



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

TÍTULO

“Síntomas de ansiedad y su correlación con el  
consumo de sustancias en trabajadores de  
jornada nocturna de la ciudad de Loja”

Tesis previa a la obtención al  
título de Psicólogo Clínico

AUTOR: Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo

DIRECTOR: Psic. Clin. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR  
2019

## CERTIFICACIÓN

Psic. Clin. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.


DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación “Síntomas de Ansiedad y su Correlación con el Consumo de Sustancias en trabajadores de la Jornada Nocturna de la ciudad de Loja” de la autoría del egresado de la carrera de Psicología Clínica, Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo, con numero de cedula 1104996622.

Por lo que, en cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación del 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 graduación.

Loja, 16 de octubre de 2019



Psic. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas  
DIRECTOR DE TESIS

## AUTORÍA

Yo, Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo, declaro ser autor 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, de la misma manera acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autor:** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo

**Firma:**

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized letter 'G' followed by several vertical strokes and a horizontal line extending to the right.

**Cédula de identidad:** 1104996622

**Fecha:** 16 de Octubre de 2019

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo**, declaro ser autor de la tesis titulada “SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU CORRELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN TRABAJADORES DE JORNADA NOCTURNA DE LA CIUDAD DE LOJA”, como requisito para optar el grado de Psicólogo Clínico; 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 en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciséis días del mes de octubre del dos mil diecinueve, firma el autor.

**Firma:**



**Autor:** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo

**Cédula:** 1104996622

**Dirección:** Pasaje Sinchona 207-25 e. Azuay y Miguel Riofrío

**Correo electrónico:** [gabrurg94@gmail.com](mailto:gabrurg94@gmail.com) **Teléfono:** 072723508 **Móvil:** 0992838222

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de tesis:** Psic. Clin. Marco Vinicio Sánchez Salinas Mg.Sc.

### Tribunal de grado:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Presidenta

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

Vocal

Psic. Clin. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg Sc.

Vocal

## DEDICATORIA

*El presente trabajo y los venideros son dedicados a todas las personas que han tomado papel en la formación de esta persona: a mi familia, en especial a mi madre y abuelo, mis amigos, mis maestros, guías y mentores dentro y fuera de academia.*

## AGRADECIMIENTO

Es menester primero mencionar a las personas que nunca se han apartado de mi lado, a mi abuelo, a mi madre, mi hermano; por llenar mis días de alegría, enseñarme a enfrentar la vida y brindarme la fuerza necesaria para seguir adelante; por guiarme a través de los más estrechos caminos y mostrarme los mejores paisajes; por enseñarme a razonar, a criticar y discernir; por aferrarse a forjar la persona que soy y hacer de mí cada día mejor. A mi pareja, por arriesgarse a mí, por bajar su guardia, por vivir el día a día juntos y ser mi apoyo cuando más lo necesito, por llenar el vacío en mi ser y por permitirme tener la oportunidad de hacerla tan feliz como deseo ella sea. A mis amigos, maestros empíricos de millones de ideas, preceptos y conceptos, con quienes compartimos conversaciones tan superfluas que terminan brindando el sentido necesario para comprender los días más oscuros y dar sentido a los mejores acertijos. Gracias por hacer que esta existencia valga la pena.

Deseo extender mi agradecimiento a la institución que me ha formado para ejercer, a pesar de todos los problemas internos, mi *Alma Mater* que a pesar de tantas precariedades me ha acercado a personas tan superlativas, quienes han dado tanto tiempo y esfuerzo para darle validez y rigor científico a esta hermosa carrera. A quienes con gran paciencia han sabido encausar mi rumbo y hacerme sentir un profesional en mi materia.

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>Carátula</b>	
<b>Certificación</b>	<b>i</b>
<b>Autoría</b>	<b>ii</b>
<b>Carta de Autorización</b>	<b>iii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>iv</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>v</b>
<b>Indice de Contenidos</b>	<b>vi</b>
<b>1. Título</b>	<b>1</b>
<b>2. Resumen</b>	<b>2</b>
<b>Summary</b>	<b>3</b>
<b>3. Introducción</b>	<b>4</b>
<b>4. Revisión de literatura</b>	<b>7</b>
1. <i>Ansiedad</i>	7
1.1. Antecedentes	7
1.2. Ansiedad Patológica	8
1.3. Modelos teóricos	8
1.4. Manifestación de la ansiedad	12
1.5. Evaluación	13
2. <i>Sustancias Psicoactivas</i>	15
2.1. Definición de Sustancias Psicoactivas	15
2.2. Niveles de participación	15
2.3. Patología Dual	17
2.4. Consumo no patológico	19
3. <i>Labor, jornada nocturna y ritmos circadianos</i>	20
3.1. Labor	20
3.2. Jornada Nocturna	20
3.3. El Ritmo Circadiano	22
3.4. El Síndrome del trabajador nocturno	22
<b>5. Materiales y métodos</b>	<b>24</b>
1. <i>Tipo de Estudio</i>	24
2. <i>Diseño del estudio</i>	24
3. <i>Universo y muestra</i>	24
3.1. Muestra	24
3.2. Técnicas e Instrumentos:	26
4. <i>Procedimiento</i>	29
<b>6. Resultados</b>	<b>32</b>

<i>Objetivo 1:</i>	32
<i>Objetivo 2:</i>	34
<i>Objetivo 3:</i>	36
<b>7. Discusión</b>	<b>37</b>
<b>8. Conclusiones</b>	<b>39</b>
<b>9. Recomendaciones</b>	<b>41</b>
<b>10. Bibliografía</b>	<b>43</b>
<b>11. Anexos</b>	<b>49</b>



## **1. TÍTULO**

“SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU CORRELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN TRABAJADORES DE JORNADA NOCTURNA DE LA CIUDAD DE LOJA”

## 2. RESUMEN

Resulta fácil enumerar trabajos en nuestro medio que implican al menos un desvelo por semana, la ansiedad como proceso natural, adapta al sujeto al ambiente, se manifiesta con síntomas desagradables como nerviosismo, sensación de cansancio, mareos, taquicardia, sensación de desmayo, dificultades para respirar, sudoración, temblores, preocupación, insomnio, dificultad para concentrarse e hipervigilancia (Sarason & Sarason, 2006). El “consumo de sustancias” referido a la ingestión de sustancias psicoactivas en cantidades moderadas que no interfieren de manera significativa en el funcionamiento (Barlow & Durand, 2008), toma partido en momentos donde el cuerpo requiere ayuda para afrontar situaciones adversas. Aquí estudiaremos las manifestaciones de ansiedad en trabajadores de jornada nocturna y las sustancias que “ayudan” a mantener el rendimiento durante la jornada laboral. El propósito del estudio radica en determinar la correlación que existe entre la ansiedad y el consumo de sustancias en trabajadores nocturnos en la ciudad de Loja. El presente estudio de corte transversal se realizó a través de una entrevista y aplicación de los reactivos: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST); con una muestra de 108 trabajadores de jornada nocturna entre los que se puede encontrar conductores, taxistas, dependientes de licorerías, meseros, cocineros, administradores de bares, enfermeras, dependientes de venta de combustibles, guardias de seguridad. Los resultados obtenidos arrojan una ínfima correlación positiva entre el consumo de sustancias y ansiedad total ( $Rho$  de Spearman = 0,262;  $p=0,006$ ) en el total de población entrevistada ( $n=108$ ).

Palabras clave: Ansiedad, sustancias psicoactivas, trabajadores nocturnos.

## SUMMARY

It results easy to enlist works around us that implies at least one sleeplessness night per week, anxiety as a natural process, adapts the person to the environment, it appears as unpleasant symptoms such as nervousness, tiredness, dizziness, tachycardia, feeling faint, breathing difficulties, sweating, trembling, worry, insomnia, difficulty concentrating and hypervigilance. (Sarason & Sarason, 2006). “Substance use” which it is refer to ingestion of psychoactive substances in moderate amounts that does not significantly interfere with personal functioning (Barlow & Durand, 2008), it takes side in moments where the body requires aid to get over an adverse situation. Here we will learn the anxiety manifestations and the substances that “helps” to maintain performance in night shift workers. This study purpose lies in delimit the correlation between anxiety and substance use in night shift workers in Loja city. Present cross-sectional study was made through an interview and the application of two tests: Anxiety Situations and Responses Inventory (ISRA) and The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST); in which participated 108 night-shift workers among we may enlist drivers, taxi drivers, liquor store attendants, waiters, cooks, bar’s administrators, nurses, gas station attendants, security guards. Results obtained shows a negligible positive correlation in substance use and anxiety ( $Rho$  Spearman=0,262;  $p=0,006$ ) in all interviewed people ( $n=108$ ).

Keywords: anxiety, psychoactive substances, night workers.

### 3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca determinar la correlación que existe entre las respuestas de ansiedad y su correlación en el consumo de sustancias en trabajadores de jornada nocturna. Para ello resulta imprescindible plantearse como objetivo en primer lugar identificar la prevalencia de respuestas de ansiedad y después advertir el consumo de sustancias en trabajadores nocturnos que padecen las respuestas ansiosas.

En la presente investigación se hará uso de dos reactivos psicológicos: en Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Tobal y Cano 2007 y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud (2003).

Es posible que los trabajadores nocturnos encuentran una solución pseudoterapéutica en el consumo de sustancias para mantener su desempeño durante la jornada y converger involuntariamente en síntomas ansiosos. Para ello es necesario conocer la prevalencia de síntomas ansiosos en trabajadores de jornada nocturna, registrar el consumo de sustancias.

Explorar cómo interactúan los desórdenes de ansiedad y el consumo de sustancias busca dilucidar un mejor diagnóstico de ambos trastornos; un mejor diagnóstico deriva a una mejor recuperación y goce pleno en salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), define la salud mental como el “estado de bienestar en la cual las personas concretan sus propias habilidades, lidian con el estrés normal diario, pueden trabajar de forma productiva y fructífera y pueden contribuir a su comunidad”. La jornada laboral es el momento en donde se pone a prueba cuán fructífera y productiva puede ser una persona y evidentemente se vincula con cuán bien lidia con el estrés y de qué métodos se valen para realizar de mejor manera su labor.

Es pertinente recordar que también el trabajo tiene un lugar especial en el que transita la salud mental, los problemas en ámbitos laborales se traducen problemas en otras áreas del funcionamiento. Algunos estudios señalan que los horarios de trabajo no tradicionales (trabajos por turnos o trabajos nocturnos) tienen efectos negativos en el funcionamiento del

hogar y relaciones intrafamiliares (Maurizio, 2016), no son pocos los estudios realizados sobre salud en ámbitos laborales no tradicionales (Booker, Magee, Rajaratnam, Sletten, & Howard, 2018; Booker, Magee, Rajaratnam, Sletten, & Howard, 2018; Jamal & Baba, 1997; Deschamps Perdomo, Olivares Román, De la Rosa Zabala, & Asunsolo del Barco, 2011), pero la gran mayoría de ellos están explicados a través de la identificación de problemas de sueño, síntomas de fatiga y molestias somáticas, sin tomar en cuenta que la base fundamental de aquellos síntomas puede explicarse a través de un padecimiento de tipo ansioso.

Se ha estandarizado el uso del término *Shift work sleep disorder* para referirse a un conjunto de síntomas donde predomina el insomnio en trabajadores sin horario fijo o de turnos extra (Booker, Magee, Rajaratnam, Sletten, & Howard, 2018), por supuesto, el término en mención atañe a trastornos de sueño más que a sintomatología ansiosa. Existen artículos a nivel de Latinoamérica y una tesis a nivel nacional, con particular atención en las secuelas del trabajo nocturno en enfermeras y médicos (Deschamps Perdomo, Olivares Román, De la Rosa Zabala, & Asunsolo del Barco, 2011; Flores Villavicencio, Troyo Sanromán, Valle Barbosa, & Vega López, 2010; Molina Delgado, 2014), mas no en otras profesiones.

El estudio fue realizado con un enfoque cuanti-cualitativo de corte transversal con un diseño descriptivo correlacional. Los datos se recogieron a través de una entrevista que recogían información sobre ansiedad, consumo de sustancias y condiciones laborales en 108 participantes en trabajos de jornada nocturna como conductores, taxistas, dependientes de licorerías y expendedores de combustible, meseros, administradores y cocineros en bares y restaurantes, entre otros; además a ellos se aplicó dos reactivos: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y ASSIST.

El estudio se tabuló a través de la vigésimo quinta versión programa informático IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS), donde se insertaron las variables y los datos obtenidos en las entrevistas, se identificaron y corrigieron casos atípicos. Además, a fin de realizar una correcta correlación, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov en la población para conocer las condiciones de la muestra resultando una significancia de  $p=0,001$  equivalente una muestra no paramétrica de distribución no normal, escogiendo así, usar el modelo correlacional de *Spearman* para las variables ansiedad total y consumo de sustancias.

El estudio concluye existe una mínima correlación positiva entre las manifestaciones de ansiedad y el consumo de sustancias en trabajadores de jornada nocturna, donde toda la población entrevistada consume al menos una sustancia para mantenerse activo durante la noche, un cuarto de la población con un consumo moderado de sustancias también padece manifestaciones marcadas de ansiedad. Un tercio de los trabajadores entrevistados padecen ansiedad severa y otro tercio ansiedad moderada. Uno de cada diez trabajadores entrevistados presenta problemas debido a su patrón actual de consumo de alcohol o tabaco.

## 4. REVISIÓN DE LITERATURA

### 1. ANSIEDAD

#### 1.1. ANTECEDENTES

El término *ansiedad* surge por un error hermenéutico cuando “el primer traductor de Freud tradujo erróneamente el término ‘*Angst*’, vocablo alemán que significa ‘miedo’, por ansiedad” (Kaplan & Sadock, 2008). La ansiedad es aquella sensación que nadie puede negar haber sentido surgir ante un momento de estrés, sin embargo, su definición está cargada de controversia en términos generales.

Es importante apuntar que la ansiedad es muy difícil de estudiar. En los seres humanos puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular. (...). La ansiedad es buena para nosotros, reaccionamos mejor cuando estamos un poco ansiosos. (...). La ansiedad impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual. Sin ella, muy pocos de nosotros haríamos buena parte de lo que hacemos. (...). La ansiedad es un estado de ánimo orientado hacia el porvenir. (Barlow & Durand, 2008, pág. 108)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición explica la ansiedad como “una tendencia anticipatoria a una amenaza futura” (American Psychiatric Association, 2014, pág. 189). Según Sue, Wing, y Sue (2010) es un “sentimiento de intranquilidad o aprensión”, para los autores, es una emoción atávica que desempeña una función adaptativa para evitar ignorar el peligro y preparar al cuerpo para situaciones amenazantes. También, hay que tomar en cuenta que actualmente la ansiedad se estudia como variable emocional de la personalidad donde se considera “un proceso básico de alertación emocional que aparece ante la incertidumbre y el riesgo” (Twenge, 2000).

Sobre la ansiedad normal Kaplan y Sadock (2008) creen que tiene como función “evitar situaciones negativas al alertar al individuo para que ejecute ciertas acciones a fin de evitar el peligro”, señalan que se diferencia porque el miedo es una respuesta a una amenaza conocida, en la ansiedad la amenaza es desconocida. “La ansiedad es la incertidumbre

ante un resultado que puede ser negativo. (...) Sería la respuesta emocional no sólo ante estímulos externos, sino también ante estímulos internos de la persona como imágenes, recuerdos y otros elementos cognitivos” (Moreno Jiménez, 2007).

Es particularmente difícil llegar a una definición de ansiedad porque está muy arraigada en nuestra vida cotidiana y puede ser confundida fácilmente con el miedo, la angustia y el pánico. Podríamos inferir que la ansiedad es un mecanismo biológico básico que tiene fines adaptativos, conforma parte de la personalidad, y generalmente es descrito como un sentimiento de aprensión e incertidumbre sobre el futuro que se manifiesta a nivel motor, fisiológico y/o cognitivo.

“Se denomina ansiedad a la respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos” (Tobal & Cano, 2007).

## **1.2. ANSIEDAD PATOLÓGICA**

Si ha quedado claro que la ansiedad tiene un fin adaptativo, entonces es lógico pensar que tiene un extremo desadaptativo. Cuando las personas experimentan ansiedad aún sin un estímulo desencadenante y/o afecta el desarrollo de la cotidianeidad o a cualquier esfera de funcionamiento de la persona podemos hablar de un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados (American Psychiatric Association, 2014). En algunos casos, el miedo o la ansiedad pueden resultar aún cuando no haya peligro, lo que resulta en un trastorno de ansiedad (Sue, Wing, & Sue, 2010).

## **1.3. MODELOS TEÓRICOS**

En esta sección se recogen bases de distintos autores sobre las posibles causas para el fenómeno ansioso. Abordaremos a breves rasgos recopilaciones de Kaplan y Sadock, de



Palomo y et al., modelos específicos como el modelo teórico de Peter J. Lang y también las teorías interactivas de ansiedad.

### **1.3.1. Biológicos**

#### **1.3.1.1. Genética**

Los estudios que vinculan genética y ansiedad son contradictorios, si bien Palomo & Jiménez-Arriero (2009, pág. 379) indican que “aunque existen estudios que avalan un patrón familiar, los estudios gemelares han arrojado resultados contradictorios. La diátesis genética para el trastorno de ansiedad no basta para explicar la aparición en todos los casos”. En cambio, Kaplan & Sadock (2008, pág. 586), creen que el factor genético predispone al desarrollo de trastornos ansiosos porque casi la mitad de los pacientes con trastorno de angustia cuenta con al menos un familiar afectado, y en otros trastornos ansiosos es mayor la frecuencia de la enfermedad en familiares de primer grado de los pacientes afectados.

#### **1.3.1.2. Sistema Nervioso Autónomo**

La estimulación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) produce síntomas cardiovasculares. En personas con trastornos de ansiedad, se muestra un aumento del tono simpático, se adaptan con lentitud a estímulos repetidos y responden excesivamente a estímulos moderados (Kaplan & Sadock, 2008, pág. 582).

#### **1.3.1.3. Neurotransmisores**

Los tres neurotransmisores presentes en la ansiedad, basados en estudios animales y resultados farmacológicos son la noradrenalina (que produce síntomas de angustia, insomnio, sobresalto e hiperreactividad autónoma), la serotonina y el ácido  $\gamma$ -aminobutírico (Kaplan & Sadock, 2008).

#### **1.3.1.4. Consideraciones neuroanatómicas**

Se han implicado de forma clara con estados de ansiedad las siguientes estructuras: amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, *locus coeruleus* y la sustancia gris perisilviana.

Destaca el núcleo central de la amígdala como regulador de la respuesta vegetativa al miedo. Recibe aferencias sensoriales del prosencéfalo y envía eferencias a la sustancia gris perisilvianas, al núcleo motor dorsal del vago, al núcleo pararaquial, al núcleo paraventricular del hipotálamo, *locus coeruleus* y la región tegmentaria ventral. (Palomo & Jiménez-Arriero, 2009)

### **1.3.2. Psicosocial**

Los autores advierten de tres posibles raíces en escuelas psicológicas que podrían explicar los trastornos ansiosos

#### **1.3.2.1. Teorías Psicoanalíticas**

Desde el enfoque de la neurosis, Palomo y Jiménez-Arriero (2009) arguyen que Freud atribuye un rol “fundamental al inconsciente, a la vida infantil, y a los mecanismos de defensa del Yo contra la angustia neurótica nacida de las pulsiones y sus conflictos”, donde los mecanismos de defensa evitan emerger al consciente la necesidad de satisfacciones infantiles, entonces, gracias a respuestas elaboradas en conductas repetitivas simbólicas se establece un equilibrio a veces “imperfecto” y aparece la angustia que hace soportable el conflicto entre las pulsiones y la represión.

Sin embargo, Kaplan y Sadock (2008) recuerdan que Freud cambia de idea al decir «es la ansiedad la que produce represión y no, la represión la que produce la ansiedad», además apuntan que la respuesta de miedo, consecuencia de la activación de la amígdala sin ninguna referencia a la memoria consciente, sustenta la idea de Freud de un sistema de memoria inconsciente para respuestas de ansiedad. “Desde la perspectiva psicodinámica, el objetivo de la psicoterapia no es eliminar necesariamente toda la ansiedad, sino aumentar la tolerancia a ésta”. Desde el punto de vista evolutivo a través de la teoría psicodinámica, insinúa que:

“En el nivel más inicial puede estar presente la ansiedad de desintegración; ésta deriva del miedo de que el Yo se fragmente porque otros no responden con la afirmación y la validación necesarias. La ansiedad persecutoria puede estar relacionada con la percepción de que el Yo está siendo invadido o aniquilado por una fuerza maléfica exterior. (...). La

teoría de la ansiedad de castración de Freud está vinculada con la fase edípica del desarrollo en los niños varones, en que una poderosa figura paterna, habitualmente el padre, puede dañar los genitales del niño o infligirle otros daños corporales. A nivel más maduro, la ansiedad del superyó se relaciona con los sentimientos de culpa por no vivir de acuerdo con los estándares internalizados de conducta moral que derivan de los padres.”.

#### 1.3.2.2. **Teorías Conductuales**

Kaplan y Sadock (2008) a través de la ejemplificación explican que “las teorías conductuales o del aprendizaje de la ansiedad postula que ésta es una respuesta condicionada a un estímulo ambiental específico. (...). En el modelo de aprendizaje social el niño puede desarrollar una respuesta de ansiedad al imitar la ansiedad presente en el entorno.”

#### 1.3.2.3. **Teorías Cognitivo-Conductuales**

Palomo (2009), formula una explicación que guía a través de los mecanismos de la teoría cognitivo-conductual para desembocar en el modelo ansiógeno al referir que:

Los síntomas neuróticos son patrones aprendidos de conducta inadaptables que se originan por los mismos mecanismos de aprendizaje que la conducta normal. Después de producido el condicionamiento, en un segundo estadio, por un proceso de condicionamiento operante o instrumental, se fija y se refuerza la conducta neurótica al reducir ésta la ansiedad.

#### 1.3.2.4. **Teorías Existenciales**

Nuevamente, Kaplan y Sadock (2008, pág. 582) contribuyen con un enfoque donde arguyen que las personas sienten vivir un universo sin sentido donde la ansiedad es la respuesta al “vacío que perciben en la existencia y en el sentido”.

#### 1.3.2.5. **Las Teorías Interactivas**

Propuesta en la década de los setenta para refutar las teorías rasgo-estado y el enfoque situacionista, las teorías integrativas proponen estudiar la personalidad a través de las

características del individuo más la situación que influye. Para esta teoría, son las características personales (rasgos), las situaciones y su interacción las que influyen en la respuesta de ansiedad (Tobal & Cano, 2007).

#### 1.3.2.6. **Enfoque Neoconductista**

A través de este enfoque la ansiedad deja de ser considerada un fenómeno periférico para reparar en una significación central de tipo cognitivo de implicación multidimensional (Tobal & Cano, 2007).

### 1.4. **MANIFESTACIÓN DE LA ANSIEDAD**

La conocida Teoría Tridimensional propuesta por Peter Lang en 1968 postula que la ansiedad se manifiesta tanto a nivel motor como cognitivo y fisiológico (Tobal & Cano, 2007). Para abreviar, dicha teoría se fundamenta en la disincronía entre los tres sistemas de respuesta y propone estudiar sobre cada situación independientemente cada componente.

#### 1.4.1. **Cognitivos**

“La ansiedad normal se manifiesta en pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza” (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Videl, & García Fernández, 2012). “El distrés subjetivo constituye la reacción cognitiva primaria que adopta la forma de sentimientos de terror, amenaza o catástrofe inminente, experimentados como *desórdenes de pánico* o *desórdenes de ansiedad* generalizados. El distrés subjetivo engloba pensamientos e imágenes altamente específicos” (Tobal & Cano, 2007; Bellack & Lombardo, 1984).

#### 1.4.2. **Conductuales (Motores)**

Los cambios encontrados en las respuestas motoras son el resultado de la agitación fisiológica y de las cogniciones de miedo, donde se encuentran respuestas directas e indirectas. Las primeras incluyen: Inquietud, tics, temblores, gesticulación, tartamudeo y la lengua se traba más a menudo; y reducción de la destreza motora, de la habilidad para la

discriminación perceptiva del tiempo de reacción y del aprendizaje y ejecución de tareas complejas. En cambio, las respuestas motoras indirectas refieren a la conducta de evitación y escape de la ansiedad, que no están bajo control voluntario (Bellack & Lombardo, 1984; Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Videl, & García Fernández, 2012; Tobal & Cano, 2007).

### **1.4.3. Fisiológicos**

Las respuestas fisiológicas producidas por la ansiedad, generalmente se asocian con un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Somático (SNS) o del Sistema nervioso Autónomo (SNA) como resultado de la activación del Sistema Nervioso Central (SNC) o de la actividad neuroendócrina mediada por el SNC. Este incremento de la actividad producirá cambios cardiovasculares y un aumento de la actividad electrodérmica, del tono músculo-esquelético y del ritmo respiratorio (Tobal & Cano, 2007; Bellack & Lombardo, 1984; Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Videl, & García Fernández, 2012).

## **1.5. EVALUACIÓN**

Los métodos y técnicas que se usan para evaluación de ansiedad pueden ser agrupados en tres categorías: el autoinforme, que abarca la evaluación de la conducta verbal; la observación conductual y; los registros fisiológicos (Viedma, 2008). Siguiendo la Teoría Tridimensional de la Emoción, ningún eje de manifestación de ansiedad por sí mismo es prioritario en una respuesta de ansiedad, cada uno de ellos es relevante para medir y evaluar las respuestas de ansiedad. La Teoría de Lang equipara la importancia de evaluar cada componente y, además, proporciona un panorama para comprender las diferencias de respuestas entre los componentes e a través de los individuos (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Videl, & García Fernández, 2012).

Según nos recuerda Tobal y Cano (2007), la respuesta de la ansiedad suele surgir tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos. El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Tobal y Cano evalúa por separado las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana, susceptibles a generarla. Tiene un formato que incluye situaciones y respuestas

que evalúa la frecuencia con la que la persona manifiesta una serie de respuestas de ansiedad ante distintas situaciones. Este inventario, basado en los principios de fraccionamiento y desincronía de las respuestas de ansiedad, separa las puntuaciones de las manifestaciones (motriz, fisiológica y cognitiva) de ansiedad. Las respuestas en este cuestionario son concretas, a fin de que el profesional puede validar la información.

## **2. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

### **2.1. DEFINICIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Las Sustancias psicoactivas, conocidas con diversos nombres, mas, por antonomasia *drogas*, “han sido utilizadas por la mayoría de culturas desde tiempos prehistóricos” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999) pero su patologización posiblemente no lleva más de 200 años (Apud & Romaní Alfonso, 2016, pág. 116), nos queda claro que el consumo es relativamente normal en cualquier sociedad y no precisa ser una patología. Entonces, hemos de delimitar qué son las sustancias psicoactivas y la diferencia entre los términos que abarca el consumo de sustancias. Como Beck, Wright, Newman, y Liese (1999, pág. 20). constriñen, “las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de los mismos, su estado de ánimo y/o sus conductas”

Las sustancias psicoactivas, conocidas comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. (...) Actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular los estados de ánimo, pensamiento y motivaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2005, pág. 2)

En términos sencillos “las sustancias o drogas son psicoactivas pues alteran los estados de ánimo, procesos de pensamiento y otros estados psicológicos” (Sue, Wing, & Sue, 2010) o como Barlow y Durand (2008, pág. 360) que simplemente definen a las sustancias psicoactivas como aquello que alteran el estado de ánimo y/o la conducta

En definitiva, las sustancias psicoactivas, también llamadas drogas psicoactivas, son productos químicos que tienen influencia sobre el sistema nervioso central alterando así los estados de ánimo, la conducta, los procesos cognitivos y la motivación.

### **2.2. NIVELES DE PARTICIPACIÓN**

Es conocida la secuencia que converge en consumo problemático de sustancias, por diferentes situaciones: el uso experimental o inicial de una sustancia; el consumo aumenta hasta considerarse un abuso para suplir necesidades como p.ej. reducir la tensión o ansiedad, satisfacción hedónica, entablar relaciones sociales; y por último se genera procesos psicofisiológicos que devienen en fenómenos de tolerancia, *craving*, abstinencia, *ergo*, dependencia. Por esta razón vale la pena dilucidar a través de terminología adecuada cuáles son las diferencias entre un uso lúdico no perjudicial de sustancias y el consumo problemático (Sue, Wing, & Sue, 2010).

### **2.2.1. Consumo de Sustancias**

Según Barlow y Durand (2008, pág. 360), el consumo de sustancias es la ingestión de las ya mencionadas sustancias psicoactivas “en cantidades moderadas de manera que no interfieren de manera significativa” en ningún área del funcionamiento.

### **2.2.2. Intoxicación por sustancias**

El proceso de intoxicación por sustancias es la reacción fisiológica tras suministrar una sustancia al cuerpo. Según Palomo y Jiménez-Arriero (2009, pág. 467), intoxicación es el término usado para denominar a los “cambios conductuales o comportamentales clínicamente significativos que se presentan tras el consumo”. La intoxicación es un estado transitorio tras la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas que alteran la conciencia, cognición, percepción, estado afectivo, comportamiento u otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas (Organización Mundial de la Salud, 1992, pág. 100).

### **2.2.3. Abuso**

Sue, Wing, y Sue (2010), mencionan que el abuso de sustancias es el “patrón inadaptado de uso recurrente” durante más de 12 meses, que genera un “deterioro o angustia” donde el consumo “continúa a pesar de los problemas sociales, ocupacionales, psicológicos, físicos o de seguridad”. Palomo y Jiménez-Arriero (2009) recuerdan que según el Colegio Británico de Psiquiatras el consumo de una sustancia ilegal ya es un abuso de ella. Se califica el abuso de drogas como “la ingestión de una droga hasta el punto de perjudicar el bienestar biológico



o psicológico del individuo” (Berger Stassen, 2006, pág. 456). Por último, pero por supuesto, no menos importante, la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) enuncia el abuso de sustancias como “Consumo perjudicial” diciendo de él que se trata de una forma de consumo que está afectando la salud física o mental que pueden ser denunciadas por terceros y traen consecuencias sociales adversas (Organización Mundial de la Salud, 1992, págs. 102 - 103).

#### **2.2.4. Dependencia**

La dependencia de una o varias drogas depende de dos factores fisiológicos, el fenómeno de tolerancia (necesidad sucesiva de mayores cantidades de sustancia para satisfacer o experimentar la sensación inicialmente sentida) y la abstinencia (la respuesta física al cese del consumo), que también pueden estar acompañadas de la búsqueda incesante de la droga para saciación y la recaída después de la abstinencia del consumo (Barlow & Durand, 2008, pág. 362). Mas, el Síndrome de Dependencia en términos de la CIE-10, son un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas donde el consumo de drogas adquiere máxima prioridad; y sus características incluyen el deseo fuerte de consumir la sustancia, además, “la recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes” (Organización Mundial de la Salud, 1992, pág. 103).

### **2.3. PATOLOGÍA DUAL**

Las personas con trastornos psicológicos muestran 2,7 veces más probabilidad de padecer un trastorno de consumo de sustancias, al parecer, aproximadamente un 37% de individuos con abuso de sustancias padecen además de un trastorno mental clínico (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999, pág. 30).

“En un sentido estricto, patología dual, refiere a la concomitancia de sólo dos trastornos” (Becoña Iglesias, y otros, 2010). La patología dual según Palomo y Jiménez-Arriero (2009, pág. 479) es definida como “la coexistencia de un trastorno por dependencia de sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico”. La relación entre ambas patologías puede observarse

como dos tipos de trastornos independientes que pueden o no “coincidir en el tiempo” teniendo un curso propio o como dos tipos de trastornos independientes que interactúan entre sí modificando la apariencia de la patología, el curso o la evolución, “dando lugar a otro trastorno con dinámica propia”. Además, se puede llamar patología dual a esta dependencia que presenta a nivel etiológico, de curso y pronóstico las patologías observadas. En cuanto a consumo respecta, la patología dual cala más en la vida del individuo haciéndolo vulnerable a una retroalimentación de su hábito de consumo.

La importancia de la patología dual radica en la concomitancia tan relacionados y unidos entre el consumo y otros desórdenes clínicos, para efecto de la presente investigación se tomará en cuenta que la ansiedad es el síndrome más común en dualidad con consumo de sustancias. Beck (1999) expone todo un proceso de recogida de información para enfocar el consumo de sustancias con otros padecimientos:

La conceptualización del caso debe evaluar y la integración de la información histórica, el diagnóstico psicológico, el perfil cognitivo y otros aspectos del funcionamiento:

Ψ **Datos pertinentes sobre la infancia:** Experiencias que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de creencias nucleares. No son necesariamente traumáticas, pero pueden ser mensajes tempranos que los niños reciben sobre ellos mismos para formar puntos de vistas sobre sí mismos.

Ψ **Problemas personales actuales:** aquellos que contribuyen y perpetúan al abuso de sustancias, los que dan inicio y las secuelas del abuso, causas y consecuencias.

Ψ **Esquemas y creencias nucleares:** creencias que reflejan cómo se ve a sí mismo.

Ψ **Reglas, creencias o supuestos condicionales:** ayudan a afrontar sus creencias nucleares.

Ψ **Estrategias compensadoras:** Conductas que también ayudan a afrontar creencias nucleares. Frecuentemente son compulsivas, inflexibles, inapropiadas y no adaptativas. No suelen proteger de dudas escondidas, miedos secretos y autoconceptos negativos.

Ψ **Situaciones vulnerables:** circunstancias problemáticas en las que las creencias nucleares y las creencias asociadas a las drogas llegan a estar activas.

Ψ **Creencias y pensamientos automáticos:** Activan las creencias nucleares y potencian los impulsos y el craving. (en especial sobre las drogas)

Ψ **Emociones:** asociadas a pensamientos o creencias automáticas concretos, parten de un procesamiento cognitivo.

Ψ **Conductas:** producto final de las situaciones vulnerables, la activación de las creencias, pensamientos automáticos y emociones. (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999)

El consumo, problemático o no, está relacionado con más factores ambientales, culturales y el amplio bagaje de creencias, inferencias, esquemas y estrategias de cada individuo.

#### 2.4. CONSUMO NO PATOLÓGICO

El consumo de sustancias psicoactivas “está en todas las culturas y se usa con fines espirituales, lúdicos” y para poder alterar los estados de conciencia y superarse o afrontar los problemas cotidianos. El consumo problemático genera síntomas y estados característicos: la intoxicación, la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la dependencia (Becoña, 2008). El consumo regular de sustancias causa: tolerancia; cambios del estado de ánimo, irritabilidad; problemas para dormir; dificultades económicas, con la ley, con las relaciones interpersonales; genera dificultades para mantener un trabajo o con los estudios; problemas cognitivos relacionados con la memoria o la atención (Organización Mundial de la Salud, 2005).

### **3. LABOR, JORNADA NOCTURNA Y RITMOS CIRCADIANOS**

#### **3.1. LABOR**

Labor es la acción de trabajar y el resultado de esta acción (Real Academia Española, 1970). En la misma medida en que trabajo implica una relación de actividad entre el hombre, sus dispositivos físicos y biológicos, y el medio circundante, su apreciación está históricamente dominada por el tipo particular de vínculo que se postula como humano entre el individuo, la sociedad y la naturaleza.

Haciendo un recuento histórico, en la antigüedad el trabajo no tenía una reglamentación estable y en latitudes mayores a 7° dependía de las estaciones del año. En invierno se trabajaba con un máximo de 8 horas, pero en el resto de estaciones se trabajaba en jornadas de hasta 18 horas continuas en aquellos días que la luz del día permitía la ejecución de labor. Por primera vez en 1850 se instituye en Inglaterra la jornada de 10 horas diarias y 60 semanales; tuvieron que pasar 10 años para que Estados Unidos tome ejemplo. El descanso dominical se efectúa desde 1906 en Francia y no es sino hasta 1919 que la jornada laboral toma forma de 8 horas diarias como máximo.

El desarrollo del conocimiento sobre la sociedad evoluciona a partir de representaciones de sí misma y su estratificación. En la infancia, la existencia de clases sociales basadas en medidas económicas aparece como una cuestión de roles sociales derivadas de la profesión de cada individuo. Para un niño, el trabajo es algo importante para ganar dinero, pero la idea de trabajo que poseen los niños es trabajar mucho: quien trabaja mucho, gana mucho dinero; sin tener en cuenta qué trabajo se desarrolla ni qué cualidades tiene. Posiblemente, a lo largo de la adolescencia el individuo generará una idea más realista considerando más variables que dificultan la consecución de un trabajo. (López, Etxebarria, Fuentes, & Otriz, 2012). La percepción de un trabajo como parte de uno u otro orden social o estrato cimienta parte de la identidad en el desarrollo de la persona desde la infancia.

#### **3.2. JORNADA NOCTURNA**

El convenio sobre trabajo nocturno data de 1990 (convenio No.171 de la OIT) y estipula que los estados que lo ratifiquen deberán tomar medidas para la protección de trabajadores nocturnos conforme con la naturaleza del trabajo realizado. El trabajo nocturno está definido como todo trabajo que se realice durante un periodo de por lo menos siete horas consecutivas, que abarque el intervalo comprendido entre medianoche y las cinco de la mañana (International Labour Organization, 1990).

El artículo 49 del código del trabajo de Ecuador define la jornada nocturna como tal que se realiza entre las 19H00 y las 06H00 del día siguiente. Se ha encontrado que los trabajos por jornadas no se relacionaban con el síndrome de *burnout*, pero que las enfermeras en rotación en turnos nocturnos sufrían más en términos de bienestar que otras enfermeras (Jamal & Baba, 1997). Un estudio llevado tomando muestras en toda Europa, se preguntó a los entrevistados sobre problemas de salud basados en si trabajaban o no los fines de semana. Los resultados fueron altamente consistentes al mostrar que la gente que trabaja los sábados tiende más a reportar efectos adversos en su salud que aquellos que no trabajan los fines de semana (Boisard, Cartron, Gollac, & Valeyre, 2003).

“Las personas que laboran en horario nocturno no sólo tienen problemas para permanecer despiertas, sino que además son menos productivas y más susceptibles a accidentarse en comparación con personas que trabajan de día” (Feldman, 2001). Los efectos más comúnmente identificados en la salud de estas personas con jornadas laborales diferentes incluían alteraciones del sueño, que generalmente perdura hasta en días libres (Torbjörn, 1998). Siguiendo a Boisard, Cartron, Gollac, & Valeyre (2003, págs. 18-19); el trabajo nocturno afecta a un 19% de trabajadores, un tercio de ellos trabajan entre una y cuatro noches por mes; otro tercio entre cinco y nueve noches por mes; y el último tercio trabajan más de diez noches al mes. Alrededor de un 68% de trabajadores (muestra dentro de la unión europea) trabaja al menos una jornada nocturna al mes y consideran que afecta a su salud manifestándose con problemas auditivos, problemas que afectan la piel, dolores de espalda, de estómago, lesiones, distrés, agotamiento, insomnio e irritabilidad. El insomnio está presente en aproximadamente un 18.2% de los trabajadores nocturnos, así, sólo un 5,9% en trabajadores de jornada normal. Además, el trabajo nocturno irrumpe en los ritmos sociales y naturales de los individuos afectando su ritmo circadiano.

Como se puede anticipar, el trabajo nocturno plantea problemas. El recurso de jornada nocturna responde a motivos sociales, técnicos y económicos; sin embargo, puede tener un impacto en la salud, la seguridad, y la conciliación entre la vida laboral y la vida privada de los trabajadores, ya que es incompatible con los ritmos biológicos y con los horarios normales de las actividades sociales, familiares y comunitarias.

### **3.3. EL RITMO CIRCADIANO**

Tanto en el reino animal como en el vegetal existen ritmos diarios en la conducta y en los procesos fisiológicos conocidos como ritmos circadianos (del latín *circa*, que significa “en torno de” y *dies*, que alude a “día”) (Carlson, 1996). El Ritmo Circadiano es un patrón regular de fluctuación en la fisiología o conducta normalmente relacionado con el ciclo de luz-oscuridad de 24 horas de duración (Hales, Yudofsky, & Talbott, 1996). Sin embargo, Carlson (1996, pág. 251) menciona que los ritmos (circadianos) no son sólo respuestas pasivas a los cambios de iluminación, también “son controlados por mecanismos internos”, la luz es simplemente un el sincronizador (*zeitgeber*) principal y está controlado por los núcleos supraquiasmáticos del hipotálamo.

Actualmente un gran porcentaje de población adulta padece alteraciones en el ritmo circadiano, principalmente como consecuencia de los horarios laborales. En la sección anterior se ha manifestado ya que los trabajadores de horario nocturno tienen mayores complicaciones en su salud que los trabajadores de horarios convencionales.

### **3.4. EL SÍNDROME DEL TRABAJADOR NOCTURNO**

El trabajador nocturno eventualmente se puede ver afectado por trastornos nerviosos relacionados a la fatiga, por trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales y pérdida de apetito. Los estragos del trabajo por turnos y la jornada laboral nocturna no son fáciles de evidenciar, principalmente debido a que las alteraciones en la salud no surgen de manera inmediata (Úbeda Asensio, s.f.).

### **3.4.1. Trastornos nerviosos relacionados a la fatiga**

Los síntomas comunes comprenden la “astenia física, manifiesta como una sensación de laxitud y abatimiento” generando dificultades a nivel intelectual “con sensación de cabeza vacía, faltas, errores” (Ávila Darcia, 2016). Las dificultades del trabajo y de la vida cotidiana agravan la situación pudiendo derivar en manifestaciones de ansiedad y sintomatología de tipo vegetativa.

### **3.4.2. Trastornos del sueño**

En los trastornos del sueño característicos del síndrome asténico los trabajadores sienten una tendencia al sueño diurno e insomnio nocturno (Úbeda Asensio , s.f.). En trabajadores de jornada nocturnos la tasa de trastornos de sueño llega al 90% (Miró, Cano-Lozano, & Buela-Casal, 2005).

### **3.4.3. Trastornos gastrointestinales y pérdida de apetito**

Los trastornos gastrointestinales tienen una alta incidencia en empleados de jornada nocturna. Dichos problemas en la salud se deben principalmente por la ingestión de alimentos en horario nocturno, rompiendo el ritmo circadiano digestivo (Ávila Darcia, 2016)

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **1. TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó de manera cuanti-cualitativa (mixto), se realizaron entrevistas que recogieron información sobre el trabajo nocturno, sintomatología ansiosa, y consumo de sustancias. Para corroborar la información acumulada a lo largo de la entrevista, se aplicaron instrumentos estandarizados que ayudaron a dilucidar un rango normativo de ansiedad y consumo de sustancias.

Debido a la variedad de la naturaleza humana, el presente estudio fue holístico, por ello, tomando en cuenta lo particular de cada entrevistado y buscando similitudes con lo demás para encontrar una frecuencia y encausar el estudio hacia la nomotética.

### **2. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Es un estudio transversal. Se usó información fenomenológica sobre su situación laboral y posible sintomatología de ansiedad y consumo de sustancias.

Se desarrolló un diseño descriptivo-correlacional de las variables. La descripción bibliográfica de las variables no basta para poder entender el fenómeno de la sintomatología y manifestaciones de ansiedad presentes en trabajadores de jornada nocturna y si esta ansiedad se relaciona o no en el consumo de sustancias. Se midió la prevalencia de trabajadores nocturnos que presenten manifestaciones de ansiedad; sus síntomas serán explicados en características, intensidad, frecuencia y cronicidad; por último, se explorará la frecuencia con la que los trabajadores recurren al consumo de sustancias como herramienta para afrontar la jornada laboral y la ruptura del ritmo circadiano.

### **3. UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo abarca trabajadores de jornada nocturna y eventuales que actualmente laboran en la ciudad de Loja.

#### **3.1. MUESTRA**



La muestra se relacionó mediante el muestreo no probabilístico debido a que fue escogida de manera aleatoria y voluntaria entre personas que cumplían los criterios de inclusión. Conformado por hombres y mujeres que se encuentren ejerciendo labores en jornadas nocturnas comprendidas entre las 19H00 hasta las 06H00. Se entrevistó a 108 trabajadores de diversas áreas que accedieron a participar en el estudio. Forman parte del estudio taxistas, guardias de seguridad, paramédicos, enfermeras, médicos, dependientes de licorerías y estaciones de servicio; meseros, cocineros y administradores en bares y discotecas; dependientes en tiendas en el terminal terrestre, además de conductores interprovinciales.

### **3.1.1. Criterios de inclusión**

- Personas que hayan consentido a participar en la investigación.
- Personas que han firmado un consentimiento informado.
- Personas que trabajen a lo largo de jornadas nocturnas.
- Personas que cumplan por noche como mínimo 4 horas de trabajo entre las 19H00 y 06H00
- Personas que cumplan al menos cuatro noches a lo largo de un mes.

### **3.1.2. Criterios de exclusión**

- Personas que no cumplan más de 12 horas de trabajo nocturno mensual.
- Personas que no han firmado un consentimiento informado.
- Personas que no se permiten completar los reactivos correctamente.
- Personas a quienes su trabajo no les permite acceder a brindar información.
- Personas quienes no firman consentimiento informado.

### **3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:**

Las técnicas aplicadas para recoger datos son la entrevista psicológica semiestructurada breve que fue elaborada por el investigador a partir de un cuestionario básico sociodemográfico; y la aplicación de dos reactivos, uno sobre ansiedad elaborado por Tobal y Cano en 2007 y otro sobre consumo de sustancias elaborado por la Organización Mundial de la Salud en 2003. Cabe mencionar que se hizo uso de un documento de consentimiento informado.

#### **3.2.1. Consentimiento informado**

El consentimiento informado es un instrumento que plasma la voluntaria participación de la persona entrevistada y proporciona información importante sobre el estudio a realizarse, el procedimiento a seguir, y el uso que se dará a los datos obtenidos. Es menester mencionar que la importancia del consentimiento informado en las investigaciones relacionadas con salud radica en la confidencialidad y el anonimato del cual goza la persona a ser entrevistado, quien debe tener claro que la información brindada en la entrevista será tomada con cautela y no saldrá para fines impertinentes fuera de la investigación.

#### **3.2.2. Entrevista psicológica semiestructurada breve**

La entrevista psicológica es una técnica de evaluación que se realiza entre dos o más personas para intercambiar información, es efectiva para indagar sintomatología y contenidos no observables directamente en otra persona que pueden orientar sobre el padecimiento del entrevistado.

A fin de realizar una entrevista que sea breve, empática y aborde temas de interés para la investigación, se elaboró un cuestionario base que recoja datos sociodemográficos, laborales y de salud. Así, el cuestionario consta de 40 ítems cortos donde en un principio se completan datos de filiación, después información laboral como profesión, primer empleo, carga horaria, entre otras; luego, información sobre su salud que abarcan desde su percepción actual de la salud del entrevistado hasta algunos síntomas para dilucidar diagnóstico

diferencial por trastornos de sueño y depresión. Posteriormente en la entrevista se abarca sintomatología ansiosa y consumo de sustancias.

### **3.2.3. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)**

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), sexta edición es un inventario que incluye tanto situaciones como respuestas de ansiedad. Recoge conductas o respuestas que pertenecen a los tres diferentes sistemas: cognitivo, fisiológico y motor; obteniendo puntuaciones para cada uno de ellos. Las relaciones entre las subescalas del ISRA y el total son altamente significativas en todos los grupos ( $P \leq 0,001$ ). La fiabilidad del test fue medida mediante el método test-retest y resultó más elevada que otros tests de ansiedad a pesar de haber transcurrido dos meses para tomar el retest. Una muestra de 1209 sujetos demuestra la alta consistencia interna del test y sus partes oscilando entre 0,95 y 0,99; donde cognitivo= 0,96; fisiológica=0,98; motor=0,95; y total=0,99. El ISRA nos ofrece dos posibilidades en baremación: una población clínica con diagnóstico de alguno de los trastornos de ansiedad, o uno en población normal. En el presente proyecto se utilizará el baremo de población normal.

### **3.2.4. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST)**

La prueba fue desarrollada por la OMS en respuesta a la abrumadora carga que el consumo de sustancias psicoactivas supone en el mundo. La tercera versión de la prueba consiste de un cuestionario dirigido a usuarios de sustancias. Consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral por lo que puede utilizarse en gran variedad de culturas para detectar el consumo de: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas. También ofrece información sobre el consumo y problemas relacionados con el consumo de sustancias, como el consumo regular, el consumo dependiente o de ‘alto riesgo’. El resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados con el consumo de sustancias, y si el consumo es peligroso. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones.

Se realizó un estudio no experimental, ex post facto con una muestra de 1.176 estudiantes universitarios mexicanos. El 70,1% eran mujeres, el 89,5% tenían entre 18 y 23 años y el 87,5% eran solteros. Se obtuvo la fiabilidad mediante la prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach. La validez concurrente se determinó con pruebas de correlación entre el ASSIST, AUDIT, FTND y CAD-20; se realizaron análisis factoriales exploratorio y confirmatorio para evaluar la validez de constructo. Se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76) y marihuana (alfa = 0,73). La subescala de alcohol obtuvo una correlación significativa con la puntuación total del AUDIT ( $r = 0,71$ ). La prueba de sensibilidad y especificidad mostró que al usar una calificación de 8 como punto de corte en la subescala de alcohol se obtiene un mejor balance entre ambos indicadores (83,8% y 80%, respectivamente), así como un área bajo la curva (ROC) mayor (81,9%). La versión autoaplicable del ASSIST es un instrumento de cribado aceptable, válido y sensible para la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias. (Tiburcio Sainz, et al, 2016)

Una investigación llevada a cabo por Linage Rivadeneyra & Gómez-Maqueo (2013) aplicada a estudiantes mexicanos para comprobar la validez del ASSIST menciona que:

Estudios previos en otros países, han demostrado que el ASSIST posee validez de constructo, concurrente y discriminativa, así como confiabilidad test-retest adecuadas. Este instrumento permite clasificar a los individuos en tres niveles de riesgo en relación al consumo de sustancias (bajo, moderado y alto). El trabajo se realizó en dos estudios con una muestra total de 245 jóvenes, reclutados de dos bachilleratos públicos del Distrito Federal, mediante un muestreo aleatorio simple estratificado. Los instrumentos empleados fueron: ASSIST; AUDIT; Fagerström y el DAST-10. Los resultados mostraron validez concurrente mediante correlaciones significativas entre las puntuaciones del ASSIST y las puntuaciones del AUDIT ( $r=0.50$ ), Fagerström ( $r=0.61$ ) y DAST-10 ( $r=0.30$ ). La prueba presentó estabilidad temporal con coeficientes de correlación intraclass (CCI) aceptables y estadísticamente significativos, en un rango de 0.20 al 0.84. Los hallazgos sugieren que el ASSIST es una prueba válida, confiable y de aplicación sencilla para la identificación y manejo de estudiantes que presentan consumo riesgo bajo y moderado de sustancias, en escenarios escolares.

#### 4. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos, esta investigación se realizó en 3 etapas.

##### **Primera Etapa: Contacto con los participantes**

Se buscan lugares que ofrezcan servicios en jornadas nocturnas con trabajadores dispuestos para ayudar a la investigación. Así, se buscó a partir de media noche trabajadores que se encuentran laborando en la ciudad de Loja en estaciones de servicio, bares, restaurantes, terminal terrestre entre otras locaciones.

A través de un consentimiento informado se procedió a la presentación del proyecto, se explicó brevemente el tema de la investigación, las variables y las razones por las cuales se realizará el estudio. Se habló acerca de la confidencialidad del estudio y finalmente se preguntó si el candidato está dispuesto a participar.

Habiendo recibido una afirmativa al consentimiento informado, se procedió con la entrevista breve donde se recogieron datos como nombre, edad, sexo, religión, rol familiar, su profesión, primer empleo, condiciones laborales actuales y carga horaria, actividades de ocio, percepción subjetiva de salud, sintomatología ansiosa, depresiva, estrés, alteraciones del sueño y consumo de sustancias. Las entrevistas se llevaron a cabo tanto individualmente.

Los instrumentos a aplicarse fueron Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y ASSIST.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad cuenta con cuatro baremos normados divididos entre hombres y mujeres de población clínica y subclínica. Para la presente investigación se utilizará la baremación de varones y mujeres de ansiedad subclínica.

El Test ASSIST brinda una baremación más sencilla donde se pueden obtener resultados en una tríada basada en el impacto del patrón de consumo de sustancias en su vida cotidiana;

Bajo Riesgo (no requiere intervención), Riesgo Moderado (requiere intervención breve) o Alto Riesgo (requiere tratamiento).

### **Segunda Etapa: Tabulación**

Habiendo obtenido los resultados de los instrumentos aplicados a cada persona se tabuló haciendo uso de programas informáticos IBM *Statistical Package for Social Science* (SPSS) en su 25<sup>ta</sup> versión, y paquete Office Profesional Plus 2019. El consiguiente proceso se realizó de la siguiente manera:

- Redacción de las variables al programa IBM SPSS.
- Calificación manual de los instrumentos ISRA y ASSIST
- Traspaso de los datos al programa IBM SPSS
- Identificación y corrección de casos atípicos en programa IBM SPSS
- Asignación de resultados de la calificación manual con sus respectivos baremos a la puntuación directa en el programa IBM SPSS. Las variables tomadas en cuenta son del Test ISRA y ASSIST:
  - Ansiedad Total (primer objetivo):
    - Mínima o Ausente
    - Moderada o Marcada
    - Severa
    - Extrema
  - Consumo de Sustancias (segundo objetivo):
    - Bajo
    - Moderado
    - Alto
- En cuanto al tercer objetivo que implica la correlación del consumo de sustancias con la ansiedad total, a través del programa IBM SPSS se realizó una prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov ( $n=108$ ) cuyo resultado fue una significancia de  $p=0,001$  que implica que la muestra es no paramétrica de distribución no normal. Por lo que se hizo uso del método de correlación de Spearman para los fines pertinentes.

### **Tercera Etapa: Redacción de resultados e informe final**

Habiendo obtenido los resultados se procedió a plasmarlos en el apartado respectivo, posteriormente se realizó la discusión, conclusiones, recomendaciones y resumen haciendo uso del paquete Office Profesional Plus 2019. Una vez siendo aceptados los resultados se procedió a preparar la presentación del trabajo de investigación.

## 6. RESULTADOS

### OBJETIVO 1:

- Identificar la prevalencia de ansiedad en trabajadores de jornada nocturna.

Tabla 1

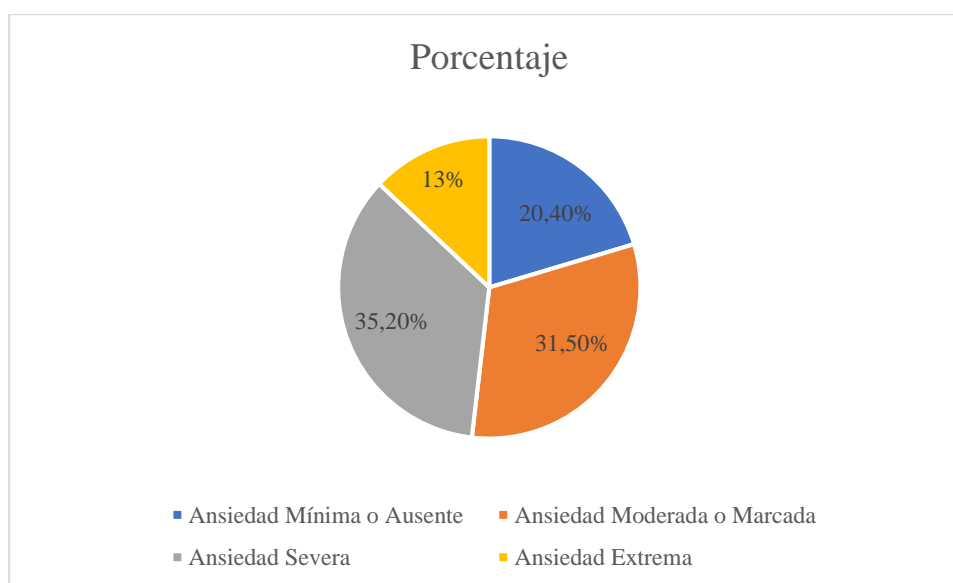
*Prevalencia de síntomas ansiosos en trabajadores de jornada nocturna de la ciudad de Loja*

Ansiedad	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Mínima o Ausente	22	20,4
Moderada o Marcada	34	31,5
Severa	38	35,2
Extrema	14	13,0
Total	108	100,0

**Fuente.** *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.*

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

Gráfico 1





En la Tabla 1 se refleja los niveles de ansiedad en la población estudiada, vemos que expresiones de ansiedad severa sobresalen en un 35,2% de la población; seguido de un 31,5% de personas con respuestas de ansiedad moderada o marcada. El 20,4% de los entrevistados experimentarían la ansiedad en niveles mínimos y, por el contrario, la ansiedad extrema se presentaría en el 13% de trabajadores nocturnos.

**OBJETIVO 2:**

- Registrar el consumo de sustancias en trabajadores nocturnos.

Tabla 2

*Frecuencias de consumo de sustancias*

Sustancias		Sin riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Elevado	Total
Tabaco	<i>f</i>	33	58	17	108
	%	30,6%	53,7%	15,7%	100%
Alcohol	<i>f</i>	31	52	17	108
	%	28,7%	48,1%	15,7%	100%
Cannabis	<i>f</i>	79	26	3	108
	%	73,1%	24,1%	2,8%	100%
Cocaína	<i>f</i>	79	7	9	108
	%	85,2%	6,5%	8,3%	100%
Anfetaminas	<i>f</i>	108	0	0	108
	%	100%	0%	0%	100%
Inhalantes	<i>f</i>	107	1	0	108
	%	99,1%	0,9%	8,3%	100%
Sedantes	<i>f</i>	105	2	1	108
	%	97,2%	1,9%	0%	100%
Alucinógenos	<i>f</i>	107	1	0	108
	%	99,1%	0,9%	0%	100%
Opiáceos	<i>f</i>	108	0	0	108
	%	100%	0%	0%	100%
Otras Drogas	<i>f</i>	81	23	4	108
	%	75%	21,3%	3,7%	100%

*Fuente.* Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

*Elaboración.* Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la Tabla 2 se expresa el consumo por sustancia de los trabajadores de jornada nocturna y el riesgo de impacto para la salud que representa. Si bien a 75% de la población su patrón de consumo actual no representa un riesgo, el 25% restante puede atravesar problemas de

salud, sociales, económicos o laborales debido a su patrón de consumo actual. Vemos que el 53,7% de las personas mantienen un consumo de tabaco moderadamente riesgoso, el 48,1% de los entrevistados, un riesgo moderado en consumo de alcohol, seguido del 24,1% quienes consumen cannabis. Individualmente, el consumo de alcohol y tabaco alcanzan el 15,7% de riesgo elevado, seguido del 8,3% en consumo de cocaína.

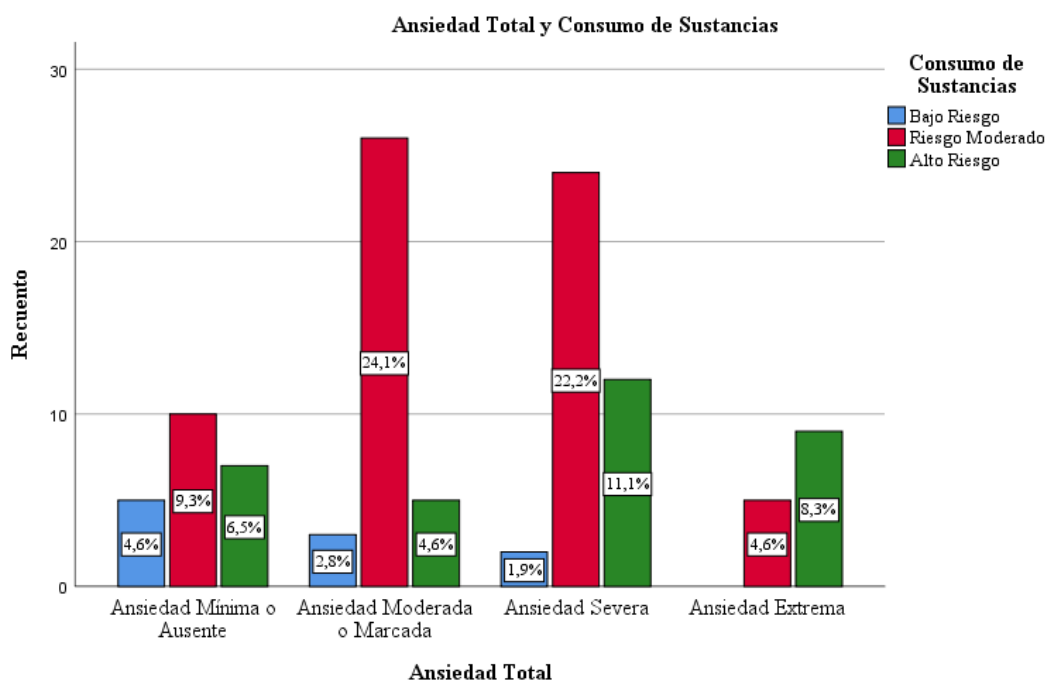
### OBJETIVO 3:

- Correlacionar el consumo de sustancias con la ansiedad en trabajadores de jornada nocturna.

Tabla 3

Tabla cruzada Ansiedad Total\*Consumo de Sustancias

		Consumo de Sustancias			Total	<i>Rho</i> de Spearman	Significancia
		Bajo Riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto			
Ansiedad Total	Mínima o Ausente	4,60%	9,30%	6,50%	20,40%	0,262	$p=0,006$
	Moderada o Marcada	2,80%	24,10%	4,60%	31,50%		
	Severa	1,90%	22,20%	11,10%	35,20%		
	Extrema	0,00%	4,60%	8,30%	13,00%		
Total		9,30%	60,20%	30,60%	100,00%		



La Tabla 3 refleja cómo los niveles de ansiedad se vinculan con los niveles de consumo. Si bien el valor más alto se da en el eje Ansiedad Moderada/Riesgo moderado de (24,1%); el riesgo de consumo aumenta sustancialmente a los niveles de ansiedad. Es explicable a través del valor de *Rho* (0,262), el cual describe una leve correlación positiva entre ambas variables. Su significancia es de 0,006 implicando que existe un margen de error de 0,6%.

## 7. DISCUSIÓN

La literatura científica desde inicios del milenio describe la influencia de las jornadas nocturnas y turnos rotativos que repercute en riesgos significativos para el comportamiento, las morbilidades relacionadas con la salud, trastornos del sueño, síndromes metabólicos y burnout, estrés laboral, sintomatología depresiva e incluso se han descrito problemas familiares y sociales. Los resultados de los estudios citados previamente arrojan resultados similares que oscilan entre el 10% y el 30% de trabajadores de jornadas nocturnas y rotativas afectados.

Desde un punto de vista cuantitativo, se puede notar una marcada interferencia en la distribución de las varias fases del sueño, que, a largo plazo puede implicar problemas a nivel del sistema nervioso como fatiga crónica, cambios en patrones de comportamiento, ansiedad o depresión persistente (Costa, 1996). Las diferencias son claras, el 32% los trabajadores nocturnos experimentan alteraciones del sueño a diferencia de la población normal (18%) (Drake, Roehrs, Richardson, Walsh, & Roth, 2004). Como lo afirma Fernández-Montalvo & Piñol (2000), “el horario laboral podría actuar como factor estresante adicional, no sólo debido a la desincronización de los ritmos biológicos endógenos, sino también debido al sueño insuficiente y a dificultades familiares y sociales. Todos estos problemas se ven notablemente aumentados en el caso concreto de los trabajadores nocturnos”. En un estudio realizado por Arellano-Calderón, López-Hernández, y Aurióles-Tapia (2016), el 21.6% de su población estudiada presentó ansiedad.

En un estudio llevado a cabo por Molina (2014) sobre la influencia del trabajo nocturno en la salud de médicos, enfermeras e internos del Hospital IESS – Latacunga encontró que un 74,73% (n=91) de la población estudiada presenta ansiedad.

La repercusión que el consumo de alcohol y/u otras drogas produce en el medio laboral es muy importante. Producen importantes perjuicios a la empresa y a sus compañeros por el aumento de enfermedades, accidentes laborales, absentismo, e incapacidades laborales, junto con disminución de la productividad, y mal ambiente laboral. Se estima que el 10% de los activos laboralmente son bebedores de riesgo (más de 40 gr./día en mujeres y de 60 gr./día en varones), y el 8% son bebedores abusivos y frecuentes. Las prevalencias consumo

de otras drogas se estiman en 27% para el cannabis, 7,5% para la cocaína, 2,7% para las drogas de síntesis y 1% para los alucinógenos. El consumo de heroína es menor del 0,1% (Ochoa Mangado & Madoz Gúrpide, 2008).

En España, el 43,5% de trabajadores nocturnos fumaba regularmente, sin embargo, no se logró vincular el consumo de alcohol con la jornada nocturna (García Díaz, Fernández Feito, Arias, & Lana, 2015).

El presente estudio se realizó con una totalidad de 108 participantes con la finalidad de establecer la correlación de las respuestas de ansiedad con el consumo de sustancias en trabajadores de jornada nocturna.

La presente investigación, en términos de ansiedad se vincula perfectamente con los resultados obtenidos por demás estudios a población de jornada nocturna y jornadas rotativas. Si comparamos los estudios previamente revisados, en la presente tesis, el 66,7% de trabajadores de jornada nocturna presentan ansiedad, en su mayoría respuestas severas de ansiedad (35,2%) o respuestas moderadas o marcadas de ansiedad (31,5%). Por supuesto, no sólo en ambiente hospitalario; la presente muestra es más heterogénea pues abarca no sólo profesionales de la salud, también consta de expendedores, taxistas, conductores de transporte interprovincial y de mercancía, dependientes de licorerías y despachadores de combustible. A pesar de abarcar mayor muestra, el presente estudio arroja resultados similares en lo que respecta a ansiedad. Se infiere que la jornada nocturna repercute en sintomatología ansiosa en un nivel global en sentido geográfico y socioeconómico.

La evidencia recogida a través de entrevista y aplicación de reactivos en la presente investigación demuestra que el consumo problemático de tabaco en trabajadores nocturnos alcanza el 69,4% ; de alcohol, el 71,2%; de cannabis, el 26,9% ; de cocaína, el 14,8%; de sedantes, el 2,8%; y otras drogas, el 25%; lo cual demuestra que la población estudiada es vulnerable al consumo de sustancias que podría acarrear problemas de salud, sociales, económicos o de otras áreas del desarrollo humano.

## 8. CONCLUSIONES

- El primer objetivo referente a la prevalencia de ansiedad explica que el 35,2% de los trabajadores de jornada nocturna de la muestra (n=108) padecen ansiedad severa, el 31,5% ansiedad marcada, el 20,4% padece ansiedad mínima o no padece de ansiedad y el 13% de ellos padece ansiedad extrema.
- El consumo de sustancias de los trabajadores entrevistados, como busca el segundo objetivo, se encuentra en toda la muestra. Siendo así que el 15,7% de los entrevistados consumen tanto tabaco como alcohol, el 8,3% cocaína, ellos pueden presentar riesgo elevado de presentar algún tipo de problema debido a su patrón actual de consumo de sustancias. Además, un 3,7% de la población entrevistada podría presentar alteraciones en su salud o bienestar social debido a su patrón actual de consumo de otras drogas como cafeína y energizantes.
- Con respecto al tercer objetivo el presente estudio demuestra niveles altos de ansiedad en los trabajadores de jornada nocturna que se correlacionan según las sustancias que consumen. Existe una ligera correlación positiva de altos niveles de ansiedad con sustancias como alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y otras drogas (donde se incluye cafeína).
- Por otro lado, parece no existir una correlación estadísticamente significativa entre niveles altos de ansiedad y el consumo de sustancias como tabaco, inhalantes y alucinógenos. Ha de notarse que ningún entrevistado dio noción de haber consumido a lo largo de su vida anfetaminas o derivados de opio.





## 9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los empleadores procurar abordar la salud mental de sus empleados de jornadas nocturnas en aras de mejorar su rendimiento, mantener su estabilidad laboral y evitar la deserción.
- Se recomienda a próximas investigaciones con esta población el uso permisos laborales u otros tipos de motivación asertiva que procure la colaboración de los entrevistados a responder con disponibilidad, veracidad y buena voluntad.
- Se recomienda realizar nuevas investigaciones que marquen precedentes para la realización de un plan de intervención a nivel de salud pública sobre sintomatología ansiosa en trabajadores nocturnos con consumo de sustancias.
- Se recomienda a nivel primario de atención el enfoque a las variables presentadas en esta investigación para mejorar la certeza diagnóstica en pacientes con cuadros ansiosos o consumo de sustancias.
- Se recomienda realizar sesiones o talleres que permita a los trabajadores conocer mejor la ansiedad, y cuándo preocuparse por el consumo de sustancias.
- Se ha realizado un modelo a propósito de los talleres que podrían abarcar las temáticas necesarias para psicoeducar sobre el autocuidado de salud mental en los trabajadores de jornada nocturna.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Úbeda Asensio, R. (s.f.). NTP 260: Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Quinta ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Apud, I., & Romaní Alfonso, O. (Julio de 2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125. doi:10.21134/haaj.v16i2.267
- Arellano-Calderón, J., López-Hernández, E., & Aurióles-Tapia, I. M. (2016). Carga de trabajo mental asociada al turno nocturno, en trabajadores de una empresa prefarmacéutica: estudio comparativo. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 109-115.
- Ávila Darcia, S. (Marzo de 2016). Implicaciones Del Trabajo Nocturno. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(1), 1-9.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2008). *Psicopatología*. Madrid, España: Paraninfo.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias* (Primera ed.). (A. Rodríguez Fornells, Trad.) Madrid, España: Paidós. Recuperado el 16 de Diciembre de 2018
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, C., Berdullas Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., . . . Villanueva Blasco, V. J. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (Vol. I, págs. 375-412). Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.
- Bellack, A. S., & Lombardo, T. W. (1984). Measurement of Anxiety. En S. M. Turner, & S. M. Turner (Ed.), *Behavioral Theories and Treatment of Anxiety* (págs. 51-81). New York: Springer US.
- Berger Stassen, K. (2006). *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia* (Séptima ed.). (D. Klajn, & A. Latrónico, Trans.) Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A. Recuperado el 26 de 12 de 2018
- Boisard, P., Cartron, D., Gollac, M., & Valeyre, A. (2003). *Time and Work: duration of work*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Booker, L. A., Magee, M., Rajaratnam, S. M., Sletten, T. L., & Howard, M. E. (2018). Individual vulnerability to insomnia, excessive sleepiness and shift work disorder amongst healthcare shift workers. A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 1-47.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de la Psicología Fisiológica* (Tercera ed.). (L. Pearson, Ed., & J. A. Barrientos Silva, Trad.) Ciudad de México, México: Prentice-Hall. Recuperado el 1 de Noviembre de 2018
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., De la Rosa Zabala, K. L., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, 224-241.
- Drake, C. L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J. K., & Roth, T. (2004). Shift Work Sleep Disorder: Prevalence and Consequences Beyond that of Symptomatic Day Workers. *SLEEP*, 27(8), 1459-1461.

- Feldman, R. F. (2001). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (Cuarta ed.). (J. A. Velázquez Arellano, Trad.) México D.F., México: McGraw-Hill.
- Fernández-Montalvo, J., & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 217-218.
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanromán, R., Valle Barbosa, M. A., & Vega López, M. G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, XIII(1), 1-17.
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C., & Talbott, J. A. (1996). *Tratado de Psiquiatría* (Segunda ed.). Barcelona, España: Ancora, S.A. Mallorca.
- Jamal, M. J., & Baba, V. V. (1997, July). Shiftwork, burnout, and well-being: A study of Canadian Nurses. *International Journal of Stress Management*, IV(3), 197-204. doi:10.1007/BF02765324
- Kaplan, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Sinopsis de Psiquiatría*. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health.
- Linage Rivadeneyra, M., & Gómez-Maqueo, M. L. (2013). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Española de Drogodependencias*, XXXVIII(1), 37-51.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. J., & Otriz, M. J. (2012). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid, España: Pirámide.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano-Videl, A., & García Fernández, J. M. (Octubre de 2012). Estado Actual de la Investigación sobre la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, XVIII(2-3), 201-2019.

- Maurizio, R. (2016). *Non-standard forms of employment in Latin America: Prevalence, characteristics and impacts on wages*. Geneva: International Labour Office.
- Miró, E., Cano-Lozano, M. d., & Buena-Casal, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*(14), 11-27.
- Molina Delgado, J. L. (Diciembre de 2014). Influencia del trabajo nocturno en la salud de médicos, enfermeras e internos del Hospital IESS- Latacunga. *Tesis Pregrado*. Latacunga, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/2899>
- Moreno Jiménez, B. (2007). *Psicología de la personalidad. Procesos* (Primera ed.). Madrid, España: Thomson. Recuperado el 7 de Diciembre de 2018
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades, Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (J. J. Lopez Ibor, Trad.) Madrid, España: Meditor. Recuperado el 1 de Agosto de 2018
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2018, de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Palomo, T., & Jiménez-Arriero, M. Á. (2009). *Manual de Psiquiatría*. Madrid, España: Grupo ENE Publicidad, S. A.
- Perrin, M. (Diciembre de 1992). Enfoque antropológico sobre las drogas. *Usos y Abusos de Sustancias Psicoactivas y Estados de Conciencia*, 1(1), 31-51. Recuperado el 21 de 12 de 2018

- Real Academia Española. (1970). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada* (Undécima ed.). (L. Gaona Figueroa, Ed., B. C. Nuding Fleischmann, & M. G. Martínez Gay, Trads.) México: Pearson Education. Recuperado el 02 de Noviembre de 2018
- Sue, D., Wing, D., & Sue, S. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la Conducta Anormal* (Novena ed.). México, D.F., Santa Fe, México: CENGAGE Learning. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018
- Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M. G., Natera Rey, G., Martínez Vélez, N. A., Carreño García, S., & Pérez Cisneros, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, XVIII(1), 19-27.
- Tobal, M., & Cano, V. (2007). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (Sexta ed.). Madrid, España: TEA Ediciones. Recuperado el 17 de 12 de 18
- Torbjörn, A. (1998). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Sleep Medicine Reviews*, II(2), 117-128. doi:doi.org/10.1016/S1087-0792(98)90004-1
- Twenge, J. M. (2000). The Age of Anxiety? Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism, 1952 - 1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007-1021. doi:DOI: 10.1037//OO22-3514.79.6.1007
- Viedma, M. I. (2008). Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: Implicaciones clínicas. *Tesis Doctoral en Psicología de la Universidad de Granada*. España: Editorial de la Universidad de Nueva Granada.





## **11. ANEXOS**

## ANEXO 1

### Frecuencias de consumo en trabajadores nocturnos

Tabla 4

*Consumo de tabaco*

Reconteo	Frecuencia	Porcentaje
Sin intervención	33	30,6
Intervención Breve	58	53,7
Tratamiento	17	15,7
Total	108	100,0

*Fuente.* Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.  
*Elaboración.* Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 4 se puede apreciar que el 53,7% de los entrevistados presentan un consumo de riesgo para su salud y otros tipos de problemas derivados de su consumo de tabaco. El 30,6% no presenta un consumo problemático y el 15,7% presentan riesgo de experimentar problemas de diversa índole debido a su patrón actual de consumo.

Tabla 5

*Consumo de alcohol*

Reconteo	Frecuencia	Porcentaje
Sin intervención	31	28,7
Intervención Breve	52	48,1
Tratamiento	25	23,1
Total	108	100,0

*Fuente.* Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.  
*Elaboración.* Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 5 se puede apreciar que el 48,1% de los entrevistados presentan un consumo de riesgo para su salud y otros tipos de problemas derivados de su consumo de alcohol. El 23,1% no presenta un consumo problemático y el 23,1% presentan riesgo de experimentar problemas de diversa índole debido a su patrón actual de consumo.

Tabla 6

*Consumo de Cannabis*

Reconteo	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sin intervención	79	73,1
Intervención Breve	26	24,1
Tratamiento	3	2,8
Total	108	100,0

*Fuente.* Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.  
*Elaboración.* Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 6 se puede apreciar que el 73,1% no presenta un consumo problemático de sustancias derivadas de cannabis. El 24,1% de los entrevistados presentan un consumo de riesgo para su salud y otros tipos de problemas derivados de su consumo de sustancias; y el 2,8 % presentan riesgo de experimentar problemas de diversa índole debido a su patrón actual de consumo.

Tabla 7

*Consumo de Cocaína*

Reconteo	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sin intervención	92	85,2
Intervención Breve	7	6,5
Tratamiento	9	8,3
Total	108	100,0

*Fuente.* Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.  
*Elaboración.* Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 7 se evidencia que el 85,2% de los participantes no presenta un consumo problemático de cocaína. El 8,3% presentan riesgo de experimentar problemas debido a su patrón actual de consumo. El 6,5% de los entrevistados presentan un consumo de riesgo para su salud y otros tipos de problemas derivados de su consumo de sustancias.

Tabla 8

*Consumo de Anfetaminas*

Reconteo	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sin intervención	108	100,0
Intervención Breve	0	0
Tratamiento	0	0
Total	108	100,0

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.  
**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 8 ninguno de los participantes ha referido haber consumido Anfetaminas o sus derivados, ergo, el 100% de la muestra no presenta riesgo de salud.

Tabla 9

*Consumo de Inhalantes*

Reconteo	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sin intervención	107	99,1
Intervención Breve	1	0,9
Tratamiento	0	0
Total	108	100,0

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.  
**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 9, uno de los participantes (0,09%) presenta un consumo que podría devenir en problemas para su salud u otros tipos de problemas debido al consumo de inhalantes.

Tabla 10

*Consumo de Sedantes*

Reconteo	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sin intervención	105	97,2
Intervención Breve	2	1,9
Tratamiento	1	,9
Total	108	100,0

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 10, el 97,2 % de los participantes no mantienen un consumo de sedantes meritorio de intervención de ningún tipo, sin embargo, el 1,9% presenta un consumo potencialmente perjudicial y el 0,9 podría requerir tratamiento para abandonar el consumo de sustancias.

Tabla 11

*Consumo de Alucinógenos*

Reconteo	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sin intervención	107	99,1
Intervención Breve	1	,9
Tratamiento	0	0
Total	108	100,0

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 11, uno de los participantes (0,9%) presenta un consumo ocasional de alucinógenos que podría representar un potencial riesgo para su salud o problemas derivados de su consumo de sustancias.

Tabla 12

*Consumo de Opiáceos*

Reconteo	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
----------	-------------------	-------------------

Sin intervención	108	100,0
Intervención Breve	0	0
Tratamiento	0	0
Total	108	100,0

*Fuente.* Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.  
*Elaboración.* Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 12 ninguno de los participantes afirmó no haber consumido ningún derivado de opio.

Tabla 13

*Consumo de Otras Drogas*

Reconteo	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Sin intervención	81	75,0
Intervención Breve	23	21,3
Tratamiento	4	3,7
Total	108	100,0

*Fuente.* Test ASSIST-OMS V3.0 aplicado a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.  
*Elaboración.* Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 13, a través de los datos conseguidos durante entrevista y el apartado de consumo de otras sustancias como por ejemplo derivados de cafeína, se demuestra que a pesar de que el 75% de los participantes no llevan un consumo perjudicial, el 21,3% presentan problemas que pueden ser derivados de su consumo de cafeína y; el 3,7% de los participantes presentan un riesgo elevado de experimentar problemas graves derivados de su patrón actual de consumo.

### Tablas cruzadas Ansiedad / Sustancias

Tabla 14

Tabla cruzada Ansiedad Total\*Tabaco

Recuento	Tabaco			Total	Rho	P=
	Bajo riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto			
Ansiedad Total	Mínima o Ausente	6	10	6	0,045	0,641
	Moderada o Marcada	14	20	0		
	Severa	9	19	10		
	Extrema	4	9	1		
	Total	33	58	17		

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 e ISRA aplicados a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

La tabla 14 compara el número de participantes que padecen ansiedad de mínima a extrema, y su consumo de bajo riesgo a riesgo alto. La mayoría de participantes ocupa un lugar en el centro de la tabla donde el riesgo de consumo de tabaco encaja con respuestas de ansiedad moderadas, sin embargo, nueve pacientes con riesgo moderado en sus hábitos de consumo presentan signos de ansiedad extrema. El Rho de Spearman en la presente tabla sólo representa el 0,045 significando que el consumo de tabaco y la ansiedad total no tienen una correlación; tiene una significancia de 0,641, muy elevada para poder considerar la certeza de su replicación.

Tabla 15

Tabla cruzada Ansiedad Total\*Alcohol

Recuento	Alcohol			Total	Rho	P=
	Bajo riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto			
Ansiedad Total	Mínima o Ausente	10	5	7	0,175	0,07
	Moderada o Marcada	11	19	4		

Severa	8	21	9	38
Extrema	2	7	5	14
Total	31	52	25	108

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 e ISRA aplicados a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

La tabla 15 representa la ansiedad total en consumidores de alcohol. La mayoría (21, n=108) se encuentra en un consumo de alcohol con riesgo moderado a encontrar dificultades en su vida cotidiana, pero ya con síntomas de ansiedad severa secundados por ansiedad moderada o marcada. Llegan a alcanzar 5 pacientes quienes padecen de ansiedad extrema y consumo riesgoso de alcohol. Tiene una ínfima correlación positiva ( $Rho=0,175$ ) y gran parte de los casos pueden deberse al azar ( $p=0,07$ ).

Tabla 16

*Tabla cruzada Ansiedad Total\*Cannabis*

Recuento	Cannabis			Total	Rho	P=
	Bajo riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto			
Mínima o Ausente	18	3	1	22	0,251	0,009
Moderada o Marcada	28	6	0	34		
Severa	28	8	2	38		
Extrema	5	9	0	14		
Total	79	26	3	108		

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 e ISRA aplicados a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 16 podemos observar una ínfima correlación de los factores consumo de cannabis con la ansiedad. Ha de notarse que tanto la ansiedad marcada como severa contienen 28 participantes en bajo riesgo para su salud debido al consumo. Su significancia es amplia y podría ser replicado en estudios posteriores ( $p=0,009$ )

Tabla 17



Tabla cruzada Ansiedad Total\*Cocaína

Recuento	Cocaína			Total	Rho	P=
	Bajo riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto			
Ansiedad Total	Mínima Ausente	22	0	0	0,345	0,0002
	Moderada Marcada	30	2	2		
	Severa	34	0	4		
	Extrema	6	5	3		
Total	92	7	9	108		

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 e ISRA aplicados a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

La tabla 17 referente al uso de cocaína es la que implica mayor significancia de las demás sustancias, con sólo un 0,0002 de probabilidad a que se deba al azar y con un coeficiente *rho* de 0,345 explica que el consumo de cocaína se relaciona con las expresiones de ansiedad.

Tabla 18

Tabla cruzada Ansiedad Total\*Inhalantes

Recuento	Inhalantes			Total	Rho	P=
	Bajo riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto			
Ansiedad Total	Mínima Ausente	22	0	0	0,152	0,115
	Moderada Marcada	34	0	0		
	Severa	38	0	0		
	Extrema	13	1	0		
Total	107	1	0	108		

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 e ISRA aplicados a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

La tabla 18, referente a inhalantes muestra un participante con riesgo moderado de problemas por su consumo de sustancias vinculado con ansiedad extrema. Sin embargo, la fiabilidad no es lo suficientemente estrecha como para poder afirmar la correlación.

Tabla 19

*Tabla cruzada Ansiedad Total\*Sedantes*

Recuento	Sedantes			Total	Rho	P=
	Bajo riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto			
Ansiedad Total	Mínima o Ausente	22	0	0	0,218	0,024
	Moderada o Marcada	34	0	0		
	Severa	37	1	0		
	Extrema	12	1	1		
	Total	105	2	1		

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 e ISRA aplicados a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

En la tabla 19, notamos a 3 participantes, uno de ellos con ansiedad severa y consumo de riesgo moderado, otro con ansiedad extrema con un patrón de consumo de riesgo moderado y por último un participante con ansiedad extrema con alto riesgo de problemas de diversos factores debido a su patrón de consumo. Con un valor P de 0,024 es estable y se correlaciona ínfimamente el uso de sedantes con la ansiedad en trabajadores de jornada nocturna.

Tabla 20

*Tabla cruzada Ansiedad Total\*Otras Drogas*

Recuento	Otras Drogas			Total	Rho	P=
	Bajo riesgo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto			
Ansiedad Total	Mínima o Ausente	21	1	0	0,275	0,004
	Moderada o Marcada	27	6	1		
	Severa	24	12	2		
	Total	72	19	3		

Extrema	9	4	1	14
Total	81	23	4	108

**Fuente.** Test ASSIST-OMS V3.0 e ISRA aplicados a trabajadores nocturnos de la ciudad de Loja.

**Elaboración.** Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo.

La tabla 20 sienta un valor p de 0,004; el cual implica que puede replicarse y no se debe al azar. El consumo de Otras Sustancias como la cafeína, podría correlacionarse con la ansiedad.

## ANEXO 1

### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo, de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es conocer los síntomas de ansiedad y su correlación con el consumo de sustancias en trabajadores de jornada nocturna.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja **será confidencial** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcrito, el registro de la entrevista y los instrumentos utilizados serán destruidos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Gabriel Rodrigo Urgilés Arévalo. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

---

---

---

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente \_\_\_\_\_ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Gabriel Urgilés al teléfono 0992838222.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Gabriel Urgilés al teléfono anteriormente mencionado.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

**ANEXO 2****Entrevista Psicológica**

Nombres y Apellidos:

C.I:

Edad:

Sexo:

Lugar y fecha de nacimiento:

Residencia:

Estado civil:

Religión:

Hijos:

Número de contacto:

Instrucción:

Domicilio:

¿Cuál es su profesión actual?

¿Cuál fue su primer trabajo?

¿A qué edad empezó a trabajar?

¿Es el único trabajo que desempeña? ¿Cuáles?

¿Cuál es su cargo en su trabajo de jornada nocturna?

¿Cuál es su horario de trabajo de jornada nocturna?

¿Cuántas noches por semana trabaja?

¿Cuántas horas a la semana trabaja de noche? (carga horaria semanal de 20:00 a 06:00)

¿A qué hora empieza a trabajar?

¿A qué hora termina su jornada (turno, labor, trabajo)?

¿Qué actividades disfruta realizar fuera de horarios de trabajo?

¿En una escala subjetiva donde 1 es pésimo y 10 es excelente, cómo calificaría su estado de salud actual?

**A lo largo de estas dos últimas semanas:**

¿Ha tenido problemas para concentrarse?

¿Se ha sentido triste o deprimido?

¿Ha perdido confianza en sí mismo?

¿Ha tenido la sensación de perder las fuerzas?

¿Se despierta tan cansado como se acostó?

¿Ha perdido o ganado peso?

¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar o mantener el sueño?

¿Ha tenido alguna alteración del sueño? (pesadillas, terrores nocturnos, alucinaciones hipnagógicas, hipnopómpicas)

¿Ha sentido una presión en el pecho que no puede explicar?

¿Se ha sentido desesperado?

¿Ha tenido la sensación de que algo va a salir mal?

¿Realiza usted alguna actividad que mejore su desempeño en su jornada de trabajo nocturna?

¿Consume usted energizantes, café, alcohol o tabaco?

¿Cuánto?

¿Cuándo? (situación)

¿Con qué fin?

¿Consume usted algún otro tipo de sustancia psicoactiva?

¿Cuánto?

¿Cuándo? (situación)

¿Con qué fin?

¿Consume usted en algún momento durante su jornada de trabajo nocturno?

¿Ha sentido usted la necesidad de consumir una sustancia para poder mantenerse activo?

¿Qué cambios nota en su actividad después de haber consumido la sustancia?

**Muchas gracias por su colaboración**



ANEXO 3

# Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

Apellidos y Nombres: .....

Edad:..... Sexo:..... Estado Civil:..... Fecha:.....

Trabajo: .....

Horas de trabajo nocturno semanal: .....

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que representan situaciones en las que usted podría encontrarse y otras que se refieren a respuestas que usted podría dar ante estas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la frecuencia con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

- 0: Casi nunca
- 1: Pocas veces
- 2: Unas veces sí, otras no
- 3: Muchas veces
- 4: Casi siempre

Por ejemplo:

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	Me desconcierto, no sé qué hacer.	Tengo la impresión de que soy un inútil.	No puedo concentrarme en el trabajo.	Tengo dificultades para dormir.	Pierdo el apetito.	
Si un problema me preocupa mucho.						
Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.						

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están en sobre las columnas en las que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando ya las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5.

¿Tiene alguna duda?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (n° 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y que no esté incluida en las 22 anteriores. En este caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las 3 páginas y ponga su valoración en la casilla que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el espacio OBSERVACIONES del margen derecho







# ISRA

## Hoja de Perfil

### Sistema de Respuesta

Puntuaciones directas					CLASIFICACIÓN
Puntuaciones centiles					
	COGNITIVO	FISIOLÓGICO	MOTOR	TOTAL	
	>199 ◦	>191 ◦	>177 ◦	>526 ◦	ANSIEDAD EXTREMA
	177 ◦	150 ◦	144 ◦	443 ◦	
	165 ◦	132 ◦	122 ◦	395 ◦	
99	◦	◦	◦	◦	ANSIEDAD SEVERA
95	◦	◦	◦	◦	
90	◦	◦	◦	◦	
85	◦	◦	◦	◦	
80	◦	◦	◦	◦	DE ANSIEDAD MODERADA A ANSIEDAD MARCADA
75	◦	◦	◦	◦	
70	◦	◦	◦	◦	
65	◦	◦	◦	◦	
60	◦	◦	◦	◦	
55	◦	◦	◦	◦	
50	◦	◦	◦	◦	
45	◦	◦	◦	◦	
40	◦	◦	◦	◦	
35	◦	◦	◦	◦	
30	◦	◦	◦	◦	
25	◦	◦	◦	◦	
20	◦	◦	◦	◦	ANSIEDAD MÍNIMA O AUSENTE
15	◦	◦	◦	◦	
10	◦	◦	◦	◦	
5	◦	◦	◦	◦	

# ISRA

## Hoja de Perfil

### Rasgos Específicos

Puntuaciones directas					CLASIFICACIÓN
Puntuaciones centiles					
	F-I	F-II	F-III	F-IV	
CENTILES	>216 °	>90 °	>167 °	>92 °	ANSIEDAD EXTREMA
	192 °	69 °	133 °	73 °	
	172 °	58 °	125 °	65 °	
99	°	°	°	°	ANSIEDAD SEVERA
95	°	°	°	°	
90	°	°	°	°	
85	°	°	°	°	
80	°	°	°	°	
75	°	°	°	°	DE ANSIEDAD MODERADA A ANSIEDAD MARCADA
70	°	°	°	°	
65	°	°	°	°	
60	°	°	°	°	
55	°	°	°	°	
50	°	°	°	°	
45	°	°	°	°	
40	°	°	°	°	
35	°	°	°	°	
30	°	°	°	°	
25	°	°	°	°	ANSIEDAD MÍNIMA O AUSENTE
20	°	°	°	°	
15	°	°	°	°	
10	°	°	°	°	
5	°	°	°	°	

OMS - ASSIST V3.0



## OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	CLÍNICA	<input type="text"/>
Nº PARTICIPANTE	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)**

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

**NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES**

**Pregunta 1**

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez?</u> (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:  
"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Agosto 2003

1



### Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

**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 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.**

### Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6





#### Pregunta 4

En los <b>últimos tres meses</b> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> ) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

#### Pregunta 5

En los <b>últimos tres meses</b> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de ( <b>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</b> )?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

### Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

### Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3



### Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <b>alguna vez</b> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

#### NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

#### 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

#### GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta  
"riesgos asociados con inyectarse"

Requiere mayor evaluación y  
tratamiento más intensivo \*

#### CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

#### EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

**NOTA:** \*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

## OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

### *Tarjeta de respuesta - sustancias*

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, 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 (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

### *Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)*

**Nunca:** no he consumido en los últimos 3 meses.

**Una o dos veces:** 1-2 veces en los últimos 3 meses.

**Mensualmente:** 1 a 3 veces en el último mes.

**Semanalmente:** 1 a 4 veces por semana.

**Diariamente o casi a diario:** 5 a 7 días por semana.

### *Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)*

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test  
(OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha del Test \_\_\_\_\_

**Puntuaciones Específicas para cada Sustancia**

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otros – especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

<b>Bajo:</b>	Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
<b>Moderado:</b>	Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
<b>Alto:</b>	Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.



## ANEXO 5

### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La siguiente propuesta se realiza en búsqueda de prevenir y/o disminuir las respuestas de ansiedad y el consumo de sustancias observadas en trabajadores de jornada nocturna, y se proyecta a realizarse en forma de talleres en lugares que ofrezcan servicios en jornadas nocturnas.

Debido a la estabilidad lograda en tan corto tiempo y a su pragmatismo, las terapias de tercera generación están tomando Partido en el acontecer actual de la psicoterapia, la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena (*Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT)) es un protocolo de tratamiento creado por Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale que nace con el objetivo de reducir la recaída y la recurrencia de la depresión mayor, pero, también se ha encontrado útil como una terapia para tratar los síntomas de ansiedad, ya que parece que el entrenamiento en la toma de conciencia del momento presente podría ser una forma útil de responder a la problemática de las personas con sintomatología ansiosa.

Las técnicas de este protocolo incluyen la psicoeducación sobre la sintomatología relacionada con el estado de ánimo, cuál es el papel de los pensamientos negativos y cómo la rumiación, la evitación, la supresión y la lucha con nuestros pensamientos y emociones pueden resultar en respuestas de ansiedad. Hace hincapié en la aceptación de nuestro pensamiento, por lo que, la técnica en sí, no busca cambiar el contenido del pensamiento, sino descubrir una nueva manera de ver los pensamientos, pasando de verlos como hechos o realidades, a ver lo que simplemente son, y así expandir su conciencia metacognitiva. La terapia se realiza a grupos y consta de 8 sesiones semanales de 2 horas de duración (Jimenez Cazorla & Serrano Zárate, 2018).

La meditación en Atención Plena (*Mindfulness*) una gran técnica para mejorar el control del consumo de sustancias.

Sólo después de dos semanas de entrenamiento en *Mindfulness* -de sólo 5 horas en total-, fumadores absorbieron alrededor del 60% menos y reportaron menos *craving* comparado con cuando empezó el estudio, independientemente de tener o no intención de dejar el tabaco. Además, los participantes que practicaban meditación en *Mindfulness* mostraron un incremento en la actividad a nivel basal del cerebro, en la Corteza Cingulada Anterior (ACC) y corteza Prefrontal -Señales anteriormente asociadas con mayor autocontrol. Como en otros estudios en el campo, aún quedan preguntas sin responder. Todavía no está claro, explícitamente, si los participantes necesitarían continuar el tratamiento para mantener el craving calmo a largo término. (...) La Meditación *Mindfulness* explícitamente no requiere que los participantes se resistan al craving o que intenten dejar de fumar, sino, claramente se centra en mejorar la capacidad autocontrol (Merluzzi, 2013).

Para los fines pertinentes se realizarán 5 talleres con contenidos relacionados a qué es la ansiedad y cuándo el consumo de una o varias sustancias puede generar o ser partícipe de un problema, seguido de herramientas psicoterapéuticas guiadas al autocuidado.

### **OBJETIVO GENERAL**

Crear una herramienta de apoyo enfocada en prevención e intervención temprana de trastornos ansiosos y/o consumo de sustancias en trabajadores de jornada nocturna a través de fomentar el autocuidado de su salud mental.

### **OBJETIVO SECUNDARIO**

Generar una red de apoyo informal entre trabajadores.

### **FASES PARA EL PLAN DE INTERVENCIÓN**

Para lograr realizar la intervención, se seguirán los siguientes pasos:

1. Encuadre



2. Ansiedad
3. Mindfulness
4. Consumo de sustancias
5. Instrumentos de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena

## **Talleres**

### **Taller 1**

**Tema:** Encuadre

#### **Objetivos:**

- Presentación del proyecto, pautas, motivo y metodologías.
- Presentación de los participantes
- Generar un ambiente seguro para la expresión emocional

#### **Duración**

Aproximadamente 50 minutos.

#### **Procedimiento**

Se brindará un saludo de bienvenida a este taller de 5 sesiones, se explicará que durarán aproximadamente una hora y que se aprenderá a hacer uso de herramientas psicoterapéuticas para saber qué es lo que pasa con nosotros cuando sentimos ansiedad y cuando consumimos algunas sustancias.

Inmediatamente después se realizarán dos dinámicas, la primera *La Madeja de Lana* encaminada a la presentación de participantes.

#### **La Madeja de Lana**

Se colocan todas las personas en círculo y el guía toma una madeja de lana y cuenta cómo se llama, qué hace, sus pasatiempos, etc. Cuando termina, le tira la madeja de lana a cualquier

persona que quiera, pero sin soltar la punta. Luego los demás hacen lo mismo, tiran la madeja sujetándola de una punta y se va creando una especie de tela de araña. Lo ideal es que después se pueda desenredar.

Posteriormente se realizará la dinámica *Buscar coincidencias*.

### **Buscar Coincidencias:**

Se trata de buscar personas que tengan cosas en común, pero que las descubran con un sencillo juego. Se escriben en una pizarra o se les da fotocopiadas una serie de características sobre personas que deben buscar, por ejemplo: “Busca tres personas que nacieron el mismo año que tú, busca una persona que le guste el fútbol, busca dos personas que su apellido empiece por mí, etc.” Se les deja un tiempo para que se pregunten entre ellos y lo apunten en la hoja. En el caso del presente taller se realizarán hojas fotocopiadas con respuestas de ansiedad ante situaciones comunes.

### **Materiales Utilizados**

Un papel y un bolígrafo o lápiz por participante, un ovillo de lana.

## **Taller 2**

**Tema:** Ansiedad

### **Objetivos:**

- Dar bases y conceptos de ansiedad.
- Normalizar la sensación de ansiedad.
- Al final de la jornada los asistentes deben poder reconocer si ellos o alguien cercano puede estar padeciendo síntomas de índole ansiosa.

### **Duración**

Aproximadamente 60 minutos.

### **Procedimiento**

Deliberadamente se procederá a presentarse nuevamente ante los asistentes de manera breve, se realizará una amena y jocosa dinámica llamada *Me pica* a fin de que los participantes del taller empiecen a recordar los nombres de sus compañeros y favorecer a la creación de una red de apoyo informal entre trabajadores.

### **Me pica**

Para empezar, uno a uno, los participantes van diciendo su nombre y una parte del cuerpo que “les pica”, le seguirá su compañero de la derecha y repetirá el nombre y lo que le picaba a cada persona que ha hablado antes que sí. Se verá si los participantes recuerdan mejor los nombres de los demás.

Se dará inicio a la exposición con respecto al tema de ansiedad que abarcará los temas más básicos sobre ella.

## **Ansiedad**

### Definición

La ansiedad es aquella sensación que nadie puede negar haber sentido surgir ante un momento de estrés, sin embargo, su definición está cargada de controversia en términos generales. En los seres humanos puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro. La ansiedad es buena para nosotros, reaccionamos mejor cuando estamos un poco ansiosos. La ansiedad impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual. Sin ella, muy pocos de nosotros haríamos buena parte de lo que hacemos. La ansiedad es un estado de ánimo orientado hacia el porvenir. También, hay que tomar en cuenta que actualmente la ansiedad se estudia como variable emocional de la personalidad donde se considera “un proceso básico de alertación emocional que aparece ante la incertidumbre y el riesgo”. Tiene como función “evitar situaciones negativas al alertar al individuo para que ejecute ciertas acciones a fin de evitar el peligro”, se diferencia del miedo porque este es una respuesta a una amenaza conocida, en la ansiedad la amenaza es desconocida. La ansiedad es la incertidumbre ante un resultado que puede ser negativo. Sería la respuesta emocional no sólo ante estímulos externos, sino también ante estímulos internos de la persona como por ejemplo imágenes, recuerdos y otros elementos cognitivos que realmente no son reales o probables.

### **La ansiedad como un problema**

Como se ha explicado anteriormente, la ansiedad es adaptativa, y como tal buena para el hombre. Entonces, cómo es que llega a ser un trastorno. Pues, todo tiene su equilibrio, un punto medio, la ansiedad llega a ser un problema cuando pasa a alguno de los siguientes extremos: Es demasiado intensa, se siente demasiado; cuando dura mucho, cuando han pasado más de 20 minutos y no ha disminuido; y si se presenta sin el estímulo necesario, cuando aparece de la nada.

### **¿De dónde viene la ansiedad?**

A pesar de que existen muchos modelos teóricos con respecto al inicio de aquella pérdida de equilibrio, podríamos atribuirle una base fundamentalmente biológica. La interacción de algunos neurotransmisores como el ácido Gama-Amino butírico, la noradrenalina y la serotonina y zonas basales del cerebro (hipocampo, amígdala, CPF, locus coeruleus y sustancia gris perisilviana).

Entonces, si es biológico, le pasa a mi cuerpo, ergo, es una enfermedad. Podríamos dejar de decir coloquialmente “estoy loco” y deberíamos empezar a decir, “debo cuidar mi salud”.

### **¿Cómo sé que tengo ansiedad?**

Siguiendo la teoría tridimensional de Peter Lang, la ansiedad podría manifestarse tanto a nivel motor, cognitivo y fisiológico. Su teoría dice que uno de los tres sistemas empezaría una respuesta dependiendo de la situación de forma única y sin los demás.

El sistema cognitivo puede expresarse como pensamientos o sentimientos de miedo, terror, preocupación, temor, amenaza o catástrofe inminente. El sistema motor puede arrojar respuestas directas o indirectas donde las primeras incluyen inquietud, tics, temblores, gesticulaciones, tartamudeos o dificultades de habla, reducción de la destreza motora, reducción de la habilidad para la discriminación perceptiva del tiempo de reacción y del aprendizaje o de ejecución de tareas complejas; las respuestas indirectas, en cambio podrían referir a conductas de evitación y escape de la ansiedad de forma inconsciente y fuera de la voluntad de la persona. Las respuestas fisiológicas se expresan en forma de taquicardias, sudoración, tensión, dificultades respiratorias.

### **Materiales Utilizados**

Audiovisuales de ser requeridos para exposición.

### **Taller 3**

**Tema:** Mindfulness (Atención Plena)

**Objetivos:**

- Potenciar la atención plena de los participantes hacia sus procesos biológicos, mentales y sociales.
- Aumentar la introspección de los participantes.
- Inducir a los participantes a buscar por sí mismos estados de tranquilidad a través de la práctica del Mindfulness.

**Duración**

Aproximadamente 45 minutos.

**Procedimiento y desarrollo**

En el presente taller se brindarán nociones y realizarán pequeños ejercicios basados en la práctica de la meditación para atención plena (*Mindfulness*).

Mindfulness implica prestar atención a cada evento experimentado en el momento presente en el cuerpo y en la mente, con una actitud sin prejuicios, no reactiva y tolerante. El aprender cómo ser plenamente atentos, podemos empezar a contar muchas de nuestros sufrimientos diarios como el estrés, la ansiedad y depresión porque estamos aprendiendo a experimentar eventos de una manera más impersonal de forma neutral. Los principios y mecanismos centrales del mindfulness incluyen la ecuanimidad y la impermanencia.

**Ecuanimidad**

La ecuanimidad es mejor definida como una respuesta neutral a algo que experimentamos. Es un estado de consciencia donde nosotros ni sentimos una aversión por experiencias displacenteras ni tampoco ansiamos por experiencias placenteras. Otros sinónimos de ecuanimidad pueden ser balance, calma y compostura. El desarrollo de ecuanimidad, o una mente ecuánime como también ha sido llamada, es una parte importante de las habilidades del mindfulness porque nos da la habilidad de mantenernos menos reactivos y menos prejuiciosos sin importar la experiencia, de este modo, dándonos un sentimiento de confort, de alivio, de autocontrol y compostura mientras transitamos por nuestras vidas diarias.

### **Impermanencia**

El entrenamiento en mindfulness nos enseña la realidad omnipresente de la Impermanencia, la naturaleza cambiante de todas las cosas incluyendo nuestras propias experiencias mentales y emocionales. Al experimentar la naturaleza cambiante de las experiencias internas, nosotros podemos aprender a vernos en de forma más flexible y objetiva. Podemos separarnos de nuestras percepciones rígidas y hábitos que a veces pueden llevarnos a estrés y a infelicidad.

### **¿Cómo se practica el Mindfulness?**

Mientras podemos “conscientes” durante un día cualquiera al sólo observar qué está pasando alrededor y en nosotros, el entrenamiento formal al meditar sentado es el más efectivo para desarrollar habilidades de mindfulness. Esto es porque el contexto formal de meditación previene la inevitable implicación con la estimulación diaria y nos permite concentrarnos específicamente dentro nosotros. La meditación nos posibilita a reprocesar nuestras experiencias internas, incluyendo memorias dolorosas, con mayor atención, neutralidad y aceptación.

Durante la meditación mindfulness, nos sentamos con los ojos cerrados e inicialmente nos concentramos en la respiración para desarrollar concentración y tomar control de nuestra atención. Esto solo ayuda a disminuir la intrusión de pensamientos malos que podemos mantener. Durante el entrenamiento, frecuentemente emergen todo tipo de pensamientos. En vez de quedarnos en un pensamiento, aprendemos a verlo como es: sólo un pensamiento, un



evento mental impermanente, sin importar qué contenido pueda tener, y regresar a nuestro foco de atención. De esta manera, aprendemos a no reaccionar a los pensamientos. Nosotros ganamos una la experiencia directa de que los pensamientos no pueden afectarnos realmente ni definir qué somos.

De manera similar, cuando ponemos atención a las sensaciones de nuestro cuerpo, nosotros también aprendemos a percibir una sensación del cuerpo meramente como una sensación del cuerpo, a pesar de cuán placentera o displacentera sea. El entrenamiento en mindfulness nos ayuda a darnos cuenta que las sensaciones del cuerpo, al igual que los pensamientos y otras experiencias, son también impermanentes por naturaleza y no importa cuán placenteras o implacenteras sean, pasarán. Mientras nos hacemos más conscientes de esta realidad, se hace cada vez más fácil observar que las sensaciones del cuerpo son esencialmente una experiencia que no puede afectarnos a menos que reaccionemos a ellas. Las sensaciones del cuerpo son importantes porque son sólo medios a través de los somos capaces de sentir emociones. De acuerdo a esto, entrenarnos a no reaccionar nos ayuda a aceptar y a dejar ir emociones, antes que sufrir por ellas, nos brinda regulación emocional.

### **Materiales Utilizados**

De ser necesario, audiovisuales.

## **Taller 4**

**Tema:** Consumo de sustancias

### **Objetivos:**

- Dar a conocer los conceptos básicos del consumo de sustancias.

### **Duración**

Aproximadamente una hora y media

### **Procedimiento**

Se empezará la sesión pidiendo que cada asistente tome asiento, se entablará una conversación ajena al tema central para poder empezar con buena simpatía hacia el expositor. Inmediatamente se dará paso a la exposición sobre el consumo de sustancias.

Las sustancias psicoactivas, son aquellas que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamiento y motivaciones.

Las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por la mayoría de las culturas desde tiempos prehistóricos (Westermeyer, 1991), casi podríamos decir que está unido a la historia del hombre. Las drogas han tenido muchas funciones individuales y sociales. A nivel individual proporcionan estimulación, liberación de los estados emocionales adversos como síntomas físicos indeseables, y alteración de los estados de conciencia. A nivel social las sustancias psicoactivas han facilitado rituales religiosos, ceremonias y han tenido finalidades médicas. Ejemplos de sustancias psicoactivas están presentes en todas las culturas, y toda cultura tiene una droga para a través de ella contactar a los espíritus, con el más allá, para divertirse, para servir como válvula de escape; en fin, para alterar los estados de conciencia y para "superarse

como humanos o afrontar problemas cotidianos. Es conocido el uso del opio en China y en Egipto desde los primeros escritos de estas civilizaciones; en India el consumo de Marihuana desde hace al menos 4 000 años; se ve en las estatuas, dibujos de edificios y en cerámicas, cómo las culturas mayas, aztecas e incas utilizaban las drogas como medicina y para rituales; el alcohol se remonta a tiempos del paleolítico y la civilización mesopotámica registra las primeras descripciones clínicas de intoxicación y curación de la resaca. En la actualidad, el mudo se ha vuelto menos tolerante y más restrictivo acerca de las drogas, hecho que podría ser explicado por a.) Cada vez se han hecho más evidentes, con el aumento del consumo, los efectos negativos de las drogas en individuos, la familia y la sociedad; y b.) Las actitudes sociopolíticas en general han tendido a ser cada vez más conservadoras.

Según su estatus sociolegal, podríamos dividir su uso en: medicamentos para ayudar a aliviar el dolor, ayudar al sueño o a la lucidez y aliviar desórdenes del estado de ánimo; El uso ilegal o ilícito cuando por uso no-médico se usan opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y otros estimulantes, hipnóticos y sedantes; por último, el consumo legal o lícito, para cualquier propósito inevitablemente acompañado de sus propiedades psicoactivas.

El abuso de sustancias psicoactivas es un problema grave para las sociedades, pues éste no afecta únicamente al individuo que las consume sino a todos aquellos que lo rodean generando así un grave problema de salud pública.

#### Adicción definida como una "enfermedad cerebral"

Una sustancia o comportamiento puede producir una necesidad de usar drogas o un comportamiento de manera compulsiva a pesar de consecuencias adversas. La adicción se manifiesta como un proceso de reincidencia crónica y el tratamiento exitoso es comparable con los planes de tratamiento para hipertensión o diabetes. También, al igual que la hipertensión o diabetes, la adicción es una interacción entre:

La Sustancia: Alcohol, tabaco, otras drogas

El individuo: Genética, vulnerabilidades, comorbilidades, y

El ambiente: Familia y cultura.

El uso continuo de drogas, cambia la anatomía y psicología de las neuronas, particularmente en el área lateral tegmental y en el núcleo Accumbens. Las adicciones agotan dopamina y el cerebro alterado no puede fabricar suficiente para funcionar normalmente. La ASAM (American Society of Addiction Medicine) redefinió la adicción basada en la evidencia neurobiológica como "una enfermedad primaria, crónica de recompensa, motivación, memoria y circuitos relacionados" con 5 características:

- A. Abstinencia
- B. Incapacidad de controlar el comportamiento (Behaviour)
- C. Craving
- D. Disminución de la capacidad de reconocer problemas significativos
- E. Respuesta Emocional disfuncional

¿Por qué las personas utilizan drogas?

Hay personas que consumen todo tipo de drogas, casi de forma aleatoria o en función de su disponibilidad. Mientras hay quienes mantienen su predilección por alguna, dependiendo de sus propiedades específicas, así como de su significado social (p. ej. El alcohol se considera frecuentemente como fuente de desinhibición). También, por ejemplo, la cocaína puede ser usado por sus propiedades estimulantes, las anfetaminas pueden ser utilizadas como energizantes. Por el contrario, los barbitúricos, los benzodiazepinas y el alcohol tal vez se prefieran por su efecto relajante. Los alucinógenos son atractivos para determinadas personas porque alivian el aburrimiento y "expanden la consciencia". Existen numerosas explicaciones de por qué la gente usa drogas, las razones básicas para empezar es conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse drogado y compartir la excitación con alguien que

también usa drogas. Además, existe la expectativa de la acción de la droga, por ejemplo, la cocaína incrementa la eficacia, mejora la fluidez verbal y aumenta la creatividad.

## SÍNDROMES

Un síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo que ocurre en un individuo y está asociado con una angustia presente (p. e., un síntoma doloroso) o incapacidad (p. e., deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento) o con un riesgo significativamente elevado de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida. En definitiva, un síndrome es un grupo de síntomas que se presentan juntos. Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. O, en otros términos, es un agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas.

Tres síndromes claves para comprender las adicciones son el síndrome de abstinencia, el síndrome de tolerancia y el síndrome de dependencia.

### Dependencia

Toma título de síndrome en la última edición del CIE 10, al presentarse como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes. La dependencia se da cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período.

La CIE-10 apunta que sólo debe realizarse el diagnóstico si durante algún momento o de modo continuo, a lo largo de los últimos doce meses, han estado presentes tres o más de los siguientes síntomas:

- I. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
  
- II. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo, para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida.
  
- III. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia o de otra similar con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
  
- IV. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
  
- V. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
  
- VI. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

#### Abstinencia

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente. El síndrome de abstinencia agudo consiste en un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir

el consumo del opiáceo del que la persona es dependiente. El síndrome de abstinencia tardío aparece después del síndrome de abstinencia agudo; esto es, después de 4 a 12 días de la aparición del síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia tardío se caracteriza por un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguirse la abstinencia. Esto, cuando se da, acarrea múltiples problemas al sujeto. el síndrome de abstinencia condicionado consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. Este síndrome va seguido en el sujeto de períodos de gran ansiedad y miedo porque se ve como en la situación inicial después de la abstinencia. Hay un riesgo de que vuelva a consumir para evitar esos efectos negativos que nota en su organismo sin razón aparente. Este síndrome también se le conoce popularmente con el nombre de flashback.

#### Tolerancia

Por tolerancia se entiende el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. El proceso de metabolismo de la droga limita la duración de su efecto. La exposición iterativa ocasiona que la droga sea metabolizada con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. Para obtener el mismo efecto anterior tiene que aumentar la dosis y frecuencia con que la administra. Dentro de la tolerancia se diferencia a su vez la tolerancia cruzada, que es un fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo. La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Así, también existe el fenómeno de la dependencia cruzada, el cual se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra.

#### **Materiales Utilizados**

De ser necesario, audiovisuales.





## **Taller 5**

**Tema:** Instrumentos de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena

### **Objetivos:**

- Brindar a los participantes, herramientas que permitan lidiar con los problemas relativos a la ansiedad y al consumo de sustancias.

### **Duración**

Aproximadamente 60 minutos.

### **Procedimiento**

Durante esta sesión se realizará una exposición basada en cómo realizar una aproximación a mindfulness basado en terapia cognitiva.

Primer paso: se practicará las habilidades de mindfulness aprendidas en talleres anteriores, aquellas encaminadas a notar y dejar ir pensamientos poco útiles y emociones para poder abordar exitosamente los retos en la vida. Ejercitando esta habilidad se logra una introspección profunda y ecuanimidad, y se da cuenta que no se tiene que ser presa de cada pensamiento que entra a la cabeza ni cada sentimiento que se siente.

Segundo paso: Se aplicará estas habilidades de autorregulación en situaciones que se podrían estar evitando.

Tercer paso: se aprenderá a desarrollar un mejor entendimiento interpersonal y habilidades de comunicación para encarar situaciones tensas con gente, y aprender a no reaccionar a las reacciones de los demás.

Cuarto paso: se aprenderá a incrementar la capacidad de ser amable consigo mismo y compasivo con otros en las acciones diarias de los participantes, llevando a un mejor sentido de autoestima, y un profundo sentido de cuidado y conexión con más gente.

**Materiales Utilizados**

N/A

## **ANEXO 6**

### **1. TEMA**

“SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y SU CORRELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN TRABAJADORES DE JORNADAS NOCTURNAS DE LA CIUDAD DE LOJA”

## 2. PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental es el “estado de bienestar en la cual las personas concretan sus propias habilidades, lidian con el estrés normal diario, pueden trabajar de forma productiva y fructífera y pueden contribuir a su comunidad”.

A nivel mundial los estudios que vinculan la salud mental con el trabajo son amplios pero vanos en especificidad. Se ha estandarizado el uso del término *Shift work sleep disorder* para referirse a un conjunto de síntomas donde predomina el insomnio en trabajadores sin horario fijo o de turnos extra (Booker, Magee, Rajaratnam, Sletten, & Howard, 2018).

Existen artículos a nivel de Latinoamérica y una tesis a nivel nacional, con particular atención en las secuelas del trabajo nocturno en enfermeras y médicos (Deschamps Perdomo, Olivares Román, De la Rosa Zabala, & Asunsolo del Barco, 2011; Flores Villavicencio, Troyo Sanromán, Valle Barbosa, & Vega López, 2010; Molina Delgado, 2014), mas no en otras profesiones.

Resulta relativamente fácil empezar a enumerar trabajos en nuestro medio que implican al menos un desvelo por semana; citar por ejemplo al personal de servicio de salud, de estaciones de servicio (gasolineras), de lugares de diversión y entretenimiento nocturno, de guardianía, de policía y milicia, entre otros. Pero evidentemente, las condiciones laborales *per se* son diferentes, no sólo viendo a través del prisma sociocultural donde lo normal es que un trabajo se efectúe durante el día.

Desde el enfoque biológico encontramos que la cotidianeidad se basa en ciclos de actividad física, sueño, temperatura corporal, secreción de hormonas y muchos otros cambios fisiológicos que englobamos en el término ritmos circadianos, aquellos momentos que tienen un periodo aproximado de un día y son controlados por relojes biológicos en el cerebro (Carlson, 1996). La desregulación de la mencionada cotidianeidad trae consigo un desequilibrio de varias funciones fisiológicas perjudicando al individuo en su interacción con el medio, en su desempeño diario, y más importante aún: en su salud mental.

Varios autores han explicado a profundidad que la ansiedad es un proceso natural del cuerpo, teniendo su finalidad como parte de la adaptación del sujeto a través de la anticipación. Sin embargo, aquella conocida sensación de tensión y aprensión difusa hacia una amenaza desconocida se manifiesta con síntomas desagradables como nerviosismo, sensación de cansancio, mareos, micción frecuente, taquicardia, sensación de desmayo, apneas o dificultades para respirar, sudoración, temblores, preocupación, insomnio, dificultad para concentrarse e hipervigilancia (Sarason & Sarason, 2006). La ansiedad entonces parece ser un eje central de activación implicado en varias reacciones fisiológicas como base fundamental de la vida, es lógico pensar entonces en un vínculo con el consumo de sustancias y el estado vigil.

El término “consumo de sustancias” referido a la ingestión de sustancias psicoactivas en cantidades moderadas que no interfieren de manera significativa en el funcionamiento (Barlow & Durand, 2008), toma parte de una amplia gama de ámbitos personales y sociales. No resulta difícil pensar que un componente químico nos ayudará en un momento de la vida, a afrontar situaciones adversas, no sólo los medicamentos necesarios para mantener nuestra salud, sino aquellos que sin necesitarlos del todo, nos brindan (o así creemos) habilidades o actitudes que nos faltan bajo determinadas circunstancias; por mencionar unos ejemplos: el alcohol que ayuda a sociabilizar, el tabaco que atrae ideas, el café que mantiene despierto. En este proyecto de investigación se plantea estudiar además de las manifestaciones de ansiedad en trabajadores de jornada nocturna, las sustancias que “ayudan” a mantener el rendimiento durante la jornada laboral, especialmente psicoestimulantes como cafeína y nicotina, debido a su estrecha relación con síntomas de ansiedad. El consumo de sustancias entonces podría mantenerse y exacerbarse por una creencia errónea de *autoterapia* que terminaría llevando al trabajador a una difusa patología dual, mezcla indiscernible entre ansiedad y consumo de sustancias.

¿Existe entonces una relación tripartita entre ansiedad, el consumo de sustancias y la jornada nocturna de trabajo? ¿Qué sucede cuando las condiciones de trabajo escapan de la rutina diurna típica?, ¿Existen creencias irracionales de un mejor rendimiento laboral tras el consumo de sustancias? ¿Qué proporción de trabajadores nocturnos manifiestan síntomas de ansiedad y de ellos, cuántos consumen sustancias psicoactivas

### 3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación busca identificar la presencia de síntomas ansiosos en trabajadores nocturnos y su correlación con consumo de sustancias. Los trabajadores nocturnos encuentran una solución pseudoterapéutica en el consumo de sustancias para mantener su desempeño durante la jornada y converger involuntariamente en síntomas ansiosos.

Es pertinente notar que también el trabajo tiene un lugar especial en el que transita la salud mental, los problemas en ámbitos laborales se traducen problemas en otras áreas del funcionamiento. Algunos estudios señalan que los horarios de trabajo no tradicionales (trabajos por turnos o trabajos nocturnos) tienen efectos negativos en el funcionamiento del hogar y relaciones intrafamiliares (Maurizio, 2016), tampoco son pocos los estudios realizados sobre salud en ámbitos laborales no tradicionales (Booker, Magee, Rajaratnam, Sletten, & Howard, 2018; Booker, Magee, Rajaratnam, Sletten, & Howard, 2018; Jamal & Baba, 1997; Deschamps Perdomo, Olivares Román, De la Rosa Zabala, & Asunsolo del Barco, 2011), pero la gran mayoría de ellos están explicados a través de la identificación de problemas de sueño, síntomas de fatiga y molestias somáticas, sin tomar en cuenta que la base fundamental de aquellos síntomas puede explicarse a través de un padecimiento de tipo ansioso.

Debido a esto, el presente estudio está encaminado a advertir las condiciones laborales que perjudican a la salud ayuda a nivel global al mejoramiento de sanidad y a la economía de la nación. Una persona sana no representa gasto para salud pública. Explorar cómo interactúan los desórdenes de ansiedad y el consumo de sustancias busca dilucidar un mejor diagnóstico de ambos trastornos; un mejor diagnóstico conlleva a un mejor plan terapéutico y un buen plan terapéutico llevará a una mejor recuperación.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **5. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la correlación que existe entre los síntomas ansiosos y el consumo de sustancias psicoactivas en trabajadores de jornadas nocturnas de la ciudad de Loja.

##### **6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la prevalencia de síntomas ansiosos en trabajadores de jornada nocturna.
- Registrar el consumo de sustancias en trabajadores nocturnos con síntomas ansiosos.
- Correlacionar el consumo de sustancias con los síntomas de ansiedad en trabajadores de jornada nocturna.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 1. ANSIEDAD

#### 1.1. ANTECEDENTES

El término ansiedad surge por un error hermenéutico cuando “el primer traductor de Freud tradujo erróneamente el término ‘*Angst*’, vocablo alemán que significa ‘miedo’, por ansiedad” (Kaplan & Sadock, 2008). La ansiedad es aquella sensación que nadie puede negar haber sentido surgir ante un momento de estrés, sin embargo, su definición está cargada de controversia en términos generales.

Es importante apuntar que la ansiedad es muy difícil de estudiar. En los seres humanos puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular. (...). La ansiedad es buena para nosotros, reaccionamos mejor cuando estamos un poco ansiosos. (...). La ansiedad impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual. Sin ella, muy pocos de nosotros haríamos buena parte de lo que hacemos. (...). La ansiedad es un estado de ánimo orientado hacia el porvenir. (Barlow & Durand, 2008, pág. 108)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición explica la ansiedad como “una tendencia anticipatoria a una amenaza futura” (American Psychiatric Association, 2014, pág. 189). Según Sue, Wing, y Sue (2010) es un “sentimiento de intranquilidad o aprensión”, para los autores, es una emoción atávica que desempeña una función adaptativa para evitar ignorar el peligro y preparar al cuerpo para situaciones amenazantes. También, hay que tomar en cuenta que actualmente la ansiedad se estudia como variable emocional de la personalidad donde se considera “un proceso básico de alerta emocional que aparece ante la incertidumbre y el riesgo” (Twenge, 2000).

Sobre la ansiedad normal Kaplan y Sadock (2008) creen que tiene como función “evitar situaciones negativas al alertar al individuo para que ejecute ciertas acciones a fin de evitar el peligro”, señalan que se diferencia porque el miedo es una respuesta a una amenaza



conocida, en la ansiedad la amenaza es desconocida. “La ansiedad es la incertidumbre ante un resultado que puede ser negativo. (...) Sería la respuesta emocional no sólo ante estímulos externos, sino también ante estímulos internos de la persona como imágenes, recuerdos y otros elementos cognitivos” (Moreno Jiménez, 2007).

La verdad es particularmente difícil llegar a una definición de ansiedad porque está muy arraigada en nuestra vida cotidiana y puede ser confundida fácilmente con el miedo, la angustia y el pánico. Podríamos inferir que la ansiedad es un mecanismo biológico básico que tiene fines adaptativos, conforma parte de la personalidad, y generalmente es descrito como un sentimiento de aprensión e incertidumbre sobre el futuro que se manifiesta a nivel motor, fisiológico y/o cognitivo.

“Se denomina ansiedad a la respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos” (Tobal & Cano, 2007).

## **1.2. ANSIEDAD PATOLÓGICA**

Si ha quedado claro que la ansiedad tiene un fin adaptativo, es lógico pensar que tiene un extremo desadaptativo. Cuando las personas experimentan ansiedad aún sin un estímulo desencadenante y/o afecta el desarrollo de la cotidianeidad o a cualquier esfera de funcionamiento de la persona podemos hablar de un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados (American Psychiatric Association, 2014). En algunos casos, el miedo o la ansiedad pueden resultar aún cuando no haya peligro, lo que resulta en un trastorno de ansiedad (Sue, Wing, & Sue, 2010).

## **1.3. MODELOS TEÓRICOS**

En esta sección se recogen bases de distintos autores sobre las posibles causas para el fenómeno ansioso. Abordaremos a breves rasgos recopilaciones de Kaplan y Sadock, de Palomo y et al., modelos específicos como el modelo teórico de Peter J. Lang y también las teorías interactivas de ansiedad.

### **2.3.1. Biológicos**

#### **1.3.1.1. Genética**

Los estudios que vinculan genética y ansiedad son contradictorios, si bien Palomo & Jiménez-Arriero (2009, pág. 379) indican que “aunque existen estudios que avalan un patrón familiar, los estudios gemelares han arrojado resultados contradictorios. La diátesis genética para el trastorno de ansiedad no basta para explicar la aparición en todos los casos”. En cambio, Kaplan & Sadock (2008, pág. 586), creen que el factor genético predispone al desarrollo de trastornos ansiosos porque casi la mitad de los pacientes con trastorno de angustia cuenta con al menos un familiar afectado, y en otros trastornos ansiosos es mayor la frecuencia de la enfermedad en familiares de primer grado de los pacientes afectados.

#### **1.3.1.2. Sistema Nervioso Autónomo**

La estimulación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) produce síntomas cardiovasculares. En personas con trastornos de ansiedad, se muestra un aumento del tono simpático, se adaptan con lentitud a estímulos repetidos y responden excesivamente a estímulos moderados (Kaplan & Sadock, 2008, pág. 582).

#### **1.3.1.3. Neurotransmisores**

Los tres neurotransmisores presentes en la ansiedad, basados en estudios animales y resultados farmacológicos son la noradrenalina (que produce síntomas de angustia, insomnio, sobresalto e hiperreactividad autónoma), la serotonina y el ácido  $\gamma$ -aminobutírico (Kaplan & Sadock, 2008).

#### **1.3.1.4. Consideraciones neuroanatómicas**

Se han implicado de forma clara con estados de ansiedad las siguientes estructuras: amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, *locus coeruleus* y la sustancia gris perisilviana. Destaca el núcleo central de la amígdala como regulador de la respuesta vegetativa al miedo. Recibe aferencias sensoriales del prosencéfalo y envía eferencias a la sustancia gris perisilvianas, al núcleo motor dorsal del vago, al núcleo pararaquial, al núcleo paraventricular del hipotálamo, *locus coeruleus* y la región tegmentaria ventral. (Palomo & Jiménez-Arriero, 2009)

#### **1.3.2. Psicosocial**

Los autores advierten de tres posibles raíces en escuelas psicológicas que podrían explicar los trastornos ansiosos

##### **1.3.2.1. Teorías Psicoanalíticas**

Desde el enfoque de la neurosis, Palomo y Jiménez-Arriero (2009) arguyen que Freud atribuye un rol “fundamental al inconsciente, a la vida infantil, y a los mecanismos de defensa del Yo contra la angustia neurótica nacida de las pulsiones y sus conflictos”, donde los mecanismos de defensa evitan emerger al consciente la necesidad de satisfacciones infantiles, entonces, gracias a respuestas elaboradas en conductas repetitivas simbólicas se establece un equilibrio a veces “imperfecto” y aparece la angustia que hace soportable el conflicto entre las pulsiones y la represión.

Sin embargo, Kaplan y Sadock (2008) recuerdan que Freud cambia de idea al decir «es la ansiedad la que produce represión y no, la represión la que produce la ansiedad», además apunta que la respuesta de miedo, consecuencia de la activación de la amígdala sin ninguna referencia a la memoria consciente, sustenta la idea de Freud de un sistema de memoria inconsciente para respuestas de ansiedad. “Desde la perspectiva psicodinámica, el objetivo de

la psicoterapia no es eliminar necesariamente toda la ansiedad, sino aumentar la tolerancia a ésta”. Desde el punto de vista evolutivo a través de la teoría psicodinámica, insinúa que:

“En el nivel más inicial puede estar presente la ansiedad de desintegración; ésta deriva del miedo de que el Yo se fragmente porque otros no responden con la afirmación y la validación necesarias. La ansiedad persecutoria puede estar relacionada con la percepción de que el Yo está siendo invadido o aniquilado por una fuerza maléfica exterior. (...). La teoría de la ansiedad de la castración de Freud está vinculada con la fase edípica del desarrollo en los niños varones, en que una poderosa figura paterna, habitualmente el padre, puede dañar los genitales del niño o infligirle otros daños corporales. A nivel más maduro, la ansiedad del superyó se relaciona con los sentimientos de culpa por no vivir de acuerdo con los estándares internalizados de conducta moral que derivan de los padres.”.

### **1.3.2.2. Teorías Conductuales**

Kaplan y Sadock (2008) a través de la ejemplificación explican que “las teorías conductuales o del aprendizaje de la ansiedad postula que ésta es una respuesta condicionada a un estímulo ambiental específico. (...). En el modelo de aprendizaje social el niño puede desarrollar una respuesta de ansiedad al imitar la ansiedad presente en el entorno.”

### **1.3.2.3. Teorías Cognitivo-Conductuales**

Palomo (2009), formula una explicación que guía a través de los mecanismos de la teoría cognitivo-conductual para desembocar en el modelo ansiógeno al referir que:

Los síntomas neuróticos son patrones aprendidos de conducta inadaptables que se originan por los mismos mecanismos de aprendizaje que la conducta normal. Después de producido el condicionamiento, en un segundo estadio, por un proceso de condicionamiento operante o instrumental, se fija y se refuerza la conducta neurótica al reducir ésta la ansiedad.

### **1.3.2.4. Teorías Existenciales**

Nuevamente, Kaplan y Sadock (2008, pág. 582) contribuyen con un enfoque donde arguyen que las personas sienten vivir un universo sin sentido donde la ansiedad es la respuesta al “vacío que perciben en la existencia y en el sentido”.

### **1.3.2.5. Las Teorías Interactivas**

Propuesta en la década de los setenta para refutar las teorías rasgo-estado y el enfoque situacionista, las teorías integrativas proponen estudiar la personalidad a través de las características del individuo más la situación que influye. Para esta teoría, son las características personales (rasgos), las situaciones y su interacción las que influyen en la respuesta de ansiedad (Tobal & Cano, 2007).

### **1.3.2.6. Enfoque Neoconductista**

A través de este enfoque la ansiedad deja de ser considerada un fenómeno periférico para reparar en una significación central de tipo cognitivo de implicación multidimensional (Tobal & Cano, 2007).

## **1.4. MANIFESTACIÓN DE LA ANSIEDAD**

La conocida Teoría Tridimensional propuesta por Peter Lang en 1968 postula que la ansiedad se manifiesta tanto a nivel motor como cognitivo y fisiológico (Tobal & Cano, 2007). Para abreviar, dicha teoría se fundamenta en la disincronía entre los tres sistemas de respuesta y propone estudiar sobre cada situación independientemente cada componente.

### **2.4.1. Cognitivos**

“El distrés subjetivo constituye la reacción cognitiva primaria que adopta la forma de sentimientos de terror, amenaza o catástrofe inminente, experimentados como *desórdenes de pánico* o *desórdenes de ansiedad* generalizados. El distrés subjetivo engloba pensamientos e imágenes altamente específicos” (Tobal & Cano, 2007; Bellack & Lombardo, 1984). “La

ansiedad normal se manifiesta en pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza” (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Videl, & García Fernández, 2012).

#### **1.4.2. Conductuales (Motores)**

Los cambios encontrados en las respuestas motoras son el resultado de la agitación fisiológica y de las cogniciones de miedo, donde se encuentran respuestas directas e indirectas. Las primeras incluyen: Inquietud, tics, temblores, gesticulación, tartamudeo y la lengua se traba más a menudo; y reducción de la destreza motora, de la habilidad para la discriminación perceptiva del tiempo de reacción y del aprendizaje y ejecución de tareas complejas. En cambio, las respuestas motoras indirectas refieren a la conducta de evitación y escape de la ansiedad, que no están bajo control voluntario (Bellack & Lombardo, 1984; Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Videl, & García Fernández, 2012; Tobal & Cano, 2007).

#### **1.4.3. Fisiológicos**

Las respuestas fisiológicas producidas por la ansiedad, generalmente se asocian con un incremento de la actividad del Sistema Nervioso Somático (SNS) o del Sistema nervioso Autónomo (SNA) como resultado de la activación del Sistema Nervioso Central (SNC) o de la actividad neuroendócrina mediada por el SNC. Este incremento de la actividad producirá cambios cardiovasculares y un aumento de la actividad electrodérmica, del tono músculo-esquelético y del ritmo respiratorio (Tobal & Cano, 2007; Bellack & Lombardo, 1984; Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Videl, & García Fernández, 2012).

### **1.5. EVALUACIÓN**

Los métodos y técnicas que se usan para evaluación de ansiedad pueden ser agrupados en tres categorías: el autoinforme, que abarca la evaluación de la conducta verbal; la observación conductual y; los registros fisiológicos (Viedma, 2008). Siguiendo la Teoría Tridimensional de la Emoción, ningún eje de manifestación de ansiedad por sí mismo es prioritario en una respuesta de ansiedad, cada uno de ellos es relevante para medir y evaluar las respuestas de

ansiedad. La Teoría de Lang equipara la importancia de evaluar cada componente y, además, proporciona un panorama para comprender las diferencias de respuestas entre los componentes e a través de los individuos (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Videl, & García Fernández, 2012).

Según nos recuerda Tobal y Cano (2007), la respuesta de la ansiedad suele surgir tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos. El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Tobal y Cano evalúa por separado las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana, susceptibles a generarla. Tiene un formato que incluye situaciones y respuestas que evalúa la frecuencia con la que la persona manifiesta una serie de respuestas de ansiedad ante distintas situaciones. Este inventario, basado en los principios de fraccionamiento y desincronía de las respuestas de ansiedad, separa las puntuaciones de las manifestaciones (motriz, fisiológica y cognitiva) de ansiedad. Las respuestas en este cuestionario son concretas, a fin de que el profesional puede validar la información.

## **2. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

### **2.1. DEFINICIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Las Sustancias psicoactivas, conocidas con diversos nombres, mas, por antonomasia *drogas*, “han sido utilizadas por la mayoría de culturas desde tiempos prehistóricos” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999) pero su patologización posiblemente no lleva más de 200 años (Apud & Romaní Alfonso, 2016, pág. 116), nos queda claro que el consumo es relativamente normal en cualquier sociedad y no precisa ser una patología. Entonces, hemos de delimitar qué son las sustancias psicoactivas y la diferencia entre los términos que abarca el consumo de sustancias. Como Beck, Wright, Newman, y Liese (1999, pág. 20). constriñen, “las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento de la persona que abusa de los mismos, su estado de ánimo y/o sus conductas”

Las sustancias psicoactivas, conocidas comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. (...) Actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular los estados de ánimo, pensamiento y motivaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2005, pág. 2)

En términos sencillos “las sustancias o drogas son psicoactivas pues alteran los estados de ánimo, procesos de pensamiento y otros estados psicológicos” (Sue, Wing, & Sue, 2010) o como Barlow y Durand (2008, pág. 360) que simplemente definen a las sustancias psicoactivas como aquello que alteran el estado de ánimo y/o la conducta

En definitiva, las sustancias psicoactivas, también llamadas drogas psicoactivas, son productos químicos que tienen influencia sobre el sistema nervioso central alterando así los estados de ánimo, la conducta, los procesos cognitivos y la motivación.

### **2.2. NIVELES DE PARTICIPACIÓN**



Es conocida la secuencia que converge en consumo problemático de sustancias, por diferentes situaciones: el uso experimental o inicial de una sustancia; el consumo aumenta hasta considerarse un abuso para suplir necesidades como p.ej. reducir la tensión o ansiedad, satisfacción hedónica, entablar relaciones sociales; y por último se genera procesos psicofisiológicos que devienen en fenómenos de tolerancia, *craving*, abstinencia, *ergo*, dependencia. Por esta razón vale la pena dilucidar a través de terminología adecuada cuáles son las diferencias entre un uso lúdico no perjudicial de sustancias y el consumo problemático (Sue, Wing, & Sue, 2010).

### **2.2.1. Consumo de Sustancias**

Según Barlow y Durand (2008, pág. 360), el consumo de sustancias es la ingestión de las ya mencionadas sustancias psicoactivas “en cantidades moderadas de manera que no interfieren de manera significativa” en ningún área del funcionamiento.

### **2.2.2. Intoxicación por sustancias**

El proceso de intoxicación por sustancias es la reacción fisiológica tras suministrar una sustancia al cuerpo. Según Palomo y Jiménez-Arriero (2009, pág. 467), intoxicación es el término usado para denominar a los “cambios conductuales o comportamentales clínicamente significativos que se presentan tras el consumo”. La intoxicación es un estado transitorio tras la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas que alteran la conciencia, cognición, percepción, estado afectivo, comportamiento u otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas (Organización Mundial de la Salud, 1992, pág. 100).

### **2.2.3. Abuso**

Sue, Wing, y Sue (2010), mencionan que el abuso de sustancias es el “patrón inadaptado de uso recurrente” durante más de 12 meses, que genera un “deterioro o angustia” donde el consumo “continúa a pesar de los problemas sociales, ocupacionales, psicológicos, físicos o de seguridad”. Palomo y Jiménez-Arriero (2009) recuerdan que según el Colegio Británico de

Psiquiatras el consumo de una sustancia ilegal ya es un abuso de ella. Se califica el abuso de drogas como “la ingestión de una droga hasta el punto de perjudicar el bienestar biológico o psicológico del individuo” (Berger Stassen, 2006, pág. 456). Por último, pero por supuesto, no menos importante, la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) enuncia el abuso de sustancias como “Consumo perjudicial” diciendo de él que se trata de una forma de consumo que está afectando la salud física o mental que pueden ser denunciadas por terceros y traen consecuencias sociales adversas (Organización Mundial de la Salud, 1992, págs. 102 - 103).

#### **2.2.4. Dependencia**

La dependencia de una o varias drogas depende de dos factores fisiológicos, el fenómeno de tolerancia (necesidad sucesiva de mayores cantidades de sustancia para satisfacer o experimentar la sensación inicialmente sentida) y la abstinencia (la respuesta física al cese del consumo), que también pueden estar acompañadas de la búsqueda incesante de la droga para saciación y la recaída después de la abstinencia del consumo (Barlow & Durand, 2008, pág. 362). Mas, el Síndrome de Dependencia en términos de la CIE-10, son un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas donde el consumo de drogas adquiere máxima prioridad; y sus características incluyen el deseo fuerte de consumir la sustancia, además, “la recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes” (Organización Mundial de la Salud, 1992, pág. 103).

### **2.3. PATOLOGÍA DUAL**

Las personas con trastornos psicológicos muestran 2,7 veces más probabilidad de padecer un trastorno de consumo de sustancias, al parecer, aproximadamente un 37% de individuos con abuso de sustancias padecen además de un trastorno mental clínico (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999, pág. 30).

“En un sentido estricto, patología dual, refiere a la concomitancia de sólo dos trastornos” (Becoña Iglesias, y otros, 2010). La patología dual según Palomo y Jiménez-Arriero (2009, pág. 479) es definida como “la coexistencia de un trastorno por dependencia de sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico”. La relación entre ambas patologías puede observarse como dos tipos de trastornos independientes que pueden o no “coincidir en el tiempo” teniendo un curso propio o como dos tipos de trastornos independientes que interactúan entre sí modificando la apariencia de la patología, el curso o la evolución, “dando lugar a otro trastorno con dinámica propia”. Además, se puede llamar patología dual a esta dependencia que presenta a nivel etiológico, de curso y pronóstico las patologías observadas. En cuanto a consumo respecta, la patología dual cala más en la vida del individuo haciéndolo vulnerable a una retroalimentación de su hábito de consumo.

La importancia de la patología dual radica en la concomitancia tan relacionados y unidos entre el consumo y otros desórdenes clínicos, para efecto de la presente investigación se tomará en cuenta que la ansiedad es el síndrome más común en dualidad con consumo de sustancias. Beck (1999) expone todo un proceso de recogida de información para enfocar el consumo de sustancias con otros padecimientos:

La conceptualización del caso debe evaluar y la integración de la información histórica, el diagnóstico psicológico, el perfil cognitivo y otros aspectos del funcionamiento:

Ψ **Datos pertinentes sobre la infancia:** Experiencias que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de creencias nucleares. No son necesariamente traumáticas, pero pueden ser mensajes tempranos que los niños reciben sobre ellos mismos para formar puntos de vistas sobre sí mismos.

Ψ **Problemas personales actuales:** aquellos que contribuyen y perpetúan al abuso de sustancias, los que dan inicio y las secuelas del abuso, causas y consecuencias.

Ψ **Esquemas y creencias nucleares:** creencias que reflejan cómo se ve a sí mismo.

Ψ **Reglas, creencias o supuestos condicionales:** ayudan a afrontar sus creencias nucleares.

Ψ **Estrategias compensadoras:** Conductas que también ayudan a afrontar creencias nucleares. Frecuentemente son compulsivas, inflexibles, inapropiadas y no adaptativas. No suelen proteger de dudas escondidas, miedos secretos y autoconceptos negativos.

Ψ **Situaciones vulnerables:** circunstancias problemáticas en las que las creencias nucleares y las creencias asociadas a las drogas llegan a estar activas.

Ψ **Creencias y pensamientos automáticos:** Activan las creencias nucleares y potencian los impulsos y el craving. (en especial sobre las drogas)

Ψ **Emociones:** asociadas a pensamientos o creencias automáticas concretos, parten de un procesamiento cognitivo.

Ψ **Conductas:** producto final de las situaciones vulnerables, la activación de las creencias, pensamientos automáticos y emociones. (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999)

El consumo, problemático o no, está relacionado con más factores ambientales, culturales y el amplio bagaje de creencias, inferencias, esquemas y estrategias de cada individuo.

## 2.4. CONSUMO NO PATOLÓGICO

El consumo de sustancias psicoactivas “está en todas las culturas y se usa con fines espirituales, lúdicos” y para poder alterar los estados de conciencia y superarse o afrontar los problemas cotidianos. El consumo problemático genera síntomas y estados característicos: la intoxicación, la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la dependencia (Becoña, 2008). El consumo regular de sustancias causa: tolerancia; cambios del estado de ánimo, irritabilidad; problemas para dormir; dificultades económicas, con la ley, con las relaciones interpersonales;

genera dificultades para mantener un trabajo o con los estudios; problemas cognitivos relacionados con la memoria o la atención (Organización Mundial de la Salud, 2005).

## **7. LABOR, JORNADA NOCTURNA Y RITMOS CIRCADIANOS**

### **7.1. LABOR**

Labor es la acción de trabajar y el resultado de esta acción (Real Academia Española, 1970). En la misma medida en que trabajo implica una relación de actividad entre el hombre, sus dispositivos físicos y biológicos, y el medio circundante, su apreciación está históricamente dominada por el tipo particular de vínculo que se postula como humano entre el individuo, la sociedad y la naturaleza.

El desarrollo del conocimiento sobre la sociedad evoluciona a partir de representaciones de sí misma y su estratificación. En la infancia, la existencia de clases sociales basadas en medidas económicas aparece como una cuestión de roles sociales derivadas de la profesión de cada individuo. Para un niño, el trabajo es algo importante para ganar dinero, pero la idea de trabajo que poseen los niños es trabajar mucho: quien trabaja mucho, gana mucho dinero; sin tener en cuenta qué trabajo se desarrolla ni qué cualidades tiene. Posiblemente, a lo largo de la adolescencia el individuo generará una idea más realista considerando más variables que dificultan la consecución de un trabajo. (López, Etxebarria, Fuentes, & Otriz, 2012).

### **7.2. JORNADA NOCTURNA**

El artículo 49 del código del trabajo de Ecuador define la jornada nocturna como tal que se realiza entre las 19H00 y las 06H00 del día siguiente. Se ha encontrado que los trabajos por jornadas no se relacionaban con el síndrome de *burnout*, pero que las enfermeras en rotación en turnos nocturnos sufrían más en términos de bienestar que otras enfermeras (Jamal & Baba, 1997). Un estudio llevado tomando muestras en toda Europa, se preguntó a los entrevistados sobre problemas de salud basados en si trabajaban o no los fines de semana. Los resultados fueron altamente consistentes al mostrar que la gente que trabaja los sábados tiende más a reportar efectos adversos en su salud que aquellos que no trabajan los fines de semana (Boisard, Cartron, Gollac, & Valeyre, 2003).

“Las personas que laboran en horario nocturno no sólo tienen problemas para permanecer despiertas, sino que además son menos productivas y más susceptibles a accidentarse en comparación con personas que trabajan de día” (Feldman, 2001). Los efectos más comúnmente identificados en la salud de estas personas con jornadas laborales diferentes incluían alteraciones del sueño, que generalmente perdura hasta en días libres (Torbjörn, 1998). Siguiendo a Boisard, Cartron, Gollac, & Valeyre (2003, págs. 18-19); el trabajo nocturno afecta a un 19% de trabajadores, un tercio de ellos trabajan entre una y cuatro noches por mes; otro tercio entre cinco y nueve noches por mes; y el último tercio trabajan más de diez noches al mes. Alrededor de un 68% de trabajadores (muestra dentro de la unión europea) trabaja al menos una jornada nocturna al mes y consideran que afecta a su salud manifestándose con problemas auditivos, problemas que afectan la piel, dolores de espalda, de estómago, lesiones, distrés, agotamiento, insomnio e irritabilidad. El insomnio está presente en aproximadamente un 18.2% de los trabajadores nocturnos, así, sólo un 5,9% en trabajadores de jornada normal. Además, el trabajo nocturno irrumpe en los ritmos sociales y naturales de los individuos afectando su ritmo circadiano.

### 7.3. EL RITMO CIRCADIANO

Tanto en el reino animal como en el vegetal existen ritmos diarios en la conducta y en los procesos fisiológicos conocidos como ritmos circadianos (del latín *circa*, que significa “en torno de” y *dies*, que alude a “día”) (Carlson, 1996). El Ritmo Circadiano es un patrón regular de fluctuación en la fisiología o conducta normalmente relacionado con el ciclo de luz-oscuridad de 24 horas de duración (Hales, Yudofsky, & Talbott, 1996). Sin embargo, Carlson (1996, pág. 251) menciona que los ritmos (circadianos) no son sólo respuestas pasivas a los cambios de iluminación, también “son controlados por mecanismos internos”, la luz es simplemente un el sincronizador (*zeitgeber*) principal y está controlado por los núcleos supraquiasmáticos del hipotálamo.

Actualmente un gran porcentaje de población adulta padece alteraciones en el ritmo circadiano, principalmente como consecuencia de los horarios laborales. En la sección anterior se ha manifestado ya que los trabajadores de horario nocturno tienen mayores complicaciones en su salud que los trabajadores de horarios convencionales.

## **7.4. EL SÍNDROME DEL TRABAJADOR NOCTURNO**

El trabajador nocturno eventualmente se puede ver afectado por trastornos nerviosos relacionados a la fatiga, por trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales y pérdida de apetito. Los estragos del trabajo por turnos y la jornada laboral nocturna no son fáciles de evidenciar, principalmente debido a que las alteraciones en la salud no surgen de manera inmediata (Úbeda Asensio , s.f.).

### **7.4.1. Trastornos nerviosos relacionados a la fatiga**

Los síntomas comunes comprenden la “astenia física, manifiesta como una sensación de laxitud y abatimiento” generando dificultades a nivel intelectual “con sensación de cabeza vacía, faltas, errores” (Ávila Darcia, 2016). Las dificultades del trabajo y de la vida cotidiana agravan la situación pudiendo derivar en manifestaciones de ansiedad y sintomatología de tipo vegetativa.

### **7.4.2. Trastornos del sueño**

En los trastornos del sueño característicos del síndrome asténico los trabajadores sienten una tendencia al sueño diurno e insomnio nocturno (Úbeda Asensio , s.f.). En trabajadores de jornada nocturnos la tasa de trastornos de sueño llega al 90% (Miró, Cano-Lozano, & Buela-Casal, 2005).

### **7.4.3. Trastornos gastrointestinales y pérdida de apetito**

Los trastornos gastrointestinales tienen una alta incidencia en empleados de jornada nocturna. Dichos problemas en la salud se deben principalmente por la ingestión de alimentos en horario nocturno, rompiendo el ritmo circadiano digestivo (Ávila Darcia, 2016)



## **6. METODOLOGÍA**

### **8. TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio será de tipo cuanti-cualitativo (mixto), se realizarán entrevistas que reúna información sobre el trabajo nocturno, sintomatología ansiosa, y consumo de sustancias. Para corroborar la información recogida a lo largo de la entrevista, se aplicará instrumentos estandarizados que ayuden a dilucidar un rango normativo de ansiedad y consumo de sustancias.

Debido a la variedad de la naturaleza humana, el presente estudio será holístico, por ello, tomando en cuenta lo particular de cada entrevistado y buscando similitudes con lo demás para encontrar una frecuencia y encausar el estudio hacia la nomotética.

### **9. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Será un estudio transversal de carácter prospectivo. Se tomará información fenomenológica sobre su situación laboral y posible sintomatología de ansiedad y consumo de sustancias.

Se desarrollará un diseño descriptivo-correlacional de las variables. La descripción bibliográfica de las variables no basta para poder entender el fenómeno de la sintomatología y manifestaciones de ansiedad presentes en trabajadores de jornada nocturna y si esta ansiedad se relaciona o no en el consumo de sustancias. Se medirá la frecuencia de trabajadores nocturnos que presenten manifestaciones de ansiedad; sus síntomas serán explicados en características, intensidad, frecuencia y cronicidad; por último, se explorará la frecuencia con la que los trabajadores recurren al consumo de sustancias como herramienta para afrontar la jornada laboral y la ruptura del ritmo circadiano.

## **10. UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo abarca 100 trabajadores de jornada nocturna y eventuales que actualmente laboran en la ciudad de Loja.

### **3.1. MUESTRA**

La muestra se relacionará mediante el muestreo no probabilístico debido a que será escogida de manera intencional y estará conformada por hombres y mujeres que se encuentren ejerciendo labores en jornadas nocturnas comprendidas entre las 19H00 hasta las 06H00.

#### **10.1.1. Criterios de inclusión**

Personas que trabajen a lo largo de jornadas nocturnas y cumplan por noche como mínimo 4 horas de trabajo entre las 19H00 y 06H00; al menos cuatro noches a lo largo de un mes.

#### **10.1.2. Criterios de exclusión**

Personas que no cumplan más de 12 horas de trabajo nocturno mensual.

## 10.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala	Fuente	Codificación
Información Sociodemográfica  Variables intervinientes	Recaba información sobre las condiciones actuales de vida	Nacionalidad	País natal:	Cualitativa	Nominal	Entrevista clínica	Nacional (1)  Extranjero (2)
		Edad	Fecha de Nacimiento:	Cuantitativa	Nominal	Entrevista clínica	(variable)
		Residencia	Lugar donde reside:	Cualitativa	Nominal	Entrevista clínica	(variable)
		Sexo	Características físicas:  sexuales	Cualitativa	Nominal	Entrevista clínica	Masculino (3)  Femenino (4)

		Estado civil	Ψ Soltero Ψ En una relación Ψ Casado Ψ Unión Libre	Cualitativa	Nominal	Entrevista clínica	Soltero (5) En una relación (6) Casado (7) Unión Libre (8)
		Profesión	¿Cuál es su profesión actual?	Cualitativa	Nominal	Entrevista clínica	(variable)
		Edad de primera profesión	¿A qué edad empezó su vida laboral?	Cuantitativa	Nominal	Entrevista clínica	(variable)
		Nivel de Instrucción	Ψ ¿Actualmente estudia?	Cualitativa Cuantitativa	Ordinal	Entrevista clínica	Sí (9) No (10)

			<p>Ψ ¿Cuántos años de estudio ha culminado?</p>				(Variable)
			<p>Ψ ¿Hasta qué nivel de Instrucción ha llegado?</p>				<p>Básico (11)</p> <p>Bachillerato (12)</p> <p>Universidad (13)</p> <p>Especialización (14)</p>
Trabajo durante jornada nocturna	Jornada que se realiza entre las	Labor	¿Qué cargo ocupa?	Cualitativa	Nominal	Entrevista clínica	(Variable)

Variable dependiente	19H00 y las 06H00 del día siguiente.	Tiempo en el puesto de trabajo	¿Cuánto tiempo lleva trabajando aquí?	Cuantitativa	Razón	Entrevista clínica	(Variable)
		Carga horaria semanal	¿Cuántas horas trabaja por semana?  (una aproximación en su defecto)	Cuantitativa	Intervalo	Entrevista clínica	<20 (15) =20 (16) >20 (17)
		Noches por semana	¿Cuántas noches por semana labora?	Cuantitativa	Razón	Entrevista clínica	(Variable)
		Inicio de Jornada	¿A qué hora empieza a laborar?	Cuantitativa	Razón	Entrevista clínica	(Variable)



							Mínima (25)
		Ansiedad Motriz	Situaciones vs. Respuestas de Ansiedad	Cualitativa	Ordinal		Extrema (26) Severa (27) Moderada (28) Mínima (29)
		Ansiedad Total	Situaciones vs. Respuestas de Ansiedad	Cualitativa	Ordinal		Extrema (30) Severa (31) Moderada (32) Mínima (33)





			causado problemas en los últimos tres meses?				Riesgo moderado (4-26)
			P5: ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?				Riesgo Alto (>27)
		Cocaína	P6: si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.	Cualitativa	Ordinal		Riesgo Bajo (0-3) Riesgo moderado (4-26) Riesgo Alto (>27)
		Estimulantes	P7: si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.	Cualitativa	Ordinal		Riesgo Bajo (0-3) Riesgo moderado (4-26) Riesgo Alto (>27)

		Inhalantes	P8: si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.	Cualitativa	Ordinal		Riesgo Bajo (0-3) Riesgo moderado (4-26) Riesgo Alto (>27)
		Sedantes		Cualitativa	Ordinal		Riesgo Bajo (0-3) Riesgo moderado (4-26) Riesgo Alto (>27)
		Alucinógenos		Cualitativa	Ordinal		Riesgo Bajo (0-3)

							Riesgo moderado (4-26)  Riesgo Alto (>27)
		Opiáceos		Cualitativa	Ordinal		Riesgo Bajo (0-3)  Riesgo moderado (4-26)  Riesgo Alto (>27)
		Otros		Cualitativa	Ordinal		Riesgo Bajo (0-3)  Riesgo moderado (4-26)  Riesgo Alto (>27)

### **10.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)**

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), sexta edición es un inventario que incluye tanto situaciones como respuestas de ansiedad. Recoge conductas o respuestas que pertenecen a los tres diferentes sistemas: cognitivo, fisiológico y motor; obteniendo puntuaciones para cada uno de ellos. Las relaciones entre las subescalas del ISRA y el total son altamente significativas en todos los grupos ( $P \leq 0,001$ ). La fiabilidad del test fue medida mediante el método test-retest y resultó más elevada que otros tests de ansiedad a pesar de haber transcurrido dos meses para tomar el retest. Una muestra de 1209 sujetos demuestra la alta consistencia interna del test y sus partes oscilando entre 0,95 y 0,99; donde cognitivo=0,96; fisiológica=0,98; motor=0,95; y total=0,99. El ISRA nos ofrece dos posibilidades en baremación: una población clínica con diagnóstico de alguno de los trastornos de ansiedad, o uno en población normal. En el presente proyecto se utilizará el baremo de población normal.

#### **10.3.2. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST)**

La prueba fue desarrollada por la OMS en respuesta a la abrumadora carga que el consumo de sustancias psicoactivas supone en el mundo. La tercera versión de la prueba consiste de un cuestionario dirigido a usuarios de sustancias. Consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral por lo que puede utilizarse en gran variedad de culturas para detectar el consumo de: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas. También ofrece información sobre el consumo y problemas relacionados con el consumo de sustancias, como el consumo regular, el consumo dependiente o de ‘alto riesgo’. El resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados con el consumo de sustancias, y si el consumo es peligroso. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones.

Se realizó un estudio no experimental, ex post facto con una muestra de 1.176 estudiantes universitarios mexicanos. El 70,1% eran mujeres, el 89,5% tenían entre 18 y 23 años y el 87,5% eran solteros. Se obtuvo la fiabilidad mediante la prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach. La validez concurrente se determinó con pruebas de correlación entre el ASSIST, AUDIT, FTND y CAD-20; se realizaron análisis factoriales exploratorio y confirmatorio para evaluar la validez de constructo. Se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76) y marihuana (alfa = 0,73). La subescala de alcohol obtuvo una correlación significativa con la puntuación total del AUDIT ( $r = 0,71$ ). La prueba de sensibilidad y especificidad mostró que al usar una calificación de 8 como punto de corte en la subescala de alcohol se obtiene un mejor balance entre ambos indicadores (83,8% y 80%, respectivamente), así como un área bajo la curva (ROC) mayor (81,9%). La versión autoaplicable del ASSIST es un instrumento de cribado aceptable, válido y sensible para la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias. (Tiburcio Sainz, et al, 2016)

Una investigación llevada a cabo por Linage Rivadeneyra & Gómez-Maqueo (2013) aplicada a estudiantes mexicanos para comprobar la validez del ASSIST menciona que:

Estudios previos en otros países, han demostrado que el ASSIST posee validez de constructo, concurrente y discriminativa, así como confiabilidad test-retest adecuadas. Este instrumento permite clasificar a los individuos en tres niveles de riesgo en relación al consumo de sustancias (bajo, moderado y alto). El trabajo se realizó en dos estudios con una muestra total de 245 jóvenes, reclutados de dos bachilleratos públicos del Distrito Federal, mediante un muestreo aleatorio simple estratificado. Los instrumentos empleados fueron: ASSIST; AUDIT; Fagerström y el DAST-10. Los resultados mostraron validez concurrente mediante correlaciones significativas entre las puntuaciones del ASSIST y las puntuaciones del AUDIT ( $r=0.50$ ), Fagerström ( $r=0.61$ ) y DAST-10 ( $r=0.30$ ). La prueba presentó estabilidad temporal con coeficientes de correlación intraclase (CCI) aceptables y estadísticamente significativos, en un rango de 0.20 al 0.84. Los hallazgos sugieren que el ASSIST es una prueba válida, confiable y de aplicación sencilla para la identificación y manejo de estudiantes que presentan consumo riesgo bajo y moderado de sustancias, en escenarios escolares.

#### **10.4. PROCEDIMIENTO**

Se buscará lugares que brinden servicios nocturnos en donde existan trabajadores con disposición para ayudar a la investigación. Se procederá a presentarse, se entablará una conversación con un candidato donde se explique brevemente el tema de la investigación, las variables y las razones por las cuales se realizará el estudio. Se hablará acerca de la confidencialidad del estudio y finalmente se preguntará si el candidato está dispuesto a participar.

De brindar una respuesta afirmativa se procederá a explicar el consentimiento informado y posteriormente a firmarlo, se solicitarán datos como nombres completos, lugar de trabajo, número de contacto, lugar y fecha donde se pueda realizar la entrevista y si desea o no conocer los resultados de la evaluación y del estudio.

La entrevista se llevará a cabo individualmente en un ambiente escogido por cada participante. Se recogerán datos de filiación, de contacto, sobre su historial laboral, sobre su labor actual, datos acerca de su posición y rol familiar, problemas cotidianos, consumo de sustancias y percepción de ánimo ansioso.

Habiendo terminado la entrevista se procederá a la aplicación de instrumentos. Se explicará brevemente las manifestaciones ansiosas y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Habiendo quedado claro, será aplicado. Se aclarará la alta tendencia al consumo de sustancias y su relación con la ansiedad y la jornada nocturna. Se justificará el uso de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Se suministrará el ASSIST. Por último, se agradecerá al participante y motivará para realizar preguntas sobre la investigación o los temas abarcados por la misma.

Una vez culminada la sesión, se calificará los instrumentos en privado y se tabulará semanalmente. Con la tabulación será más fácil realizar el análisis de datos obtenidos y buscar la correlación de las variables. Los resultados obtenidos serán analizados a través del programa Statistical Package for Social Science (SPSS).









**8. PRESUPUESTOS Y FINANCIAMIENTO**

<b>Materiales</b>	<b>Costo</b>
Bibliografía	200
Computador Portátil	1240
Proyector	30
Impresiones	40
Fotocopias	180
Empastado de Tesis	150
Transporte	40
Anillados	30

Imprevistos	300
<b>Total</b>	2210

La presente investigación será financiada por el autor.

## 9. REFERENCIAS

- Úbeda Asensio , R. (s.f.). NTP 260: Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Quinta ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Apud, I., & Romaní Alfonso, O. (Julio de 2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125. doi:10.21134/haaj.v16i2.267
- Ávila Darcia, S. (Marzo de 2016). Implicaciones Del Trabajo Nocturno. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(1), 1-9.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2008). *Psicopatología*. Madrid, España: Paraninfo.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias* (Primera ed.). (A. Rodríguez Fornells, Trad.) Madrid, España: Paidós. Recuperado el 16 de Diciembre de 2018
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, C., Berdullas Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., . . . Villanueva Blasco, V. J. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (Vol. I, págs. 375-412). Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.

- Bellack, A. S., & Lombardo, T. W. (1984). Measurement of Anxiety. En S. M. Turner, & S. M. Turner (Ed.), *Behavioral Theories and Treatment of Anxiety* (págs. 51-81). New York: Springer US.
- Berger Stassen, K. (2006). *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia* (Séptima ed.). (D. Klajn, & A. Latrónico, Trads.) Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A. Recuperado el 26 de 12 de 2018
- Boisard, P., Cartron, D., Gollac, M., & Valeyre, A. (2003). *Time and Work: duration of work*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Booker, L. A., Magee, M., Rajaratnam, S. M., Sletten, T. L., & Howard, M. E. (2018). Individual vulnerability to insomnia, excessive sleepiness and shift work disorder amongst healthcare shift workers. A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 1-47.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de la Psicología Fisiológica* (Tercera ed.). (L. Pearson, Ed., & J. A. Barrientos Silva, Trad.) Ciudad de México, México: Prentice-Hall. Recuperado el 1 de Noviembre de 2018
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., De la Rosa Zabala, K. L., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, 224-241.
- Feldman, R. F. (2001). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana* (Cuarta ed.). (J. A. Velázquez Arellano, Trad.) México D.F., México: McGraw-Hill.
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanromán, R., Valle Barbosa, M. A., & Vega López, M. G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital

- de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, XIII(1), 1-17.
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C., & Talbott, J. A. (1996). *Tratado de Psiquiatría* (Segunda ed.). Barcelona, España: Ancora, S.A. Mallorca.
- Jamal, M. J., & Baba, V. V. (1997, July). Shiftwork, burnout, and well-being: A study of Canadian Nurses. *International Journal of Stress Management*, IV(3), 197-204. doi:10.1007/BF02765324
- Kaplan, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Sinopsis de Psiquiatría*. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health.
- Linage Rivadeneyra, M., & Gómez-Maqueo, M. L. (2013). Propiedades psicométricas del ASSIST en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Española de Drogodependencias*, XXXVIII(1), 37-51.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. J., & Otriz, M. J. (2012). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid, España: Pirámide.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano-Videl, A., & García Fernández, J. M. (Octubre de 2012). Estado Actual de la Investigación sobre la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, XVIII(2-3), 201-2019.
- Maurizio, R. (2016). *Non-standard forms of employment in Latin America: Prevalence, characteristics and impacts on wages*. Geneva: International Labour Office.
- Miró, E., Cano-Lozano, M. d., & Buena-Casal, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*(14), 11-27.
- Molina Delgado, J. L. (Diciembre de 2014). Influencia del trabajo nocturno en la salud de médicos, enfermeras e internos del Hospital IESS- Latacunga. *Tesis Pregrado*.

Latacunga, Ecuador. Obtenido de  
<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/2899>

Moreno Jiménez, B. (2007). *Psicología de la personalidad. Procesos* (Primera ed.). Madrid, España: Thomson. Recuperado el 7 de Diciembre de 2018

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades, Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (J. J. Lopez Ibor, Trad.) Madrid, España: Meditor. Recuperado el 1 de Agosto de 2018

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2018, de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Palomo, T., & Jiménez-Arriero, M. Á. (2009). *Manual de Psiquiatría*. Madrid, España: Grupo ENE Publicidad, S. A.

Perrin, M. (Diciembre de 1992). Enfoque antropológico sobre las drogas. *Usos y Abusos de Sustancias Psicoactivas y Estados de Conciencia*, 1(1), 31-51. Recuperado el 21 de 12 de 2018

Real Academia Española. (1970). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A.

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada* (Undécima ed.). (L. Gaona Figueroa, Ed., B. C. Nuding Fleischmann, & M. G. Martínez Gay, Trads.) México: Pearson Education. Recuperado el 02 de Noviembre de 2018



- Sue, D., Wing, D., & Sue, S. (2010). *Psicopatología: Comprendiendo la Conducta Anormal* (Novena ed.). México, D.F., Santa Fe, México: CENGAGE Learning. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018
- Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M. G., Natera Rey, G., Martínez Vélez, N. A., Carreño García, S., & Pérez Cisneros, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, XVIII(1), 19-27.
- Tobal, M., & Cano, V. (2007). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (Sexta ed.). Madrid, España: TEA Ediciones. Recuperado el 17 de 12 de 18
- Torbjörn, A. (1998). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Sleep Medicine Reviews*, II(2), 117-128. doi:doi.org/10.1016/S1087-0792(98)90004-1
- Twenge, J. M. (2000). The Age of Anxiety? Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism, 1952 - 1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007-1021. doi:DOI: 10.1037//OO22-3514.79.6.1007
- Viedma, M. I. (2008). Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: Implicaciones clínicas. *Tesis Doctoral en Psicología de la Universidad de Granada*. España: Editorial de la Universidad de Nueva Granada.