 41.
- Mendoza, R. (2013). *El consumo de cannabis como problema de salud pública y problema educativo*. España: Departamento de Psicología Evolutiva y Educación de la Universidad de Huelva.
- Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad Social de España. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona-España: SOCIDROGALCOHOL.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2004). *Documentos divulgativos: Estrés laboral*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, e Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2004). *NTP 421: "Test de salud total" de Langner Amiel: su aplicación en el contexto laboral*. España: MTAS.
- Ministerio del Interior de España. (2014). *Otros factores de Riesgo: El Estrés*. Madrid-España: Dirección General de Tráfico.
- Ministerio del Interior de España y Dirección General del Tráfico. (2014). *Las drogas y los medicamentos*. Madrid-España: Coordinación DGT.
- Minsiterio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2013). *Estrés Laboral*. Madrid-España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Miranda, F., Cedillo, B., Jiménez, J., Bedolla, G., & Torres, S. (2011). Substitución asimétrica entre metanfetamina y anfetamina: estudio de discriminación de drogas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 37(1), 22.

- Molina, C., Hernández, O., & Sarquis, Z. (2009). Patrón de personalidad tipo c y su relación con el cáncer de mama y cérvico-uterino. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(4), 176.
- Mora, M. (2019). *Estudio de estrés laboral y jornada de trabajo en los guardias de seguridad de la empresa provip's, quito 2019*. Quito-Ecuador: Universidad Internacional del SEK.
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 173.
- Neffa, J. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo*. Argentina: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales CEIL-CONICET/.
- Organización de Estados Americanos (OEA) y la Comisión Interamericana del Control de Abuso de Drogas (CICAD). (2019). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019*. Estados Unidos: OAS.
- Organización de las Naciones Unidas. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación-Guía práctica de planificación y aplicación*. New York-estados Unidos: Oficina Contra la Droga y el Delito.
- Organización de los Estados Americanos y Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2014). *Estimulantes de tipo anfetamínico en América Latina*. Viena-Austria: UNODC.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el Trabajo: Un Reto Colectivo*. Italia: Centro Internacional de Formación de la OIT,.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés Laboral*. Ginebra-Suiza: LABADMIN.

- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés Laboral*. Ginebra-Suiza: Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: Un riesgo moderno en un ambiente de trabajo tradicional-Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores*. Francia: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra-Suiza: Departamento de Salud Mental u Abuso de Sustancias de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *El tabaco rompe corazones: elija salud no tabaco*. Ginebra-Suiza: NOVASB.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2003). *CIE-10-Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington-Estados Unidos: OPS.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España. (2011). *ASSIST: La rueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias-Manual para uso en la atención primaria*. España: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)Manual para uso en la atención primaria*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario*. Washigton-Estados Unidos: Biblioteca SEDE OPC.

- Otero, C. (2011). Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. *Medicina, Seguridad y Trabajo*, 57(1), 159.
- Paredes, L. (2016). *Estudio del estrés laboral y su relación con la satisfacción laboral en la compañía Insumos Profesionales Insuprof Cía. Ltda.* Quito-Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M., Secades, R., & Tomás, V. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones.* Valencia-España: SOCIDROGALCOHOL.
- Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., & Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 355.
- Pérez, D., García, J., Gracia, T., Ortíz, D., & Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 355.
- Pérez, M. (2004). *Estrés laboral y consumo de alcohol en trabajadores reidentes de una comunidad.* México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Pires, N., Ribeiro, J. M., Marquez, S., & Souza, F. (2019). La autoestima y el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias por trabajadores tercerizados. *Revista Latinoamericana Efermagem*, 4.
- Plá, A., García, A., González, H., Ferrari, C., Olmedo, M., Rodríguez, G., . . . Couture, E. (2017). *Consumo de Benzodiazepinas y otros sicofármacos en territorio nacional.* Uruguay: Ministerio de Salud de Uruguay.
- Porras, W., Araya, M., & Fallas, L. (2014). Gestión de estrategias para la prevención del estrés : Un análisis desde la disciplina de Orientación. *Gestión de la educación*, 4(2), 138-141.

- Puerta, G. (2011). *Composición química de una taza de café*. Colombia: Fondo Nacional del Café de Colombia.
- Pulluquitín, S. (2019). *Estrés laboral y calidad de vida en guardias de seguridad con turno rotativo*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Ramírez, C., & Osorio, J. (2013). Uso de la cafeína en el ejercicio físico: ventajas y riesgos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(4), 460.
- Ramos, V., & Jordao, F. (2014). Género y Estrés Laboral: Semejanzas y Diferencias de Acuerdo a Factores de Riesgo y Mecanismos de Coping. *Revista de Psicología Organizaciones y trabajo*, 14(2), 224.
- Ramos, V., Pantoja, O., Tejera, E., & González, M. (2019). Estudio del estrés laboral y los mecanismos de afrontamiento en instituciones públicas ecuatorianas. *Espacios*, 40(7), 2.
- Regueiro, A. (14 de Octubre de 2019). *Conceptos básicos: ¿qué es el estrés y cómo nos afecta?* Obtenido de <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>
- Reguera, E. (2014). Apego, cortisol y estrés, en infantes. Una revisión narrativa. *Revista de la Asociación española de Neuropsicología*, 755.
- Retes, S., & Alonso, R. (2014). *Análisis de anfetaminas*. España: Universidad del país Vasco.
- Reyes, A., Rodríguez, L., López, K., Guzmán, F., & Alonso, M. (2017). Estrés laboral, resiliencia y consumo de alcohol en trabajadores de la industria del acero de nuevo león, México. *Salud y drogas*, 35.
- Rivera, D., Caratagena, E. R., Toma, M., & Sans, I. C. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería*. España: Universidad de Alicante.
- Robledo, P. (2008). Las anfetaminas. *Trastornos Adictivos*, 10(3), 167.
- Rodríguez, F. (2018). *Percepción del estrés, afrontamiento y ajuste psicológico en despliegues militares*. España: Universidad de Santiago de Compostela.

- Rodríguez, G. (2016). Mariguana, ¿por qué tanta controversia? *Revista Digital Universitaria*, 17(5), 6.
- Rodríguez, R., & Galeano, M. (2017). Consumo de alcohol y cigarrillo en trabajadores de la construcción en Santander, Colombia. *Archivos de Medicina*, 17(1), 113.
- Rodríguez, R., & Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina, Seguro, Trabajo*(57), 73.
- Rodríguez, R., Roque, Y., & Molerio, O. (2002). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Revista Internacional de Psicología*, 3(1), 11.
- Rodríguez, R., Roque, Y., & Molerio, O. (2004). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Revista Internacional de Psicología*, 3(1), 10.
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad: La obra definitiva para vencer el estrés, las fobias y las obsesiones*. Barcelona-España: Artes Gráficas Huertas S.A.
- Rubio, H., & Rubio, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México*, 19(4), 291.
- Rubio, H., Rubio, T., & Álvarez, R. (2011). Impacto de las políticas antitabaco en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 24.
- Sallato, A. (2008). *La organización del trabajo y del estrés*. Reino Unido.
- Sancho, R. (2014). "Efectos del consumo de alcohol en la memoria de militares en servicio activo". Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Sandí, S., & Sandí, L. (2015). Dependencia a opioides y su tratamiento. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*, 1(1), 87.

- Santacruz, M., & Rodríguez, C. J. (2017). Efectos de la cafeína en algunos aspectos de la salud y de la cognición. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 76.
- Santacruz, M., Rodríguez, C., & Jiménez, M. (2017). Efectos de la cafeína en algunos aspectos de la salud y de la cognición. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 76.
- Santillán, L. (2011). *Estudio del estrés como resultado de los factores psicosociales de trabajo inadecuados en militares de Infantería del Ala N° 11*. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Sarmiento, R., Carbonell, I., Plascencia, C., & Ducónger, R. (2011). Patrones de consumo de alcohol en una población masculina de El Caney. *MEDISAN*, 15(4), 2.
- Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina. (2017). *Consumo de sustancias psicoactivas y mercado laboral*. Argentina: SDERONAR.
- Secretaría de Salud Laboral de España. (2011). *Prevención del consumo de alcohol en el lugar de trabajo*. España: Gobierno de España.
- Segura, R., & Pérez, I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en Psicología*(36), 115.
- Sociedad Científica Española de estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valencia-España: Socidroalcohol.
- Sosa, E. (2011). Qué es el estrés ocupacional, enfermedades derivadas y reconocidas por la legislación Colombiana. *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 58.
- Soto, M., & Rosales, M. (2016). Efecto del solvente y de la relación masa/solvente, sobre la extracción de compuestos fenólicos y la capacidad antioxidante de extractos de corteza. *Maderas, Ciencia y Tecnología*, 18(4), 702.
- Tavares, C., & Rimiko, R. (2012). Cafeína para el Tratamiento del Dolor. *Revista Bras Anesthesiol*, 62(3), 2.

- Tiburcio, M. R., Natera, G., Martínez, N. C., & Pérez, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 21.
- Torales, J. (2017). Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista Virtual Sociología Paraguaya de Medicina Interna*, 4(1), 77.
- Torrents, O., Mora, A., Massana, A., Robert, A., & Tejero, A. (2011). Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *Trastornos Adictivos*, 13(4), 138.
- Torres, V., & Chávez, A. (2013). Ansiedad. *Revsita de Actualización Clínica*, 35, 1788.
- Universidad católica Boliviana San Pablo. (2007). El estrés laboral como síntoma de una empresa. *Perspectivas*(20), 59-60.
- Universidad Técnica Particular de Loja. (2014). *Variables psicosociales y consumo de alcohol en Loja y Zamora*. Loja: UTPL.
- Valenzuela, D., & Gayoso, M. (2017). Estrés laboral y su correlación con la prevalencia de dispepsia funcional en militares en actividad que acudieron al hospital geriátrico del ejército. *Revista Gastroenterol Per´u*, 37(1), 17.
- Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(1), 44.
- Vilugrón, F., Hidalgo, C., Molina, T., Gras, M., & Font, S. (2017). Uso de sustancias psicoactivas y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados. *Revista Médica de Chile*(145), 1530.
- Zhagui, K. (2019). *Análisis del estado de situación de consumo de alcohol, tabaco y drogas en relación a la regulación establecida por el ministerio de trabajo, dentro del*

personal de un hotel de la ciudad de Cuenca. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay.

11. ANEXOS

ANEXO 1. OFICIO DIRIGIDO A LA INSTITUCIÓN “FUERTE MILITAR MIGUEL ITURRALDE”

Loja, 6 de junio del 2019

Carlos Guillermo Sánchez Astudillo

Comandante de la Brigada de Infantería N°7 Loja

De mis consideraciones:

Yo **Esperanza Del Cisne Pucha Sánchez** con número de cédula de identidad **1105180408**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de Décimo Ciclo de la **Universidad Nacional de Loja** me dirijo a usted para solicitarle el permiso y autorización para realizar mi proyecto de investigación de fin de carrera con la población de Militares en el grado de Cabos del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” perteneciente a la ciudad de Loja.

Permítame comentarle que el estrés laboral es considerado un agravante en la calidad de vida de las personas y según la literatura causa inconvenientes en el consumo de sustancias psicoactivas. Al contrario, las personas que presentan ausencia de estrés laboral tienen mejores niveles de motivación y desempeño laboral. Es por eso que he considerado relevante exponerle a usted esta problemática que al ser identificada a tiempo puede prevenir la complicación de la misma y beneficia a los trabajadores y a la Institución.

Es por eso que mi interés resulta en investigar “**El Estrés Laboral y su Relación con el Consumo de las Sustancias Psicoactivas en los Militares en el grado de Cbos del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja, en el Periodo 2019**”.

Cabe mencionar que la evaluación consiste en completar 2 cuestionarios que máximo llevará 20 minutos en hacerlo. Además, en las evaluaciones que se realicen no se revelará información personal ni se provocará ningún daño ni afectación en los participantes. Con el fin de que la información y el trabajo realizado sea en beneficio de la institución a la que usted representa, mi persona, en condición de estudiante e investigadora le ofrezco que una vez que tenga los resultados y el trabajo de investigación finalizado lo compartiré con su persona e interesados, así también podría desarrollar un taller o exposición que beneficie a cualquier necesidad o problema que se identifique en los participantes.

Para cualquier duda o pregunta que le surja sobre el tema o la metodología estoy totalmente disponible a contestarla al número de teléfono **0959789595**. Así también, puede comunicarse con la Dra. Ana Puertas Gestora Académica de la Carrera de psicología clínica de la Universidad Nacional de Loja al número de contacto 2571379 ext.175

Por la atención favorable al presente pedido,

Atentamente

Esperanza Pucha Sánchez

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

La presente investigación es dirigida por la Estudiante Esperanza del Cisne Pucha Sánchez, **de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, FACULTAD DE LA SALUD HUMANA, CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**. El propósito del proyecto es conocer **El estrés Laboral y su relación con el consumo de las sustancias Psicoactivas en los Militares en el Grado de Cabos Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, de la Ciudad de Loja, el periodo 2019.**

La intención de este consentimiento es proporcionar a los participantes una clara explicación de la investigación, así como su rol como participante.

Si usted accede a participar en esta investigación; se le pedirá completar por 1 sola vez dos cuestionarios psicológicos que tomarán aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La información de estos cuestionarios será totalmente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, en ningún momento se le pedirá algún dato personal y los resultados de los cuestionarios serán manejados solamente por la investigadora. La participación en esta investigación no produce ningún tipo de consecuencia a nivel laboral, social, económico. La participación no provoca daño alguno, ni físico ni psicológico.

Si tiene alguna duda sobre este estudio puede hacer consultas en cualquier momento durante su participación. Su participación es totalmente voluntaria y puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le antelo mi sincero agradecimiento por su participación.

ACEPTO

NO, ACEPTO

Si usted ha aceptado su participación, por favor complete los siguientes campos:

Firma _____

Fecha _____

ANEXO 3. PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-ASSIST)

El objetivo de este cuestionario es obtener información para determinar el consumo de sustancias. Te pido que seas lo más sincero con sus respuestas, te recordamos que los resultados serán totalmente anónimos y confidenciales por lo que en ningún momento estos resultados se relacionarán contigo. Tu colaboración en este test es de gran utilidad para la investigación a realizarse.

Marque con una X la alternativa que crea correcta.

Fecha de aplicación:

Edad:

Pregunta 1

A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MEDICOS)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, habano, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazpem, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		
h. Alucinogenos (LSD, acidosis, ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		
j. Cafeína (Café, chocolate, gaseosas, bebidas energizantes, refrescos, helado, semillas de girasol, carne seca, avena instantáneas)		
k. Otros – especifique:		

Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"	Si contestó "NO" a todos los ítems, para la entrevista. Si contestó "SI" a algunos de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.
---	---

En el siguiente grupo de preguntas, marque con una "X" para indicar con qué frecuencia se cumple la condición descrita en la interrogante, de acuerdo a las categorías que se muestran a continuación:

Condición	Equivalencia
1	Nunca
2	1 0 2 veces
3	Cada mes
4	Cada semana
5	A diario o casi a diario

Pregunta 2

¿ Con que frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	1	2	3	4	5
a. Tabaco (cigarrillos, habano, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazpem, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinogenos (LSD,acidos,ketamina,PCP, etc.)					
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)					
j. Otros – especifique:					
Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.					
Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.					

Pregunta 3

En los últimos tres meses ¿ Con que frecuencia ha tenido deseos de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	1	2	3	4	5
a. Tabaco (cigarrillos, habano, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazpem, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinogenos (LSD,acidos,ketamina,PCP, etc.)					
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)					
j. Otros – especifique:					

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿Con que frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	1	2	3	4	5
a. Tabaco (cigarrillos, habano, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazpem, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinogenos (LSD,acidos,ketamina,PCP, etc.)					
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)					
j. Otros – especifique:					

Pregunta 5

En los últimos tres meses ¿Con que frecuencia dejo de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	1	2	3	4	5
a. Tabaco (cigarrillos, habano, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazpem, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinogenos (LSD,acidos,ketamina,PCP, etc.)					
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)					
j. Otros – especifique:					
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir. Aquellas abordadas en la Pregunta 1)					

En el siguiente grupo de preguntas, marque con una "X" para indicar con qué frecuencia se cumple la condición descrita en la interrogante, de acuerdo a las categorías que se muestran a continuación:

Condición	Equivalencia
1	No, Nunca
2	Sí, en los últimos 3 meses
3	Sí, pero no en los últimos 3 meses

Pregunta 6

¿ Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	1	2	3
a. Tabaco (cigarrillos, habano, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)			
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazpem, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinogenos (LSD,acidos,ketamina,PCP, etc.)			
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)			
j. Otros – especifique:			

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	1	2	3
a. Tabaco (cigarrillos, habano, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)			
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinogenos (LSD,ácidos,ketamina,PCP, etc.)			
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina,etc.)			
j. Otros – especifique:			

Pregunta 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (UNICAMENTE PARA USOS NO MEDICOS)	1	2	3

NOTA IMPORTANTE:

Si usted se ha inyectado drogas en los últimos 3 meses por favor conteste lo siguiente en relación al periodo de tiempo.

PATRÓN DE INYECCIÓN	
Una vez a la semana o menos o Menos de 3 días seguidos	
Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos	

¡Muchas gracias por su colaboración!

ANEXO 4. INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-ASSIST)

	Registre la motivación para Sin intervención	Intervención breve	Tratamiento mal intensivo
a. Tabaco			
b. Alcohol			
c. Cannabis			
d. Cocaína			
e. Anfetaminas			
f. Inhalantes			
g. Sedantes			
h. Alucinógenos			
i. Opiáceos			
j. Otras drogas.			

ANEXO 5. CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS

Genero

Edad:

Nivel de estudio:

Sexo:

El presente cuestionario sirve para medir el nivel de ESTRÉS LABORAL. Consta de veinticinco ítems relacionados con los estresores laborales. Para cada pregunta, marque con una "X" para indicar con qué frecuencia la condición descrita a continuación, es una fuente actual de estrés, de acuerdo a las categorías que se muestran a continuación:

Condición	Equivalencia
1	NUNCA
2	RARA VEZ
3	OCASIONALMENTE
4	ALGUNAS VECES
5	FRECUENTEMENTE
6	GENERALMENTE
7	SIEMPRE

	1	2	3	4	5	6	7
1. La gente no comprende la misión y metas de la organización							
2. La forma de rendir informes entre superior y subordinado me hace sentir presionado.							
3. No estoy en condiciones de controlar las actividades de área de trabajo.							
4. El equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo es limitado.							
5. Mi supervisor no da la cara por mi ante los jefes.							
6. Mi supervisor no me respeta.							
7. No soy parte de un grupo de trabajo de colaboración estrecha.							
8. Mi equipo no respalda mis metas profesionales.							
9. Mi equipo no disfruta de estatus o prestigio dentro de la organización.							
10. La estrategia de la organización no es bien comprendida.							
11. Las políticas generales iniciadas por la gerencia impiden el buen desempeño.							
12. Una persona a mi nivel tiene poco control sobre el trabajo.							
13. Mi supervisor no se preocupa de mi bienestar personal.							
14. No se dispone de conocimiento técnico para seguir competitivo.							
15. No se tiene derecho a un espacio de trabajo.							
16. La estructura formal tiene demasiado papeleo.							
17. Mi supervisor no tiene confianza en el desempeño de mi trabajo.							
18. Mi equipo se encuentra desorganizado.							
19. Mi equipo no me brinda protección en relación con injustas demandas de trabajo que me hacen los jefes.							
20. La organización carece de dirección y objetivo.							
21. Mi equipo me presiona demasiado.							
22. Me siento incomodo al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo.							

23. Mi equipo no me brinda ayuda técnica cuando es necesario.							
24. La cadena de mando no se respeta.							
25. No se cuenta con la tecnología para hacer un trabajo de importancia.							

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 6. INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS

La calificación del cuestionario se realizará mediante el cálculo de los puntajes por cada factor descrito en la siguiente Tabla, de acuerdo al rango de estrés que corresponde por factor.

FACTOR PSICOSOCIAL	# ÍTEMS	RANGO DE ESTRÉS
Clima organizacional	1,10,11,20	4-28
Estructura organizacional	2,12,16,24	4-28
Territorio organizacional	3,15,22	3-21
Tecnología	4,14,25	3-21
Influencia del líder	5,6,13,17	4-28
Falta de cohesión	7,9,18,21	4-28
Respaldo del grupo	8,19,23	3-21

Interpretación del resultado general

Bajo nivel de estrés	<90,2
Nivel intermedio	90,3-117,2
Estrés crónico	117,3-153,2
Alto nivel de estrés	>153,3

ANEXO 7. TABLAS EXTRAS SOBRE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS APLICADO

Falta de comprensión de misión y metas de organización por parte de la gente

Tabla 7. *Falta de comprensión de misión y metas de organización por parte de la gente*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	28	35,0
RARA VEZ	26	32,5
OCASIONALMENTE	10	12,5
ALGUNAS VECES	11	13,8
FRECUENTEMENTE	2	2,5
SIEMPRE	3	3,8
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

De acuerdo a la Tabla 7, el 35% de encuestados manifiestan nunca ha habido falta de comprensión de misión y metas de organización por parte de la gente, mientras que para el 32.50% esto ha sucedido raras veces, para el 12.50% ocasionalmente y a criterio del 12.80 algunas veces, lo que demuestra que este factor afecta poco a los militares.

Sensación de presión por la forma de rendición de informes entre superior y subordinado

Tabla 8. *Sensación de presión por la forma de rendición de informes entre superior y subordinado*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	31	38,8
RARA VEZ	20	25,0
OCASIONALMENTE	16	20,0
ALGUNAS VECES	8	10,0
FRECUENTEMENTE	5	6,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La información de la TTabla 8 permite determinar que la forma de rendir informes entre superior y subordinado nunca ha generado presión en el 38.8% de encuestados, en

cambio a consideración del 25% rara vez, para el 20% ocasionalmente y para el 10% algunas veces, lo que evidencia que esto es un factor que los estresa un poco.

Falta de condiciones para controlar las actividades del área de trabajo

Tabla 9. Falta de condiciones para controlar las actividades del área de trabajo

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	31	38,8
RARA VEZ	19	23,8
OCASIONALMENTE	12	15,0
ALGUNAS VECES	7	8,8
FRECUENTEMENTE	1	1,3
GENERALMENTE	1	1,3
SIEMPRE	9	11,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Los datos de la Tabla 9 dan a conocer que al 38.80% de los militares nunca han sentido la falta de condiciones para controlar las actividades de su área de trabajo, en tanto que al 23.80% rara vez les pasa esto, al 15% ocasionalmente y al 11.3% siempre.

Limitado equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo

Tabla 10. Limitado equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	18	22,5
RARA VEZ	25	31,3
OCASIONALMENTE	15	18,8
ALGUNAS VECES	15	18,8
FRECUENTEMENTE	3	3,8
GENERALMENTE	2	2,5
SIEMPRE	2	2,5
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Mediante la información de la Tabla 10 se confirma que el 22.5% de encuestados nunca han creído que el equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo es limitado, a diferencia de ello, el 31.3% indican que rara vez lo han sentido, el 18.8% ocasionalmente y el

18.8% algunas veces, lo que determina que este factor incide para puedan desarrollar un bajo nivel de estrés.

El superior no da la cara ante los jefes

Tabla 11. *El superior no da la cara ante los jefes*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	27	33,8
RARA VEZ	15	18,8
OCASIONALMENTE	16	20,0
ALGUNAS VECES	7	8,8
FRECUENTEMENTE	6	7,5
GENERALMENTE	1	1,3
SIEMPRE	8	10,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Los resultados exponen que el superior no da la cara ante los jefes por el 33.80% de encuestados, mientras que esto sucede ocasionalmente en el caso del 20%, rara vez en la situación del 18.80% y siempre en el caso del 10%.

Falta de respeto del supervisor

Tabla 12. *Falta de respeto del supervisor*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	27	33,8
RARA VEZ	15	18,8
OCASIONALMENTE	12	15,0
ALGUNAS VECES	12	15,0
FRECUENTEMENTE	2	2,5
GENERALMENTE	2	2,5
SIEMPRE	10	12,5
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Según los resultados de la Tabla 12, el 33.80% de los militares indican que su supervisor nunca les respeta, el 18.80% afirman que rara vez pasa esto, el 15% que ocasionalmente, el 15% algunas veces y el 12.50% que siempre en vista de que no se toma en cuenta su opinión al tomar decisiones sobre los procesos a realizar.

Falta de colaboración en grupo de trabajo impide participar

Tabla 13. *Falta de colaboración en grupo de trabajo impide participar*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	27	33,8
RARA VEZ	17	21,3
OCASIONALMENTE	13	16,3
ALGUNAS VECES	10	12,5
FRECUENTEMENTE	2	2,5
GENERALMENTE	2	2,5
SIEMPRE	9	11,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

De acuerdo al 33.8% de militares, nunca han percibido que la falta de colaboración en el grupo de trabajo impide su participación, mientras que, por el contrario, el 21.30% indican que rara vez ha sucedido esto, el 16.3% que ocasionalmente, el 12.50% algunas veces y el 11.3% siempre.

Falta de respaldo de metas profesionales por parte de equipo de trabajo

Tabla 14. *Falta de respaldo de metas profesionales por parte de equipo de trabajo*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	29	36,3
RARA VEZ	16	20,0
OCASIONALMENTE	13	16,3
ALGUNAS VECES	10	12,5
FRECUENTEMENTE	4	5,0
GENERALMENTE	3	3,8
SIEMPRE	5	6,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Conforme a los datos de la Tabla 14, el 36.30% de militares nunca han creído que su equipo de trabajo no respalda sus metas profesionales, el 20% indican que rara vez, el 16.30% creen que ocasionalmente sucede esto, el 12.50% algunas veces y el 6.30% siempre, lo que demuestra la desmotivación que ellos tienen porque no se sienten apoyados.

Falta de estatus o prestigio del equipo de trabajo dentro de la organización

Tabla 15. *Falta de estatus o prestigio del equipo de trabajo dentro de la organización*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	27	33,8
RARA VEZ	20	25,0
OCASIONALMENTE	13	16,3
ALGUNAS VECES	11	13,8
FRECUENTEMENTE	1	1,3
GENERALMENTE	7	8,8
SIEMPRE	1	1,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

A criterio del 33.80% de militares, nunca han percibido la falta de estatus o prestigio de su equipo de trabajo en la organización, a diferencia de ello, para el 25% rara vez se han percatado de que ocurre esto en su trabajo, el 16.30% indican que ocasionalmente y el 13.8% que algunas veces.

Falta de comprensión de la estrategia de la organización

Tabla 16. *Falta de comprensión de la estrategia de la organización*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	25	31,3
RARA VEZ	17	21,3
OCASIONALMENTE	10	12,5
ALGUNAS VECES	14	17,5
FRECUENTEMENTE	8	10,0
GENERALMENTE	1	1,3
SIEMPRE	5	6,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Es notable que según la Tabla 16, el 31.30% de militares nunca han percibido que no comprenden la estrategia de la organización, mientras que al 21.30% rara vez les pasa esto, al 17.50% algunas veces y al 12.50% ocasionalmente en evidencia de que esto les genera estrés al no entender como contribuir al desarrollo organizacional.

Deficiencia del desempeño por políticas generales iniciadas en la gerencia

Tabla 17. Deficiencia del desempeño por políticas iniciadas en la gerencia

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	25	31,3
RARA VEZ	14	17,5
OCASIONALMENTE	19	23,8
ALGUNAS VECES	15	18,8
FRECUENTEMENTE	3	3,8
SIEMPRE	4	5,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La información observada en la Tabla 17 establece que el 31.30% de los militares señalan que nunca han creído que las políticas iniciadas en la gerencia impiden su buen desempeño, por el contrario, el 23.80% estiman que ocasionalmente sucede esto, el 18.80% que algunas veces y el 17.50% que rara vez esto ya que las políticas no se socializan a todos los empleados y conlleva a falencias en su trabajo.

Falta de control sobre el trabajo en personas del mismo nivel

Tabla 18. Falta de control sobre el trabajo en personas del mismo nivel

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	35	43,8
RARA VEZ	13	16,3
OCASIONALMENTE	8	10,0
ALGUNAS VECES	15	18,8
FRECUENTEMENTE	5	6,3
GENERALMENTE	1	1,3
SIEMPRE	3	3,8
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Según la Tabla 18, el 43.80% de militares nunca han considerado que hay falta de control sobre el trabajo en compañeros del mismo nivel de jerarquía, en tanto que el 18.80% señalan que algunas veces sucede esto, lo mismo que el 16.30% indican que rara vez han percibido esto, mientras que el 10% afirman que ocasionalmente porque ellos han tenido que ayudarles y esto les genera tensión.

Falta de preocupación del supervisor por el bienestar personal

Tabla 19. *Falta de preocupación del supervisor por el bienestar personal*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	34	42,5
RARA VEZ	15	18,8
OCASIONALMENTE	7	8,8
ALGUNAS VECES	14	17,5
FRECUENTEMENTE	5	6,3
GENERALMENTE	1	1,3
SIEMPRE	4	5,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La información de la Tabla 19 permite visualizar que el 42.50% de los militares nunca han percibido la falta de preocupación de su supervisor por su bienestar personal, en tanto que a consideración del 18.80%, rara vez se han percatado de ello, al igual que el 17.50% lo han percibido algunas veces y el 8.80% ocasionalmente, lo que les genera un malestar personal.

Falta de capacitación técnica para seguir siendo competitivo

Tabla 20. *Falta de capacitación técnica para seguir siendo competitivo*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	25	31,3
RARA VEZ	18	22,5
OCASIONALMENTE	15	18,8
ALGUNAS VECES	10	12,5
FRECUENTEMENTE	4	5,0
GENERALMENTE	4	5,0
SIEMPRE	4	5,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Mediante lo descrito en la Tabla 20 se establece que el 31.30% de militares nunca han considerado que les hace falta recibir capacitación para seguir siendo competitivos, en cambio, el 22.50% rara vez han percibido esto, el 18.80% ocasionalmente y el 12.50% algunas veces, lo que les produce enfado al no poder desempeñarse como quisieran.

Irreconocimiento del derecho a tener un espacio de trabajo

Tabla 21. *Irreconocimiento del derecho a tener un espacio de trabajo*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	33	41,3
RARA VEZ	11	13,8
OCASIONALMENTE	20	25,0
ALGUNAS VECES	11	13,8
FRECUENTEMENTE	1	1,3
SIEMPRE	4	5,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La información de la Tabla 21 describe que desde la perspectiva del 41.30% de militares, nunca han creído que no se reconoce su derecho a tener un espacio de trabajo, mientras que en el caso del 25% ocasionalmente han percibido esta situación, lo mismo que el 13.80% que indican que rara vez ha pasado y el 13.80% que algunas veces.

Exagerada exigencia de papeleo en estructura formal de la organización

Tabla 22. *Exagerada exigencia de papeleo en estructura formal de la organización*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	26	32,5
RARA VEZ	20	25,0
OCASIONALMENTE	15	18,8
ALGUNAS VECES	14	17,5
FRECUENTEMENTE	3	3,8
GENERALMENTE	1	1,3
SIEMPRE	1	1,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Conforme a la Tabla 22, la exigencia de papeleo en la estructura formal de la organización nunca les ha causado tensión o malestar al 32.50% de militares, a diferencia del 25% que señalan que rara vez se han percatado de que la demasiada demanda de documentación les produce malestar, lo mismo que para el 18.80% que indican que ocasionalmente se han percatado de ello y el 17.50% algunas veces.

Falta de confianza por parte del supervisor en el desempeño del trabajo

Tabla 23. *Falta de confianza por parte del supervisor en el desempeño del trabajo*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	27	33,8
RARA VEZ	20	25,0
OCASIONALMENTE	8	10,0
ALGUNAS VECES	11	13,8
FRECUENTEMENTE	5	6,3
GENERALMENTE	3	3,8
SIEMPRE	6	7,5
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La información de la Tabla 23 expone que el 33.80% de militares nunca han sentido la falta de confianza por parte de su supervisor en el desempeño de su trabajo, en tanto que a criterio del 25% rara vez han percibido esto, mientras que el 13.80% algunas veces y el 10% ocasionalmente.

Desorganización del equipo de trabajo

Tabla 24. *Desorganización del equipo de trabajo*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	32	40,0
RARA VEZ	13	16,3
OCASIONALMENTE	14	17,5
ALGUNAS VECES	9	11,3
FRECUENTEMENTE	4	5,0
SIEMPRE	8	10,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Los datos de la Tabla 24 permiten determinar que el 40% de los militares nunca se han percatado de que su equipo de trabajo es desorganizado, contrariamente, el 17.50% de ellos ocasionalmente han percibido esta situación, al igual que el 16.30% rara vez lo han hecho y el 11.30% que lo han notado algunas veces.

Falta de protección del equipo de trabajo ante injustas demandas de trabajo que hacen los jefes

Tabla 25. Falta de protección del equipo de trabajo ante injustas demandas de trabajo que hacen los jefes

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	34	42,5
RARA VEZ	14	17,5
OCASIONALMENTE	14	17,5
ALGUNAS VECES	10	12,5
FRECUENTEMENTE	4	5,0
GENERALMENTE	3	3,8
SIEMPRE	1	1,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Los resultados dan a conocer que el 42.50% de los militares nunca han sentido la falta de protección de su equipo de trabajo ante injustas demandas de trabajo que hacen los jefes, a diferencia del 17.50% que rara vez lo han sentido así, al igual que el 17.50% ocasionalmente y el 12.50% algunas veces, lo que les causa tensión y desmotivación.

Carencia de dirección y objetivo en la organización

Tabla 26. Carencia de dirección y objetivo en la organización

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	31	38,8
RARA VEZ	18	22,5
OCASIONALMENTE	12	15,0
ALGUNAS VECES	11	13,8
FRECUENTEMENTE	5	6,3
GENERALMENTE	2	2,5
SIEMPRE	1	1,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La información de la Tabla 26 revela que a consideración del 38.80% de militares, la organización nunca ha carecido de dirección y objetivo, mientras que el 22.50% rara vez han notado que hace falta dirección y objetivo en la entidad que guíe las actividades, al igual que el 15% lo han percibido ocasionalmente y el 13.80% algunas veces.

Demasiada presión de equipo de trabajo

Tabla 27. *Demasiada presión de equipo de trabajo*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	36	45,0
RARA VEZ	12	15,0
OCASIONALMENTE	10	12,5
ALGUNAS VECES	10	12,5
FRECUENTEMENTE	5	6,3
GENERALMENTE	1	1,3
SIEMPRE	6	7,5
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Desde la perspectiva del 45% de militares, nunca ha habido demasiada presión de su equipo de trabajo, en tanto que para el 45% rara vez ha sido así, para el 12.50% en cambio ocasionalmente y para el 12.50% algunas veces, lo que les molesta y produce malestar al realizar sus labores.

Incomodidad al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo

Tabla 28. *Incomodidad al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	36	45,0
RARA VEZ	14	17,5
OCASIONALMENTE	13	16,3
ALGUNAS VECES	11	13,8
FRECUENTEMENTE	3	3,8
GENERALMENTE	2	2,5
SIEMPRE	1	1,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

De acuerdo al 45% de militares, nunca han sentido incomodidad al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo, por el contrario, el 17.50% rara vez se han sentido incómodos al trabajar con compañeros de otras áreas, al igual que el 16.30% ocasionalmente lo han percibido así y el 13.80% algunas veces, lo que no les permite desempeñarse como quisieran y esto les molesta.

Falta de ayuda técnica por parte del equipo de trabajo cuando se necesita

Tabla 29. *Falta de ayuda técnica por parte del equipo de trabajo cuando se necesita*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	29	36,3
RARA VEZ	14	17,5
OCASIONALMENTE	14	17,5
ALGUNAS VECES	11	13,8
FRECUENTEMENTE	4	5,0
GENERALMENTE	4	5,0
SIEMPRE	4	5,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

A través de la información detallada en la Tabla 29 se determina que el 36.30% de militares nunca han creído que su equipo de trabajo no les aporta ayuda técnica cuando lo necesitan, en tanto que para el 17.50% rara vez han percibido que no reciben la ayuda técnica requerida, lo mismo que el 17.50%, a quienes les ha pasado esto ocasionalmente y para el 13.80%, quienes lo han experimentado algunas veces.

Falta de respeto en la cadena de mando

Tabla 30. *Falta de respeto en la cadena de mando*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	30	37,5
RARA VEZ	16	20,0
OCASIONALMENTE	13	16,3
ALGUNAS VECES	8	10,0
FRECUENTEMENTE	7	8,8
GENERALMENTE	2	2,5
SIEMPRE	4	5,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Según la información de la Tabla 30, el 37.50% de militares nunca han percibido la falta de respeto en la cadena de mando, mientras que el 20% han considerado que no se respeta la cadena de mando rara vez, el 16.30% ocasionalmente y el 10% algunas veces, lo que verifica un poco de tensión que esto genera al realizarse las funciones diarias.

Falta de tecnología para hacer trabajo de importancia

Tabla 31. *Falta de tecnología para hacer trabajo de importancia*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	25	31,3
RARA VEZ	17	21,3
OCASIONALMENTE	14	17,5
ALGUNAS VECES	15	18,8
FRECUENTEMENTE	3	3,8
GENERALMENTE	3	3,8
SIEMPRE	3	3,8
Total	80	100

Fuente: Resultados de cuestionario de estrés laboral aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

A criterio del 31.30% de militares, nunca ha habido falta de tecnología para hacer trabajo de importancia, contrariamente, el 21.30% señalan que rara vez han percibido la falta de tecnología al efectuar sus funciones encomendadas, lo que también ha sido percibido algunas veces por el 18.80% y ocasionalmente por el 17.50%.

ANEXO 8. TABLAS EXTRAS SOBRE LOS RESULTADOS DE LAPRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST), APLICADA

Consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 32. *Consumo de sustancias psicoactivas*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
SI	76	95,0
NO	4	5,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

En la Tabla 32 se observa que el 95% de los militares están en riesgo de tener serios problemas de salud debido a que consumen sustancias psicoactivas, a diferencia del 5% que no tienen ningún problema ya que no consumen sustancias psicoactivas.

Frecuencia de consumo en militares de Fuerte Militar Iturralde

Frecuencia de consumo de tabaco

Tabla 33. *Frecuencia de consumo de tabaco*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	37	46,3
1 o 2 veces	28	35,0
Cada mes	12	15,0
Cada semana	2	2,5
A diario o casi diario	1	1,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Los datos de la Tabla 33 permiten determinar que el 46.30% de los militares nunca han consumido tabaco, el 35% de 1 a 2 veces, el 15% cada mes y el 2.50% cada semana lo que constituye un problema de dependencia.

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Tabla 34. *Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	7,5
1 o 2 veces	43	53,8
Cada mes	27	33,8
Cada semana	4	5,0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La información de la Tabla 34 permite establecer que el 53.8% de los militares han consumido bebidas alcohólicas de 1 a 2 veces, el 33.80% cada mes y el 5% cada semana, lo que los expone a la posibilidad de desarrollar varios problemas como resultado del consumo de esta sustancia.

Frecuencia de consumo de cannabis

Tabla 35. *Frecuencia de consumo de cannabis*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	79	98,8
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	1	1,2
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Los resultados de la Tabla 35 conllevan a conocer que el 98.80% de los militares nunca han consumido cannabis y el 1.20% la consumen cada mes, que implica un serio riesgo para su salud y el desarrollo de otros tipos de dificultades por el consumo de esta sustancia.

Frecuencia de consumo de cocaína

Tabla 36. *Frecuencia de consumo de cocaína*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	80	100
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	0	0
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

De acuerdo a la Tabla 36, el 100% de los militares de 80 militares en el grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, nunca han consumido cocaína, por lo que no podrían presentar ningún riesgo de salud a futuro ni problemas laborales.

Frecuencia de consumo de anfetaminas

Tabla 37. *Frecuencia de consumo de anfetaminas*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	80	100
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	0	0
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La información de la Tabla 37 expone que ningún militar ha indicado haber consumido anfetaminas u otro tipo de estimulantes que corresponde al 100%.

Frecuencia de consumo de inhalantes

Tabla 38. *Frecuencia de consumo de inhalantes*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	80	100
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	0	0
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

Conforme a los resultados de la Tabla 38, el 100% de los militares señalan que nunca han consumido inhalantes.

Frecuencia de consumo de tranquilizantes

Tabla 39. *Frecuencia de consumo de tranquilizantes*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	80	100
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	0	0
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Mediante la Tabla 39 se puede determinar que el 100% de los militares nunca han consumido tranquilizantes o pastillas para dormir.

Frecuencia de consumo de alucinógenos

Tabla 40. *Frecuencia de consumo de alucinógenos*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	80	100
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	0	0
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Se visualiza en la Tabla 40 que el 100% de militares nunca han consumido alucinógenos mientras se encontraban laborando o en sus actividades particulares.

Frecuencia de consumo de opiáceos

Tabla 41. *Frecuencia de consumo de opiáceos*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	80	100
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	0	0
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Según lo observado en la Tabla 41, ningún participante señala haber consumido opiáceos alguna vez.

Frecuencia de consumo de otras sustancias

Tabla 42. *Frecuencia de consumo de opiáceos*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	80	100
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	0	0
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

A través de los resultados detallados en la Tabla 42, se establece que el 100% de militares nunca han consumido otras sustancias psicoactivas, fuera de las antes mencionadas.

Frecuencia de deseos de consumir tabaco

Tabla 43. *Frecuencia de deseos de consumir tabaco*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	43	53,8
1 o 2 veces	24	30,0
Cada mes	10	12,5
Cada semana	1	1,3
A diario o casi diario	2	2,5
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

La información observada en la Tabla 43 permite establecer que el 53.80% de militares nunca han sentido deseos de consumir tabaco, a diferencia del 30% que han querido hacerlo 1 o 2 veces, del 12.50% que lo han deseado cada mes y del 2.50% a diario o casi a diario sin tener en cuenta los riesgos que esto podría generar para su salud.

Frecuencia de deseos de consumir bebidas alcohólicas

Tabla 44. *Frecuencia de deseos de consumir bebidas alcohólicas*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	23	27,7
1 o 2 veces	31	37,3
Cada mes	24	28,9
Cada semana	2	2,4
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Los resultados de la Tabla 44 dan a conocer que el 38.80% de militares han sentido deseos de consumir bebidas alcohólicas 1 o 2 veces, el 30% en cambio cada mes y el 2.5% cada semana, lo que implica un serio problema de dependencia que si no se controla puede conducirlos a consumir esta sustancia.

Frecuencia de deseos de consumir cannabis

Tabla 45. *Frecuencia de deseos de consumir cannabis*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	78	97,5
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	2	2,5
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

De acuerdo a la Tabla 45, el 97,50% de militares nunca han tenido deseos de consumir cannabis, al contrario de lo que han sentido el 2.50% que, si desean consumirla cada mes, lo que implica un riesgo a generar dependencia a esta sustancia.

Frecuencia en que deseos han conllevado al consumo de tabaco

Tabla 46. *Frecuencia de que deseos han conllevado al consumo de tabaco*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	42	52,5
1 o 2 veces	22	27,5
Cada mes	13	16,3
Cada semana	3	3,8
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Conforme a los resultados de la Tabla 46, al 27.50% de militares, sus de consumir tabaco los han conllevado al consumo de esta sustancia 1 o 2 veces, mientras que al 16.30% sus deseos los ha llevado a hacerlo cada mes y al 3.80% cada semana, lo que implica un riesgo a desarrollar graves problemas de salud.

Frecuencia en que deseos han conllevado al consumo de bebidas alcohólicas

Tabla 47. Frecuencia de que deseos han conllevado al consumo de bebidas alcohólicas

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	20	25,0
1 o 2 veces	33	41,3
Cada mes	25	31,3
Cada semana	2	2,5
A diario o casi diario	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Mediante la información de la Tabla 47, se observa que al 41.30% de militares, sus deseos de consumir bebidas alcohólicas, los ha conllevado a hacerlo 1 o 2 veces, en tanto que al 31.30 los ha inducido a hacerlo cada mes y al 2.50% cada semana.

Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir tabaco

Tabla 48. Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir tabaco

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	51	63,7
1 o 2 veces	16	20,0
Cada mes	9	11,3
Cada semana	1	1,3
A diario o casi diario	3	3,8
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Según los datos de la Tabla 48, el 20% de militares dejaron de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente por consumir tabaco 1 o 2 veces, al igual que el 11.30% que lo hicieron cada mes y el 3.80% a diario o caso a diario.

Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir bebidas alcohólicas

Tabla 49. Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir bebidas alcohólicas

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	36	45,0
1 o 2 veces	19	23,8
Cada mes	22	27,5
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	3	3,8
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

A través de los datos expuestos en la Tabla 49, el 23.80% de militares dejaron de hacer lo que se esperaba de ellos habitualmente por consumir bebidas alcohólicas, lo que también se observa en el 27.50% que lo hicieron cada mes y el 3.80% a diario o casi a diario.

Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir cannabis

Tabla 50. Frecuencia en que dejó de hacer lo que debía por consumir cannabis

Condición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	77	96,3
1 o 2 veces	0	0
Cada mes	0	0
Cada semana	0	0
A diario o casi diario	3	3,8
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

La Tabla 50 especifica que el 96.30% de los militares nunca han dejado de hacer lo que debían por consumir cannabis, a diferencia del 3.80% que lo hicieron a diario o casi a diario.

Muestra de preocupación de un amigo ante la observancia de consumo de tabaco

Tabla 51. Muestra de preocupación de un amigo ante la observancia de consumo de tabaco

Condición	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	58	72,5
Sí, en los últimos tres meses	18	22,5
Sí, pero no en los últimos tres meses	4	5,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Conforme a lo observado en la Tabla 51, el 72.50% de los militares indican que sus amigos nunca se han preocupado por ellos al observar que consumen tabaco, el 22.50% señalan que sus amigos se han preocupado en los últimos tres meses y el 5% en cambio afirman que sí se han interesado sus compañeros por ellos, pero no en los últimos tres meses.

Muestra de preocupación de un amigo ante la observancia de consumo de bebidas alcohólicas

Tabla 52. Muestra de preocupación de un amigo ante la observancia de consumo de bebidas alcohólicas

Condición	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	45	56,3
Sí, en los últimos tres meses	29	36,3
Sí, pero no en los últimos tres meses	6	7,5
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Mediante los datos de la Tabla 52 se constata que el 36.30% de los militares señalan que sus amigos han mostrado preocupación por ellos al observar su consumo de bebidas alcohólicas en los últimos tres meses y el 7.50% indican que, en cambio, sus compañeros se preocuparon por ellos, pero no en los últimos tres meses.

Intento por dejar de consumir tabaco

Tabla 53. Intento por dejar de consumir tabaco

Condición	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	52	65,0
Sí, en los últimos tres meses	23	28,7
Sí, pero no en los últimos tres meses	5	6,3
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturrealde

Elaboración: Autoría propia

Se puede apreciar en los resultados de la Tabla 53 que el 65% de militares nunca han tenido que intentar dejar de consumir tabaco porque no consumen, el 28.70% de lo han intentado dentro de los últimos tres meses y el 6.30% en un tiempo mayor a los últimos tres meses, lo que evidencia su reconocimiento de que tienen un problema de dependencia que les causará graves problemas de salud.

Intento por dejar de consumir bebidas alcohólicas

Tabla 54. *Intento por dejar de consumir bebidas alcohólicas*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	35	43,8
Sí, en los últimos tres meses	37	46,3
Sí, pero no en los últimos tres meses	8	10,0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: Autoría propia

La Tabla 54 conduce a determinar que el 43.80% de militares nunca han intentado dejar de consumir bebidas alcohólicas, a diferencia de ello, el 46.30% lo han intentado dentro de los últimos tres meses ya que son conscientes de que ya tienen cierto grado de dependencia y el 10% de los encuestados han intentado dejar de consumir en un tiempo mayor a tres meses.

Consumo de droga por vía inyectada

Tabla 55. *Consumo de droga por vía inyectada*

Condición	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	80	100
Sí, en los últimos tres meses	0	0
Sí, pero no en los últimos tres meses	0	0
Total	80	100

Fuente: Resultados de Test ASSIST aplicado a militares de Fuerte Militar Iturralde

Elaboración: La autora

De acuerdo a la información de la Tabla 55, se visualiza que el 100% de los militares del en el grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, nunca han consumido droga por vía inyectada.

ANEXO 9. APROBACIÓN DEL TEMA



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
Carrera de Psicología Clínica

Of. Nro. -347-19- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 11 de junio de 2019

Señorita.

ESPERANZA DEL CISNE PUCHA SANCHEZ

ESTUDIANTE DEL DECIMO CICLO DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA
CLÍNICA

Ciudad.-

De mi consideración:

En atención a su comunicación presentada en esta Dirección, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema de trabajo de tesis denominado: "EL ESTRÉS LABORAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS MILITARES EN EL GRADO DE CABO SEGUNDO DEL " FUERTE MILITAR MIGUEL ITURRALDE" DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO 2019".

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,

Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Archivo/Mam

ANEXO 10. AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE TESIS



FUERZA TERRESTRE BRIGADA DE INFANTERÍA No. 7 "LOJA"



Oficio No. 7-B.I-2019-11-075-TH
Loja, martes 19 de noviembre de 2019

Asunto: informando atención a solicitud.

Srita.
Esperanza del Cisne Pucha Sánchez
EGRESADA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA U.N.L.
Ciudad.

De mis consideraciones:

Por medio del presente, me permito informar a usted, que atendiendo la solicitud presentada a través de oficio S/N, el día 06 de junio de 2019, al Sr. Cmt. Da E.M.C. Mateo Enriquez Gómez, Comandante de la Brigada de Infantería No. 7 "LOJA", autoriza realizar su proyecto de Tesis titulado
"EL ESTRÉS LABORAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS MILITARES EN EL GRADO DE CABO SEGUNDO DEL FUERTE MILITAR "MIGUEL ITURRALDE" DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERIODO 2019".

Particular que pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,

DIOS, PATRIA Y LIBERTAD

Manolo G. Criollo A.
Teniente Coronel E.M
JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA 7 B.I "LOJA"

ANEXO 11. CERTIFICACIÓN DE PERTINENCIA DE PROYECTO DE TESIS



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Oficio Nr 452. CPSCCL- FSH-UNL
Loja, 20 de agosto de 2019

Señorita

Esperanza del Cisne Pucha Sánchez

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

De conformidad al informe de Pertinencia de la Estructura y Coherencia del Proyecto de Tesis presentado mediante comunicación oficio N.452 de fecha 20 de agosto de 2019 por parte del Psi. Cl. Doménica Burneo Álvarez, Docente de la Carrera de Psicología Clínica, respecto de su Proyecto de Tesis, me permito hacer de su conocimiento que su Proyecto de Tema: "EL ESTRÉS LABORAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS MILITARES EN EL GRADO DE CABOS SEGUNDO DEL "FUERTE MILITAR MIGUEL ITURRALDE" DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2019" es pertinente, sin embargo sugiere tomar en cuenta aspectos que a continuación se detallan:

- En todo el documento se sugirió mejor redacción.
- En todo el documento se sugirió tomar como referencia el formato APA 2019.especialmente ,numeración, sangría, niveles de títulos.
- En la pregunta de investigación se sugirió correcciones .
- Se sugirió limitarse a 3 objetivos específicos que son suficientes para contestar pregunta de investigación .
- Marco teórico se sugirió incluir nuevas fuentes de información sobre el tema .
- En metodología se sugirió especificar el procedimiento.
- En los anexos se sugirió adjuntar todo los oficios de autorización para realizar la investigación en la población de interés .
- En cuanto a los instrumentos de recolección de datos se sugirió redactar aspectos puntuales para facilitar la comprensión a los participantes

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc

GESTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE

ARCHIV

CAMPUS UNIVERSITARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANEXO 12. CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN



Prof. Joan Lizette Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí presentado es fiel traducción del idioma Español al idioma Inglés, del resumen de tesis titulada "EL ESTRÉS LABORAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS MILITARES EN EL GRADO DE CABO SEGUNDO DEL "FUERTE MILITAR MIGUEL ITURRALDE" DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2019", de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, perteneciente a la Srta. Esperanza del Corne Pucha Sánchez, con número de cédula 1105180408.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 29 de Enero de 2020.


Prof. Joan Lizette Morales Abad.
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



ANEXO 13. PROYECTO DE TESIS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**El Estrés Laboral y su Relación con el Consumo de Sustancias Psicoactivas
en los Militares en el Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel
Iturralde” de la Ciudad de Loja, Periodo 2019**

AUTORA:

Esperanza del Cisne Pucha Sánchez

LOJA –ECUADOR

2019

1. TEMA

El Estrés Laboral y su Relación con el Consumo de Sustancias Psicoactivas en los Militares en el Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja, Periodo 2019

2. PROBLEMÁTICA

Hoy en día se evidencia que en la mayoría de las sociedades existe una fuerte influencia de un problema muy común como el estrés laboral, debido a la incapacidad que tiene el cuerpo humano para mantener el control de algunos factores psicológicos y sociales, que generalmente conllevan a desarrollar esta enfermedad.

En este sentido, el estrés laboral se ha transformado en un problema muy serio que puede producir un gran impacto en quienes lo padecen ya que produce varios riesgos como los de tipo biológico, físicos, etc.; que afectan negativamente a su salud e interfieren en su desempeño laboral (Valenzuela & Gayoso, 2017). Dentro de los efectos causados por el estrés laboral, se encuentran algunas enfermedades gastrointestinales, circulatorias, además de algunos trastornos psicosociales, psicosomáticos y físicos, de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (2016).

Cabe resaltar que el estrés laboral es causado por algunos factores de carácter intrínseco con respecto al propio trabajo, entre los cuales destacan la inestabilidad laboral, las relaciones interpersonales, la sobrecarga laboral, los referente al desempeño de funciones, la insatisfacción laboral, la estructura de la organización, la desocupación y el clima de trabajo; siendo así que quienes experimentan con mayor frecuencia alguno de estos factores tienden a consumir sustancias psicoactivas para tratar de encontrar tranquilidad (Rodríguez, Roque, & Molerio, 2004).

Bajo este ámbito, el desarrollo de estrés en el trabajo como lo establece el Minsiterio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2013), desencadena como resultado la ansiedad y depresión, porque se fragmenta el normal desenvolvimiento de quien lo padece y en consecuencia, al no poderse manejar adecuadamente esta situación, se genera una fuerte tensión y malestar interno, que conducen a la búsqueda de tranquilidad mediante el consumo de sustancias psicoactivas.

En relación a ello, anualmente en el mundo existen más de 800.000 personas que han sido afectadas por estrés laboral, lo que les ha provocado depresión y otros trastornos mentales, que les ha coadyuvado a su vez, al consumo de sustancias psicoactivas (Organización Internacional del Trabajo, 2016), en este ámbito, se ha determinado que el 8.9% de muertes en el mundo se deben al consumo de estas sustancias, donde prevalece el alcohol con el 4%, el tabaco con el 4.1% y las drogas correspondiente al 0.8% (Arias, 2015).

Esta situación también se presenta en en América Latina, donde de acuerdo a Arias (2015), se ha encontrado un 28% de morbilidad por lesiones no intencionales resultantes del consumo de sustancias psicoactivas y un 32% de mujeres que consumen bebidas alcohólicas. A diferencia de ello, en Colombia se ha presentado un 47.8% de suicidios, mientras que en México se ha detectado que el 5.9% de personas de 18 a 65 años son dependientes del alcohol; esto expone que el consumo de las sustancias psicoactivas, provocado por el estrés laboral es un factor de riesgo para la población en general.

De la misma forma, se ha comprobado en Ecuador, que existe un alto nivel de riesgo de salud por el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, en personas que se encuentran laborando. Siendo así que el 40.2% de la población que labora, están en riesgo porque el 56.6% con una edad de 12 a 65, han consumido alcohol (Andino & Gómez, 2017). A partir de lo antes expuesto, se identifica que hay una alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población ecuatoriana como resultado del estrés laboral que padecen, y que representa un problema social muy importante ya que esto les conduce a desarrollar comportamientos agresivos, les impide desempeñarse normalmente en su ámbito laboral, además de que afecta negativamente su salud.

Dentro de este contexto, se ubica la provincia de Loja, que no deja de ser afectada por esta situación, considerando que el 3.8% de la población de Zamora consumen sustancias psicoactivas, al igual que el 3.30% de los habitantes de la ciudad de Loja (Universidad

Técnica Particular de Loja, 2014), entre los cuales se encuentran los militares pertenecientes al “Fuerte Militar Miguel Iturralde”, quienes, suelen sentirse estresados por la carga laboral que contempla turnos rotativos, que en consecuencia provocan distanciamiento social y familiar.

Bajo esta perspectiva, se hace necesario investigar el problema correspondiente a ¿Qué relación existe entre el estrés laboral y el consumo de las sustancias psicoactivas en los militares con grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la ciudad de Loja?, teniendo en cuenta que los miembros de las fuerzas armadas no son inmunes a los problemas de consumo de sustancias.

3. JUSTIFICACIÓN

La salud mental y física de las personas es necesaria para que exista un correcto desempeño en los diferentes ámbitos y que las personas puedan tener cantidad y calidad de vida. El estrés laboral es uno de los factores que afecta el funcionamiento de la persona trayendo consecuencias negativas no solo en el ámbito laboral, sino que en el ámbito personal, familiar y social. Además, el consumo de sustancias es una problemática que se encuentra presente en nuestra sociedad y que las personas la utilizan como medio para solucionar sus problemas. Es por eso que en esta investigación se considera relevante investigar la relación del estrés laboral y el consumo de sustancias en un grupo de militares, con el objetivo de encontrar respuestas que permitan tomar medidas de prevención frente a esta problemática social, clínica y laboral.

En cuanto al campo del conocimiento este estudio implicará un aporte importante para conocer y saber cómo prevenir e intervenir en el ámbito laboral de los militares. Considerando principalmente que se trata de una población que trabaja en jornadas laborales intensas y que la dinámica de su trabajo implica que se encuentren separados de sus hogares o ámbito social por determinados periodos de tiempo. Así también, deben cumplir con requisitos mínimos de desempeño físico y de salud para poder desempeñar su trabajo. Por lo que, al tomar en cuenta las estrictas condiciones laborales que deben cumplir los militares en su trabajo se podría inferir que podría ser una población que corre riesgo de presentar estrés laboral y consumo de sustancias. Siendo todos estos factores de alto riesgo para la salud mental y física de estas personas y para su ambiente. Además, este estudio sería realizado en una población que no ha sido lo suficientemente investigada.

Llevar a cabo esta investigación permitirá evaluar si es que existe algún problema de estrés laboral y de consumo de sustancias en el grupo de militares y si es que lo habría, que las autoridades competentes puedan intervenir para beneficiar la salud mental y física de sus

trabajadores, como el ambiente laboral de la institución. La población de militares se beneficiaría de esta investigación porque podrían establecer planes de acción para solucionar estas problemáticas y de esa forma incrementar el desempeño laboral de los trabajadores. Finalmente, este estudio es factible porque se cuenta con la aprobación, autorización y colaboración de las autoridades del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de estrés laboral y el nivel de consumo de sustancias psicoactivas en el personal en los Militares en el Grado de Cabos Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja.

4.2. Objetivos específicos

- Evaluar los niveles de estrés laboral en el personal Militar en el Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja.
- Identificar el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en el personal Militar Grado de Cabo Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja.
- Establecer la relación entre el nivel de estrés laboral y el nivel de consumo de sustancias psicoactivas, en el personal de los Militares en el Grado de Cabos Segundo del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la Ciudad de Loja.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio

El presente estudio de investigación será de tipo descriptivo con enfoque cualitativo-cuantitativo, con los cuales se obtendrán datos numéricos mediante instrumentos estandarizados con el fin de lograr explicar la relación existente entre dos variables: estrés laboral y consumo de sustancias en el Fuerte Militar de la Ciudad de Loja. Además, será de índole transversal y no experimental, ya que no existirá manipulación de variables y se ejecutará en un determinado periodo de tiempo.

6.2. Descripción del área de estudio

El área de estudio es el Fuerte Militar “Miguel Iturralde” del cantón Loja, provincia de Loja, que se encuentra ubicado en la Av. Emiliano ortega y la Av. Río Marañón. Para el desarrollo del Test Prueba de detección de Consumo de Drogas (ASSIST) y el Cuestionario sobre el estrés laboral de la OIT), se dispone en esta institución, de una sala de conferencias con mesas y sillas adecuada para ello.

6.3. Universo y muestra

6.3.1. Universo

El población está conformada por los 80 militares con grado de cabos segundo del Fuerte Militar Migue Iturralde de la ciudad de Loja durante el periodo 2019.

6.3.2. Muestra

Para escoger la muestra se realizará una selección de muestra no probabilística ya que la selección de la muestra está dirigida por los objetivos de la presente investigación. Se invitará a participar en la investigación a todos los militares que son cabos segundo en el Fuerte

Militar Migue Iturralde de la ciudad de Loja por lo que el número de la muestra se definirá por el número de personas que acepten participar voluntariamente y que cumplan con los criterios de inclusión.

6.3.2.1 Características de la muestra

Para la selección de la muestra, se tomará en cuenta a aquellos militares que hayan aprobado las pruebas de ingreso comprendidas por: a. 2 físicas que abarcan la marcha de selección por 7 kilómetros usando cascos, fusil, chaleco de combate y mochila de 30 libras, además de 50 metros de natación uniformado sin botas con el fusil en la espalda; y, b. de 5 a 3 académicas que incluyen lectura de cartas, ética profesional, y, manejo de abreviaturas y símbolos. Además de ello se considerará a los militares que cuenten con las 4 fichas médicas de aprobación de 4 años de capacitación, 4 años de haber ejercido el grado de soldado, más de 17 puntos de calificación en las pruebas físicas y 8 calificaciones semestrales asignadas por el comandante del escuadrón.

6.4. Criterio de inclusión

- Militares en el grado de Cabos Segundo Del “Fuerte Militar Miguel Iturralde” de la ciudad de Loja durante el periodo 2019.
- Militares que se encuentren trabajando activamente.
- Militares de género masculino.
- Militares mayores de 18 años.
- Militares que voluntariamente deseen participar de la investigación y firman el consentimiento informado.

6.5. Criterio de exclusión

- Militares retirados.

- Militares de género femenino.

6.6. Métodos e instrumentos de la investigación

6.6.1. Instrumentos

6.6.1.1. Consentimiento Informado

Con la intención de cumplir con los criterios éticos se utilizará un consentimiento informado para proporcionar a los participantes información sobre los objetivos del estudio, los beneficios, las alternativas y responsabilidades de la investigación y los participantes. Se hará énfasis en que la información que se recoja será de carácter confidencial y no se empleará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

6.6.1.2. Cuestionario sobre el estrés laboral de la (Organización Internacional del Trabajo- Organización Mundial de la Salud.)

El Cuestionario del estrés laboral tiene como autores a la OIT (Organización Internacional del Trabajo)-OMS; fue sustentado por Ivancevich & Matteson. Su aplicación puede ser auto administrada o aplicada de manera individual o grupal. El tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos, los materiales a utilizar es un cuadernillo de preguntas que consta de 25 ítems y una plantilla de respuestas que tiene 7 alternativas que son: 1. Si la condición NUNCA es fuente de estrés. 2. Si la condición RARAS VECES es fuente de estrés. 3. Si la condición OCASIONALMENTE es fuente de estrés. 4. Si la condición ALGUNAS VECES es fuente de estrés. 5.-Si la condición FRECUENTEMENTE es fuente de estrés. 6. Si la condición GENERALMENTE es fuente de estrés. 7. Si la condición SIEMPRE es fuente de estrés. Los 25 ítems se dividen en 7 dimensiones y cada una está representada por un determinado número de los 25 ítems:

Validación: Los estudios que realizaron la validación de la presente escala fueron en México, Medina, Preciado, y Pando. Se obtuvo un 0.64 de validez interna y 0,92 de confiabilidad Alpha de Cronbach (Suárez, 2013)

6.6.1.3. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-ASSIST)

El ASSIST es un instrumento breve formulado y validado por la Organización Mundial de la Salud el cual es una prueba de detección de consumo, alcohol y otras drogas, la cual identifica a las personas que consumen sustancias. Por medio de ocho preguntas se evaluará el consumo de diez sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

El instrumento indagará la frecuencia de uso de sustancias y sus riesgos asociados. La pregunta uno se relaciona con la prevalencia vida del uso de sustancias, la pregunta dos, tres, cuatro y cinco, se califican en una escala de likert de cinco puntos que va desde "nunca" (en los últimos tres meses) a "diario o casi todos los días".

Validez: La validez de esta prueba se determinó con pruebas de correlación entre el ASSIST, AUDIT, FTND y CAD-20; se realizaron análisis factoriales con un coeficiente de alfa test-retest de 0,58- 0,90 y una consistencia interna de 0,80 para evaluar la validez de este test (Tiburcio, Natera, Martínez, & Pérez, 2016).

Confiabilidad: Se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco (coeficiente de alfa = 0,83 α), alcohol (coeficiente de alfa = 0,76 α) y marihuana (coeficiente de alfa = 0,73 α)(Vargas Pecino et al., 2017).

FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS

NOMBRE: Cuestionario sobre el estrés laboral de la OIT

NOMBRE ORIGINAL: Cuestionario sobre el estrés laboral de la OIT

AUTOR: Ivancevich & Matteson.

PROCEDENCIA: 1989, España

ADAPTACIÓN ESPAÑOL: Ángela Suarez

APLICACIÓN: Colectiva e individual.

ÁMBITO DE APLICACIÓN: desde los 17 años en adelante.

DURACIÓN: 15 minutos

FINALIDAD: Evaluará el nivel de estrés de los trabajadores en distintas distribuciones.

BAREMACIÓN: Percentiles para las siete dimensiones y el puntaje total de la escala de estrés laboral de la OIT

MATERIAL: Cuadernillos con hojas de respuestas.

FICHA TÉCNICA DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST)

NOMBRE: (Prueba de detección de Consumo de Drogas (ASSIST))

NOMBRE ORIGINAL: (Prueba de detección de Consumo de Drogas (ASSIST))

AUTOR: Organización Mundial de la Salud

PROCEDENCIA: Lima, Perú, junio de 2013

ADAPTACIÓN ESPAÑOL: Dr. Luis Alfonzo

APLICACIÓN: Individual.

ÁMBITO DE APLICACIÓN: 12 años en adelante.

DURACIÓN: 20 minutos.

FINALIDAD: Identificar y detectar problemas de consumo en una etapa temprana, antes de que causen enfermedades graves u otros problemas

BAREMACIÓN: La Baremacion de 0-10 significa Riesgo Bajo, mientras que 11-26 representa Riesgo Moderado y 27 corresponde a Riesgo Alto.

MATERIAL: Hoja de respuestas, Formulario impreso de la prueba de detección del Assit

6.7. Procedimiento

La elaboración de la presente investigación se obtendrá en tres etapas que a continuación para cumplir con los objetivos planteados:

6.7.1. Primera etapa

En esta primera fase se hará una revisión bibliográfica para conocer sobre las variables de interés y estructurar el marco teórico.

6.7.2. Segunda etapa

Se procederá a establecer el primer contacto verbal con los administrativos representantes de la Institución “Fuerte Militar Miguel Iturralde” para solicitar la autorización para el desarrollo de la presente investigación en la población de interés. Además, se enviará solicitud escrita dirigida al Comandante Guillermo Sanchez del “Fuerte Militar Miguel Iturralde”.

6.7.3. Tercera etapa

Una vez obtenida la aprobación para la realización del estudio, se procederá a realizar la aplicación de los reactivos psicológicos (Test Prueba de detección de Consumo de Drogas (ASSIST) y Cuestionario sobre el estrés laboral de la OIT) a los militares.

6.7.4. Cuarta etapa

Se procederá a la tabulación de los datos recogidos a través de los reactivos psicológicos con la finalidad de establecer la relación del estrés laboral y consumo de sustancias mediante el software estadístico SPSS versión 25 y a partir de los resultados se realizarán tablas y gráficos para redactar la relación correlacional. Después se realizará la interpretación de los resultados, la discusión de datos, conclusiones y recomendaciones.

6.8. Operacionalización de variables

Tabla 56. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR NIVELES DE ESTRÉS	TÉCNICA-INSTRUMENTO	APLICACIÓN DE LA ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Estrés laboral	Es el desequilibrio entre las exigencias y presiones, y los conocimientos y capacidades que posee.	Nivel Bajo de estrés: menos de 90 Nivel Intermedio de estrés: 91-117 Nivel de estrés: 118-153 Nivel de Estrés alto: 154 en adelante.	Cuestionario de estrés laboral OIT.	Autoinforme
VARIABLE DEPENDIENTE Consumo de sustancias	Es toda conducta introducida en el organismo por cualquier vía de administración que produce una alteración en el sistema nervioso central del individuo, y es además crea dependencia.	0-10 Riesgo Bajo. 11-26 Riesgo Moderado. 27 Riesgo Alto.	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)	Autoinforme

Fuente: Pucha Sánchez Esperanza del Cisne

Elaboración: La autora

ANEXO 14. EVIDENCIA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS



