



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LOS NIVELES DE ESTRÉS Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL DE LA COMPAÑÍA
CEPEDA DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE
2012- ENERO 2013.”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Toapanta López, Gabriela Patricia

Tutor: Psc. López Castro, Walter Javier

Ambato - Ecuador

Abril, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“LOS NIVELES DE ESTRÉS Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL DE LA COMPAÑÍA CEPEDA DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012- ENERO 2013” de Gabriela Patricia Toapanta López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2014

EL TUTOR

.....
Psc. López Castro, Walter Javier

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“LOS NIVELES DE ESTRÉS Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL DE LA COMPAÑÍA CEPEDA DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012- ENERO 2013”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusivas responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2014

LA AUTORA

.....
Gabriela Patricia Toapanta López

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora

Ambato, Enero del 2014

LA AUTORA

.....
Gabriela Patricia Toapanta López

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“LOS NIVELES DE ESTRÉS Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL DE LA COMPAÑÍA CEPEDA DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012- ENERO 2013”** de Gabriela Patricia Toapanta López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Abril 2004

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1^{er} VOCAL

.....
2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este Trabajo de Tesis, especialmente:

a Dios por darme la oportunidad de vivir, por iluminarme, guiarme en este camino, por darme fortaleza; a mi familia, a mi papi Héctor, mami Silvia y mi gordo Josué; quienes a lo largo de mi vida me brindaron su amor, comprensión y educación, quienes depositaron toda su confianza en mí, de igual forma a Diego C. por su apoyo y comprensión.

También esta tesis la dedico a un angelito que me cuida, mi CAMI, quien me demostró la fortaleza de la vida. Por esta y varias razones más les quedo agradecida por creer en mí, por ser parte de esta meta cumplida, por formar de mí una mujer llena de fortalezas y virtudes, una gran profesional, y el triunfo no solo es mío sino de todos ustedes.

Gabriela Toapanta López

AGRADECIMIENTO

La presente Tesis es esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas, principalmente mis papis, mi hermano Josué, también Diego, y varias personas que opinaron, me dieron ánimos, y estuvieron en los momentos más difíciles y los más felices de mi vida, como son mis dos grandes amigas Ale y Gaby, quiero agradecer a todas esas personas que siempre estuvieron junto a mí.

Además agradezco a la Compañía CEPEDA, por abrirme sus puertas y prestarme toda la atención debida.

A mi Tutor de Tesis, Psc. López, Castro Javier, por su entereza y generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, amistad y de respeto, las mismas que fueron fundamentales para el acopio de mi Tesis.

Gabriela Toapanta López

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	xiv
RESUMEN.....	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	3
1.2.1.1 MACRO.....	3
1.2.1.2 MESO.....	6
1.2.1.3 MICRO.....	8
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO	11
1.2.3 PROGNOSIS	12
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13

1.2.5	PREGUNTAS DIRECTRICES	13
1.2.6	DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN	13
1.2.6.1	DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO.....	13
1.3	JUSTIFICACIÓN	14
1.4	OBJETIVOS	15
1.4.1	OBJETIVO GENERAL.....	15
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
CAPÍTULO II		16
MARCO TEÓRICO.....		16
2.1	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	16
2.2	FUNDAMENTACIÓN	17
2.2.1	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	17
2.2.2	FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA	18
2.2.3	FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA	18
2.2.4	FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA.....	19
2.2.5	FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA.....	19
2.2.6	FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	19
2.2.7	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	21
2.3	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	23
2.3. Argumentación Científica de las Categorías Fundamentales.....		26
2.3.1. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (Variable Independiente)		26
2.3.1.1 TIPOS DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADOS DE ÁNIMO		27
2.3.2 ANSIEDAD		28
2.3.2.1 Tipos de ansiedad.....		29

2.3.3	ESTRÉS.....	30
2.3.3.1	Causas del Estrés.....	31
2.3.3.2	Fases de Estrés:.....	32
2.3.3.3	Respuestas del individuo al estrés.....	32
2.3.3.4	Eustrés (Estrés positivo).....	35
2.3.3.5	Distres (Estrés Negativo).....	36
2.3.4	NIVELES DE ESTRÉS.....	36
2.3.5	COMPORTAMIENTO (Variable Dependiente).....	37
2.3.5.1	Elementos que interviene en el comportamiento.....	38
2.3.5.2	El organismo y sus formas de respuesta.....	38
2.3.5.3	Factores innatos y factores del comportamiento.....	38
2.3.5.4	El papel del sistema nervioso en el comportamiento.....	39
2.3.6	CONDUCTA.....	40
2.3.7	HÁBITO.....	41
2.3.7.1	Hábito de consumo.....	42
2.3.8	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	42
2.3.8.1	Definición de Sustancias Psicoactivas.....	43
2.3.8.2	Clasificación de las Sustancias Psicoactivas.....	43
2.3.8.3	Clasificación de Sustancias Psicoactivas.....	46
2.4	HIPÓTESIS.....	56
2.4.1	HIPÓTESIS NULA (H_0).....	56
2.4.2	HIPÓTESIS ALTERNA (H_1).....	56
2.5	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	57
2.5.1.	Variable independiente:.....	57

2.5.2. Variable dependiente:	57
2.5.3. Unidad de observación:	57
2.5.4. Términos de relación:	57
CAPÍTULO III	58
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	58
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	58
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
3.2.1 Investigación Bibliográfica – Documental	58
3.2.2 Investigación de Campo.....	58
3.2.3 De Intervención Social.....	58
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	59
3.4 POBLACIÓN.....	59
3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	60
3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	60
3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE:.....	65
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	67
3.6.1. INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTRÉS INDIVIDUAL... 67	
3.6.2. ENCUESTA PARA MEDIR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	67
3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	68
CAPÍTULO IV	70
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	70
4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO PARA MEDIR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	85
4.3 VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	97

4.3.1 HIPÓTESIS GENERAL	97
CAPÍTULO V	100
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	100
5.1 CONCLUSIONES	100
5.2 RECOMENDACIONES	101
CAPÍTULO VI.....	102
PROPUESTA.....	102
6.1 DATOS INFORMATIVOS:	102
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	102
6.3 JUSTIFICACIÓN	103
6.4 OBJETIVOS GENERAL.....	104
6.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	105
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	105
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA	105
6.6.1 RAÍCES HISTÓRICAS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA	106
6.6.2 LA TERAPIA COGNITIVA DE A. BECK	106
6.6.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA.....	108
6.6.2.1.1. Las Creencias.....	108
6.6.3 TECNICAS COGNITIVAS:	113
6.7. METODOLOGÍA - MODELO OPERATIVO	117
6.8 ADMINISTRACIÓN.....	123
6.8.1 Recursos Físicos o Institucionales	123
6.8.2 Recursos Humanos	123
6.8.3 Recursos Materiales.....	123

6.8.4 Presupuesto	123
6.9 CRONOGRAMA.....	124
6.10 PLAN DE MONITOREO.....	125
6.11 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	125
3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
1. BIBLIOGRAFÍA	126
2. LINKOGRAFÍA	127
3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA	127
ANEXO 1	129
ANEXO 2.....	131

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

1) GRÁFICOS

Gráfico No 1: Árbol de Problema	10
Gráfico No2: Categorías Fundamentales	23
Gráfico No3: Red Conceptual de la Variable Independiente.....	24
Gráfico No4: Red Conceptual Variable Dependiente	25
Gráfico No5: Niveles de Estrés.....	70
Gráfico No6: Porcentajes de Estilo de Vida	74
Gráfico No7: Porcentajes de Ambiente.....	76
Gráfico No8: Porcentajes de Síntomas	78
Gráfico No9: Porcentajes de Empleo/Ocupación	80
Gráfico No10: Porcentajes de Relaciones.....	82
Gráfico No11: Porcentajes de Personalidad.....	84
Gráfico No12: Pregunta 1	85
Gráfico No13: Pregunta 2	88
Gráfico No14: Pregunta 3	89
Gráfico No15: Pregunta 4	90
Gráfico No16: Pregunta 5	91
Gráfico No17: Pregunta 6	92
Gráfico No18: Pregunta 7	93
Gráfico No19: Pregunta 8	94
Gráfico No20: Pregunta 9	95
Gráfico No21: Pregunta 10	96

2) CUADROS

Cuadro N° 1: Respuestas Psicológicas del Estrés	33
Cuadro N° 2: Clasificación de Sustancias Psicoactivas.....	45
Cuadro N° 3: Operacionalización de Variable Independiente	60
Cuadro N° 4: Operacionalización de Variable Independiente	61
Cuadro N° 5: Operacionalización de Variable Independiente	62
Cuadro N° 6: Operacionalización de Variable Independiente	63
Cuadro N° 7: Operacionalización de Variable Independiente	64
Cuadro N° 8: Operacionalización de Variable Dependiente.....	65
Cuadro N° 9: Operacionalización de Variable Dependiente.....	66
Cuadro N° 10: Plan de Recolección de la Información	68
Cuadro N° 11 Niveles de Estrés.....	70
Cuadro N° 13 Rangos de los Niveles de Estrés	72
Cuadro N° 12 Niveles de Estrés.....	72
Cuadro N° 14 Estilo de Vida.....	73
Cuadro N° 15 Frecuencia de Estilo de Vida	74
Cuadro N° 16 Ambiente.....	75
Cuadro N° 17 Frecuencia Ambiente	76
Cuadro N° 18 Síntomas.....	77
Cuadro N° 19 Frecuencia Síntomas	78
Cuadro N° 20 Empleo/Ocupación.....	79
Cuadro N° 21 Frecuencia Empleo/Ocupación	80
Cuadro N° 22 Relaciones.....	81
Cuadro N° 23 Frecuencia Relaciones	82
Cuadro N° 24 Personalidad.....	83
Cuadro N° 25 Frecuencia Personalidad	84
Cuadro N° 26 Pregunta 1	85
Cuadro N° 27 Pregunta 2	87
Cuadro N° 28 Pregunta 3	89
Cuadro N° 29 Pregunta 4	90

Cuadro N° 30 Pregunta 5	91
Cuadro N° 31 Pregunta 6	92
Cuadro N° 32 Pregunta 7	93
Cuadro N° 33 Pregunta 8	94
Cuadro N° 34 Pregunta 9	95
Cuadro N° 35 Pregunta 10	96
Cuadro N° 36 Número de Casos	97
Cuadro N° 37 Frecuencias Observadas.....	98
Cuadro N° 38 Chi Cuadrado	98
Cuadro N° 39 Hipótesis Alternativa	98
Cuadro N° 40 Modelo Operativo	122
Cuadro N° 41 Presupuesto	123
Cuadro N° 42 Cronograma	124
Cuadro N° 43 Plan de Monitoreo.....	125

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LOS NIVELES DE ESTRÉS Y SU INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL DE LA COMPAÑÍA
CEPEDA DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE
2012- ENERO 2013”**

Autora: Toapanta López, Gabriela Patricia

Tutor: Psc. López, Castro, Walter Javier

Fecha: Ambato, Enero del 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tiene como finalidad determinar la influencia de los niveles de estrés en el consumo de sustancias psicoactivas de los empleados de la compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2012 - Enero 2013, fue contextualizada a nivel Mundial, en el Ecuador y en la Provincia. Esta investigación se ha dividido en seis capítulos; para la consecución de los objetivos establecidos, el primero promete un conocimiento general del problema de investigación, también brinda un panorama de la situación actual sobre el consumo de sustancias psicoactivas y el grado de nivel de estrés que padece la población en este caso los empleados de la compañía; para lo cual se utilizó en la parte Metodológica un Inventario de estrés de Melgosa y un Cuestionario para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas, teniendo como población a 100 personas, posterior a eso se realizó un análisis con los resultados obtenidos, que luego tras la utilización de chi cuadrado a través del programa de procesamiento de datos “SPSS” se obtuvo que el chi cuadrado de Pearson es de 21.549, lo cual indica una relación entre variables, es decir se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir que un nivel de estrés peligroso si incide en el consumo de sustancias

psicoactivas de los empleados de la compañía CEPEDA, y entre las sustancias de mayor consumo se encuentran el alcohol, tabaco y en un porcentaje menor la cocaína, en el quinto capítulo se expone las conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada y finalmente en el capítulo sexto se propone la creación de una Terapia Cognitiva y a su vez estrategias frente al estrés, dicha terapia que tiene fundamentos de la teoría de Aarón T. Beck; teniendo como objetivo la creación de un ambiente adecuado libre de un estrés peligroso, que no solo afecta individualmente sino al grupo en general y a su vez evitando o disminuyendo el consumo de sustancias psicoactivas.

PALABRAS CLAVES: ESTRÉS, NIVELES_ESTRÉS, SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS, SALUD_MENTAL.

TECNHICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCE COLLEGE
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**“THE STRESS LEVELS AND ITS INFLUENCE IN THE CONSUMPTION OF
PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE EMPLOYEES OF THE CEPEDA
COMPANY AMBATO CITY IN THE PERIOD SEPTEMBER 2012-
JANUARY2013”**

Author: Toapanta López, Gabriela Patricia

Tutor: Psc. López, Castro, Javier

Date: Ambato, January, 2014

SUMMARY

This research work aims determine the influence of the stress levels in the consumption of psychoactive substances of the employees of the CEPEDA Company of the Ambato city in the period September 2012- January 2013, it was contextualized Worldwide, in Ecuador and in the province. This research has been divided in sixth chapter; to achieve the objectives set, the first promises a general knowledge of the research problem, also provides an overview of the current situation on the use the psychoactive substances and the degree of stress level that suffers the population in this case the employees of the CEPEDA Company; for which there was in use in the methodological part of the inventory and Melgosa's stress and a questionnaire for evaluating the consumption of psychoactive substances, taking 100 persons like a population, later to it carried out an analysis with the obtained results, that then after the utilization of the “Chi-square” program “SPSS” it came to the conclusion that is 21.549 and the conformity to the established in the Rule of Decision, the null hypothesis is rejected and alternative hypothesis is

accepted, that a level of dangerous of stress if it affects in the consumption of psychoactive substances of the employees of the CEPEDA Company, and between the substances of major consumption they find the alcohol , snuff in a minor percentage the cocaine , in the fifth chapter there are exposed the conclusions and recommendations of the realized investigation and finally in the sixth chapter propose the creations of a Cognitive Therapy and in turn strategies opposite to the stress, the above mentioned therapy that has foundations of Aaron T Beck's theory; taking as an aim the creation of a suitable free environment of a dangerous stress, that not only concerns individually but to the group in general and in turn avoiding or diminishing the consumption of psychoactive substances.

KEY WORDS: STRESS, STRESS_LEVELS, PSYCHOACTIVE_SUBSTANCES, MENTAL_HEALTH

INTRODUCCIÓN

Es un tema de gran importancia, investigado desde varios enfoques, ya sean psicológicos, fisiológicos, y laborales, debido a su contexto ambiental, social, personal, y económico.

El estrés siempre ha existido en nuestra sociedad, es un mecanismo utilizado para combatir las amenazas que se nos presentan durante el transcurso de nuestras vidas; nuestro organismo es considerado como una maquina muy eficaz que trata de mantener una homeostasis. Se habla de que nuestro cuerpo ha sido diseñado para afrontar las diversas adversidades que se nos presentan, sin embargo el estrés no es perjudicial, lo nocivo es cuando el nivel de estrés es alto, lo que ocasiona que el grado homeostático se altere, induciendo negativamente a la salud física y psíquica del individuo, en este caso vendrían a ser la salud mental de los empleados de la Compañía CEPEDA.

Dentro de este marco es necesario mencionar que al igual que ha existido el estrés en la humanidad, también ha existido individuos que ingieren sustancia para alterar su percepción de la realidad tras un evento estresor, estas sustancias que generalmente se las conoce como drogas, son sustancias psicoactivas, es decir químicos que alteran la consciencia del sujeto, a través de sus efectos en el cerebro; su principal propósito es disminuir el dolor, levantar el ánimo, cambiar la conducta, y crear un estado de placer.

El grado en el que se han propagado dichas sustancias psicoactivas en nuestra cultura es alármate, puesto que tras encontrarse en un estado ansioso los individuos recurren a estas drogas, sin percatarse del daño que ocasionan en sus vidas, además es importante señalar que no solo puede existir el uso de sustancias, sino el abuso, dependencia hasta una intoxicación, por lo que es necesario el trabajo de un profesional de la salud, un Psicólogo Clínico, que cree un ambiente adecuado en la

compañía que brinde herramientas para manejar estados ansiosos, y buscar un equilibrio tanto personal para los individuos y de grupo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

Los Niveles de Estrés y su influencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en el personal de la compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato en el período Septiembre 2012- Enero 2013.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

1.2.1.1 MACRO

El estrés es una reacción que experimenta el cuerpo con mucha frecuencia, presentándose cuando nuestros sentidos detectan situaciones que les producen tensión.

El termino estrés es una definición al castellano de la voz inglesa stress; esta palabra surgió en el inglés medieval en la forma de distress, que, a su vez provenía del francés antiguo destresse (estar bajo estrechez u opresión). La primera hace referencia a “énfasis”, “tensión”, o “presión” unas veces en sentido negativo u otras en sentido positivo, y la segunda a una situación de dolor psíquico, sufrimiento siempre en sentido negativo. (Melgosa D. J., 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (2011) señala que el estrés, en los países europeos se encuentran seriamente perturbados por las diversas presiones que sufren los empleados ante distintas situaciones, concluyendo que uno de los factores se debe a la carga de actividad laboral, señalando que las cifra más altas pertenece a Suiza con un 68%, seguido de Noruega y Suecia con un 31%, Alemania con un 28%, y manteniendo a Holanda el menor porcentaje.

En un boletín publicado por la OMS (2008), estima que a nivel mundial, entre el 5% y el 10% de los trabajadores en los países desarrollados, padecen de algún

grado de estrés, mientras que los países industrializados serían el 20% y el 50% afectado por dicha enfermedad.

De acuerdo a la investigación realizada por Andrea, Fabiana (2009), en la página web de Mercosur abc, señala que en América Latina, los porcentajes sobre el estrés crecen año tras año, pasando a ser Argentina uno de los países más afectados por el estrés con un porcentaje del 65%. (Fabiana, 2009)

Cuando un sujeto no produce o no activa naturalmente los neurotransmisores del placer, es decir la dopamina, endorfinas o las encefalinas, induce que los individuos recurran a drogas externas, incidiendo que la persona consuma, sustancias tales como: depresores (alcohol), estimulantes (anfetaminas, cocaína, metilenedioximetanfetamina (MDMA; éxtasis)), opiáceos, alucinógenos (Dietilamida del ácido lisérgico (LSD), cannabis, entre otras.

Para lo cual existen posibles causas y consecuencias derivadas a dicho consumo, la ONUDC (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito) estima que en 2009 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año señalado anteriormente. No obstante, esas elevadas cifras incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez al año. Es importante, pues, también disponer de estimaciones del número de personas que son consumidores “problemáticos” de drogas o grandes consumidores. A este grupo le corresponde el mayor consumo de drogas todo los años; probablemente sean drogodependientes. Según las estimaciones de la ONUDC en 2009 había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas de 15 a 64 años.

La gran mayoría de los países de América Latina marginados por un escás económico, por altos índices de violencia muestran una relación directa con el procesamiento, distribución, comercialización, consumo y abuso de drogas. Con la crecida de la pobreza, el desempleo y la inseguridad, se está generando un incremento aumento en el consumo de drogas en todos los niveles de la sociedad.

Siendo así que en España desde el año de 1995 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas lleva acabo una encuesta, dirigida a la población

de 15 a 64 años. Dicha investigación que durante el año 2010 ha obtenido resultados importantes; referentes al consumo excesivo de alcohol y de otras drogas.

El análisis precedente estima que prácticamente 8 de cada 10 personas opinaron que el consumo de alcohol o de otras drogas en el medio laboral era un problema. Los últimos doce meses del 2010, estimando que el uso de alcohol fue de 82,4% en hombres y 71.3% en mujeres y el consumo diario del mismo fue de 15,3% y 4,7% en hombres y mujeres respectivamente; dentro de lo que se refiere al rango de edades no existe mucha diferencia de 16-34años y 35-64años.

Mientras que la prevalencia de consumo de tabaco en el mismo año antes señalado fue 48,3% en hombres y 42,5% en mujeres, los varones presentan mayor consumo que las mujeres en todas las frecuencias. Los más jóvenes (16-34 años) consumen más tabaco en los últimos 12 meses, que los de 35-64 años.

En cuanto a los Hipnosedantes se refiere los últimos 12 meses señalaron que han consumido 4,9% de los hombres y el 9,3% de las mujeres, son la única sustancia psicoactiva que más se consume en mujeres con edades de (35-64 años).

Dentro de la población laboral evidenciaron haber consumido cannabis alguna vez los últimos 12 meses el 13,3% de los hombres y el 7,3% de las mujeres. Sobre el consumo de cocaína el 4,7% de los hombres y el 1,8% en mujeres y la prevalencia de edades de 16-34 años en ambos sexos.

Del mismo modo el consumo de éxtasis en el 2010 fue de 1,7% de los hombres y el 0,8% de las mujeres con edades de (16-34 años), y en personas separadas o solteras.

Dentro de lo que se refiera a las anfetaminas el 1,2% de los hombres y el 0,4% de las mujeres, algo similar ocurrió con otras sustancias de comercio ilegal, las prevalencias de consumo excede en los hombres y en edades de (16-34 años), y en personas separadas o con estudios secundarios.

El consumo de alucinógenos es del 0,8% de los hombres y el 0,3% de las mujeres y su prevalencia de consumo es mayor en los hombres que en las mujeres, en la población con edades de 16 a 34 años que en la de 35 a 64 años, y en personas con mayor nivel de estudios y en los solteros.

Con los inhalables volátiles existen porcentajes que señalan el consumo en el 2010 con porcentajes de 0,2% de los hombres y el 0,0% de las mujeres, en edades comprendidas de (16-34 años) y en sujetos que se encuentran separados.

1.2.1.2 MESO

El uso y consumo de sustancias psicoactivas es una realidad que ha estado vinculada a la historia de la humanidad desde sus orígenes y se la construye histórica, cultural y socialmente, por estas razones el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes Psicotrópicas (CONSEP) del Ecuador a través del Observatorio Nacional de Drogas han realizado varios estudios e investigaciones sobre el uso y consumo de drogas en el país.

Durante la última Encuesta Nacional, realizada por el CONSEP a la población en el año 2007, señala que existe el consumo de algún tipo de sustancia estupefaciente en edades comprendidas entre los 15 a 45 años.

Lo que conlleva a la obtención de datos que revelan, que las drogas de mayor consumo son: el alcohol (aproximadamente el 54.4% de personas aseguran haber usado alcohol durante el último año previo a la encuesta), y el tabaco (aproximadamente un 25.2% de personas ratifican haber consumido tabaco durante el último año previo a la encuesta).

De igual forma señalan que el uso de marihuana se mantiene, aproximadamente con un 4%, dichos sujetos aducen haber consumido marihuana alguna vez en la vida, datos similares que se obtuvieron en el año de 1995.

Referente a la cocaína mencionan que existe un ligero aumento en la proporción de uso de 0,9% en el año 1995 a 1,3% en el año 2007; así como, un mínimo de crecimiento en el caso de la pasta base de 1% en el año 1995 al 0,8% en el año 2007. El porcentaje de personas que aseguran haber usado marihuana, cocaína y/o pasta base es 4.9%, lo que corresponde a la población ecuatoriana.

En el 2009 el CONSEP realizó estudios socioculturales en el país, destinados a recabar información sobre el uso y consumo de drogas con el objeto de implementar

acciones de prevención que respondan a la realidad, dichas investigaciones, concluyeron que el uso de droga, esencialmente el alcohol y tabaco, tienen un profundo impacto en la vida social de la comunidad, puesto que el alcohol es un factor asociado a conductas conflictivas, el consumo se ve más en los hombres con un 84.1% y en mujeres con un 69.8%.

El uso de medicamentos tranquilizantes y estimulantes, sin prescripción médica se calcula que el consumo es de 2.0% a nivel nacional.

Cabe recalcar que el 63% de hombres afirmaron que consumen tabaco, no solo en el hogar sino después del trabajo, en el caso de las mujeres dicha sustancia es ingerida por el 29,9% de ellas, por otro lado el alcohol es ingerido en una relación del 64% en los hombres, en tanto a las mujeres en un 37,8%, siendo considerada la de mayor utilización y frecuente más en los hombres, conjuntamente asociada al deporte, por último el 1,7% de hombres consumieron otra droga distinta, en tanto que un 2,5% de las mujeres afirmaron que ingirieron un compuesto distinto, dichos resultados evidencian una tasa alta de alcohol y de tabaco en los hogares del país, y en los lugares de trabajo, datos que revelan que a futuro puedan convertirse en dependencia de dichas sustancias, lo alarmante es el consumo de algún tipo de drogas en el ámbito laboral según las estadísticas presentas por el CONSEP, señalan que los encuestados refieren que el uso de una droga puede aumentar temporalmente el rendimiento laboral y que de alguna manera dicha sustancia puede considerarse facilitador del proceso de creación , producción, y estabilizador del ánimo.

En la guía sobre “ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL”, realizado por el CONSEP, menciona que al comienzo las benzodiazepinas parecen benéficas porque al empleado que se encuentra en tensión emocional en niveles que normalmente lo desequilibraría. Sin embargo el abuso de cualquier sustancia psicoactiva puede afectar el organismo.

Partiendo de aquello se señala que en el Ecuador los índices de estrés son altos, debido a que el 80% de la población se encuentra afectada de acuerdo a como lo señala el artículo obtenido de la web (Los Cafés Científicos, 2009), en el que se muestra que 9 de cada 10 personas han sentido estrés, en la actividad laboral, el

trabajo, siendo las fuentes que generan mayor estrés, no obstante las preocupaciones, los problemas y los conflictos con la familia, la pareja y el tráfico, son elementos importantes.

En lo que va del 2012 en Manabí se ha registrado 1338 casos de pacientes que ingresan a hospitales públicos con cuadros de ansiedad, 553 con depresión, 105 por alcoholismo, 11 por farmacodependencia y hubo 59 por intentos suicidas, todos arraigados al nivel de vida que tienen. (Ganchozo, 2012)

1.2.1.3 MICRO

Se entiende que el estrés es un problema que se da en el individuo debido a diferentes causas, ya sean estas relacionadas a un exceso de trabajo, mal manejo de tiempo, duelo, o una inadecuada adaptación al ambiente. Hay que señalar que el estrés es un problema de vital importancia para una organización o empresa, pues tiene graves consecuencias no solo a nivel individual sino al funcionamiento dentro de su organización. Los costos de este problema son soportados tanto por los trabajadores (enfermedad, incapacidad) como para la institución (ausentismo, bajo rendimiento) y la sociedad en general.

Se debe esclarecer que los individuos en general tienen una gran capacidad para adaptarse, en algunas ocasiones ciertos requerimientos del trabajo obligan a realizar un esfuerzo mayor, para lo cual el sujeto no está preparado, causando una serie de dificultades; en algunos momentos podemos estar inmersos en situaciones similares con otras personas quienes podrían llegar a desarrollar niveles de estrés patológicos y otros no, se debe a la forma de adaptarse mediante una situación estresante.

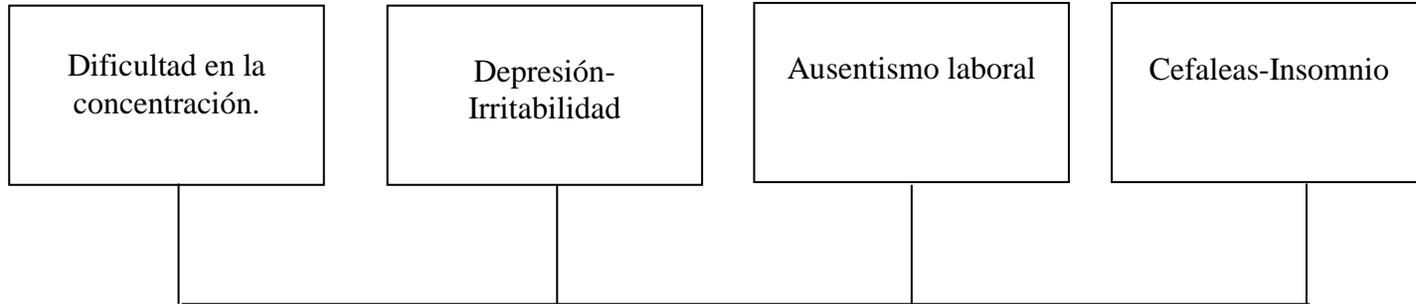
De acuerdo al Ministerio de Salud Pública de Tungurahua, en su notificación realizada en los meses de Enero-Septiembre del 2012, señala que en un promedio de 357 personas de ambos sexos en edades comprendidas de 20 a 65 años, padecen ciertos grados de ansiedad, ante situaciones estresantes, refieren que podría ser ocasionado por la carga académica, una inadecuada adaptación, entre otras, ya que el

rango de mayor predominio corresponde a edades entendidas de 20-49 años. (Ministerio de Salud Pública, Enero-Septiembre 2012)

Según el presidente del Colegio de Médicos de Tungurahua el Psiquiatra Guillermo Bastidas, en el artículo publicado en el periódico LA HORA, señala que la actividad comercial del lugar, genera en los individuos altos niveles de estrés, refiere que las cuentas, la inflación, y el endeudamiento provoca presión sobre la emotividad y la psiquis del ser humano, y aquellas personas afectadas son las que alcanzan edades entre los 25 y 35 años. Se menciona en el artículo anterior que existe cierto incremento en la utilización y consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo solo se halla datos referentes, con respecto a los antecedentes de sujetos que presentan problema con el consumo de alcohol, datos que son corroborados por el Ministerio de Salud Pública de Tungurahua, en el que se menciona que de los 16 individuos de ambos sexos, que han sido atendidos en el Hospital Regional, 14 de ellos pertenecen a edades comprendidas entre los (20-49 años), una persona en el rango de (50-64 años) y una persona que se encuentra en el rango de (65 a más), dentro de lo que se refiere al consumo de tabaco o el tabaquismo existe una persona de sexo masculino en edades comprendidas (20-49 años). (Psiquiatra Bastidas, 2010)

ÁRBOL DE PROBLEMAS

EFFECTO



¿CÓMO AFECTAN LOS NIVELES DE ESTRÉS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERSONAL DE LA COMPAÑÍA CEPEDA?

CAUSA

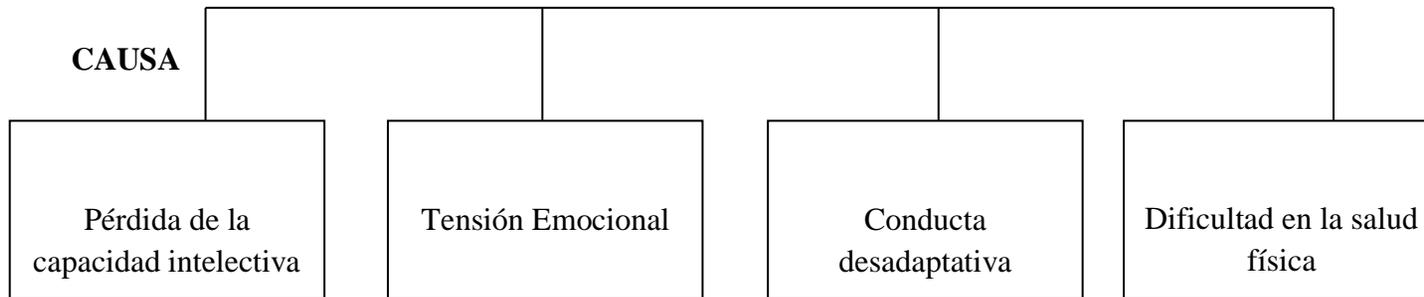


Gráfico No 1: Árbol de Problema
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

La Salud Mental en el ser humano debe considerarse y comprenderse de manera integral; durante su vida el individuo debe adaptarse continuamente a los cambios que ocurren dentro de sí mismo y su relación con el mundo externo, permitiendo de esta manera satisfacer sus necesidades básicas y al mismo tiempo conservar su equilibrio.

La principal causa de estrés se encuentra inmersa en el área cognitiva, la pérdida de la capacidad intelectual, conduce a que el sujeto presente cierto bloqueo en sus pensamientos, afectando de manera directa en la toma de decisiones relacionadas al contexto familiar, laboral y social.

La génesis del problema radica en la tensión emocional, en la que el empleado muestra síntomas de irritabilidad, indicios de depresión, cierta incapacidad para controlar sus emociones, además sospecha de nuevas enfermedades, existe cierto descenso en el deseo de vivir, dentro de lo que se refiere a los principios éticos que rigen la vida del individuo se ven influenciado por un bajo dominio propio.

En lo que respecta al área conductual, los individuos que padecen cierto nivel de estrés marcan conductas desadaptativas que obran a que el individuo en este caso a los empleados de la compañía CEPEDA, presenten absentismo laboral, incapacidad para dirigirse verbalmente a un grupo ya que manifiestan tartamudez, apatía, dentro de lo que concierne al estilo de vida y dentro de las necesidades biológica el sueño se encuentra alterado presentando insomnio, además pueden encontrarse en estados de vigilia o somnolencia, pasando a ser una de las causas en las cuales inician el consumo de sustancias psicoactivas.

Cabe señalar que otra de las causas corresponde las respuestas fisiológicas, en las que se halla el deterioro de la salud física, presentando problemas respiratorios, cefaleas, tensión muscular.

En este sentido se comprende que el estrés es el mecanismo por el cual el organismo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias a las que se expone en el medio en que se desarrolla; sin duda son cambios que las personas enfrentan, pero no todos las afrontan adecuadamente.

El consumo de alcohol, tabaco, café entre otras sustancias provoca a futuro un grado de dependencia; sin embargo para varias personas dicha ingesta a inducido a un éxtasis, relajación, liberación de los estados emocionales adversos como los síntomas físicos indeseables, y estados alterados de la conciencia; dejando de lado que el abuso de dichas sustancias psicoactivas al ser productos químicos que afectan al sistema nervioso central, altere de manera indirecta la conciencia del empleado además el estado de ánimo y/o conductas, y además que a futuro produzcan síntomas fisiológicos, tales como taquicardia, molestias estomacales, dificultades respiratorias, cefaleas, náuseas, entre otras.

1.2.3 PROGNOSIS

Al no prestar la debida atención a la problemática planteada los empleados de la compañía CEPEDA, incrementaran la necesidad de consumir sustancias psicoactivas tras un nivel de estrés elevado, lo que excitara a que los sujetos busquen sustancias alternas para lograr cierto placer, además de modificar su estado de ánimo, y mantenerse relajados.

Es importante señalar que si no se presta la cuidado debido a este consumo de drogas legales o ilegales pasaría de uso a dependencia, que a futuro no solo afectará la psiquis del empleado sino su estado físico, de igual forma su ambiente en el que se desenvuelven.

A lo largo de la vida las personas han ingerido sustancias para alterar la percepción de la realidad, químicos que perturban el estado de la conciencia a través de sus efectos sobre el cerebro; y que al ser combinadas con un estado de tensión, estimulan a que los empleados la utilicen para provocar grados de goce o éxtasis, sin embargo no se percatan del grave daño que están realizando, ya que dicho consumo no solo provoca placer, sino que alteran la conducta del individuo, causando violencia, búsqueda de sensaciones nuevas, y la mala dieta lo cual puede preceder a enfermedades

degenerativas; por lo cual es importante prestar atención al problema tratado, para evitar problemas a la sociedad, el empleado en sí y a la compañía como tal.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen los niveles de estrés en el consumo de sustancias psicoactivas en el personal de la compañía CEPEDA, de la ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2012 a enero 2013?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Qué nivel de estrés predomina en los empleados de la compañía CEPEDA?

¿Qué prevalencia existe de consumo de sustancias psicoactivas de los empleados?

¿Cuál es la sustancia psicoactiva de mayor consumo por los empleados de CEPEDA?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

1.2.6.1 DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO

CAMPO: Psicológico

ÁREA: Estrés

ASPECTO: Niveles de estrés y el consumo de sustancias psicoactivas.

ESPACIAL: La presente investigación se realizó a los empleados de la compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato.

TEMPORAL: Esta investigación fue analizada durante los meses Septiembre 2012 - Enero 2013.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Empleados de la Compañía CEPEDA.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El propósito de la presente investigación es comprobar si existe relación entre un nivel de estrés peligros o elevado y si influye en el consumo de sustancias psicoactivas, entendiendo que las de mayor consumo son las bebidas alcohólicas y el tabaco, dicha investigación fue realizada en la Compañía CEPEDA, cuyo objetivo es identificar los niveles de estrés de los empleados, así como determinar si existe el consumo de sustancias psicoactivas, tema que tiene relación con la carrera de Psicología Clínica, definiendo que el estrés es considerado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como una enfermedad silenciosa y peligrosa que afecta no solo la salud física del individuo sino también la salud mental del mismo.

Concisamente es un tema de investigación tanto psicológico, fisiológico y laboral, debido a las condiciones ambientales, sociales, personales a las que el individuo se enfrenta habitualmente, en las cuales están inmersas situaciones que generan estrés.

La investigación es de vital importancia intuyendo que factores como la sobrecarga de trabajo, excesiva responsabilidad laboral, pérdida de familiares, exceso de actividades académica, presencia de exámenes, falta de tiempo para la realización de tareas, conflicto laboral, insomnio, éxito o fracaso profesional, ocasionan en el ser humano un desequilibrio emocional, en vista a todo lo antes mencionado, es necesario identificar qué grado de estrés presentan los empleados de la compañía, deduciendo que no solo se vería afectado la individualidad del sujeto sino también su ambiente y que en base a este comportamiento llegase a ocasionar el inicio o abuso de sustancias psicoactivas que la sociedad ofrece ya sean legales tales como: el alcohol, cigarrillo, o sustancias ilegales como la cocaína, marihuana entre otras, y que a partir de dicha situación se verían afectadas las relaciones interpersonales, e intrapersonal; en este sentido se comprende que al no prestar la debida atención se daría paso a una posible dependencia.

Por lo que es ineludible, intervenir directamente, por considerarse un trabajo factible tanto económico como administrativo, económico por los recursos sustentados por la investigadora y administrativo por el apoyo brindado por parte de la Dirección de la Compañía CEPEDA, la misma que a posterior permitirá la realización de medidas preventivas que beneficiaran a sus empleados creando un ambiente adecuado.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de los niveles de estrés en el consumo de sustancias psicoactivas de los empleados de la compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato en el periodo Septiembre 2012- Enero 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles de estrés que repercuten en el desempeño del empleado de la compañía CEPEDA.
- Establecer la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas del personal empleado.
- Proponer una alternativa de solución al problema, a través de un programa de psicoterapia.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

En la investigación realizada por Vasco Álvarez Mónica (2011), en su trabajo sobre “El estrés laboral de los cuidadores y el maltrato que sufren los adultos mayores del Centro Geriátrico “Hogar del Anciano” del Hospital Provincial Ambato de la Provincia de Tungurahua”, concluyen que el 73% de los empleados presenta estrés debido a las presiones provocadas por el área de trabajo y el desenvolvimiento, mucho de ellos afirman que las causas se derivan a un desequilibrio emocional, conductual, y cognitivo, que afecta la respuesta con adulto mayor y a su vez el trato y cuidado.

En la investigación elaborada por Sandoval Gabriela y Escobar Stefanía (2010), en su trabajo sobre los "Diagnóstico y lineamientos de intervención psicológica para reducir los niveles del Síndrome de Burnout", ultiman que si bien no existe indicios de síndrome de Burnout, debido a la presencia de un alto puntaje en la realización personal de los voluntarios, es necesario realizar prevenciones y enseñar formas y herramientas adecuadas para canalizar las posibles consecuencias perjudiciales para la salud mental y física que puedan aparecer. Se asume que su malestar podría estar ligado a una fatiga por compasión en el resultado de estrés inevitable que se relaciona en un estado de sufrimiento.

En el trabajo investigativo realizado por Gordillo María(2006), sobre la "Depresión y Consumo de Alcohol en los adolescentes de los primeros, segundos, y terceros de Bachillerato del colegio Vicente León de la ciudad de Latacunga", menciona que los alumnos presentan varios problemas que conducen al consumo de alcohol, dichos problemas que van ligados con la depresión causadas por conflictos familiares, conflictos en las esferas afectivas, poca confiabilidad, todo aquello

mencionado que induce a la ingesta de alcohol, y que al no ser tratada podría conducir en un abuso y dependencia.

En la investigación realizada por Pilco Jara Williams Godofredo (2006) sobre “Impacto del Estrés Laboral sobre las Esferas Tensionales Arteriales del personal de la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de la Ciudad de Bolívar” finiquita que la actividad hospitalaria tiene repercusiones tensionales psíquicas y fisiológicas y que esta es categórica en este tipo de personal, pues la mitad tenía niveles elevados de estrés (Bastante Tensión); observando un aumento dramático de las cifras tensionales arterial (valores de Hipertensión Arterial) en comparación con las del grupo control en el transcurso de las labores sanitarias.

Tomado como referencia la investigación realizada por Rosario Zulema Rivas de Ríos (2004), en la Universidad Francisco Gavidia de San Salvador, sobre "Diagnostico de Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en los Estudiantes Masculinos y Femeninos de 18 A 45 Años de edad que cursan entre el Primero y Quinto Año de Estudio Durante el Ciclo 01", concluye que la edades de mayor prevalencia, que la mayor proporción de consumo de sustancias psicoactivas es en las edades tempranas o jóvenes (18 a 25 años), y en ambos sexos (masculinos y femeninos), esto confirma la teoría de Bandura en la cual menciona que lo más importante para el joven es crear y mantener relaciones con otros de su misma edad lo que lo induce al uso de estas' además se concluye que la mayoría de estudiantes que habían consumido sustancias psicoactivas al menos una vez seguían una secuencia evolutiva del consumo de drogas.

2.2 FUNDAMENTACIÓN

2.2.1 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.

El presente trabajo investigativo se encuadra en un paradigma Critico - Propositivo.

Es crítico debido a que partimos de una causa, se observa la interacción del entorno laboral y cómo influye en la vida de los empleados, y a su vez se cuestiona los esquemas sociales, es propositivo puesto que se desea generar alternativas de solución en un clima de actividad, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

Se ha adecuado de este modo la metodología como objeto de estudio donde el proceso sea participativo, flexible, abierto a posibles soluciones.

Por consiguiente se realizara un énfasis en el análisis cuanti - cualitativo lo que nos facilitara mejores resultados y altos beneficios.

2.2.2 FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participativo, y activo, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora.

Esto llevara hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

En este trabajo las ciencias se las define como un conjunto de conocimientos establecidos y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento familiar.

2.2.3 FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA

El presente trabajo investigativo se fundamenta en que la realidad está en constante modificación por lo que la ciencia con sus soportes científicos tienen un carácter perfectible entre los individuos, el humano para sobrevivir necesita aprender y adaptarse al medio o ser autónomo y utilizar adecuadamente su independencia.

El tipo de personas que se pretende constituir son sujetos con una salud mental que posean herramientas para afrontar sus dificultades, desarrollar una integridad siendo sensible ante los valores humanos eh equiparando su sentido de vida.

La familia, la sociedad, la compañía tienen la necesidad de crear condiciones adecuadas para los individuos en este caso los empleados.

2.2.4 FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

El desarrollo armónico del sujeto, basado en sus ideales, valores tales como la responsabilidad, generosidad, honestidad, honradez, justicia, solidaridad y equidad, para promover un equilibrio emocional que permita que el sujeto alcance no solo una estabilidad emocional sino integral, resultando una adaptación adecuada del ambiente laboral, familiar y social.

Partiendo de lo antes mencionado se pretende direccionar a los empleados para que no vean los niveles de estrés como amenazas, de tal forma que no afecte su salud física y psicológica, y que a su vez no se convierta en un síntoma para que se inicie el consumo de sustancias, por lo que es imperioso educar a los empleados para afrontar las distintas situaciones en las que se encuentran inmersos.

2.2.5 FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA

La sociedad es producto de una interacción tanto del individuo y su entorno, y a su vez se encuentran factores tales como tiempo, lugar, la parte económica que afectan al desarrollo del individuo ocasionándole dificultades en su adaptabilidad.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores, y normas, su carácter y personalidad son fluidas por formas sociales dentro de las cuales tienen afecto las actividades del ser humano en la vida familiar, laboral y social.

2.2.6 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

En la investigación se utilizará lineamiento de la Corriente Cognitivo Conductual, que se caracteriza por brindar herramientas útiles para el ser humano, debido al interés por trabajar en el aquí y en el ahora, se orientada hacia el presente, no hay

tanta exploración en las vivencias pasadas, no obstante es necesaria la realización de la Historia Clínica, esta terapia pone énfasis en los patrones disfuncionales tanto de los pensamientos como de la conducta, tales como el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de este marco, de acuerdo a la Teoría Cognitiva del Dr. Aaron T. Beck, señala que existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, lo vinculado con los demás, sobre la vida y sobre los problemas que se presentan), las emociones y los sentimientos que experimenta. Y a su vez, esta reacción emocional influirá en el comportamiento del sujeto ante tal situación, y su conducta ante un otro, o de los síntomas que experimenta, de acuerdo al nivel de estrés en el que se encuentra.

Es necesario conocer que el estrés no siempre es malo, sin embargo existen dos tipos o formas; el Estrés Positivo (Eustres) y el negativo (Distrés). El Eustres, es la interacción entre el sujeto y el estresor, pero manteniendo un equilibrio, ayuda al mejoramiento del conocimiento las ejecuciones cognitivas; mientras que el Distrés si las demandas del medio son excesivas, produce en el individuo un desequilibrio, en si un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos, perjudicando los procesos mentales y conductuales a los que se los conoce como “respuestas psicológicas”, presentándose cuando los niveles de estrés se encuentren elevados.

Por ello se utilizará el modelo a seguir expuesto por Aarón T. Beck, que permitirá desarrollar un plan terapéutico para el consumo de sustancias psicoactivas y patrones de estrés; guiados bajo la detección de pensamientos automáticos y a su vez la reducción de emociones negativas; la finalidad es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

El objetivo de la Terapia es enseñar a los sujetos a pensar de otro modo ante situaciones estresantes y disminuir los síntomas que padecen, lo que facilitará la reducción de las emociones negativas y reaccionar ante los problemas de un modo que le lleve a un alivio sintomático y no aun agotamiento psíquico o físico.

2.2.7 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El trabajo de investigación se sustenta en:

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Título del Buen Vivir

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado les concernirá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales, y problemáticos. (Título VII)

- En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.
- El estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

ASAMBLEA NACIONAL

El 14 de Junio del 2011 la Asamblea Nacional aprobó la ley para la Regulación y Control de Tabaco en el Ecuador, que básicamente prohíbe fumar en lugares públicos cerrados como restaurantes, lugares de trabajo, transporte público o escenarios deportivos. Se considera que en el Ecuador, existen unos 4000 fallecimientos anuales

asociados al consumo de tabaco, especialmente en enfermedades cardíacas, cerebro vascular y pulmonar así como tumores malignos. (Diario Hoy, 2011)

Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto promover el derecho a la salud de los Habitantes de la república del Ecuador, protegiéndolos de las consecuencias del consumo de productos de tabaco y sus efectos nocivos.

DERECHOS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

De Los Derechos Económicos, Sociales Y Culturales

Art. 64. Señala que se debe prevenir los Riesgos Psicosociales que produzcan como consecuencia estrés, enfermedades psicosomáticas y manifestaciones neutro químicas mediante.

- Prevención primaria en el centro.
- Programas de motivación permanente.
- Mejorar las condiciones ambientales.

REGLAMENTO INTERNO DE LA COMPAÑÍA CEPEDA

CAPÍTULO V: FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

Art. 48.- PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES.

1. Se establecerán procesos coherentes de acuerdo a las actividades que realicen los empleados y trabajadores, con el fin de evitar sobrecarga del trabajo y altos ritmos de trabajo.
2. Se efectuaran programas dirigidos a reducir los efectos nocivos del estrés.

2.3 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

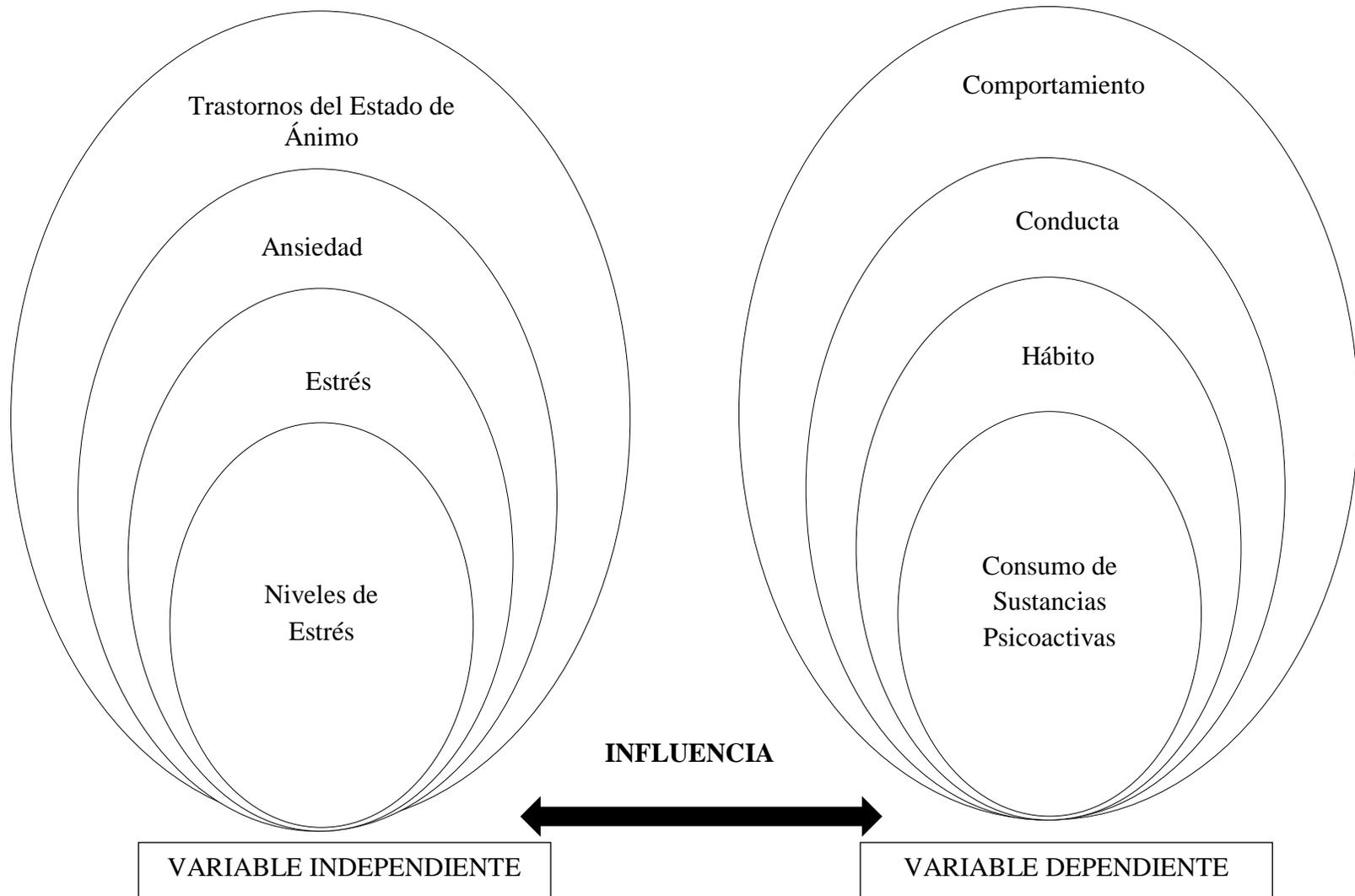


Gráfico No2: Categorías Fundamentales
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

RED CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE



Gráfico No3: Red Conceptual de la Variable Independiente.
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

RED CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

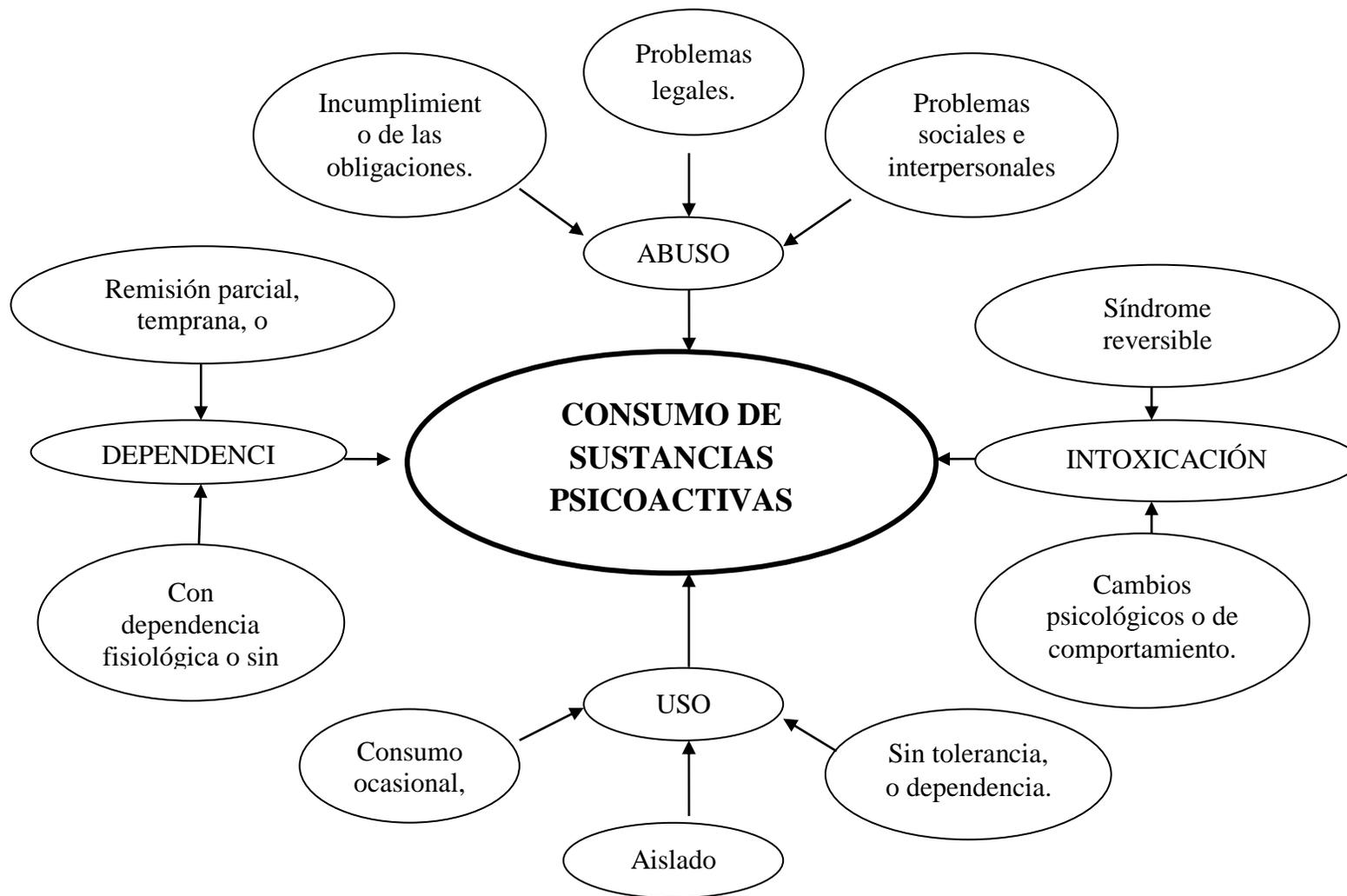


Gráfico No4: Red Conceptual Variable Dependiente
Elaborado por: Gabriela Toapanta. 2013

2.3. Argumentación Científica de las Categorías Fundamentales

2.3.1. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (Variable Independiente)

A mediados de los 80 los encargados de la salud mental, detectaron síntomas de los trastornos del estado de ánimo en infantes, jóvenes y gente adulta.

La causa de los trastornos del estado de ánimo no se conoce con precisión. Existen sustancias químicas localizadas en el cerebro, denominadas neurotransmisores que regulan las endorfinas. Se menciona que generalmente la depresión (y otros trastornos del estado de ánimo) son causados por un desequilibrio químico en el cerebro.

El estado de ánimo de los individuos puede variar desde un estado normal a un estado deprimido. Además de esto se experimenta variaciones referentes a cambios de humor y de espontaneidad.

Generalmente los sujetos perciben que de alguna forma se beneficia de sus emociones y a su vez poseen cierto control sobre las mismas, sin embargo cuando se presenta un estado alterado de ánimo se anula totalmente el control, ocasionando un malestar psíquico y físico.

El rasgo predominante de los trastornos de estado de ánimo, se refleja en un desequilibrio en las reacciones emocionales o del estado de ánimo que no se debe a ningún trastorno físico o mental.

Los Trastornos del estado de Ánimo, varían de un estado a otro.

El estado de ánimo fluctuaría entre un estado enérgico (de más cansado a más activo) y un grado de nerviosismo (entre más calmado o más tenso), considerándose la mejor fase la de calmado-enérgico y el inferior una etapa de tenso-cansado. Las fluctuaciones del humor son eminentemente moduladas por la satisfacción o la insatisfacción de diversas necesidades instintivas (el hambre, la sed, el sueño, la sexualidad); relaciones (vida conyugal, familia, profesional); o culturales, (ocio, vacaciones). (Thayer, 2001)

2.3.1.1 TIPOS DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADOS DE ÁNIMO

Los trastornos del estado de ánimo son una categoría de los problemas de salud mental en el que se incluye los estados de depresión y el trastorno bipolar.

A continuación, enumeramos los tipos más frecuentes de los trastornos del estado de ánimo de acuerdo al DSM-IV:

- **Episodio Depresivo Mayor:** Puede diagnosticarse si los síntomas persisten durante más de dos meses tras la pérdida de un ser querido.
- **Episodio maníaco:** Duración de 1 semana.
- **Episodio Mixto:** Se satisfacen casi cada día durante 1 semana.
- **Episodio Hipomaníaco:** Duración del cambio del estado de ánimo de por lo menos 4 días, y un cambio inequívoco en la actitud que los demás puedan observar.
- **Trastorno distímico:** Presentación sintomática.
- **Trastornos bipolares:** Se han dividido en Trastornos bipolares I (episodio maníaco simple, y episodio más reciente hipomaníaco) y en Trastornos Bipolares II.
- **Trastorno bipolar I, episodio maniaco único:** Duración de 2 meses sin síntomas maníacos.
- **Trastorno bipolar I, episodio más recientes hipomaníacos:**
- **Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto:** 1Semana tanto de síntomas maniacos como depresivos mayores, y que ambos ocurran casi cada día.
- **Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado:** Antes que se satisfaga los criterios de duración.
- **Trastorno bipolar II:** Por lo menos un episodio depresivo mayor y por lo menos un episodio hipomaníaco.
- **Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica:**
- **Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:** Trastornos orgánicos del estado de ánimo.

- **Con síntomas melancólicos:** Ausencia de reactividad ante estímulos placenteros.
- **Con síntomas atípicos:** Reactividad del estado de ánimo, síntomas vegetativos, sensibilidad al rechazo.
- **De inicio al posparto:** Implicación para el pronóstico y la elección terapéutica.

2.3.2 ANSIEDAD

El término fue definido en el siglo XVIII por el físico escocés William Cullen, para describir una aflicción del sistema nervioso que produce nerviosismo.

Cuando un individuo se siente ansioso, tiende a presentar manifestaciones de hiperventilación o taquicardia.

Visto de esta forma la Ansiedad es una manifestación de estrechez, refiriendo un malestar físico muy intenso, que se manifiesta principalmente por respiración anhelante. Se presenta ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos e incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales. (M.J.Mardomingo, 1999)

La respuesta de ansiedad se produce mediante la excitación del sistema nervioso simpático y la liberación de catecolaminas.

La palabra Ansiedad es un término que nuestra cultura lo ha venido utilizando, al mismo tiempo es un estado estudiado por la psicología. Algunos de los términos dados por el diccionario de psicología lo definen como: “un estado ansioso, preocupado mentalmente, inquieto; existe incertidumbre por el futuro, deseo vehemente (como estar ansioso por agrandar o por alcanzar el éxito) estado mórbido de intranquilidad excesiva”. (Antecedentes y origen de la Ansiedad)

Varios estudios realizados referentes a la ansiedad, señalan que existe cierta diferencia entre un estado de ansiedad y un rango de ansiedad. Entendiendo que la ansiedad es aquella manifestación significativa para la psicología. El ser humano por naturaleza presenta cierto grado de ansiedad ante eventos desconocidos o situaciones

inciertas, mientras que la ansiedad excesiva pasa a ser un estado de neurosis, ocasionando en el individuo malestar.

Es importante señalar que existe cierto grado de relación entre el estrés y la ansiedad; en la cultura en la que nos desarrollamos, varias de las actividades que realizamos nos producen grados de ansiedad que son efectos de las situaciones estresantes que conducen nuestras vidas.

Es este sentido se comprende que la ansiedad es una respuesta afectiva, asociada a una experiencia, o un estado subjetivo al que definimos como emoción. Y dicha emoción se entiende como aquel mecanismo que el ser humano aprende para adaptarse al medio y que a su vez permita generar alternativas para superar los desafíos de la vida. En otras palabras se considera a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulo que rompe el equilibrio fisiológico y psicológico.

Para las teorías conductistas la ansiedad es resultado de un proceso condicionado donde se ha aprendido erróneamente a asociar estímulos a un principio neutros con acontecimientos vividos como traumáticos y amenazantes de manera que en cada contacto con el estímulo neutro se desencadena la reacción de ansiedad. En el caso de las teorías cognitivas, la ansiedad es resultado de cogniciones patológicas. El individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con alarma. Esto provoca una respuesta neurofisiológica y desencadena en una ansiedad. (Sandín y Ramos, 2010)

Cabe considerar que para la teoría del aprendizaje, la ansiedad pasaría a ser una respuesta aprendida ante un estímulo, donde la persona se encuentra alerta al evento desagradable que se le presenta.

2.3.2.1 Tipos de ansiedad

Según el DSM-IV TR menciona que la diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante (tal como hablar en público), los trastornos de ansiedad duran por los menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata; a continuación se los menciona:

- a) **Trastorno de Ansiedad Social:** Se caracteriza por una fuerte sensación de temor y nerviosismo en situaciones sociales.
- b) **Trastorno de Pánico:** Sensación súbita de miedo y temor intenso que sucede sin causa aparente.
- c) **Trastornos de ansiedad generalizada:** Sensaciones diarias de mucha preocupación, persistente estado de malestar.
- d) **Trastorno obsesivo compulsivo:** Pensamientos recurrentes, a menudo perturbadores, que pueden provocar conductas (compulsiones) que aparentemente no se pueden controlar.
- e) **Trastorno por estrés postraumático:** Recuerdos vívidos y atemorizantes, pesadillas de un evento traumático.

2.3.3 ESTRÉS

Según Hans Selye (citada por Melgosa, 2000) define que El estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga (...) es decir que las respuestas podría ser de componente psicológico (mental) o fisiológico (física/orgánica), mientras que la demanda del estrés pasaría a ser aquellos eventos estresores.

De acuerdo al libro Los Síndromes de estrés, en el capítulo I de Luis de Rivera (2010), cita a Engel (1962), quien define al estrés como un proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona (...) comprendiendo que el estrés pasaría a ser una suma de los cambios producidos por una respuesta a un estímulo, en el que se altera la homeostasis provocando una reacción de escape ante la situación.

Para Richard Lazarus (1966), el estrés vendría a ser un conjunto de síntomas que se asocian con la ansiedad, en el que existe la importancia del factor conducta. Entendiendo que el estrés no es otra cosa que la interacción entre un estímulo y la respuesta, es decir el entorno y el individuo.

Rivera (1989-1991), denomina las distintas variables que operan en situaciones de estrés factores de estrés y los clasifica en grandes grupos:

- a) Factores externos de estrés: Engloban todas aquellas variables del ambiente susceptible de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de adaptación, defensa y regulación del organismo. Los acontecimientos vitales son un ejemplo de este grupo.
- b) Factores internos de estrés, constituidos por variables propias del individuo, directamente relacionados con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización los factores externos de estrés. Una variable típica de este grupo es el índice de reactividad al estrés.
- c) Factores moduladores, variables tanto del medio como del individuo que no están directamente relacionados con la inducción ni con la respuesta de estrés, pero que condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores internos y externos. Ejemplos de este grupo son el apoyo social, el locus de control y los estados afectivos, entre otros.

2.3.3.1 Causas del Estrés

Según el libro de Julián Melgosa (2000), “Sin Estrés” menciona que existen innumerables agentes externos e internos capaces de producir un impacto en nuestro sistema nervioso, dichos agentes externos podrían ser provocados por respuestas excesivas tales como:

- a. Psicosociales (mentales y sociales), son una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y mente interpretan estos comportamientos, entre ellos tenemos: desengaños, conflictos, cambios de trabajo, pérdidas personales, problemas económicos, jubilación, cambios en la familia.
- b. Bioecológicas (funciones orgánicas y medioambiente), se originan de la actividad derivada de nuestras funciones normales y anormales de los órganos y sistemas del organismo humano incluyendo el ejercicio y de los factores ambientales.

- c. Personalidad (manejo de ansiedad/distres), dinámica del propio individuo, su percepción sobre sí mismo, y el significado que se le asigna a las situaciones estresantes, lo cual se manifiesta en actitudes y comportamientos de riesgo que resultan en alteraciones psíquicas y somáticas.

2.3.3.2 Fases de Estrés:

De acuerdo a las investigaciones realizadas por Hans Selye 1975, menciona que cuando el ser humano se encuentra ante situaciones de peligro, se prepara para enfrentarse o huir (...); afortunadamente el individuo está dotado de herramientas que alertan al organismo de una amenaza; y en este proceso distinguimos fases:

1. **Fase de alarma:** constituye un aviso claro de que existe la presencia de un factor estresante. Las primeras manifestaciones son las reacciones fisiológicas. Se pueden manifestar de naturaleza única es decir una sola fuente de estrés, o de la naturaleza polimorfa, que refiere a varias situaciones.
2. **Fase de resistencia:** desaparecen los síntomas, ya que en el organismo se está adaptando a los efectos del agente estresor, inicia un círculo vicioso, en el que se genera ánimo para realizar las actividades y a su vez se crea un estado de ansiedad ante un posible fracaso.
3. **Fase de agotamiento:** disminuye las defensas, y es la fase terminal de estrés, se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión; son síntomas similares a los de la fase de la alarma.

2.3.3.3 Respuestas del individuo al estrés.

Nuestro Cerebro ha evolucionado mecanismos para mantener la homeostasis. Las respuestas al estrés es lo que hace nuestro cuerpo para restablecer la homeostasis y entre ellas tenemos:

1) **Las respuestas psicológicas al estrés abarcan tres factores:** emocional, cognitivo y del comportamiento; no aparecen de forma aislada, sino interrelacionándose, ya que forman parte del individuo y el ambiente que les rodea.

Emocionales	Cognitivas	Con un componente de comportamiento
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pérdida de la energía física o psíquica. ○ Bajo estado de ánimo. ○ Apatía. ○ Temor a padecer enfermedades. ○ Pérdida de la autoestima. ○ Volubilidad emocional. ○ Inestabilidad. ○ Inquietud. ○ Tensión. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incapacidad para tomar decisiones. ○ Bloqueo mental. ○ Vulnerabilidad ante las críticas. ○ Confusión. ○ Pérdida de la concentración. ○ Olvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tartamudeo. ○ Fumar y beber más de lo habitual. ○ Risa nerviosa. ○ Abusar de los fármacos. ○ Actividad física exagerada. ○ Desordenes alimenticios.

Cuadro N° 1: Respuestas Psicológicas del Estrés.
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

2) **Las respuestas Biológicas:** Los mecanismos fisiológicos del organismo se ponen en marcha, e intentan sincronizarse entre ellos para defenderse de la agresión. Intervendrían el Sistema Nervioso Central y Periférico, que incrementa la secreción de hormonas como la adrenalina; por otro lado el sistema afectado es el sistema inmune.

De acuerdo al Libro Los Síndromes de Estrés de Luis Rivera (2010), señala que existen diversas respuestas al estrés.

1. **Lucha-Huida:** Se define desde los tiempos de Cannon como la respuesta básica del organismo ante toda situación que considera amenazante o peligrosa, caracterizada neurológicamente por aumento de la actividad simpática, y endocrinamente por secreción de catecolaminas por la médula suprarrenal. Ésta fase inicia en milisegundos y puede ser de corta duración, si se corrige rápidamente el disturbio o se elimina el peligro que la desencadenó. Se puede considerar que la respuesta de lucha-huida tiene una fase inicial neurovegetativa, mediada por el sistema nervioso autónomo, y una segunda fase neuroendocrina, mediada por el sistema hormonal.
2. **Paratélica:** Michael Apter (1996), diferenció dos modos de funcionar, el “tético” (de telos = finalidad) y el “paratélico”. Los sujetos que responde en modo paratélico son más relajados de base y soportan mayores niveles de estrés que los que hacen en modo tético. De hecho, el estado de ánimo de los sujeto paratélicos mejora inicialmente al aumentar el estrés ambiental, hasta que llega a un punto a partir del cual la tendencia se invierte y su humor empeora más rápidamente que en los sujetos de dominancia tética. Éstos, en cambio, son más “serios” o tensos de base, y responden al estrés de la manera prevista por la Teoría de Cannon, con una relación lineal directa entre molestias cotidianas y perturbación del humor.
3. **Vigilancia-acecho:** Estudios realizados por Redford Williams (1986) describe dos pautas “patterns” de reactividad cardiovascular al estrés. La primera, “pattern 1”, tiene relación con la repuesta de lucha-huida, mientras que la “pattern 2”, es más frecuente en individuos con personalidad de tipo A; además existe el incremento de noradrenalina y curiosamente de la testosterona.

4. **Conservación-inhibición:** Descrito por Engel (1962), como un mecanismo básico de supervivencia opuesto al de Lucha-Huida; se caracteriza por hipotonía muscular, inmovilidad, disminución de la secreción gástrica, hipotensión arterial y bradicardia y sus respuestas emocionales son la desesperanza y el desvalimiento (o indefensión).
5. **Cuidar e Intimar:** Descrita por Taylor (2000), indica que esta reacción son más frecuentes en el sexo femenino; mientras que los varones muestran conductas de tipo lucha-huida. La base neuroendocrina está en el aumento de secreción de oxitocina ante el estrés.

2.3.3.4 Eustrés (Estrés positivo)

Aquel estrés en el que se ve inmerso la interacción del agente estresor y este a su vez envía señales de alerta al cuerpo para que se mantenga atento a utilizar herramientas para enfrentar adecuadamente la situación establecida, dichos instrumentos que generan en el individuo placer, bienestar, equilibrio y un estado de satisfacción.

Los sujetos son personas que se caracterizan por su facilidad de adaptarse a los distintos cambios que suscitan en la vida.

Es un estado de conciencia, en el cual el pensamiento, emoción, sensación parecen organizarse para proporcionar un efecto general de alegría y energía vital.

En síntesis el Eustrés es importante para la salud mental del individuo, su mejor adaptabilidad, el manejo de sus cogniciones y sus respuestas a las mismas permite que sean seres productivos, que enfatizan su bienestar tanto personal como social.

En realidad las técnicas de relajación son orientadas más hacia un estado de Eustrés, teniendo como objetivo, lograr actuar en un mundo sin los efectos negativos del Distrés, preparando al individuo para que pueda llegar a disfrutar de sus miedos, afrontar con realismo lo que sucede, sin dejarse llevar por una mala interpretación de sus emociones.

2.3.3.5 Distres (Estrés Negativo)

Según Hans Selye (citado por Melgosa, 2000), define que el Distres representa aquel “Estrés perjudicial o desagradable” (...), en el que se produce cierta sobrecarga en la actividad laboral, y que tras este suceso ocasiona que el individuo desencadene en una alteración fisiológico y psicológico que termina en la reducción del rendimiento y el apareamiento de enfermedades psicosomáticas y un envejecimiento acelerado; todo esto conlleva a un displacer del cuerpo.

Dentro de los síntomas más notorios está la presencia de desorden fisiológico, los neurotransmisores como las catecolaminas producen una excitación de ciertas funciones del cuerpo, siendo estas las responsables de la pérdida de la actividad motora, inclusive una hiperactividad, un acortamiento muscular, y más somatizaciones.

Los agentes estresores pueden ser varios entre los que podemos mencionar a la familia, el trabajo, enfermedades, el clima, que suman centenares de estímulo internos y externos ya sean de carácter físico, químico o social.

2.3.4 NIVELES DE ESTRÉS

En el libro Sin estrés de Julián Melgosa (2000) menciona: que existen 5 niveles de estrés; “el Nivel 1, referente a un nivel peligrosamente bajo de estrés en el que se necesita motivación para realizar sus actividades, continua con los niveles 2 y 3 que son niveles intermedios hasta llegar a los niveles 4 y 5 siendo los más altos, aquellos en los cuales el ser humano será propenso a padecer alguna enfermedad” (pag160-161).

Para Julián Melgosa los Niveles de estrés: Los clasifica de una forma estratificada según la intensidad del estrés que se acumulan o presentan las personas.

- **Nivel 1 de estrés:** Es un nivel en el que la persona se encuentra sumamente relajada y sin preocupación alguna, esto es malo debido a que una persona que

no se someta a presiones tiende a descuidar todos los ámbitos y no se preocupa por nada de lo que pueda suceder.

- **Nivel 2 de estrés:** Es el nivel en el que la persona se encuentra muy relajada pero se somete en algunas ocasiones a estresores, sin embargo estos no son un impedimento para que la persona salga de la vida relajada en la que se mantiene. También es un poco malo pues se necesita cierta presión para mantener una vida equilibrada y responsable.
- **Nivel 3 de estrés:** En este nivel se encuentran la mayoría de personas y es en el que la persona se ve ante momentos de estrés y presión, alternados con momentos de relajación, esto mantiene en equilibrio su vida.
- **Nivel 4 de estrés:** En este la persona se ve sometida a niveles altos de estrés y por ello está susceptible a padecer enfermedades circulatorias, digestivas e incluso mentales o del sistema nervioso, es este el momento en el que se debe cambiar todo aquello que nos genera un exceso de estrés para mantener una vida en equilibrio.
- **Nivel 5 de estrés:** La persona está sometida a niveles muy altos de estrés y estos se empiezan a manifestar con síntomas clínicos en particular, los cuales no son más que el resultado de una vida llena de estresores y falta de momentos de relajación.

2.3.5 COMPORTAMIENTO (Variable Dependiente)

El comportamiento es una de las respuestas que el ser humano muestra ante un estímulo, dichos comportamientos varían de un individuo a otro, depende del estado, del ambiente, la personalidad y otros factores. De igual forma se define como un conjunto de respuestas sensibles complejas de un organismo a los estímulos recibidos de su entorno ((Grupo OCEANO))

El comportamiento incluye todo aquello que hace un ser humano frente a su medio. Cada interacción por pequeña que pueda parecer, implica un comportamiento,

mientras tanto, cuando el comportamiento empieza a vislumbrar patrones repetidos, podremos hablar de conducta.

Dentro de este orden el comportamiento pasaría hacer la actividad mediante la cual un organismo interactúa con el medio y que a través de aquello desplegara acciones de control para una mejor adaptabilidad y supervivencia.

2.3.5.1 Elementos que interviene en el comportamiento

- **El medio como fuente de estímulos.**

El medio es el ambiente en el que se desarrolla un organismo. Nos referimos al ambiente físico, y sociocultural.

- **El medio cumple una doble función**

Estipula los posibles peligros y amenazas que el individuo puede presentar, de los que tiene que estar alerta.

Se encuentran los recursos necesarios para subsistir y desarrollarse, y en caso del ser humano, para su desarrollo como persona integrada en un grupo.

2.3.5.2 El organismo y sus formas de respuesta

Es necesario aclarar que todos los organismos presentan características únicas que determinan la forma de desarrollarse y de responder ante el entorno.

2.3.5.3 Factores innatos y factores del comportamiento

1. Factores innatos o hereditarios

Determinada para cada especie e individuo:

1. Su estructura biológica:
 - a. Sus órganos sensoriales de los que depende el tipo de estímulos que puede captar.
 - b. Sus órganos efectores que son los que permiten actuar sobre el medio.

- c. Su sistema nervioso del que depende la cantidad de información que podrá recibir y tratar el organismo así como la complejidad de ese tratamiento.
2. Los esquemas básicos del comportamiento: hay una serie de pautas de conducta que los organismos reciben junto con su configuración biológica es decir, son innatas, nacen con el individuo; y se lo denomina comportamiento innato.

2. Factores aprendidos

El comportamiento de los sujetos y también de los demás no es innato sino adquirido y se lo realiza por razón del aprendizaje, en ocasiones por la interacción con otros organismos, y que es resultado de la experiencia.

2.3.5.4 El papel del sistema nervioso en el comportamiento

El elemento más importante en la explicación del comportamiento es el sistema nervioso (SN), aunque también tiene importancia el sistema endocrino, y por supuesto, no habría comportamiento sin sistema muscular o esqueleto.

Las dos grandes unidades del sistema nervioso son:

- a) El sistema nervioso central (SNC). Se ocupa sobre todo de la relación del organismo con el mundo exterior.
- b) El sistema nervioso autónomo (SNA). Se encarga de regular la vida interna (vegetativa) del organismo.

Ambos sistemas se hayan vinculados y se influyen mutuamente pero puesto que el SNA tiene mayor influencia sobre la conducta.

2.3.6 CONDUCTA

De acuerdo a estudios realizados y plasmados en la enciclopedia de la Psicología del Grupo Océano (2001) define la conducta como:

Un conjunto de actividades externas observables en el individuo y de fenómenos internos no observables concomitantes, como metas, motivaciones, emociones, etc (pag 123)

El término conducta o comportamiento ha sido incorporado a la psicología desde otros campos del conocimiento, fue empleado anteriormente en la química, para referir o dar cuenta de la actividad de una sustancia, un cuerpo, u átomo, etc.

Posteriormente Huxlev lo introduce a la biología para referirse a las manifestaciones de la sustancia viva tales como: célula, núcleo, etcétera y Jennigs en psicología animal. En todos estos campos, el término se refiere al conjunto de fenómenos que son observables o que son factibles de ser detectados.

En el estudio del ser humano también se aplicó refiriéndose a las reacciones o manifestaciones exteriores, tratando así que la investigación psicológica se convierta en una tarea objetiva y por lo tanto en una ciencia de la naturaleza.

El término de la conducta que se utiliza a las distintas manifestaciones del individuo, deja de lado los procesos psíquicos.

Etimológicamente la palabra conducta viene del latín y significa “conducida o guiada”, es decir que todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guidas por algo que está fuera de las mismas: por la mente.

La historia del concepto de conducta se remonta al artículo de Watson publicado en 1913, que inicia con la escuela llamada Conductismo, en el que sostiene que la psicología científica debe estudiar sólo las manifestaciones externas (motoras, glandulares, y verbales); aquellas que pueden ser sometidas a observación y registro riguroso; posteriormente P. Janet hizo aportes importantes a la psicología de la conducta, en la que incluía la conciencia, con una complicación del acto.

2.3.7 HÁBITO

Los hábitos son aquellas costumbres de consumir sustancias, en este caso lo podemos asociar a sustancias psicoactivas. Se habla de un deseo de consumir productos, dicho consumo se debe diferenciar de un deseo incontrolable, o de abuso. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padece trastornos físicos o psíquicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La busque de sustancias es limitada y nunca significa una alteración conductual. (Loren,zo “Conceptos Fundamentales de Drogodependencia, 1998).

Para la psicología, los hábitos son cualquier acto que se adquiere por la experiencia y realizado regular y automáticamente.

Los hábitos se los distinguen desde un pequeño gesto como mover las manos, hablar hasta un hábito incontrolable de fumar, comer o beber en exceso.

Varios profesionales de la salud se interesan en el estudio central del hábito debido al componente básico del aprendizaje y las consecuencias que este produce y que impide el adecuado desenvolvimiento del individuo frente a la sociedad.

De acuerdo con la Real Academia Española (1997), la palabra hábito proviene del latín habitus que significa “modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes”.

Hábito es la capacidad que el hombre tiene de disponer de un modo distinto de cómo es por naturaleza, aunque no vaya en contra de ella (Aspe y López 1999).

Durante mucho tiempo se consideró prototipo de sustancias productoras de hábito de tabaco (la nicotina), la cafeína.

Existen diferentes tipos de hábitos, algunos de estos son:

1. Hábitos físicos
2. Hábitos afectivos
3. Hábitos morales
4. Hábitos sociales

5. Hábitos intelectuales
6. Hábitos mentales
7. Hábitos de higiene
8. Hábitos emocionales
9. Hábitos de consumo

2.3.7.1 Hábito de consumo

Se entiende por hábito, aquello que una persona hace de forma constante, y la relación con el consumo se determina a partir de aquello que acostumbra adquirir y consumir (Mejía y Arboleda 2004).

Para los conductistas los hábitos son las leyes del condicionamiento y el esfuerzo. Otra perspectiva descriptiva considera a los hábitos en términos de comportamientos adquiridos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario.

Todos los individuos tienen sin números de hábitos, que van desde los alimenticios hasta hábitos de consumo que dañan el entorno en el que se desarrollan.

2.3.8 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Según el libro de Durand, B. (2001) “Psicopatología” menciona que el consumo de sustancias es la ingesta de sustancias psicoactivas en cantidades moderadas que no interfieren de manera significativa en el funcionamiento social, educativo u ocupacional.

Consumo viene del latín “cosumere”, que significa gastar o destruir, es la acción y efecto de consumir o gastar, bien sean productos y otros géneros de vida.

El ser humano consume sustancias psicoactivas desde tiempos inmemoriales, y no solo como objeto de experimentar nuevas sensaciones placenteras, o en otros casos con la finalidad de relajarse ante situaciones perturbadoras, sino más bien está ligada a lograr fines de aceptación o sociales, religiosos y rituales.

La importancia del problema de investigación, radica en la estimación de la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas como problema de salud dentro de nuestra sociedad.

El consumo por otra parte, puede vincularse a la ingesta de drogas ya sean estas legales o ilegales. Es necesario diferenciar el término consumista como sinónimo de comprador compulsivo, aunque existen ciertas diferencias, tanto en las razones como en las consecuencias.

En principio, algunos consideran que el comprador compulsivo presenta una patología mental, y que intenta llenar algún tipo de “vacío emocional” mediante las compras, mientras que el consumismo es un estilo de vida propio de una persona débil de carácter, que no se permite ser ella misma y se refugia en el papel que la sociedad le exige que ocupe.

2.3.8.1 Definición de Sustancias Psicoactivas

Las Sustancias Psicoactivas son consideradas sustancias naturales o artificiales que alteran las emociones y percepciones del sujeto que las ingiere. Si su uso se prolonga, el resultado es la disminución progresiva de sus efectos antes dosis iguales sucesivas.

2.3.8.2 Clasificación de las Sustancias Psicoactivas

Las drogas psicoactivas se han clasificado de diversas maneras; por ejemplo Hamilton y Timmons (1995) identifican tres amplios grupos:

1. Los **estimulantes** excitan de manera temporal la actividad neuronal, actuando sobre las funciones corporales, aumentando los sentimientos positivos y elevando el estado de alerta. En altas dosis causan crisis convulsivas generalizadas.
2. Los **depresores** (o **sedantes**) deprimen la actividad neural, hacen más lentas las funciones corporales, inducen tranquilidad y producen sueño. En altas llevan a un estado de inconsciencia.

3. Los **alucinógenos** produce distorsión de la percepción normal y de los procesos de pensamiento. En altas dosis pueden causar episodios de conducta psicótica.

Una cuarta categoría es la de los **opiáceos**, que también deprimen la actividad del sistema nervioso central (SNC), pero tiene propiedades analgésicas, es decir reducen la sensibilidad hacia el dolor sin la pérdida de la conciencia.

CATEGORÍA PRINCIPAL	EJEMPLOS	NOMBRE(S) EN EL COMÚN
Depresores (sedantes)	Alcohol Barbitúricos Tranquilizantes Solventes	“ downers ”, “barbis”, diversos nombres derivados de las denominaciones o colores de las píldoras o capsulas (p.ej., “azulitas”) “tranx”
Estimulantes	Cafeína Nicotina Anfetaminas MDMA Cocaína:	“aceleradores ”; “ speed ”, “sulfato”, “ sulf ”; “zumbadores” “éxtasis”, “E” y muchos nombres derivados de la forma o el color de las drogas “coca”, “nieve”, “crack”, “refinada”, “base”, “Doña blanca”, “piedra”
Opiáceos	Morfina Heroína: “caballo” “skag”, “H”, “la fina” Codeína Metadona:	“ampolletas” (inyectables), “linctus” (oral) “hongos mágicos”, “hongos” “polvo de ángel”
Alucinógenos	LSD: “ácido” Mescalina Psilocibina: PCP:	“mota”, “la verde”, “churro”, “bacha”, “pasto”, “cañamo”, “maría” “zacate”, “mariguana”, “ganja” “yerbabuena”, “la yerba”, “zorrillo”
Cannabis	Cannabis Sativa: Cannabis herbal	Aceite de cannabis: “hachís”

Cuadro N° 2: Clasificación de Sustancias Psicoactivas.
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

2.3.8.3 Clasificación de Sustancias Psicoactivas

Según Richard Gross (2010), en su libro “Psicopatología-La Ciencia de la Mente y la Conducta”, manifiesta las siguientes definiciones:

1. DEPRESORES:

A) ALCOHOL:

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para una gran variedad de problemas de salud, y el consumo riesgoso es una causa importante de enfermedades prematuras, pérdida de la calidad de vida y la muerte.

Los problemas sociales también se relacionan a menudo con el consumo de alcohol riesgoso y dependiente, entre ellos la ruptura de las relaciones familiares y sociales, la dificultad para mantener un trabajo, e inclusive en los estudios.

Según Dr. Beatrice de Gelder (2007), determinó que a pesar de las dificultades para evaluar la relación entre los grados de ingestión de alcohol y sus efectos dañinos, se ha aceptado ampliamente la existencia de ciertos “niveles seguros”, expresando en términos de unidades de alcohol, cada una de las cuales es igual a 8 gramos de etanol (el equivalente a un cuarto de litro de cerveza, o una medida normal de licor).

Para los hombres, hasta 21 unidades por semana, y para las mujeres, hasta 14, se consideran seguras, siempre y cuando la cantidad completa no se ingiera de una sola vez y que existan días ocasionales en los que no se tome alcohol, pues cualquier cantidad por arriba de 50 y 35 unidades respetivamente se considera peligrosa.

Las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo están en riesgo de tener bebés con deformidades, dificultades de aprendizaje o conducta y desarrollo de cerebro atrofiado. La tolerancia y dependencia pueden desarrollarse como resultado

de un consumo repetido y los consumidores dependientes pueden sufrir síndrome de abstinencia si reducen o dejan de consumir alcohol.

La abstinencia severa de alcohol complicada por delirium tremens constituye una emergencia médica.

Entre los síntomas de la abstinencia están los temblores, sudor, ansiedad, náusea, vómito, insomnio, cefalea, hipertensión, alucinaciones y convulsiones.

Algunos Efectos Psicológicos Del Alcohol:

- Alcohol y Memoria: El alcohol interfiere con los patrones normales del sueño: aunque causa sedación, suprime el sueño MOR hasta en un 20%; además existe una vinculación entre la somnolencia inducida por el alcohol y la pérdida de la memoria.

Las personas que se embriagan y después olvidan lo que les ha sucedido tienen deficiencias de memoria similares a las que sufren de trastornos de sueño, como la somnolencia diurna. Se deduce que se trastorna por una transferencia e información a la memoria de largo plazo, puesto que las señales de GABA que inducen a la somnolencia pueden interferir tanto con la primera como con la última etapa de formación de memoria (registro y consolidación del estímulo).

Otros trastornos de la memoria asociados al consumo crónico de alcohol es el síndrome de Korsakoff.

- Alcohol y Sexo: El alcohol, reduce los niveles de testosterona (hormona sexual masculina) en sangre, una de cuyas funciones es mantener y regular el impulso sexual; el exceso de bebidas, puede resultar la pérdida del apetito sexual, incapacidad para el “desempeño”.

Aunque la función sexual retorna después de que han disminuido los grados de alcohol en la sangre, un exceso habitual a lo largo de un periodo de 5 a 10 años puede dañar de manera permanente la virilidad de un hombre.

En las mujeres ocurre lo contrario: incluso un par de opas puede aumentar rápidamente los niveles de testosterona en la sangre, lo cual aumenta la libido. Al igual que en los varones, las bebedoras abundantes pueden sufrir pérdida de la libido y del desempeño sexual, al igual que infertilidad. (Burke, 1999)

B) TABACO

Los productos de tabaco causan el mayor número de muertes por uso de sustancias psicoactivas en el mundo y representan un problema importante de salud pública.

El consumo regular de productos de tabaco es un factor de riesgo para una gran cantidad de problemas de salud a largo plazo, y aumenta la gravedad o el riesgo de complicaciones, como alta presión sanguínea, diabetes y asma. Los niños que están cerca de personas que fuman tabaco tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones respiratorias, alergias y asma.

Las embarazadas que fuman tienen mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y bebés con bajo peso. Aunque la mayoría de las personas que consumen tabaco lo hacen fumando, el uso de productos de tabaco masticado o aspirado también se asocia con un mayor riesgo de enfermedades. La exposición al humo del tabaco en el medio ambiente (fumadores pasivos) también aumenta el riesgo de problemas de salud entre los no fumadores.

Los riesgos asociados con el consumo de productos de tabaco son los siguientes:

- Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel.
- Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe.
- Alta presión sanguínea, diabetes mellitus.

- Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer.
- Enfermedades renales.
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema.
- Enfermedades cardiovasculares, apoplejías.
- Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago

C) SEDANTES Y PASTILLAS PARA DORMIR:

Los sedantes y las pastillas para dormir abarcan las benzodiazepinas y los compuestos relacionados pero no los neurolépticos. Pueden causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más altas que las recetadas. Por lo general, las benzodiazepinas se recetan para ayudar a dormir, controlar la ansiedad u otro trastorno del estado de ánimo, trauma, procedimientos quirúrgicos, abstinencia de sustancias específicas, convulsiones y dolor muscular.

Entre los sedantes y las pastillas para dormir se encuentran los siguientes: diazepam, temazepam, alprazolam, clonazepam, flunitrazepam, zolpidem, midazolam y fenobarbitona.

La tolerancia y dependencia a los sedantes y pastillas para dormir pueden ocurrir después de un corto período de uso, y la abstinencia de estas drogas puede ser muy desagradable.

Los síntomas de abstinencia son: ansiedad y pánico severo, insomnio, depresión, dolor de cabeza, sudoración y fiebre, náusea, vómito y convulsiones.

2. ESTIMULANTES

A. ANFETAMINAS

Se sintetizaron por primera vez durante la década de 1920. Su efecto general era aumentar la energía y mejorar la confianza en uno mismo, por tal razón, la utilizaron ampliamente los militares durante la Segunda Guerra Mundial para reducir la fatiga y generar mayor confianza en los soldados.

Otros de sus efectos es suprimir el apetito, por lo que son el principal ingrediente en las “píldoras para adelgazar” como la metedrina, dexedrina, y benzedrina.

Las anfetaminas se ingieren en forma de píldoras; en polvo, se inhalan por la nariz, y en su forma líquida se inyectan. Pequeñas cantidades producen aumento en vigilia, alerta, y excitación; los usuarios experimentan una sensación de energía y confianza, al tiempo que sienten que pueden resolver cualquier problema o terminar con cualquier tarea.

Una vez que se elimina la droga se sufre un “derrumbe” o “resaca”, que se caracteriza por fatiga y depresión extremas, irritabilidad, desorientación y actividad motora agitada, lo que puede contrarrestar con otra dosis.

Grandes cantidades pueden causar intranquilidad, alucinaciones y delirios paranoides (o psicosis de anfetamina) virtualmente indistinguibles de la esquizofrenia paranoide. El uso a lo largo a largo plazo se ha vinculado con depresión grave, tendencias suicidas, alteraciones del pensamiento y daño cerebral.

Es posible que se desarrolle rápidamente tolerancia y dependencia psicológica; en tanto a la “resaca” de anfetaminas es indicativa de abstinencia, lo cual sugiere dependencia fisiológica.

B. COCAINA

El clorhidrato de Cocaína es un poderoso estimulante del SNC extraído de las hojas de coca endémicas de los Andes en Sudamérica, donde, originalmente, los indígenas peruanos descubrieron que masticar las hojas aumentaba el vigor y aliviaba la fatiga y el hambre. Aunque ellos conservan la costumbre de mascar las hojas, en otras partes del mundo se inhalan en forma de polvo, se inyecta en las venas en forma de líquido o se fuma (cuando se fuma, la droga llega al cerebro en 5 a 10 segundos); también se puede ingerir, frotar en las encías o soplar dentro de la garganta.

En general los efectos son similares a los de las anfetaminas, pero tiende a durar de 15 a 30 minutos. El usuario experimenta un estado de euforia, eliminación

del dolor, aumento en autoconfianza, energía y atención. Pero cuando los efectos bajan se presenta un “derrumbe”. Incluso en pequeñas cantidades, los efectos estimulantes pueden causar infartos y muerte.

La investigación reciente sugiere que los sujetos jóvenes pueden tener un aumento de sufrir un evento vascular cerebral (hemorragia; Laurance, 2000).

La cocaína y las anfetaminas producen elevación súbita en la presión arterial, de modo que las personas con vasos sanguíneos anormales en el cerebro como aneurismas, están en mayor riesgo. Incluso la inhalación repetida constriñe los vasos sanguíneos de la nariz, lo que propicia que el tabique nasal se perfora.

Es indudable que la cocaína produce dependencia psicológica, pero no es tan claro que ocurra lo mismo respecto de la dependencia fisiológica, la tolerancia y la abstinencia.

CRACK: Es una forma de cocaína que apareció por primera vez en la década de 1980. Se fabrica utilizando clorhidrato de cocaína, amoníaco o bicarbonato de sodio y agua. Sus efectos son más rápidos e intensos que los de la cocaína, sin embargo el “derrumbe” también es más grave.

C. METILENODIOXIMETANFETAMINA (MDMA; éxtasis)

La MDMA o “éxtasis” está químicamente relacionada con la anfetamina. Se sintetizó inicialmente en 1912 y después se patentó como inhibidor del apetito.

Se ingiere en forma de píldora o tableta y en ocasiones se toma con otras sustancias que alteren el estado de ánimo.

Pequeñas cantidades producen un suave “levantón” eufórico que puede durar hasta 10 horas, período en el que aumenta la autoconfianza en uno mismo y la sexual. Los neurotransmisores afectados son la serotonina y la dopamina.

El éxtasis produce deshidratación e hipertermia extremas, lo cual induce una forma de golpe de calor, que llega a producir convulsiones, colapso y muerte. La presión arterial también se eleva y puede inducir a un evento cerebro vascular.

La depresión (llamada “la tristeza de mediados de semana” por quienes consumen la droga con fines recreativos) forma parte del rebote (la “caída” que sigue a los “subidones” cuando deja de consumirse la droga), puede alcanzar niveles clínicos y ser junto al cansancio, el letargo, la disminución de la sociabilidad, la pérdida de apetito, las alteraciones del sueño y una mayor agresividad factores que impiden la recuperación (Parrot, 2008; Taylor, 2002).

Después de ingerir la droga se presenta muerte de las neuronas: ya no pueden producir serotonina; esto quizá explica la depresión que presentan las personas que consumen y otros problemas mentales

Según Parrot (2008), menciona que la MDMA, posee un potencial bajo para una adicción psicológica, tal vez a causa de su prolongado síndrome de abstinencia. Durante algunas horas el MDMA puede hacer que el mundo parezca un lugar maravilloso, pero de manera paradójica, en los días posteriores y a más largo plazo su consumo regular puede dar lugar a una mayor aflicción.

3. OPIÁCEOS:

Proviene de las vainas no maduras de la amapola del opio “planta de la felicidad”. Uno de los derivados del opio es la morfina, de la que puede extraerse la codeína y la heroína. En general, los opiáceos deprimen el funcionamiento neural y disminuyen las sensaciones y respuestas físicas ante la estimulación.

A. MORFINA Y HEROÍNA:

Surgieron a partir de experimentos con fines terapéuticos: En Europa la Morfina se utilizó inicialmente como analgésico durante la Guerra Franco Prusiana (1870-1871), sin embargo producía dependencia fisiológica.

La heroína se puede fumar, inhalar o inyectar por vía intravenosa. Los efectos inmediatos (el “levantón”) se describen como una sensación abrumadora de placer, similar al orgasmo sexual, pero que afecta todo el cuerpo, y son tan

placenteros que dejan de lado por completo cualquier pensamiento de comida o sexo, por lo que las sobredosis son comunes.

La heroína se descompone rápidamente en morfina, la cual produce sensaciones de euforia, bienestar, relajación, y somnolencia.

En usuarios crónicos existe un aumento en la agresividad y aislamiento social, además una disminución en la actividad física. Los opiáceos en general pueden dañar el sistema inmune del cuerpo, conduciendo a una mayor susceptibilidad a las infecciones.

La heroína produce tanta dependencia fisiológica y psicológica, y su tolerancia se desarrolla con rapidez, de igual forma los síntomas de abstinencia inicialmente son similares a un resaca y evolucionan en temblores, calambres estomacales, escalofríos e hiperventilación; también aceleración del pulso, elevación de la presión arterial insomnio y diarrea.

A menudo la piel se eriza y toma la apariencia de la carne de un pavo desplumado (de aquí el término “cold turkey” para describir los intentos de abstenerse), y las piernas se sacuden de manera incontrolable.

Tales síntomas duran cerca de una semana y llegan a su punto máximo aproximadamente después de 48 horas.

4. ALUCINÓGENOS:

Producen efectos más profundos en el estado de la consciencia, lo cual constituye la razón por la que en ocasiones se les denomina psicodélicos (“de expansión mental”). Entre los más frecuentes encontramos la mezcalina, que proviene del cactus del peyote; la psilocibina, del hongo *psilocybe mexicana*; el LSD, y el PCP que son sintetizados químicamente.

A. DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉGICO (LSD):

El LSD se produjo inicialmente en la década de 1940 y se utilizó durante la de 1960 con una variedad de propósitos médicos, incluyendo alivio del dolor en pacientes

terminales, periodo durante el cual se llegó a conocer ampliamente y a utilizar de manera generalizada como droga recreativa.

El LSD, la paz y el amor se convirtieron en los elementos centrales del movimiento hippy “poder de las flores”.

Generalmente el LSD, se impregna en papel secante y se ingiere, y, a diferencia de otras drogas, es posible que los efectos no aparezcan sino hasta más o menos una hora después de tomarlo; estos incluyen:

- Experiencias sensoriales distorsionadas, como una intensificación de vista y sonido, y formas y olores cambiantes. Esta experiencia puede ser placentera o terrorífica, dependiendo del estado de ánimo y de las expectativas.
- Lentitud notable del tiempo subjetivo.
- Sinestesia. Mezcla d diferentes experiencias sensoriales.
- Despersonalización: estado donde el cuerpo se percibe como algo separado de uno mismo.
- Distorsiones o alucinaciones que pueden tener un origen psicológico o fisiológico

No existe evidencia de dependencia fisiológica o síndrome de abstinencia, pero se puede desarrollar tolerancia rápidamente.

5. CANNABIS:

La planta cannabis sativa tiene como ingrediente psicoactivo el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC); éste se halla en las ramas y hojas de las plantas de marihuana, pero tiene una elevada concentración en la resina de la planta hembra, de donde se deriva el hachís, aun más potente que la marihuana.

En general, el cannabis se fuma con tabaco, o se ingiere; se consume junto con el MDMA.

Cuando se fuma. El TCH llega al cerebro después de 7 segundos, donde con pequeñas cantidades se produce un “levantón” leve y placentero que implica relajación, pérdida de la inhibición social, intoxicación y un estado de ánimo gracioso; el habla se vuelve confusa y se altera la coordinación, aumento de la frecuencia cardíaca, reducción en la concentración, aumento del apetito y alteraciones de la memoria a corto plazo.

Algunos individuos manifiestan sensaciones de temor, ansiedad, y confusión. El cannabis es muy similar al alcohol en la extensión del daño que puede causar (Parrot, 2008).

Grandes cantidades producen reacciones alucinógenas, pero estas no son tan efectivas como el LSD. Los riesgos son diversos: el THC permanece en el cuerpo hasta un mes y tanto las hormonas sexuales masculinas como el ciclo menstrual femenino llegan a sufrir alteraciones; si se utiliza durante el embarazo, es posible que el feto no crezca de manera apropiada, mientras que para la garganta y los pulmones el cannabis es todavía más peligroso que los cigarrillos.

En lo que concierne a la tolerancia ésta es por lo general una señal de la dependencia psicológica, pues se ha informado de una tolerancia inversa. Se han reportado efectos de abstinencia (intranquilidad, irritabilidad e insomnio), pero sólo parecen asociarse con el uso constante de cantidades muy grandes. La dependencia psicológica, si existe.

6. INHALANTES:

Por inhalantes se conocen todas las sustancias que pueden inhalarse o respirarse, aunque por sí mismas esas sustancias puedan tener una variedad de diferentes acciones farmacológicas.

Las sustancias volátiles más comúnmente usadas son la gasolina, los solventes para pinturas, los aerosoles, las lacas que contienen benzina y los pegamentos o disolventes que contienen tolueno. El nitrito de almidón y el óxido nítrico también se usan en algunas comunidades. La forma más común en la que se

utilizan es aspirada de un recipiente, aunque algunas personas la aspiran a través de una bolsa de plástico.

Los efectos a corto plazo pueden ser: náusea, vómito, cefalea y dolores estomacales. Las dosis más altas pueden provocar desorientación, confusión, falsas ilusiones, debilidad, temblores, dolores de cabeza y alucinaciones visuales. Por último, el consumo puede causar un coma o la muerte por infarto.

Los riesgos asociados con el consumo de inhalantes:

- Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis, sangrado de nariz.
- Náusea y vómito, indigestión, úlceras estomacales.
- Mareo y alucinaciones, aletargamiento, desorientación, visión borrosa.
- Cefaleas, conducta impredecible y peligrosa.
- Dificultades para la coordinación.
- Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión.
- Delirio, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones).
- Muerte por insuficiencia cardíaca

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS NULA (H₀)

Los niveles de estrés no influye en el consumo de sustancias psicoactivas de los empleados de la compañía CEPEDA.

2.4.2 HIPÓTESIS ALTERNA (H₁)

Los niveles de estrés si influye en el consumo de sustancias psicoactivas de los empleados de la compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato en el periodo septiembre 2012 – enero 2013.

2.5 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

2.5.1. Variable independiente:

Los niveles de estrés

2.5.2. Variable dependiente:

Consumo de sustancias psicoactivas

2.5.3. Unidad de observación:

Empleados de la compañía CEPEDA

2.5.4. Términos de relación:

Influye

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación acoge un enfoque crítico-propositivo de carácter cuantitativo. Es cuantitativo porque se recabara información que será sometida a un análisis estadístico; y posteriormente Cualitativo pues brindará un estudio crítico con soporte científico, conociendo de esta manera la naturaleza del problema e impulsando a una transformación.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 Investigación Bibliográfica – Documental

Visto de esta forma, este trabajo es bibliográfico, puesto que posee información procedente de libros, módulos, diccionarios de psicología, revistas, periódicos, internet, y publicaciones de profesionales doctos en el tema, para que así la documentación sea validada y confiable a manera de información primaria.

3.2.2 Investigación de Campo

Porque se acudió al lugar de los hechos es decir se participó activamente con los empleados de la compañía CEPEDA, para recopilar la información necesaria, puesto que la investigación no puede quedarse en el empirismo sino debe continuar su proceso de adquisición de información, para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

3.2.3 De Intervención Social

Es de intervención social puesto que no solo subsistió en una observación pasiva sobre los niveles de estrés en los empleados de la compañía CEPEDA, sino se orientó a una propuesta de solución.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

En este sentido se comprende que se efectuó un estudio exploratorio en vista de que la metodología manejada fue flexible a la necesidad del estudio, la investigación llevó un nivel de asociación de variables, generando hipótesis y a su vez verificándolas, reconociendo las variables de interés investigativo y de tipo descriptivo a través de un método biográfico de historias de vida con entrevistas psicológicas a profundidad.

3.4 POBLACIÓN

El análisis precedente del trabajo investigativo referente a la población en la cual se encuentran inmersos los empleados de la compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato, a quienes se les aplicó, un Cuestionario que evalúa el consumo de sustancia psicoactivas y un Inventario de Estrés de Melgosa que mide los niveles de estrés en el que se encuentran; dicha población corresponde a 100 personas adultas que proporcionaron información para el trabajo investigativo, durante el periodo establecido de Septiembre 2012 a Enero 2013.

3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

NIVELES DE ESTRÉS

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p>Niveles de Estrés</p> <p>Es la clasificación del estrés de una forma estratificada según la intensidad de estrés que acumulan o presentan las personas.</p>	<p>Nivel 1</p> <p>Estrés</p> <p>Peligrosamente bajo:</p>	<p>La persona se encuentra sumamente relajada y tranquila no se somete a presiones y tiende a descuidar todos los ámbitos.</p>	<p>Preguntas del 1-96, en los distintos ámbitos tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estilo de vida 2. Ambiente 3. Síntomas 4. Empleo/ Ocupación 5. Relaciones 6. Personalidad 	<p>T. Entrevista</p> <p>I. Inventario de Estrés de Julián Melgosa.</p>

Cuadro N° 3: Operacionalización de Variable Independiente
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

<p style="text-align: center;">Niveles de Estrés</p> <p>Es la clasificación del estrés de una forma estratificada según la intensidad de estrés que acumulan o presentan las personas.</p>	<p style="text-align: center;">Nivel 2 Estrés bajo:</p>	<p>La persona se somete en algunas ocasiones a estresores, sin embargo estos no son un impedimento para que la persona salga de la vida relajada.</p>	<p>Preguntas del 1-96, en los distintos ámbitos tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estilo de vida 2. Ambiente 3. Síntomas 4. Empleo/ Ocupación 5. Relaciones 6. Personalidad 	<p style="text-align: center;">T. Entrevista</p> <p style="text-align: center;">I. Inventario de Estrés de Julián Melgosa.</p>
---	---	---	---	--

Cuadro N° 4: Operacionalización de Variable Independiente
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

<p style="text-align: center;">Niveles de Estrés</p> <p>Es la clasificación del estrés de una forma estratificada según la intensidad de estrés que acumulan o presentan las personas.</p>	<p style="text-align: center;">Nivel 3 Estrés Normal:</p>	<p>Se encuentra la mayoría de personas son momentos de estrés y presión, alternados con momentos relajación.</p>	<p>Preguntas del 1-96, en los distintos ámbitos tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estilo de vida 2. Ambiente 3. Síntomas 4. Empleo/ Ocupación 5. Relaciones 6. Personalidad 	<p style="text-align: center;">T. Entrevista</p> <p style="text-align: center;">I. Inventario de Estrés de Julián Melgosa.</p>
---	---	--	---	--

Cuadro N° 5: Operacionalización de Variable Independiente
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

<p style="text-align: center;">Niveles de Estrés</p> <p>Es la clasificación del estrés de una forma estratificada según la intensidad de estrés que acumulan o presentan las personas.</p>	<p style="text-align: center;">Nivel 4 Estrés Elevado:</p>	<p>Nivel alto de estrés, se encuentran susceptibles de padecer enfermedades circulatorias, digestivas e incluso del sistema nervioso, ya que aquí se inicia el consumo de sustancias psicotrópicas.</p>	<p>Preguntas del 1-96, en los distintos ámbitos tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estilo de vida 2. Ambiente 3. Síntomas 4. Empleo/ Ocupación 5. Relaciones 6. Personalidad 	<p style="text-align: center;">T. Entrevista</p> <p style="text-align: center;">I. Inventario de Estrés de Julián Melgosa.</p>
---	---	---	---	--

Cuadro N° 6: Operacionalización de Variable Independiente
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

<p style="text-align: center;">Niveles de Estrés</p> <p>Es la clasificación del estrés de una forma estratificada según la intensidad de estrés que acumulan o presentan las personas.</p>	<p style="text-align: center;">Nivel 5 Estrés Peligroso:</p>	<p>Niveles muy altos de estrés, se empiezan a manifestar síntomas clínicos particulares que son resultado de una vida de estresores y falta de momentos de relajación.</p>	<p>Preguntas del 1-96, en los distintos ámbitos tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estilo de vida 2. Ambiente 3. Síntomas 4. Empleo/ Ocupación 5. Relaciones 6. Personalidad 	<p style="text-align: center;">T. Entrevista</p> <p style="text-align: center;">I. Inventario de Estrés de Julián Melgosa.</p>
---	--	--	---	--

Cuadro N° 7: Operacionalización de Variable Independiente
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
El consumo de sustancias es la ingestión de sustancias psicoactivas en cantidades moderadas que no interfieren de manera significativa en el funcionamiento social, educativo, u ocupacional.	<p>USO</p> <p>ABUSO</p> <p>DEPENDENCIA</p>	<p>Consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia, sin dependencia</p> <p>Consumo recurrente de sustancias.</p> <p>Problemas legales repetitivos.</p> <p>Tolerancia.</p> <p>Abstinencia.</p> <p>Deseo persistente.</p> <p>Reducción de ciertas actividades.</p> <p>Problemas</p>	<p>1. ¿Durante su vida ha consumido algún tipo de droga?</p> <p>2. ¿Qué tipo de sustancia Psicoactiva consume?</p> <p>3. ¿Cada qué tiempo consume dicha sustancia antes mencionada?</p> <p>4. ¿Alguna vez en el transcurso del consumo se ha intoxicado?</p> <p>5. ¿Ha presentado un deterioro en sus actividades laborales, sociales, recreativas debido al consumo de sustancias psicoactivas?</p> <p>6. ¿Ha permanecido Ud. sin consumir alguna sustancia?</p> <p>7. ¿Tras un evento estresor ha tenido la necesidad de consumir sustancias</p>	<p>T. Entrevista</p> <p>I. Cuestionario para el consumo de Sustancias Psicoactivas</p>

Cuadro N° 8: Operacionalización de Variable Dependiente
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.6.1. INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ESTRÉS INDIVIDUAL

El test fue aplicado a los empleados de la Compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato en el periodo de Septiembre 2012 – Enero 2013, debido a que no existe un instrumento estandarizado para medir el nivel de estrés cotidiano, por lo que se ha utilizado el cuestionario del Inventario de Estrés (Melgosa J. , ¡Sin estrés!, 1995) que consiste de 96 preguntas cerradas, redactadas en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta (nunca, casi nunca, frecuentemente y casi siempre), con valores de entre 0, 1 ,2, y 3. Los ítems se agruparon en seis dominios: estilo de vida, ambiente, síntomas, empleo u ocupación, relaciones y personalidad.

Este cuestionario fue validado en Madrid, donde se empleó a 170 hombres y mujeres comprendidos en edades de 20 a 48 años de edad, consiguiéndose los promedios e índices de variabilidad suficientes para establecer cinco zonas del nivel de estrés, basándose en el hecho de que el puntaje total del cuestionario tiene una distribución normal: zona 1, estrés peligrosamente bajo (menos de 48 puntos); zona 2, estrés bajo (de 48 a menos de 72 puntos); zona 3, estrés normal (de 72-119 puntos); zona 4, estrés elevado (120-144 puntos), y zona 5, estrés peligroso (145 puntos o más).

3.6.2. ENCUESTA PARA MEDIR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El instrumento fue aplicado a 100 empleados de la compañía CEPEDA, el cual consta de diez preguntas, la primera evalúa si existe o no consumo de alguna sustancia psicoactiva, además la sustancia de más utilización, las preguntas restantes cuantifican si existe uso, abuso dependencia o intoxicación, conjuntamente evalúa si existe dificultad en la interacción con su entorno familiar, social y laboral, dichas

interrogantes constan con las siguientes alternativas: nunca, casi nunca, frecuentemente y casi siempre.

En efecto el instrumento facilitó la recolección de información acerca del consumo de sustancias por parte de los empleados de la compañía CEPEDA.

3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para determinar los niveles de estrés y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas.
2. ¿De qué personas u objetos?	Empleados de la compañía CEPEDA.
3. ¿Sobre qué aspectos?	Niveles de estrés y consumo de sustancias psicoactivas.
4. ¿Quién?	Gabriela Patricia Toapanta López.
5. ¿A quiénes?	Empleados de la compañía CEPEDA
6. ¿Cuándo?	Durante el periodo de Septiembre 2012 – Enero 2013.
7. ¿Dónde?	Compañía CEPEDA
8. ¿Cuántas veces?	Las que amerite el proceso investigativo
9. ¿Cómo? ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevista, cuestionario y test psicológicos.
10. ¿Con qué?	Con un Inventario para la evaluación de estrés individual de Melgosa y un Cuestionario para medir el consumo de sustancias psicoactivas.

Cuadro N° 10: Plan de Recolección de la Información
 Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

3.6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS

Después de la aplicación de los instrumentos se realizará el análisis e interpretación de los resultados con el apoyo del marco teórico los mismos que permitirán tabular la información según la variable e hipótesis y llegar al establecimiento de Conclusiones y Recomendaciones de la Compañía CEPEDA.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados del Inventario de Estrés Individual de Melgosa en el personal de la Compañía Cepeda de la Ciudad de Ambato en el período Septiembre 2012- Enero 2013.”

NIVELES DE ESTRÉS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estrés peligrosamente bajo	14	14%
Estrés bajo	6	6%
Estrés normal	15	15%
Estrés elevado	20	20%
Estrés peligroso	45	45%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 11 Niveles de Estrés
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

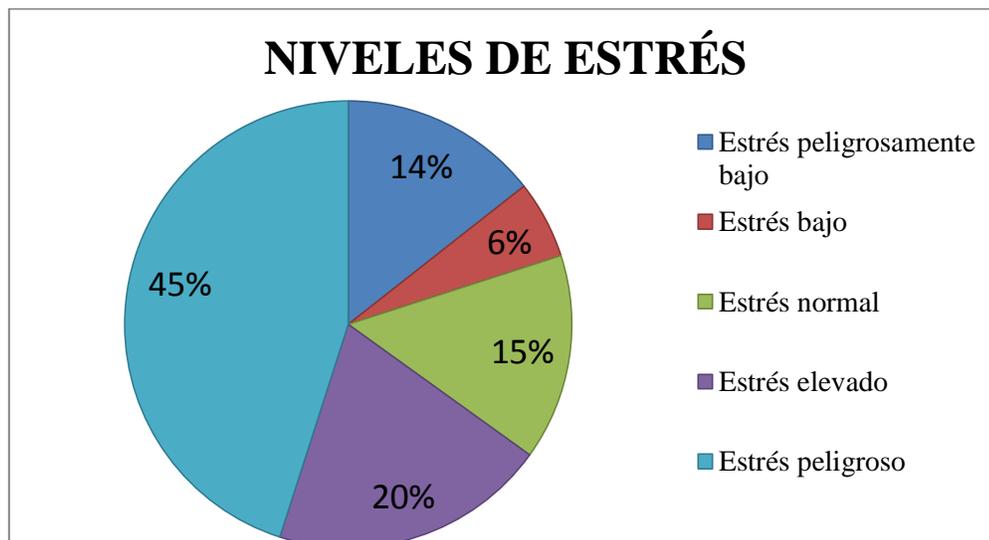


Gráfico No5 Niveles de Estrés
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Inventario De Estrés de Melgosa 2006

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Del 100% que corresponde a los empleados de la compañía CEPEDA, la gráfica nos demuestra que el 45% pertenece a aquellas personas que presentan Estrés Peligroso, este grupo de individuos mantienen múltiples molestias en todas las áreas; es decir presentan respuestas fisiológicas tales como músculos tensos, trastornos digestivos, taquicardia, entre otros dichos síntomas son referidos por el personal tras contestar el Inventario de estrés de Melgosa, conjuntamente existen respuestas psicológicas como la ansiedad, irritabilidad, o en ocasiones depresión, y sin dejar de lado es necesario referirse a las conductas anómalas, como es el bajo rendimiento laboral, relaciones personales conflictivas, uso de alcohol y de otras drogas; en segundo lugar con el 20% encontramos el Estrés Elevado, el grupo de sujetos que se mantienen en este nivel están recibiendo una señal de alerta que indica que existen complicaciones con sus área interpersonal e intrapersonal, además es una advertencia para evitar problemas de salud mental y física a futuro; mientras que el 15% es referente a un Estrés Normal, nivel en que la mayoría de personas se ubican, a veces existe tensión y en otros momentos relajación, es necesario que en la vida de los sujetos exista indudable grados de tensión para conseguir las metas propuestas, continuando con el 6% el Estrés Bajo, se debe a una naturaleza serena y un ambiente adecuado en el que el empleado se adapta con tranquilidad a los cambios; y finalmente el 14% que corresponde a un Estrés pelagrosamente Bajo en este nivel se requiere de cierta emocionalidad para realizar sus actividades e intereses.

Tomando como referencia los datos anteriores, podemos concluir que existe un rango de peligro entre la sumatoria del estrés elevado y peligroso, que alcanzan un porcentaje del 62%, que describe a los empleados de la compañía CEPEDA, que padecen complicaciones en todas las áreas; y las de mayor afectación tenemos: Empleo/Ocupación, y síntomas.

Estilo De Vida		Ambiente		Síntomas		Empleo/Ocupación		Relaciones		Personalidad		TOTALES
Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	
54	0	42	0	21	0	33	0	27	0	15	0	192
6	16	9	20	6	12	13	24	10	10	9	8	143
5	10	6	10	27	12	16	26	21	18	21	20	192
63	0	63	0	99	0	57	0	69	0	81	0	432
128	26	120	30	153	24	119	50	127	28	126	28	
154		150		177		169		155		154		

Cuadro N° 12 Niveles de Estrés

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

Estrés peligrosamente bajo	138
Estrés bajo	54
Estrés normal	143
Estrés elevado	192
Estrés peligroso	432

Cuadro N° 13 Rangos de los Niveles de Estrés

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

1. ESTILO DE VIDA

	AFECTADOS										TOTAL
	ALTA					BAJA					
	Encuestados	%	Afectados	%	Rangos	Subtotal	Afectados	%	Rangos	Subtotal	
Nunca	29	29	18	18	3	54	11	11	0	0	54
Casi Nunca	14	14	6	6	1	6	8	8	2	16	22
Frecuente	10	10	5	5	1	5	5	5	2	10	15
Casi Siempre	47	47	21	21	3	63	26	26	0	0	63
	100	100	50	50		128	50	50		26	154

Cuadro N° 13 Estilo de Vida
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	29	29%
Casi Nunca	14	14%
Frecuente	10	10%
Casi Siempre	47	47%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 14 Frecuencia de Estilo de Vida
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

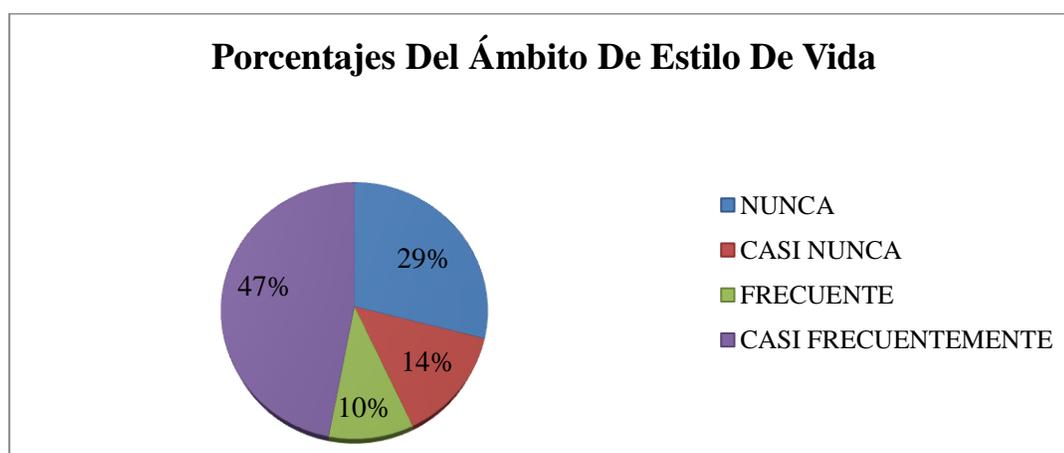


Gráfico No6 Porcentajes de Estilo de Vida
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Inventario De Estrés de Melgosa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Del 100% de los encuestados refieren que mantener un nivel de estrés si afecta el ámbito de Estilo de Vida, es así que el gráfico señala que el 47% de los empleados de la Compañía CEPEDA, Casi Siempre se encuentran afectados en el ámbito de Estilo de Vida, es decir presentan insomnio, problemas en la alimentación, consumo de tabaco y de alcohol; continuando con el 29% corresponde a la opción de Nunca, refiriendo que los sujetos de este grupo no presentan dificultad en su estilo de vida; el 14% pertenece al Casi Nunca en el cual indican que existe un grado bajo de dificultades en algunas actividades, sin embargo son manejadas, y 10% restante es de Frecuentemente se encuentran con conflictos en el patrón de sueño, en sus actividades de alimentación, recreativas, y de abuso de sustancias psicoactivas.

2. AMBIENTE

	AFECTADOS										
	ALTA						BAJA				
	Encuestados	%	Afectados	%	Rangos	Subtotal	Afectados	%	Rangos	Subtotal	Total
Nunca	31	31	14	14	3	42	17	17	0	0	42
Casi Nunca	19	19	9	9	1	9	10	10	2	20	29
Frecuente	11	11	6	6	1	6	5	5	2	10	16
Casi Siempre	39	39	21	21	3	63	18	18	0	0	63
	100	100	50	50		120	50	50		30	150

Cuadro N° 15 Ambiente

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	31	31%
Casi Nunca	19	19%
Frecuente	11	11%
Casi Siempre	39	39%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 16 Frecuencia Ambiente
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

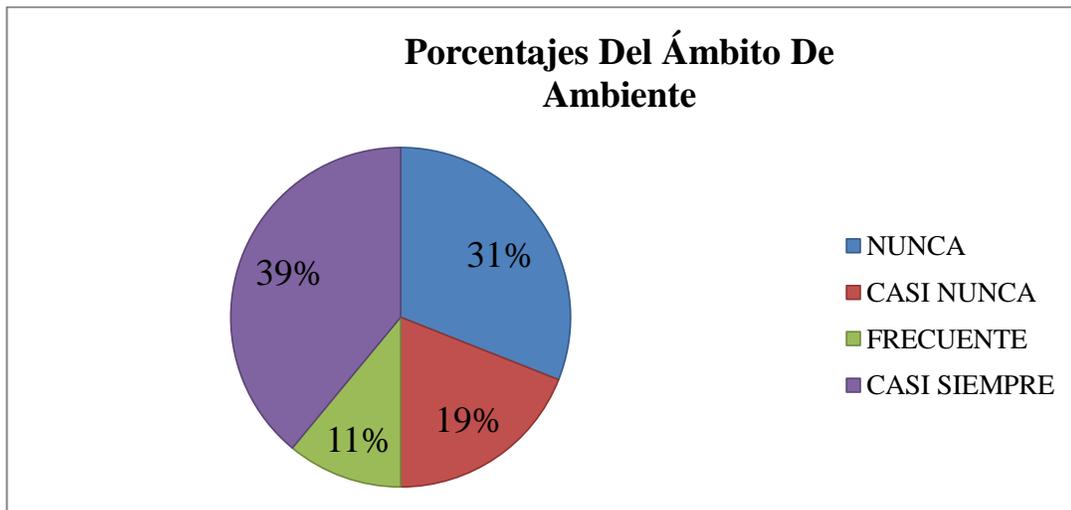


Gráfico No7 Porcentajes de Ambiente
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Inventario De Estrés de Melgosa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De una población de 100% personas el 39% que corresponde a la opción de Casi siempre, manifiestan tener dificultad en el ámbito de Ambiente, refieren estar estresados por el ruido, por la atmosfera en la que se rodean, y por el orden; en segundo lugar el 31% representa al grupo de sujetos que indican que Nunca han presentado problemas en los factores externos que rodean al sujeto; continuando con el 19% el grupo que contesto Casi Nunca señala que no a presentando inconvenientes en el desenvolvimiento del ser humano y el medio, finalmente el 11% muestra que Frecuentemente las zonas, áreas y de más aspectos externos que rodean al empleado de la compañía están siendo afectando por su poca adaptabilidad a los cambios.

3. SÍNTOMAS

	AFECTADOS										
			ALTA				BAJA				TOTAL
	Encuestados	%	Afectados	%	Rangos	Subtotal	Afectados	%	Rangos	Subtotal	
Nunca	13	13	7	7%	3	21	6	6%	0	0	21
Casi Nunca	12	12	6	6%	1	6	6	6%	2	12	18
Frecuente	33	33	27	27%	1	27	6	6%	2	12	39
Casi Siempre	42	42	33	33%	3	99	9	9%	0	0	99
	100	100	73	73		153	27	27		26	177

Cuadro N° 17 Síntomas
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	13%
Casi Nunca	12	12%
Frecuente	33	33%
Casi Siempre	42	42%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 18 Frecuencia Síntomas
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

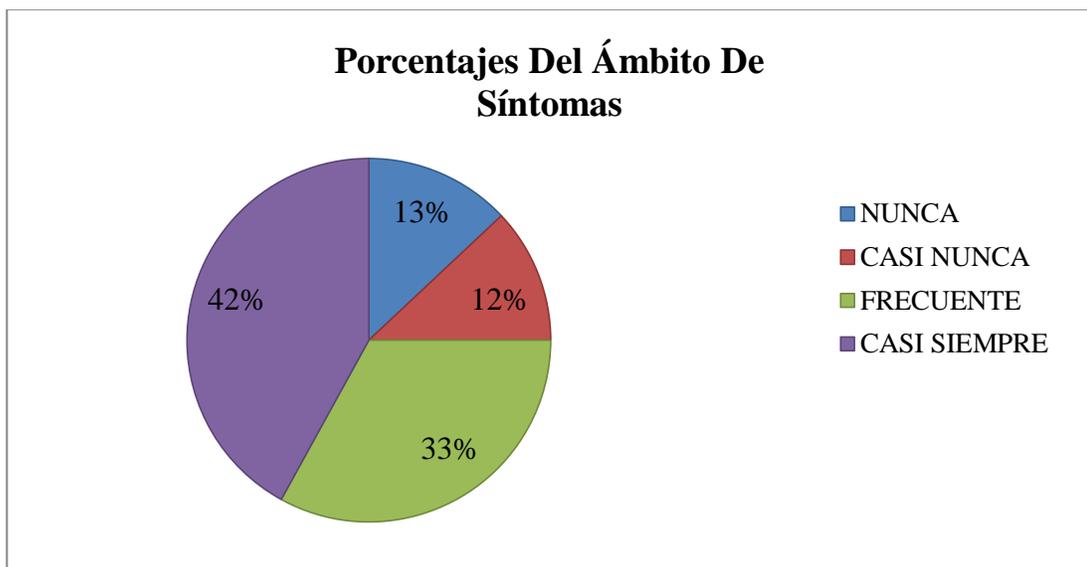


Gráfico No8 Porcentajes de Síntomas
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Inventario De Estrés de Melgosa 2006

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Acorde a la información de una población de 100 encuestados el 42% señala que Casi Siempre manifiesta síntomas tales como dolor de cabeza, problemas digestivos, molestias musculares, presión sanguínea, el 33% que abarca a Frecuentemente refiere presentar síntomas de hiperventilación, fatiga, cansancio, dolores musculares, molestias respiratorias y digestivas, continuando con el 13% que pertenece al grupo que marcó que Nunca ha presentado problemas relacionado con el ámbito de Síntomas, con un menor porcentaje que corresponde al 12% se ubica el Casi Nunca, en el que los empleados presentan pequeñas molestias como cefaleas, y dolores abdominales no tan notorios.

4. EMPLEO/ OCUPACIÓN

	AFECTADOS										TOTAL
	ALTA					BAJA					
	Encuestados	%	Afectados	%	Rangos	Subtotal	Afectados	%	Rangos	Subtotal	
Nunca	21	21%	11	11	3	33	10	10%	0	0	33
Casi Nunca	25	25%	13	13	1	13	12	12%	2	24	37
Frecuente	29	29%	16	16	1	16	13	13%	2	26	42
Casi Siempre	25	25%	19	19	3	57	6	6%	0	0	57
	100	100	59	59		119	41	41%		50	169

Cuadro N° 19 Empleo/Ocupación

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	21	21%
Casi Nunca	25	25%
Frecuente	29	29%
Casi Siempre	25	25%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 20 Frecuencia Empleo/Ocupación
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

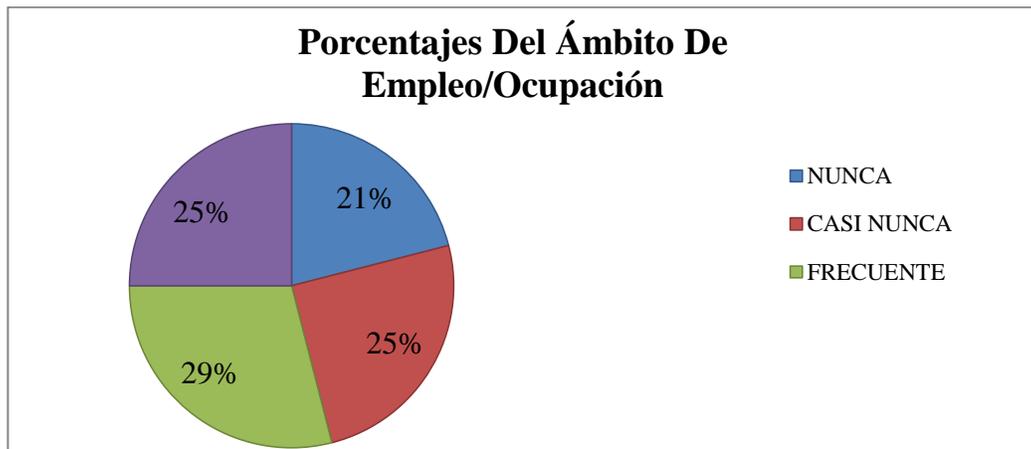


Gráfico No9 Porcentajes de Empleo/Ocupación
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Inventario De Estrés de Melgosa 2006

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Es una área del sujeto que tiene relación con todo lo que respecta al individuo y su interacción con su trabajo y ocupación, de acuerdo a los porcentajes el de mayor predominio es la opción de Frecuentemente con el 29%, los sujetos que se encuentran en esta opción refiere trabajar con cierto grado de tensión, tiempo abrumador, dificultades interpersonales, y dificultades cognitivas, con un mismo rango se ubican la opción de Casi Nunca y Casi Siempre con un 25% cada uno, con variaciones en el grado de desarrollo y desempeño de sus actividades y de la manera de trabajar con cierta tensión; continuando con el 21% que pertenece al grupo que señala no presentar Nunca dificultades en el área de Empleo /Ocupación, consideran que mantiene cierto estado de tensión, combinado con un nivel de relajación, lo que permite que el trabajo no sea abrumador, y que se maneje adecuadamente.

5. RELACIONES

		AFECTADOS									
		ALTA					BAJA				
	Encuestados	%	Afectados	%	Rangos	Subtotal	Afectados	%	Rangos	Subtotal	TOTAL
Nunca	13	13%	9	9%	3	27	4	4%	0	0	27
Casi Nunca	15	15%	10	10%	1	10	5	5%	2	10	20
Frecuente	30	30%	21	21%	1	21	9	9%	2	18	39
Casi Siempre	42	42%	23	23%	3	69	19	19%	0	0	69
	100	100	63%	63		127	37	37%		28	155

Cuadro N° 21 Relaciones
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	13%
Casi Nunca	15	15%
Frecuente	30	30%
Casi Siempre	42	42%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 22 Frecuencia Relaciones
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

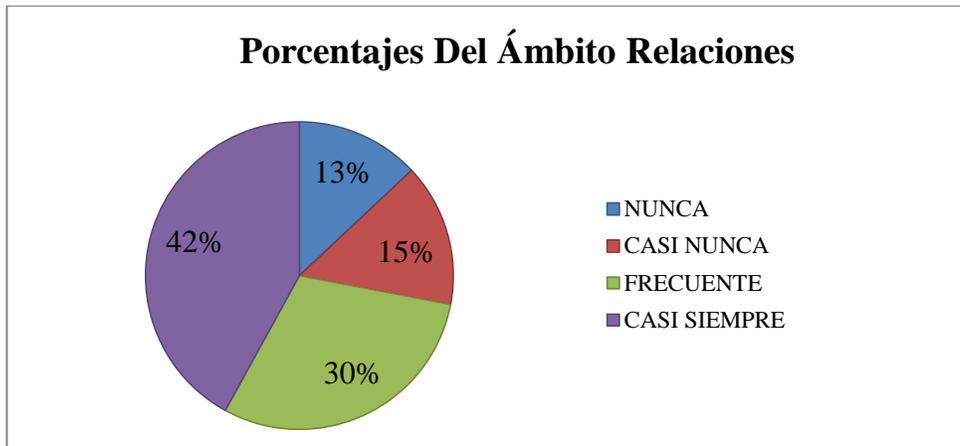


Gráfico No10 Porcentajes de Relaciones
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Inventario De Estrés de Melosa 2006

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En lo que corresponde al gráfico señalado se refiere a todos los factores personales de la vida del sujeto que influye directamente o indirectamente en la vida cotidiana, el 42% de los empleados se ubica en el Casi Siempre son sujetos que no se siente cómodos dependiendo de otras personas, se exasperan ante discusiones, mantienen cierto grado de tensión, mantienen ciertas reacciones inmediatas; el 30% que contesto Frecuentemente mantiene un nivel de confianza en los demás y en sí mismo, mantiene una empatía adecuada; el 15% restante corresponde al Casi Nunca, los empleados que se ubican aquí no confían en sus capacidades, tienen poca tolerancia a escuchar a un otro y no disfrutan siendo amables entre ellos; el 13% restante del grupo que contesto Nunca, pertenece a los empleados que no disfrutan de las ordenes de los otros, que no escuchan a los otros que no mantienen o pertenecen a un grupo.

6. PERSONALIDAD

	AFECTADOS										TOTAL
	ALTA					BAJA					
	Encuestados	%	Afectados	%	Rangos	Subtotal	Afectados	%	Rangos	Subtotal	
Nunca	9	9%	5	5%	3	15	4	4%	0	0	15
Casi Nunca	13	13%	9	9%	1	9	4	4%	2	8	17
Frecuente	31	31%	21	21%	1	21	10	10%	2	20	41
Casi Siempre	47	47%	27	27%	3	81	20	20%	0	0	81
	100	100%	62	62%		126	38	38%		28	154

Cuadro N° 23 Personalidad
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	9%
Casi Nunca	13	13%
Frecuente	31	31%
Casi Siempre	47	47%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 24 Frecuencia Personalidad
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

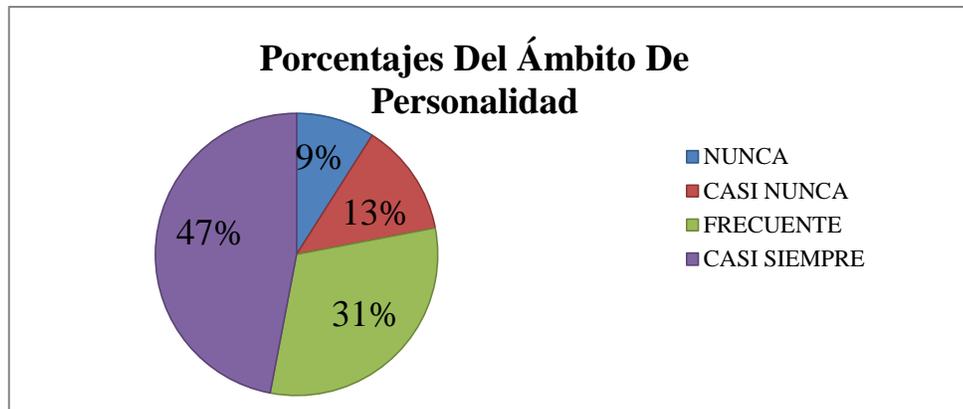


Gráfico No11 Porcentajes de Personalidad
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Inventario De Estrés de Melgosa 2006

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Este ámbito evalúa la relación en la que el individuo interactúa con los demás, y las herramientas que tiene para afrontar las dificultades. Como se aprecia en este gráfico de los 100% empleados encuestados el 47% corresponde a la opción de Casi Siempre evitar estar en sitios que no les atienden rápido, otras de las formas es ser estricto, se frustra ante distintas disposiciones, son perfeccionistas; el 31% correspondiente a Frecuentemente son personas que se encuentran satisfechas de las cosas que realizan, mantiene una meta a futuro, son perfeccionistas, mantienen ideas de que van a contraer enfermedades, el 13% que se refiere al Casi Nunca muestra que le gusta hablar bien de la gente, suele ser generoso, suele irritarse cuando las cosas no le salen bien, mantiene una autoestima alta; Finalmente el 9% señala al grupo de sujetos que contestaron que Nunca se sienten bien con ellos mismos y con las personas que lo rodean, que no tienen una meta a futuro, que no tienen un buen humor, y que frecuentemente están nerviosos.

4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO PARA MEDIR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Objetivo: Establecer el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los empleados de la compañía CEPEDA.

1. ¿Durante su vida ha consumido algún tipo de droga?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	9%
Casi Nunca	14	14%
Frecuente	32	32%
Casi Siempre	45	45%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 25 Pregunta 1
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013



Gráfico No12 Pregunta 1
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 100 empleados encuestados y evaluados con la Encuesta para medir el Consumo de Sustancias Psicoactivas, el 45% señala que mantiene un consumo de Casi Siempre, entendiendo que este consumo se lo ejecuta después de terminar sus actividades labores, tal uso radica en ingerir alguna bebida alcohólica o un tabaco, aducen que lo realizan para disminuir el cansancio y la tensión; continuando con el 32% que se refiere al consumo Frecuente de sustancias

psicoactivas, dicho porcentaje que indica que existe cierto incremento por ingerir algún tipo de sustancia, los sujetos que pertenecen a este grupo regularmente consumo sustancia combinadas tales como el alcohol y tabaco, el 14% siguiente muestra que existen sujetos que se ubican en el Casi Nunca, es decir consumen algún tipo de droga legal, y si lo realizan es siempre en ocasiones especiales, puede ser una vez al año, el 9% restante de los sujetos evaluados señalan no haber consumido ninguna sustancia psicoactiva, los individuos que pertenecen a este grupo describen que realizan actividades alternativas para disminuir su cansancio e irritación.

2. ¿Qué tipo de Sustancia Psicoactiva consume?

Sustancia	Nunca	Casi Nunca	Frecuente	Casi Siempre	Total
Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros etc.)	2	6	22	11	41
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	3	11	34	21	69
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	3	1	1	1	6
Cocaína (coca, crack, etc.)	1	1	1	0	3
Estimulantes de tipo anfetaminas (speed, anfetamina, éxtasis, etc.)	0	0	1	0	1
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente de pintura, etc.)	0	0	0	0	0
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)	0	0	2	0	2
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	0	0	0	0
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, etc.)	0	0	0	1	1
Otras especifique:	0	0	0	0	0
					100

Cuadro N° 26 Pregunta 2

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

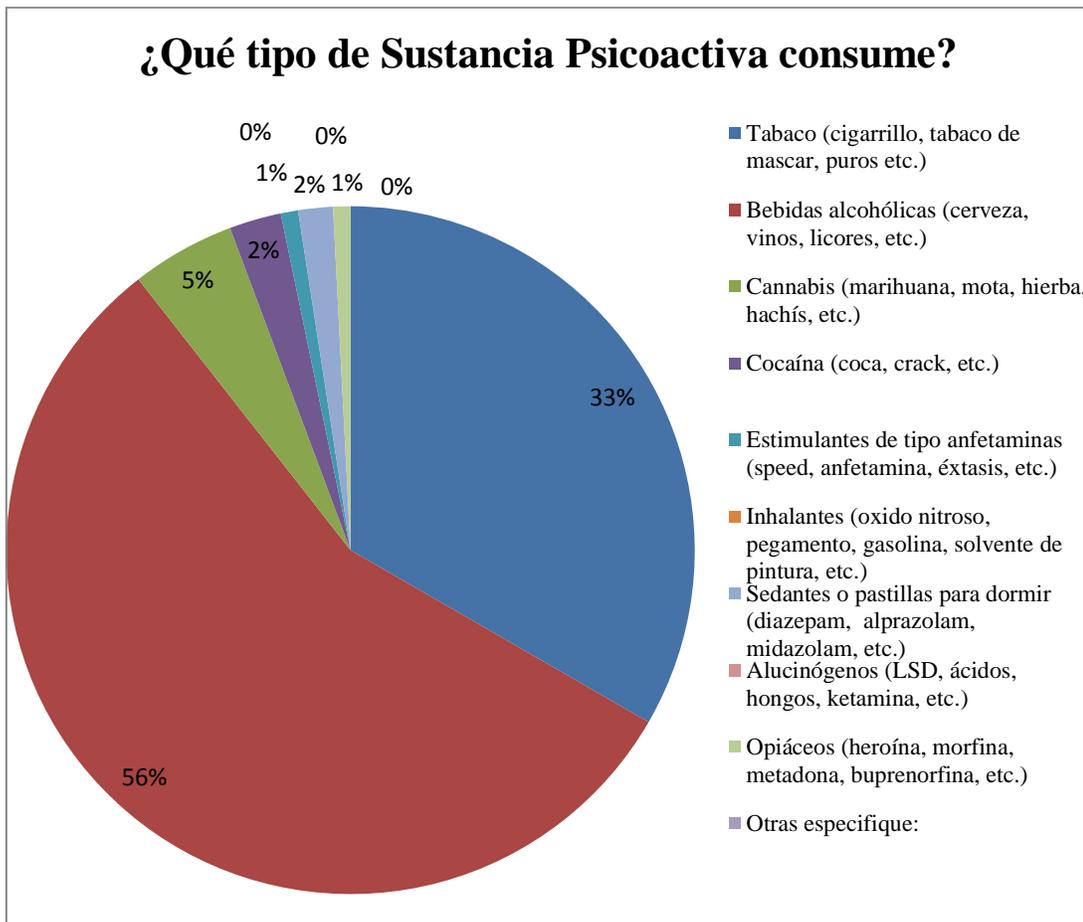


Gráfico No13 Pregunta 2

Autora: Gabriela Toapanta, 2013

Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: ANALISIS: De los 100 empleados evaluados tras una sumatoria total tanto de las sustancias y los ítems, se obtuvo un total de 123 respuestas, los mismos que es representado mediante la gráfica; entendiendo que el 56% de ellos señalan que consumen bebidas alcohólicas: como la cerveza, vinos, licores, dicha sustancia es considerada como una forma de aceptación, que va acompañado de grados de euforia sin dejar de lado su fácil acceso; el 33% marca que los individuos consumen Tabaco entre ellos encontramos cigarrillo, tabaco de mascar, puro; la mayoría de empleados consume esta droga para aliviar la tensión, continuando con 5% que representa a las personas que han consumido Cannabis (marihuana, mota, hierba), un 2% Cocaína (coca, crack), 1 persona que ha usado Estimulantes de tipo anfetaminas (speed, anfetamina, éxtasis), 2% señalan que

consumieron Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.), y finalmente 1% persona que se administro Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, etc.).

3. ¿Cada qué tiempo consume dicha sustancia antes mencionada?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	23	23%
Menos de una vez al Mes	32	32%
Mensualmente	45	45%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 27 Pregunta 3
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

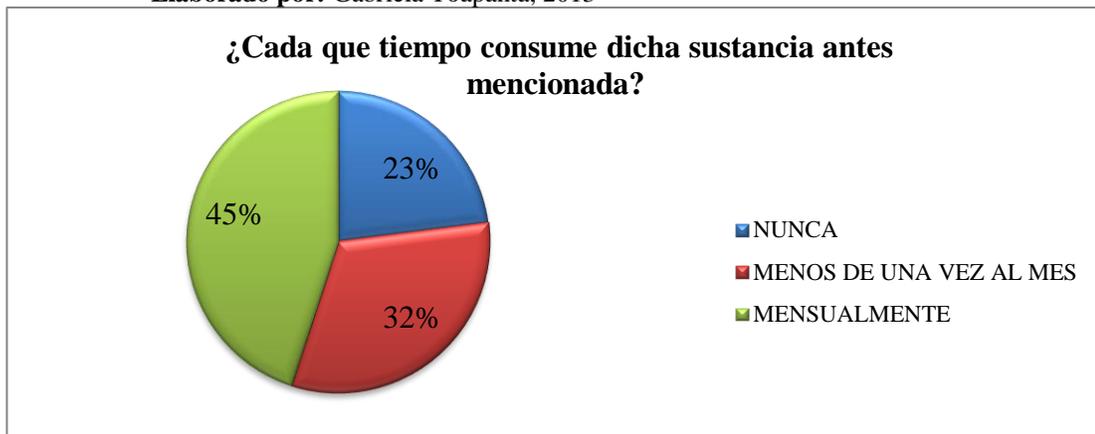


Gráfico No14 Pregunta 3
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grado en que estas sustancias psicoactivas se han propagado en nuestra cultura y principalmente en los empleados de la compañía CEPEDA, es muy significativo entendiendo que según la gráfica el 45% señala que presenta una ingesta de sustancias mensualmente, entendiendo que abarca el consumo de alcohol y tabaco que son drogas de mayor frecuencia, que representan un abuso y dependencia de las mismas por los empleados de la compañía, seguida con el 32% que refiere a un consumo de menos de una vez al mes, en el que describe que tal consumo se debe a

eventos especiales en el que se encuentra inmersos familiares y amigos y finalmente el 23% referente a que no existe ningún consumo.

4. ¿Alguna vez en el transcurso del consumo se ha intoxicado?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	70	70%
Casi Nunca	29	29%
Frecuente	1	1%
Casi Siempre	0	0
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 28 Pregunta 4
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

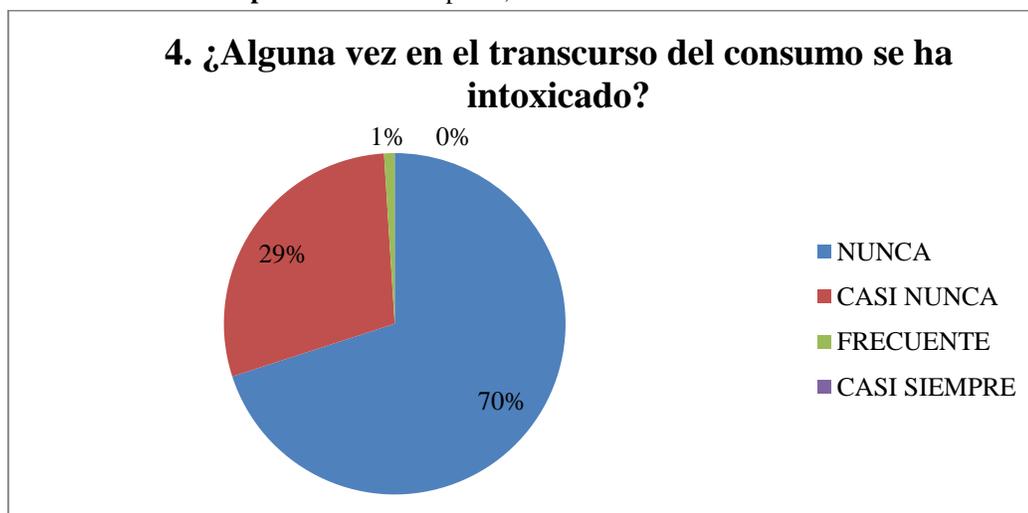


Gráfico No15 Pregunta 4
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Existen varios patrones de abuso de drogas, desde una catástrofe de un solo episodio, a un consumo periódico problemático, aun consumo excesivo en el que podría existir cierta intoxicación, sin embargo de los 100 empleados el 70% argumenta que no ha presentado ninguna intoxicación, el 29% referente al ítems casi nunca indica que alguna vez de su vida se ha intoxicado no necesariamente en estos últimos años, además una persona refiere haberse intoxicado, que corresponde al 1% sin embargo señala que la intoxicación se debe a la mezcla que realiza con las sustancias, aduce también que se debe a comidas en mal estado que ingiere, finalmente el 0% que

vendría a ser a la opción de casi siempre en la que no encuentra ningún empleado de la compañía CEPEDA.

5. ¿Ha presentado un deterioro en sus actividades laborales, sociales, recreativas debido al consumo de sustancias psicoactivas?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	45	45%
Casi Nunca	23	23%
Frecuente	20	20%
Casi Siempre	12	12%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 29 Pregunta 5
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

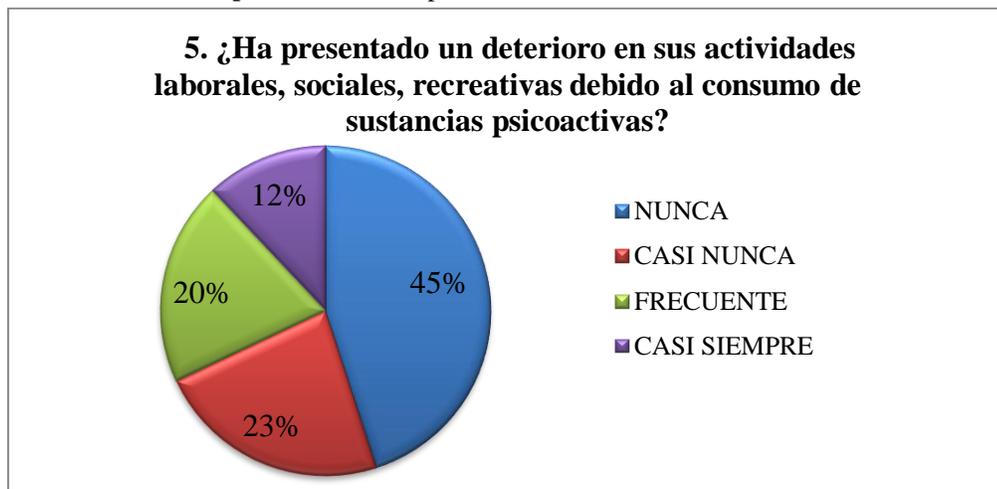


Gráfico No16 Pregunta 5
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El Consumo de Sustancias es perjudicial para la vida del individuo, entendiendo que dicha ingesta deteriora distintos ámbitos, ya sean laborales, sociales y familiares; de acuerdo a los ítems de los 100 empleados el 45% de ellos señala que no ha presentado ningún deterioro en las distintas esferas, refieren que mantiene un ambiente equilibrado, con un 23% la opción de casi nunca, el grupo de personas que se encuentran señalan que no han presentado disminución en sus actividades, el 20% de los empleados marca que frecuentemente muestra dificultades en su rendimiento y desarrollo y que en ocasiones este malestar han perjudicado la vida del individuo y de

su entorno, finalmente el 12% se encuentra en un casi siempre de presentar problemas que no solo afecta a su familia, sino a su entorno laboral.

6. ¿Ha permanecido Ud. sin consumir alguna sustancia?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	12%
Casi Nunca	11	11%
Frecuente	31	31%
Casi Siempre	46	46%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 30 Pregunta 6
 Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

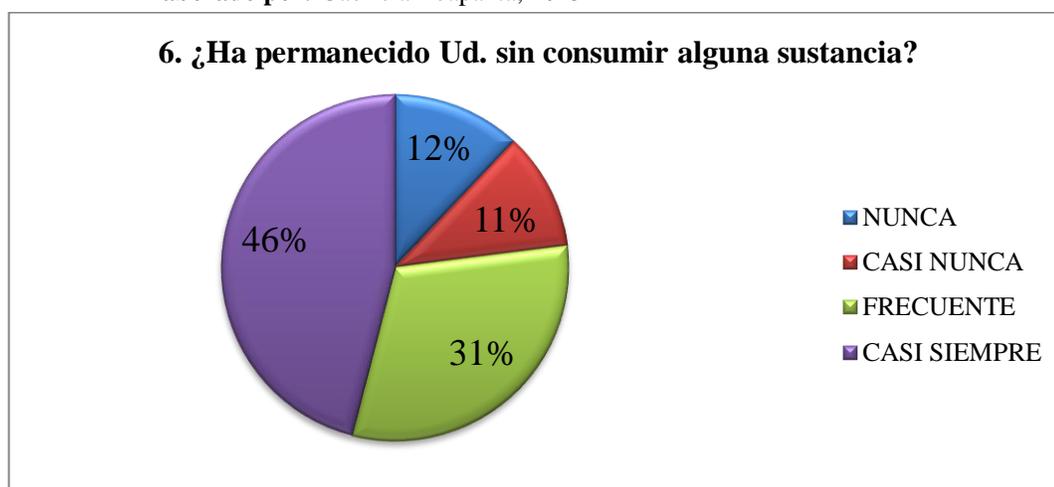


Gráfico No17 Pregunta 6
 Autora: Gabriela Toapanta, 2013
 Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los 100 empleados encuestados de la compañía CEPEDA, el 46% de las personas contestó que Casi Siempre puede permanecer sin consumir alguna sustancia sea esta legal o ilegal, de igual forma el ítem de frecuentemente en el que corresponde al 31% señalando que el grupo de personas que se encuentran aquí puede permanecer sin ingerir ningún tipo de droga, entendiendo que las de mayor consumo son aquellas como el cigarrillo y alcohol, seguida del 12% que muestra que nunca pueden estar sin consumir alguna sustancia; en el mismo rango se encuentra con un 11% el grupo de individuos que revelan que no pueden estar sin consumir droga, relatan que necesitan de cierta droga para aliviar la tensión en la que se encuentran.

7. ¿Tras un evento estresor ha tenido la necesidad de consumir sustancias psicoactivas?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	10%
Casi Nunca	16	16%
Frecuente	33	33%
Casi Siempre	41	41%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 31 Pregunta 7
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013



Gráfico No18 Pregunta 7
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la actualidad los seres humanos, se han vistos en la necesidad de realizar actividades recreativas, de optar por tareas alternas o también cierto grupo se ha visto en la necesidad de consumir sustancias legales o ilegales, ante un estímulo estresor, de los 100 empleados encuestados el 41% refiere que ante un evento estresor casi siempre consume algún tipo de droga, entre esas se menciona que fumar alivia la tensión y el nerviosismo de la situación; un 33% corresponde al consumo frecuente por parte de los empleados que indican que ante el estrés del instante acuden alguna adrenalina externa para sentir un alivio sintomático, el 16% de los empleados marca que casi nunca acuden a sustancias psicoactivas para mantener un estado de bienestar ante situaciones de carga emocional, un grupo reducido del 10% indica que nunca.

8. ¿Para conseguir un estado placentero ha combinado algunas drogas?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	45	45%
Casi Nunca	27	27%
Frecuente	6	6%
Casi Siempre	22	22%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 32 Pregunta 8

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

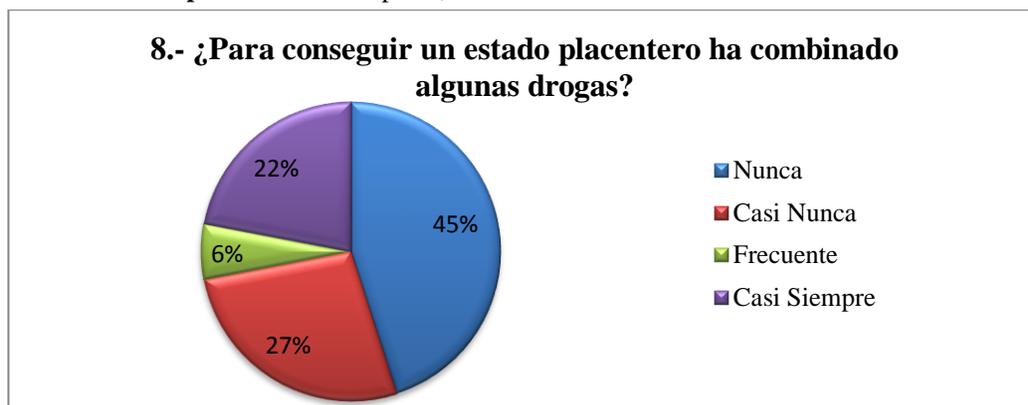


Gráfico No19 Pregunta 8

Autora: Gabriela Toapanta, 2013

Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Las personas han ingerido sustancias para alterar su percepción de la realidad, a estas sustancias generalmente se las conoce como drogas psicoactivas, regularmente el pensamiento de la persona que consume se encasilla en el consumir sustancias para lograr sentimientos placenteros o para reducir sentimientos de ansiedad, temor o estrés, dicho consumo a interferir que ciertas individuos pueden llegar a combinar drogas para lograr placer, de las 100 personas encuestadas el 45% refiere que nunca a utilizado drogas para llegar a un bienestar, el 27% se encuentra en un grupo que indica que casi nunca ha combinado sustancias psicoactivas, el 22% marca a las personas que casi siempre utilizan drogas combinadas para buscar un estado placentero, finalmente el 6% corresponde a frecuentemente, es decir que los individuos siempre utilizan drogas combinadas para llegar a un momento de placer, y de alivio sintomático.

9. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez han mostrado preocupación por sus hábitos de consumo?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No, Nunca	22	22%
Si, en los últimos 3 meses	45	45%
Sí, Pero No En Los Últimos 3 Meses	33	33%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 33 Pregunta 9
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013



Gráfico No20 Pregunta 9
Autora: Gabriela Toapanta, 2013
Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por la mayoría de culturas desde tiempos prehistóricos, sin embargo no quiere decir que la sociedad los acepte o esté de acuerdo con el expendio de las mismas, para varios hogares el tener un miembro de familia que consuma cualquier tipo de sustancia le causa malestar y en ocasiones este es un factor para una disfunción familiar, de acuerdo al grafico el 45% de los empleados se han visto inmersos en las preocupaciones por parte de sus familias y amigos con respecto al habito de consumo que presentan, el 33% restante afirma que sus padres y demás familiares han mostrado interés con respecto al control sobre su consumo, sin embargo estos últimos tres meses no muestran interés, y el 22% sobrante son aquellas personas que no presentan problemas de consumo.

10. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber consumido algún tipo de sustancia?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	22	22%
Mensualmente	25	55%
Semanalmente	38	38%
Diariamente	15	15%
TOTAL	100	100%

Cuadro N° 34 Pregunta 10
 Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

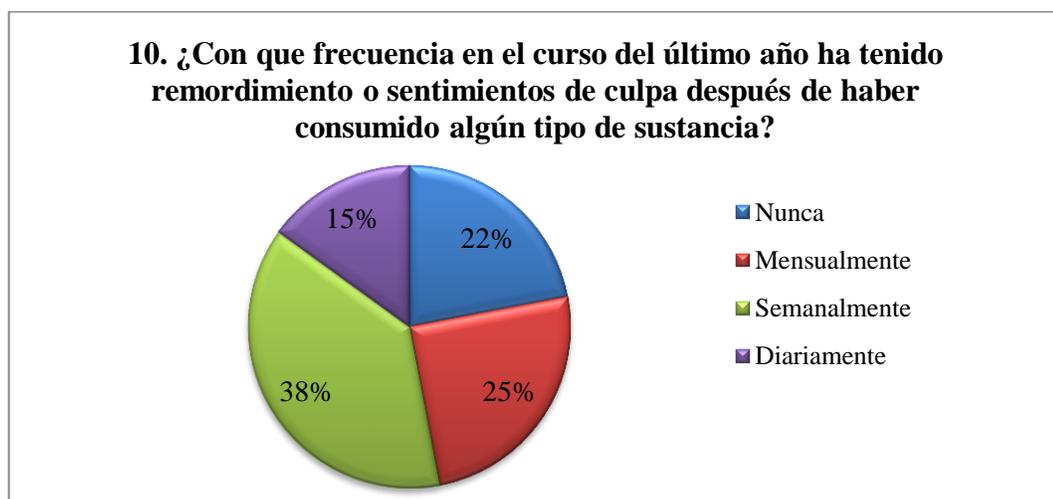


Gráfico No21 Pregunta 10
 Autora: Gabriela Toapanta, 2013
 Fuente: Cuestionario de Consumo de Sustancias Psicoactivas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El acto de consumo tiene varios componentes muchos de ellos se los relaciona con la aceptación dentro de un grupo de amigos o con compañeros de trabajo, muchos de ellos no presentan síntomas de culpa cuando están consumiendo sino después de haber ingerido cualquier tipo de sustancias, existen pensamientos recurrentes que inician tras las preocupaciones expuestas por personas allegas a los consumidores, y de acuerdo el porcentaje más alto corresponde a los sentimientos de culpa que semanalmente tiene los empleados llegando a un porcentaje del 38% , el 25% pertenece aquellas personas que siente culpa tras la acción de consumir mensualmente, un 15% corresponde a las personas que tienen

ideas fijas sobre su consumo y son frecuentes, finalmente se ubica el 22% restante que corresponde aquellas personas que nos presentan dificultad.

4.3 VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

4.3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Para realizar la comprobación de la hipótesis que menciona una influencia entre la variable de niveles de estrés y consumo de sustancias psicoactivas se usó la prueba de chi cuadrado a través del programa de procesamiento de datos “SPSS” obteniendo la siguiente tabla.

NÚMERO DE CASOS

<i>Resumen del procesamiento de los casos</i>						
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Niveles_de_Estres * Consumo_de_Sustancias_Psicoactivas	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Cuadro N° 35 Número de Casos
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

FRECUENCIAS OBSERVADAS

<i>Tabla de contingencia Niveles de Estrés * Consumo de Sustancias Psicoactivas</i>						
Recuento						
		Consumo_de_Sustancias_Psicoactivas				Total
		Nunca	Casi_Nunca	Frecuentemente	Casi_Siempre	
Niveles_de_Estres	Nunca	0	2	1	2	5
	Casi_Nunca	0	2	1	4	7
	Frecuentemente	1	1	22	15	39

	Casi_Siempre	1	1	25	22	49
Total		2	6	49	43	100

Cuadro N° 36 Frecuencias Observadas

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

TABLA DEL CHI CUADRADO

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,549 ^a	9	,010
Razón de verosimilitudes	15,011	9	,091
Asociación lineal por lineal	1,354	1	,245
N de casos válidos	100		

Cuadro N° 38 Chi Cuadrado

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

ASUMIENDO HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Medidas direccionales						
			Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de incertidumbre	Simétrica	,075	,039	1,830	,091 ^c
		Niveles de Estrés dependiente	,071	,038	1,830	,091 ^c
		Consumo de Sustancias Psicoactivas dependiente	,078	,041	1,830	,091 ^c

Cuadro N° 39 Hipótesis Alternativa

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

HIPÓTESIS ALTERNA

- Los Niveles de Estrés si influye en el consumo de sustancias psicoactivas en el personal de la compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato en el periodo Septiembre 2012- Enero 2013
- Se aprueba la hipótesis tras haber realizado el Cálculo Matemático del Chi-Cuadrado a través del programa de procesamiento de datos “SPSS” se obtuvo que el chi cuadrado de Pearson es de 21.549

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En base a la investigación realizada se ultima que los niveles de estrés que presentan los empleados de la compañía CEPEDA, son realmente altos, existe cierta zona de riesgo que alcanza un 62% entre un estrés peligroso y un estrés elevado, dichos niveles que presentan dificultad en los ámbitos en los que se desarrollan, teniendo mayor alteración en el ámbito de síntomas y empleo /ocupación.

- Además se concluye que el estrés normal es aquel en el que la mayoría de las personas se encuentran y equivale a un 20%, asimismo tanto la sumatoria entre un estrés peligrosamente bajo y un estrés bajo suman un 18%, es decir es un grupo de personas que viven en un estado en el que necesitan de cierta tensión para rendir adecuadamente en las diferentes actividades que realizan.

- En síntesis respecto al consumo de sustancias psicoactivas, los porcentajes señalan que en un 78% consumen algún tipo de sustancias psicoactivas por parte de los empleados de la compañía CEPEDA, de igual forma los datos señalan que un 74% existe cierta dependencia a consumir algún tipo de droga, tras un evento estresor, o un estado de angustia, se ven en la necesidad de ingerir bebidas alcohólicas, tabaco, o otras sustancias, siendo estas las más utilizadas por los empleados y las de menor consumo son sedantes y cocaína; dicha manejo de las sustancias ocasiona en los individuos dificultad en la interacción, personal, social y laboral.

- Se aprueba la hipótesis tras haber realizado el Cálculo Matemático del Chi Cuadrado que luego tras la utilización del programa de procesamiento de

datos “SPSS” se obtuvo que el chi cuadrado de Pearson es de 21.549, es decir se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H1); es indicar que los niveles de estrés peligrosos, y elevado inducen en el consumo de sustancias psicoactivas.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda trabajar con los empleados en un programa de psicoeducación con el fin de intervenir tanto en las emociones negativas e intensas y el comportamiento desadaptativo, producto de un alto nivel de estrés, con la finalidad de erradicar tantos patrones cognitivos y conductuales que perjudiquen la individualidad del sujeto y de la compañía.
- Es ineludible trabajar con los empleados y con dicho consumo que presentan, puesto que el consumo de sustancias psicoactivas puede desarrollarse por medio de un aprendizaje vicario (moldeamiento o aprendizaje por observación), para la cual es necesario modificar los procesos cognitivos, con la utilización de la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck, técnicas que permiten un trabajo cognitivo y conductual.
- Todo esto se integra en un programa Psicoterapéutico, con técnicas que ayuden a los individuos a diferenciar los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, con la finalidad de que el empleado aprenda a ver sus posibles errores de interpretación y a manejarlas con nuevas técnicas.
- Con respecto a los resultados obtenidos de chi cuadrado de Pearson se pretende realizar un plan psicoterapéutico que se enfatiza en un cambio cognitivo-conductual, y a su vez en una psico-educación y un seguimiento de actividades alternas.

CAPÍTULO VI PROPUESTA

TÍTULO:

Programa Psicoterapéutico para el Consumo de Sustancias Psicoactivas y niveles de estrés basado en la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck para el personal de la compañía CEPEDA en el período Octubre 2013 a Diciembre 2013 de la ciudad de Ambato.

6.1 DATOS INFORMATIVOS:

- **Institución Ejecutora:** Compañía CEPEDA de la ciudad de AMBATO
- **Beneficiarios**
 - Directos:** Empleados de la compañía CEPEDA.
 - Indirectos:** Familiares y la sociedad.
- **Tiempo Estimado Para La Ejecución:** Octubre 2013 a Diciembre 2013.
- **Ubicación:** En la Institución.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Se deduce que en la actualidad los individuos presentan un alto nivel de estrés, producido por la vida monótona que llevan, las presiones ambientales, sociales, laborales, dificultad en la expresión de emociones entre otras, que no solo obstaculizan el desempeño, sino también la conducta y personalidad del individuo.

Por tal razón se dio importancia a evaluar los niveles de estrés y consumo de sustancias psicoactivas, para lo cual se les pidió a los empleados de la compañía CEPEDA, contestar el Inventario de Estrés de Julián Melgosa, obteniendo resultados que demuestran que el 45% pertenece aquel grupo de personas que muestran un nivel de Estrés Peligroso, en el cual se ven implicados los ámbitos de estilo de vida, síntomas, ambiente, trabajo/ocupación, y personalidad, continuando con un 20% que pertenece a un Estrés Elevado, manifestándose problemas fisiológicos, psicológicos,

el 15% corresponde a un Estrés Normal es decir que la mayoría de las personas se encuentran en este nivel, en el que existe cierta tensión; tensión que permite que el ser humano pueda manejar las distintas actividades, y a su vez va acompañado de cierto grado de relajación, el por ciento restante pertenece aquellos sujetos que necesitan de cierta emotividad y espontaneidad para realizar sus actividades.

Debe señalarse que los individuos que se encuentran en altos niveles de estrés presentan ciertas alteraciones en el estilo de vida, por lo que se encuentran alterados los hábitos alimenticios de consumo de sustancias psicoactivas en el que predomina la utilización de tabacos y consumo de bebidas alcohólicas, de igual forma existen alteraciones en el sueño tales como insomnio y perdida del interés en las actividades recreativas.

Dicha información que fue conseguida tras la evaluación del Cuestionario del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Visto de esta forma, el trabajo investigativo busca disminuir los niveles de estrés y la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, con ayuda de la Terapia Cognitiva propuesta por Aaron T- Beck y Judith S. Beck, puesto que como se señala en el Capítulo IV, los resultados son altamente peligrosos, indicando que en un 62% los niveles de estrés son peligrosos y elevados, de igual forma existe un consumo de sustancias, y la de mayor uso son bebidas alcohólicas y tabacos. Las fuentes para obtener información son: el Inventario de estrés de Melgosa y el Cuestionario para evaluar el Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Dicha información derivada de los empleados de la compañía CEPEDA, quienes presentan un Nivel de Estrés Peligroso, y un Nivel de Estrés Elevado, niveles que se ven inmersos en las alteraciones de los ámbitos como son: Estilo de Vida, Síntomas, Empleo /Ocupación, Personalidad, Relaciones y Ambiente, dichas alteraciones que son causantes de que el individuo altera su conducta, incitando que

tras un evento estresor, ingiera sustancias tales como: bebidas alcohólicas, tabacos, que son las de mayor consumo y frecuencia entre los empleados.

Por lo que es importante la utilización de un Programa Psicoterapéutico para el Consumo de Sustancias Psicoactivas y niveles de estrés basado en la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck; el objetivo de dicho programa es permitir que el empleado de la Compañía CEPEDA, comprenda que las cogniciones (grado de estrés) influyen directamente en sus emociones y a su vez en sus conductas (consumo de sustancias psicoactivas), y que nuestra labor es lograr que se modifiquen dichas cogniciones para crear nuevos aprendizajes que promuevan a sus pensamientos y habilidades más adaptativas.

La aplicación de esta propuesta es factible ya que se cuenta con la colaboración de las Autoridades de la compañía CEPEDA y de sus distintos departamentos, y principalmente la contribución de sus empleados; se debe aclarar que la propuesta es novedosa, puesto que fue realizada con técnicas propuestas por el

Terapeuta Aaron T. Beck, y adaptadas a las necesidades de los individuos encuestados.

Entendiendo que lo que se pretende realizar es que los sujetos puedan diferenciar los sucesos externos que padecen durante su vida y la reacción que estos producen a sus distintas esferas; por lo que es ineludible señalar que se realizará una reestructuración cognitiva. Utilizando técnicas para modificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias (reglas, actitudes y presunciones), y creencias centrales.

6.4 OBJETIVOS GENERAL

Aplicar un Plan Terapéutico para el consumo de sustancias psicoactivas y niveles de estrés basado en la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck para el personal de la compañía CEPEDA en el periodo Octubre 2013 a Diciembre 2013 de la ciudad de Ambato.

6.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar Pensamientos automáticos que conducen al consumo de Sustancias Psicoactivas tras un evento estresor.
- Reducir las emociones negativas derivadas de los Pensamientos Automáticos, que presentan los empleados de la Compañía CEPEDA.
- Desarrollar nuevas estrategias para el afrontamiento de conflictos personales, familiares y sociales.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

El análisis precedente permite que la propuesta sea considerada viable por los siguientes aspectos a mencionar:

Teniendo en cuenta que al padecer niveles de estrés, está ocasionado que los individuos se vean en la necesidad de ingerir sustancias alternas para lograr un estado de bienestar, o de alivio, sin embargo no se percatan de las consecuencias que esto ocasionaría, es decir abuso de sustancias psicoactivas o inclusive abuso.

No solo se vería afectada la conducta del ser humano tras un evento estresor, sino también presentaría dificultad en el entorno familiar, laboral, social y ni que decir de su personalidad; puesto que algunas drogas como es el alcohol, ocasione en el individuo reacciones violentas, y conductas inapropiadas.

Es una propuesta dirigida al personal de la Compañía CEPEDA, y a los beneficiarios indirectos tales como los familiares, amigos y la sociedad, la misma que se realizara en el salón de actos, en el cual se ejecutara el programa terapéutico, con ayuda de material tecnológico que facilitara un mejor desempeño, y un ambiente acogedor.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

Según Aaron T. Beck (1999) en su libro “Terapia Cognitiva de las Drogodependencias”, menciona que la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones.

6.6.1 RAÍCES HISTÓRICAS DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

La Terapia Cognitiva se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta del individuo están determinados por la manera que tiene de estructurar su mundo.

Nuestra vida está regida por la manera en comprenderse a uno mismo y a los demás. No es la situación en sí misma, sino la percepción de la situación lo que influye en mayor medida en las emociones y los comportamientos que se suscitan

Así pues, en el modelo de Beck las conductas, los pensamientos y la emoción están íntimamente conectadas: los pensamientos que tengamos (las cogniciones) van a influir directamente en las emociones que vamos a experimentar en distintos momentos de nuestra vida y estas emociones influyen a su vez en el comportamiento.

6.6.2 LA TERAPIA COGNITIVA DE A. BECK

Según Judith S. Beck (2000) en su libro “Terapia Cognitiva”, señala que el modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en las conductas del pensamiento.

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas.

Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como la persona lo interpretan esas situaciones (Beck, 1964; Ellis 1962).

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que siente. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación.

Los pensamientos automáticos surgen de una deliberación o un razonamiento, sino que parecen brotar de manera automática y suelen ser veloces y breves.

De acuerdo con la perspectiva, la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones influye en sus sentimientos, motivaciones acciones. Sus interpretaciones, a su vez se modelan distintas formas por las creencias pertinentes que se activan en estas situaciones.

Una situación social, por ejemplo, puede activar una creencia idiosincrásica como “La cocaína me hace más sociable”, o “Puedo estar más relajado si tomo una cerveza(o un cigarrillo)” y producirá el craving de utilizar droga, beber o fumar.

Algunas creencias específicas como estas constituyen una vulnerabilidad al abuso de sustancias. Cuando se activa ante circunstancias determinadas predecibles, las creencias incrementan la probabilidad de consumir sustancias psicoactivas (es decir estimulan el craving).

Las creencias también moldean las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad y el craving (Beck, Emery y Greenberg1985).

Las creencias como “No puedo tolerar la ansiedad” o “Debería ceder ante este apetito” pueden influir en la reacciones de las personas ante estas sensaciones. Los individuos que tienen estas creencias es probable que estén hiperatentos a estas sensaciones. Incluso un nivel bajo de ansiedad o craving puede provocar las creencias asociadas al consumo, como “necesito consumir algo, para aliviar la ansiedad o satisfacer mi apetito”.

El término “cogniciones” hace referencia a:

1. Los procesos cognitivos
2. Los contenidos de la cognición

Los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existente en las estructuras cognitivas (esquemas). Por lo tanto, se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. En el procesamiento de la información pueden producirse errores en cualquiera de sus fases que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos.

Atendiendo a los contenidos de la cognición y desde un punto de vista clínico, Beck hace una distinción entre dos tipos de cogniciones:

a. ESQUEMAS

- Creencias nucleares
- Supuestos o creencias intermedias

b. PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

6.6.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

Provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente.

Generalmente el terapeuta y el paciente se ocupan de los pensamientos automáticos antes de abordar las creencias. El terapeuta comienza a formular una conceptualización, que siempre conecta los pensamientos automáticos con creencias situadas en niveles más profundos.

6.6.2.1.1. Las Creencias

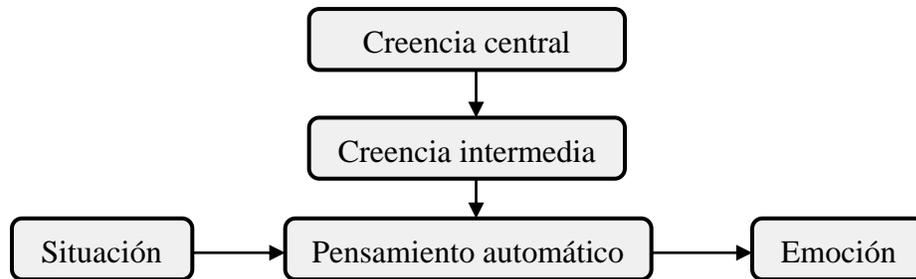
A partir de su infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo.

- Las Creencias Centrales: Son ideas tan fundamentales y profundas que no suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”.

Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de la creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso.

- Los Pensamientos Automáticos: Son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición.
- Las Creencias Intermedias: Tienen lugar entre los pensamientos automáticos y la creencias centrales.

El modelo cognitivo, tal como fue explicado anteriormente de manera breve, se puede ilustrar de la siguiente manera:



a. PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

El modelo cognitivo sostiene que la interpretación de una situación (más que la situación misma), a menudo expresada en forma de pensamiento automático, influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente.

1) Características de los Pensamientos Automáticos:

Los pensamientos automáticos constituyen un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto (Beck, 1964).

Aparecen espontáneamente y no se basa en la reflexión o en la deliberación. Los sujetos habitualmente son más conscientes de la emoción que se asocia con ellos que de los pensamientos mismos. Dichos pensamientos se relacionan con problemas personales que se asocian con emociones específicas, que dependen de su contenido y significado.

A menudo, son breves y fugaces y pueden aparecer en forma verbal, visual (imágenes) o de ambas maneras. Los individuos habitualmente aceptan estos pensamientos como si fuesen verdaderos, sin reflexionar sobre ellos ni evaluarlos.

La identificación de los pensamientos automáticos, su evaluación y la manera más adaptativa de responder a ellos suele producir cambios positivos en las emociones.

2) Diferenciar entre pensamientos automáticos e interpretaciones.

Cuando el terapeuta indaga sobre los pensamientos automáticos, busca palabras e imágenes exactas que han pasado sobre sus mente; sucede que muchos pacientes en realidad se refieren a las interpretaciones.

3) Distorsiones Cognitivas:

Si bien algunos de los pensamientos automáticos son verdaderos, muchos son falsos o sólo contienen algo de verdad. Los errores típicos del pensamiento son:

1. Pensamiento de tipo “todo o nada” (también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): Existen sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.
2. Pensamiento Catastrófico (también llamado adivinación de futuro): Predice el futuro negativamente.
3. Descalificar o dejar de lado lo positivo: Considera que las experiencias, logros, cualidades no valen nada.
4. Razonamiento Emocional: Piensan que algo tiene que ser real porque uno lo “siente”.
5. Catalogar: Se coloca a uno mismo a los demás una etiqueta global.
6. Magnificar/Minimizar: Se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magníficamente enorme lo negativo y/ o minimiza en gran medida lo positivo.

7. Filtro Mental (también denominado abstracción selectiva): Se presta atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.
8. Leer la Mente: Se cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
9. Sobre generalización: Se llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.
10. Personalización: Cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.
11. Afirmaciones del tipo “Debo” y “Tengo que” (llamados imperativos): Idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.
12. Visión en Forma de Túnel: Sólo se ve los aspectos negativos de una situación.

b. CREENCIAS INTERMEDIAS

Si bien no se pueden modificar tan fácilmente como los pensamientos automáticos, son más maleables que las creencias centrales.

Identificar las creencias intermedias:

- 1) Reconociendo las creencias que se presentan como pensamientos automáticos.
- 2) Proporcionando la primera parte de una presunción.
- 3) Preguntando directamente sobre una regla o una presunción.
- 4) Usando la técnica de la flecha hacia abajo (El terapeuta identifica un pensamiento automático clave, que sospecha pueda desprenderse directamente de una creencia disfuncional, luego se le pide al paciente el significado de la idea.)

- 5) Analizando los pensamientos del paciente, en busca de temas comunes.
- 6) Revisando un cuestionario sobre creencias que el paciente ha respondido.

c. CREENCIAS CENTRALES

Son las ideas más dominantes acerca de uno mismo. Algunos autores lo describen como esquemas Beck (1964).

Este tipo de creencias se desarrollan durante la infancia, mientras el niño se relaciona con las personas más significativas y se ve expuesto a diversas situaciones.

La mayoría de las personas suelen mantenerse durante toda su vida en creencias centrales positivas (p.ej.: “Puedo controlar las situaciones”, “Puedo agradar”); mientras que las creencias centrales negativas generalmente surgen en los momentos de distrés psicológico. Los pacientes también pueden tener creencias centrales negativas acerca de otras personas y del mundo.

Categorización De Las Creencias Centrales:

Las creencias centrales se pueden categorizar en el terreno del desamparo, de la incapacidad de ser amado.

- Desamparo: Se incluye el desamparo personal (falta de autoridad, vulnerabilidad, encierro, falta de control, debilidad, dependencia) y la dificultad en la obtención de logros (fracaso, inferioridad, desvalorización, falta de respeto hacia uno mismo).
- Incapacidad de ser amado: Desvalorización, creencias de no ser deseado, la inferioridad (no en cuanto a los logros personales, sino en cuanto a sus defectos en algún aspecto, lo cual impide el amor y el cuidado de los demás).

6.6.3 TECNICAS COGNITIVAS:

a) MODIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento.

- Técnica de la flecha hacia abajo.
- Utilización del Registro de Pensamientos Automáticos.
- Cuantificar el grado de Emoción (0%.....100%).
- Interrogaciones (Cuestionamiento Socrático)

Técnicas para modificar los Pensamientos Automáticos:

1. **Pregunta Básica** ¿Qué está pasando por su mente en este momento?
2. Formular esa pregunta en el momento que se observe un cambio.
3. Hacer que el paciente describa una situación problemática en el que experimento un cambio en los afectos.
4. Hacer que el paciente utilice imágenes mentales para describir la situación específica o el momento con la mayor cantidad de detalles posibles.
5. Si es necesario hacer que el paciente dramatice.

b) MODIFICACIÓN DE CREENIAS INTERMEDIAS:

1. Se inicia con un Diagrama de Conceptualización Cognitiva, representa la relación entre creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos.
2. El terapeuta decide si va a exponer frente la paciente la creencia intermedia.
3. Examinar las ventajas y desventajas de las creencias.
4. Formulación de Creencias más funcionales.

5. Cuestionario socrático para la modificación de creencias.
6. Experimentos conductuales para evaluar creencias.
7. Continuum cognitivo (0%.....100%).
8. Dramatización racional-emocional; también llamada “punto y contra punto”(Young, 1990).
9. Utilizar a otras personas como punto de referencia para la modificación de la creencia.
10. Actuar “Como sí”.
11. Usar la experiencia de la propia experiencia para modificar la creencia.

c) MODIFICACIÓN DE LAS CREENCIAS CENTRALES:

El profesional durante el curso de la terapia, realiza las siguientes actividades:

1. Mentalmente establece una hipótesis respecto del cuál es la categoría de creencia central (de “desamparo” o de “no ser amado”) que ha dado origen a pensamientos automáticos específicos.
2. Especificar la creencia central (para sí mismo).
3. Explicar al paciente sus hipótesis.
4. Instruye al paciente acerca de las creencias centrales.
5. Evaluar y modificar la creencia.
6. Examinar el origen infantil.
7. Técnicas emocionales.
8. Desarrollar metáforas.

d) OTRAS TÉCNICAS PARA UTILIZAR EN LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA:

- Resolución de Problemas: Aprender a especificar un problema, idear soluciones, seleccionar una solución, implementarla y evaluar su eficacia.
- Toma de decisiones: confeccionar lista de ventajas y desventajas.

- Experimentos conductuales: comprueban directamente la validez de los pensamientos o las presunciones y son una importante técnica de evaluación, ya sé que se la utilice sola o acompañada del cuestionamiento socrático.
- Control y programación de actividades: Actividades sencillas realizadas en una tarjeta en la que se encuentra consignada los días de las semanas y las horas. Se lo emplea para controlar las actividades del paciente.
- Distracción y refocalización: El terapeuta enseña al paciente a concentrarse en la tarea inmediata.
- Relajación.
- Tarjetas de Apoyo.
- Exposición Gradual: Descomponer los objetivos en pasos.
- Dramatizaciones.
- Uso de la técnica del “pastel”: objetivos.

e) USO DE LA IMAGINERÍA:

El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

1. Instruir a los pacientes acerca de las imágenes mentales.
2. Combatir las imágenes espontáneas.
 - Seguir las imágenes hasta su conclusión.
 - Dar un salto hacia adelante en el tiempo.
 - Tolerar la imagen.
 - Cambiar la imagen.
 - Comprobar la realidad de la imagen.
 - Repetir la imagen.
 - Sustituir o detener las imágenes y distraerse de ellas.

f) **LAS TAREAS PARA EL HOGAR:**

1. Asignación de tareas.
2. Tareas permanentes.
3. Tareas adicionales.
4. Aumentar la probabilidad de éxito en la tarea.
5. Conceptualizar las dificultades.

6.7. METODOLOGÍA - MODELO OPERATIVO

FASE	ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLE
Fase inicial PSICOEDUCACIÓN	Preparación y Logística	Definir el lugar óptimo para la realización del Programa Terapéutico.	Preparación del espacio físico y material Teórico Práctico	2Días	(Salón de actos)	Investigadora: Gabriela Toapanta
	Encuadre	Establecer las normas y reglas y objetivos de la Terapia y afianzar la relación Terapéutica.	Reunión con los miembros de la institución en grupos, explicar los derechos, roles y la duración.	1 Semana	Salón de actos, material bibliográfico y equipo tecnológico.	Investigadora: Gabriela Toapanta
	Rappor y Empatía	Crear un ambiente óptimo para la aplicación y desarrollo de la terapia	Dinámicas de grupo, conocimientos, expectativa y dudas de la terapia.	1 Semana	Salón de actos, material bibliográfico y equipo tecnológico.	Investigadora: Gabriela Toapanta

Fase II TRABAJO COGNITIVO	Proceso de intervención inicial	Explicar a los empleados de la compañía CEPEDA en que consiste la Terapia.	Conferencias Referente a la Explicación de la Terapia de Beck.	1 Semana	Material de oficina y Equipo tecnológico. Videos	Investigadora: Gabriela Toapanta
	Detección de Pensamientos Automáticos	Instruir a los empleados para que identifiquen las creencias subyacentes.	Técnica de la flecha hacia abajo. Rol-playing	2 Semana	Salón de actos. Material bibliográfico, de oficina y Equipo tecnológico.	Investigadora: Gabriela Toapanta
		Entrenar a los miembros para que observen las secuencias de sucesos externos y sus reacciones a ellos.	Autoregistros.	2Semanas	Salón de actos. Material bibliográfico, de oficina y Equipo tecnológico.	Investigadora: Gabriela Toapanta

		<p>Modificar las Cogniciones y desarrollar nuevas habilidades.</p>	<p>Actividades grupales, donde se utilizará imágenes en el que se observe a los empleados afrontando determinadas situaciones.</p>	<p>2 Semanas</p>	<p>Salón de actos. Material bibliográfico, Psicológico (Historia Clínica) de oficina y Equipo tecnológico.</p>	<p>Investigadora: Gabriela Toapanta</p>
<p>Fase II TRABAJO COGNITIVO</p>	<p>Detección de Pensamientos Automáticos</p>	<p>Enseñar a diferenciar los cambios del estado de ánimo durante las sesiones.</p>	<p>Rol-playing Cuantificar el grado de emoción (0%..100%).</p>	<p>2 Semana</p>	<p>Salón de actos. Material de oficina y Equipo tecnológico (retroproyector y utilización de diapositivas).</p>	<p>Investigadora: Gabriela Toapanta</p>

Fase III TRABAJO CONDUCTUAL	Escala de Dominio/Placer	Recoger evidencias de dominio para un mejor desarrollo.	Llevar un registro de actividades que realiza a lo largo de la vida.	Diarias	Humanos y materiales.	Investigadora: Gabriela Toapanta
	Entrenamiento en Relajación	Disminuir la ansiedad.	Técnicas de relajación que permitan que los empleados inhiban la ansiedad a través de la distensión muscular.	1 semana	Recursos Humanos, materiales, y equipo tecnológico.	Investigadora: Gabriela Toapanta
Fase IV ENTRENAMIENTO O ASERTIVO	Estrategias de Afrontamiento	Instruir a los miembros a que manejen sus conflictos interpersonales.	Técnica de Confrontación	Diarias	Recursos Humanos	Investigadora: Gabriela Toapanta

		Analizar las capacidades del organismo para afrontarlos.	Aceptación de la Responsabilidad “Hacerse cargo”	Diarias	Recursos Humanos, materiales, y equipo tecnológico.	Investigadora: Gabriela Toapanta
		Regular y controlar sus sentimientos, acciones y respuesta emocionales.	Autocontrol y la búsqueda del apoyo social (se vería involucrada la familia y amigos)	Diarias	Recursos Humanos, y materiales.	Investigadora: Gabriela Toapanta
Fase Final PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES INCOMPATIBLES Y SEGUIMIENTO	Actividades Alternas	Buscar el alivio sintomático.	Ejecutar actividades recreativas	Diario	Recursos Humanos Lugares recreativos.	Investigadora: Gabriela Toapanta

	Seguimiento	Monitorear el avance psicoterapéutico.	Ficha de seguimiento.	Diario	Recursos Humanos y material de oficina.	Investigadora: Gabriela Toapanta
--	--------------------	--	-----------------------	--------	---	-------------------------------------

Cuadro N° 40 Modelo Operativo
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

6.8 ADMINISTRACIÓN

6.8.1 Recursos Físicos o Institucionales

- Universidad Técnica de Ambato
- Facultad Ciencias de la Salud
- Carrera de Psicología Clínica
- Instalaciones de la Compañía CEPEDA

6.8.2 Recursos Humanos

- Tutor: Investigador: Psc. López, Castro Javier
- Investigadora: Gabriela Patricia Toapanta López
- Personal de la compañía CEPEDA.

6.8.3 Recursos Materiales

- Materiales de Oficina
- Equipos Audiovisuales
- Reactivos Psicológicos

6.8.4 Presupuesto

RUBRO DE GASTOS	VALOR
1) Personal Técnico	600
2) Equipos Audiovisuales	0
3) Material de Oficina	250
4) Test Psicológicos	400
TOTAL	1250

Cuadro N° 41 Presupuesto
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

6.9 CRONOGRAMA

Año 2012-2013															
No	MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	ACTIVIDADES	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
1	Elaboración del Proyecto	■													
2	Prueba Piloto		■												
3	Elaboración del Marco Teórico			■	■										
4	Recolección de Información					■									
5	Procesamiento de Datos						■	■	■						
6	Análisis de los Resultados y Conclusiones									■					
7	Formulación de la Propuesta										■				
8	Redacción del Informe Final											■			
9	Transcripción del Informe												■		
10	Presentación del Informe												■	■	■

Cuadro N° 42 Cronograma

Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

6.10 PLAN DE MONITOREO

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿QUÉ EVALUAR?	- Niveles de Estrés - Consumo de Sustancias Psicoactivas
2.- ¿POR QUÉ EVALUA?	Determinar la influencia de los Niveles de Estrés y el Consumo de Sustancias Psicoactivas
3.- ¿PARA QUÉ EVALUAR?	Trabajar con el Personal de la Empresa en sus Niveles de Estrés y el Consumo de Sustancias Psicoactivas
4.- INDICADORES	Cualitativo-Cuantitativo
6.- ¿QUIEN EVALUA?	Gabriela Toapanta
7.- ¿CUANTO EVALUAR?	Periodo continuo-etapas del plan de actividades
8.- ¿COMO EVALUAR?	Test psicométricos, entrevistas psicológicas
9.- FUENTES DE INFORMACIÓN	Material científico, historia clínica, familiares
10.- ¿CON QUÉ EVALUAR?	Inventario de Niveles de Estrés y Cuestionario de Sustancias Psicoactivas

Cuadro N° 43 Plan de Monitoreo
Elaborado por: Gabriela Toapanta, 2013

6.11PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

La propuesta se evaluará, valiéndose de una observación del desenvolvimiento social del Personal de la Compañía CEPEDA, y del conocimiento y evaluación de Consumo de Sustancias y encuestas.

3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIBLIOGRAFÍA

- Bastidas, G. (Mayo de 2010). *Depresión y estrés*. Ambato.
- Beck, A., Fred, D., Wright, J., Newman, C., Bruce, L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Ed. Paidós Ibérica S.A, España.
- De Rivera, L. (2010). *Los Síndromes del Estrés*. Editorial Síntesis S.A, Madrid (España).
- Diario Hoy. (6 de Julio de 2011). *Ley para la Regulación y Control de Tabaco en el Ecuador*, Ecuador.
- Ganchozo, M. E. (lunes de septiembre de 2012). *Salud Mental en Manabí*. El Diario, Ecuador.
- Gross, M. (2010). *Psicología-La Ciencia de la Mente y la Conducta*. 5^{ta} Edición, México.
- Grupo Oceano. (s.f.). *Psicología para todos*. Barcelona (España)
- Hilari, M. C. (2007). *Combatir el Estrés*.
- Lorenzo, L. (1998). *Drogodependencia*. Ed. Panamericana, España
- Melgosa, J. (2000). *Sin Estrés*. Ed. Safeliz, Argentina
- Ministerio de Salud Pública. (Enero-Septiembre 2012). *Notificación de Enfermedades de Ambato*.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y Delito. (2009). *Informe Mundial sobre las Drogas 2009 Resumen Ejecutivo*.
- Reynoso, L. (2005). *Psicología Clínica de la Salud*. Ed. El Manual Moderno, México.
- Título VII. (s.f.). *En Regimen del Buen Vivir* (págs. Capítulo Primero, Sección segunda, Salud, Artículo 364).

2. LINKOGRAFÍA

- *Antecedentes y origen de la Ansiedad.* (s.f.). Recuperado el Lunes de Octubre de 2013, de www.wisis.ufg.edu.sv/wwwisis/documento/Capitulo%20II.pdf
- Bastidas, G. (Miércoles de Mayo de 2010). *Depresión y estrés.* Recuperado el Jueves de Febrero de 2013, de <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/426638/-1/>.
- Cognitivo conductual org. (s.f.). *Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento.* Disponible en <http://www.cognitivoconductual.org>.
- Fabiana, A. (301 de Julio de 2009). Mercosurabc. Recuperado el 8 de Enero de 2013, de <http://www.mercourab.com.ar/nota.asp>
- Los Cafés Científicos. (5 de Noviembre de 2009). *Relatoria Estres y Depresión.* Recuperado el 5 de Enero de 2013, de http://www.cafe_scientifique.org.ec.
- Mireya, M. (Julio-Diciembre de 2011). *Psicología y Salud Vol.21.* Recuperado el Noviembre de 2012, de <http://uv.mx/psicvsalud>.
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre, 2011). *Salud Mental.* Obtenido de: http://www.who.int/features/factiles/mental_health/es/index.html.
- Palacios, P. (s.f.). *Ansiedad.* Disponible en: <http://www.psicologiaipsum.ci/ansiedad.htm>.

3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

- SCIELO. Lara, C.; Vargas, G.; Salcedo, A. (2012). *Consumo de Sustancias Psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de los IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá.* Tomado el: 25 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>
- SCIELO. Slapak, S.; Grigoravicicous, M. (2007). *Consumo de drogas la constitución de un problema social.* Tomado el: 25 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>

- EBRARY. Alpi, V.; Flórez, A. (2006). *El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería*. Editorial Red Universitas Psychologicas. Tomado el: 25 de febrero de 2014. Disponible en: site.ebrary.com.
- EBRARY. Bravo, P.; Bravo, S.; Porras, B. (2006). *Prevalencias de Sustancias Psicoactivas asociadas con muerte violentas en Cali*. Editorial Red Colombia Médica. Tomado el: 25 de febrero de 2014. Disponible en: site.ebrary.com.
- SCIELO. Gómez, C.; Puga, A.; Gandoy, M. (2012). *Niveles de estrés en el personal de enfermería de Unidades de cuidados paliativos*. Tomado el: 25 de febrero de 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org>.
- SCIELO. Álvarez, A.; Castillo, M.; Ara, C. (2010). *Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes*. Tomado el 25 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co>



ANEXO 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Aplicación de una encuesta, para el desarrollo del proyecto de investigación y disertación de Tesis.
“Los niveles de estrés y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas en el personal de la compañía CEPEDA de la ciudad de Ambato en el período septiembre 2012- enero 2013.”

SEXO: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Lea detenidamente las siguientes preguntas marquen con una X según corresponda. Estas preguntas están relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas desde hace un año. Responda la encuesta lo más sincero posible.

1. ¿Durante su vida ha consumido algún tipo de droga?

Nunca		Casi Nunca		Frecuentemente		Casi Siempre	
-------	--	------------	--	----------------	--	--------------	--

2. ¿Qué tipo de sustancia Psicoactiva consume?

	Nunca	Casi nunca	Frecuente	Casi Siempre
Tabaco (cigarrillo, tabaco de mascar, puros etc.)				
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)				
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)				
Cocaína (coca, crack, etc.)				
Estimulantes de tipo anfetaminas (speed, anfetamina, éxtasis, etc.)				
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente de pintura, etc.)				
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)				
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)				
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, etc.)				
Otras especifique:				

3. ¿Cada qué tiempo consume dicha sustancia antes mencionada?

Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente	
-------	--	-------------------------	--	--------------	--

4. ¿Alguna vez en el transcurso del consumo se ha intoxicado?

Nunca		Casi Nunca		Frecuentemente		Casi Siempre	
-------	--	------------	--	----------------	--	--------------	--

5. ¿Ha presentado un deterioro en sus actividades laborales, sociales, recreativas debido al consumo de sustancias psicoactivas?

Nunca		Casi Nunca		Frecuentemente		Casi Siempre	
-------	--	------------	--	----------------	--	--------------	--

6. ¿Ha permanecido Ud. sin consumir alguna sustancia?

Nunca		Casi Nunca		Frecuentemente		Casi Siempre	
-------	--	------------	--	----------------	--	--------------	--

7. ¿Tras un evento estresor ha tenido la necesidad de consumir sustancias psicoactivas?

Nunca		Casi Nunca		Frecuentemente		Casi Siempre	
-------	--	------------	--	----------------	--	--------------	--

8. ¿Para conseguir un estado placentero ha combinado algunas drogas?

Nunca		Casi Nunca		Frecuentemente		Casi Siempre	
-------	--	------------	--	----------------	--	--------------	--

9. . ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez han mostrado preocupación por sus hábitos de consumo?

Nunca		En los últimos tres meses		Si, pero no en los últimos tres meses	
-------	--	---------------------------	--	---------------------------------------	--

10. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber consumido algún tipo de sustancia?

Nunca		Casi Nunca		Frecuentemente		Casi Siempre	
-------	--	------------	--	----------------	--	--------------	--



ANEXO 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INVENTARIO DEL ESTRÉS

Julián Melgosa

Indicaciones: Vaya anotando los puntos que usted se atribuye en cada uno de los 96 casos de los diferentes ámbitos.

	NUNCA	CASI NUNCA	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. ESTILO DE VIDA				
1. Duermo un número de horas adecuado a mis necesidades...	3	2	1	0
2. Como a horas fijas.....	3	2	1	0
3. Cuando estoy nerviosos tomo tranquilizantes.....	0	1	2	3
4. Para ocupar mi tiempo libre veo la televisión o el video.....	0	1	2	3
5. Hago ejercicio físico de forma regular.....	3	2	1	0
6. Como con prisa.....	0	1	2	3
7. De los alimentos ricos en colesterol (huevos, hígado, queso, helados) como cuanto me apetece.....	0	1	2	3
8. Consumo frutas y verduras abundantemente.....	3	2	1	0
9. Bebo agua fuera de las comidas.....	3	2	1	0
10. Como entre horas.....	0	1	2	3
11. Desayuno abundantemente.....	3	2	1	0
12. Ceno poco.....	3	2	1	0
13. Fumo.....	0	1	2	3
14. Tomo bebidas alcohólicas.....	0	1	2	3
15. En mi tiempo libre busco la naturaleza y el aire puro.....	3	2	1	0
16. Practico un “hobby” o afición que me relaja.....	3	2	1	0

Total ESTILO DE VIDA.....

2. AMBIENTE

17. Mi familia es bastante ruidosa..... 0 1 2 3
18. Siento que necesito más espacio en mi casa..... 0 1 2 3
19. Todas mis cosas están en su sitio..... 3 2 1 0
20. Disfruto de la atmosfera hogareña..... 3 2 1 0
21. Mis vecinos son escandalosos..... 0 1 2 3
22. Suele haber mucha gente en la zona donde vivo..... 0 1 2 3
23. Mi casa está limpia y ordenada..... 3 2 1 0
24. En mi casa me relajo con tranquilidad..... 3 2 1 0
25. Mi dormitorio se me hace pequeño..... 0 1 2 3
26. Siento como si viviésemos mucho bajo el mismo techo..... 0 1 2 3
27. Cuando contemplo la decoración de mi casa me siento
Satisfecho/a..... 3 2 1 0
28. Considero mi casa lo suficientemente amplia para nuestras
necesidades..... 3 2 1 0
29. En mi barrio hay olores desagradables..... 0 1 2 3
30. La zona donde vivo es bastante ruidosa..... 0 1 2 3
31. El aire de mi localidad es puro y limpio..... 3 2 1 0
32. Las calles y los jardines de mi barrio están limpios y cuidados 3 2 1 0

Total AMBIENTE.....

3. SÍNTOMAS

33. Sufro de dolores de cabeza..... 0 1 2 3
34. Tengo dolores abdominales..... 0 1 2 3
35. Hago bien las digestiones..... 3 2 1 0
36. Voy regularmente de vientre..... 3 2 1 0
37. Me molesta la zona lumbar..... 0 1 2 3
38. Tengo taquicardias..... 0 1 2 3
39. Estoy libre de alergias..... 3 2 1 0

40. Tengo sensaciones de ahogo.....	0 1 2 3
41. Se me agarrotan los músculos del cuello y de la espalda....	0 1 2 3
42. Tengo la tensión sanguínea moderada y constante.....	3 2 1 0
43. Mantengo mi memoria normal.....	3 2 1 0
44. Tengo poco apetito.....	0 1 2 3
45. Me siento cansado y sin energía.....	0 1 2 3
46. Sufro de insomnio.....	0 1 2 3
47. Sudo mucho (incluso sin hacer ejercicio).....	0 1 2 3
48. Lloro y me desespero con facilidad.....	0 1 2 3

Total SÍNTOMAS.....

4. EMPLEO / OCUPACIÓN

49. Mi labor cotidiana me provoca mucha tensión.....	0 1 2 3
50. En mis ratos libres pienso en los problemas del trabajo.....	0 1 2 3
51. Mi horario de trabajo es regular.....	3 2 1 0
52. Mis ocupaciones me permiten comer tranquilamente en casa	3 2 1 0
53. Me llevo trabajo a casa para hacerlo por las noches o los fines de semana.....	0 1 2 3
54. Practico el pluriempleo.....	0 1 2 3
55. Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando.....	3 2 1 0
56. Me siento útil y satisfecho con mis ocupaciones.....	3 2 1 0
57. Tengo miedo a perder mi empleo.....	0 1 2 3
58. Me llevo mal con mis compañeros/as de trabajo.....	0 1 2 3
59. Mantengo muy buenas relaciones con mi jefe.....	3 2 1 0
60. Considero muy estable mi puesto.....	3 2 1 0
61. Utilizo el automóvil como medio de trabajo.....	0 1 2 3
62. Me olvido de comer cuando estoy tratando de terminar alguna tarea.....	0 1 2 3
63. Me considero capacitado para mis funciones.....	3 2 1 0
64. Tengo la impresión de que mi jefe y /o familia aprecia el	

Trabajo que hago.....	3 2 1 0
Total TRABAJO / OCUPACION.....	<input type="text"/>

5. RELACIONES

65. Disfruto siendo amable y cortés con la gente.....	3 2 1 0
66. Suelo confiar en los demás.....	3 2 1 0
67. Me siento molesto/a cuando mis planes dependen de otros	0 1 2 3
68. Me afecta mucho las disputas.....	0 1 2 3
69. Tengo amigos/as dispuestos/as a escucharme.....	3 2 1 0
70. Me siento satisfecho de mis relaciones sexuales.....	3 2 1 0
71. Me importa mucho la opinión que otros tengan de mí.....	0 1 2 3
72. Deseo hacer las cosas mejor que los demás.....	0 1 2 3
73. Mis compañeros/as de trabajo son mis amigos/as.....	3 2 1 0
74. Tengo la paciencia de escuchar los problemas de los demás	3 2 1 0
75. Pienso en mi esposa/o tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena (para los no casados: novio/a o amigo/a Íntimo/a).....	0 1 2 3
76. Hablo demasiado.....	0 1 2 3
77. Al discernir con alguien me doy cuenta de que pronto empiezo a levantar la voz.....	0 1 2 3
78. Siento envidia porque otros tienen más que yo.....	0 1 2 3
79. Cuando discuto con alguien pienso en lo que voy a decir mientras el otro habla.....	0 1 2 3
80. Me pongo nervioso cuando me dan órdenes.....	0 1 2 3
Total RELACIONES.....	<input type="text"/>

6. PERSONALIDAD

81. Me siento generalmente satisfecho de mi vida.....	3 2 1 0
82. Me gusta hablar bien de la gente.....	3 2 1 0
83. Me pone nervioso/a cuando alguien conduce su automóvil	

despacio delante de mí.....	0 1 2 3
84. Cuando hay cola en un ventanilla o establecimiento me marchó	0 1 2 3
85. Suelo ser generoso/a con migo mismo/a a la hora de imponerme fechas tope.....	3 2 1 0
86. Tengo confianza en el futuro.....	3 2 1 0
87. Aun cuando me gusta, tiendo a pensar en lo peor.....	0 1 2 3
88. Me gusta hacer las cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible.....	0 1 2 3
89. Tengo buen sentido del humor.....	3 2 1 0
90. Me agrada mi manera de ser.....	3 2 1 0
91. Me pone nervioso si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad.....	0 1 2 3
92. Soy perfeccionista.....	0 1 2 3
93. Pienso en los que me deben dinero.....	0 1 2 3
94. Me pongo muy nervioso cuando me meto en un atasco automovilístico.....	0 1 2 3
95. Me aburro pronto de las vacaciones y quiero volver a la actividad “productiva”.....	0 1 2 3
96. Tengo miedo a que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal, como el cáncer.....	0 1 2 3
Total PERSONALIDAD.....	<input type="text"/>

SEXO: Varón..... Mujer.....

EDAD:.....años

ESTADO CIVIL: Casado/a..... Soltero/a.....
Viuda/o..... Otro.....

CALCULE SU PUNTUACIÓN

1. Anote los puntos de cada ámbito:

- a) Estilo de Vida.....
- b) Ambiente.....
- c) Síntomas.....
- d) Trabajo.....
- e) Relaciones.....
- f) Personalidad.....

2. Anótese 3 puntos si usted.....

- Tiene entre 35 y 60 años.....
- Es separado/a o divorciado/a.....
- Vive en una ciudad grande.....
- Tiene en casa tres hijos o más.....
- Está desempleado/a.....

3. Anótese 2 puntos si usted...

- Tiene entre 25 y 34 años.....
- Es soltero/a viudo/a.....
- Vive en una ciudad pequeña.....
- Tiene en casa uno o dos hijos.....
- Su trabajo es temporal.....

PUNTUACIÓN

TOTAL: _____