



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Evaluación del consumo de alcohol, apoyo social y nivel de
estrés en trabajadores universitarios.

Autor(a): Hidalgo Serrano, Katty Paola

Director(a): Paladines Costa, María Belén

LOJA – ECUADOR

2020



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2020

Aprobación del director del trabajo de titulación

Loja, 31 de julio del 2020

Magister.

Marco Antonio Jiménez Gaona

Coordinador de la titulación de psicología

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado: "Evaluación del consumo de alcohol, apoyo social y nivel de estrés en trabajadores universitarios" realizado por Hidalgo Serrano Katty Paola, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho trabajo de titulación ha sido revisado por la herramienta antiplagio institucional.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Firma:

María Belén Paladines Costa, Mgtr.

C.I.: 1104755648

Declaración de autoría y cesión de derechos

“Yo, Katty Paola Hidalgo Serrano, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

- Ser autora del Trabajo de Titulación denominado: “Evaluación del consumo de alcohol, apoyo social y nivel de estrés en trabajadores universitarios” de la titulación de Psicología, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo 1. Marco teórico de consumo de sustancias, apoyo social y estrés percibido, Capítulo 2. Metodología de la investigación, Capítulo 3. Análisis de Datos, Capítulo 4. Discusión de resultados, Conclusiones y Recomendaciones, siendo la Mgtr. María Belén Paladines Costa directora del presente trabajo; y, en tal virtud, eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual. Además, ratifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.
- Que mi obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTP, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.
- Autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja para que pueda hacer uso de mi obra con fines netamente académicos, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, sirviendo el presente instrumento como la fe de mi completo consentimiento; y, para que sea ingresada al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Autor(a): Katty Paola Hidalgo Serrano

C.I.: 1150214284

Dedicatoria

A mi familia, quienes son las personas más valiosas de mi vida y tengo la dicha de recibir las mayores muestras de amor, cariño y apoyo incondicional.

A mi directora de tesis, Mgtr. María Belén Paladines Costa, porque a través de su compromiso como educadora, compartió conmigo valiosos conocimientos y valores que sumaron a mi vida.

Agradecimiento

A mis queridos padres, Rosa y Humberto por todo su amor, confianza y sacrificios que han realizado por mí y mi hermano para vernos triunfar, por cada día velar por nuestro bienestar y apoyarnos incondicionalmente. A mi hermano Paúl, por su apoyo, compañía y bondad. A mi tía Rosa Hidalgo, por su cariño, generosidad y enseñanzas que me ha brindado. ¡Gracias a cada uno por ser mi mayor ejemplo de superación y perseverancia!

A mi directora de tesis, Mgtr. María Belén Paladines Costa, por compartir tanta sabiduría y experiencia investigadora y por el cariño y confianza sentidos durante este tiempo de trabajo compartido. A los docentes, Mgtr. Katy Chamba, Mgtr. Rafael Sánchez y PhD. Claudia Torres por brindarme su tiempo, conocimientos y sugerencias durante el transcurso del presente trabajo de titulación.

A mis amigos y amigas que compartieron conmigo durante esta etapa y me regalaron los mejores momentos; en especial a mis queridas amigas, Vanessa y Geraldine, por brindarme su ayuda y permitirme aprender junto a ellas. A Juan José, por apoyarme en cada decisión, motivarme y compartir mis alegrías y triunfos. ¡Gracias por su cariño y amor sincero!

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por ofrecer Becas de Responsabilidad Universitaria, gracias a ello fui parte de dos proyectos en los que desarrollé nuevas competencias y pude compartir con excelentes docentes investigadores, quienes potenciaron en mí competencias investigadoras.

Finalmente, agradezco a los docentes del Departamento de Psicología, por su compromiso, esfuerzo y dedicación que me han ofrecido durante este proceso de formación.

Índice de contenidos

TRABAJO DE TITULACIÓN	I
Aprobación del director del trabajo de titulación	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenidos	VII
Índice de tablas.....	IX
Índice de figuras.....	X
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo Uno:.....	5
Marco Teórico.....	5
1.1. Consumo de sustancias.....	5
1.1.1. <i>Definición de drogas</i>	5
1.1.2. <i>Uso, abuso y dependencia</i>	6
1.1.3. <i>Clasificación de las drogas</i>	8
1.1.4. <i>Biología del consumo</i>	9
1.1.5. Consumo de alcohol.....	11
1.1.5.1. Definición de alcohol:.....	11
1.1.5.2. Prevalencia:.....	16
1.1.5.3. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol:	18
1.1.5.4. Factores de protección asociados al consumo de alcohol:	20
1.2. Apoyo social	22
1.2.1. Definición de apoyo social	22
1.2.2. <i>Prevalencia</i>	23
1.2.3. <i>Dimensiones del apoyo social</i>	24
1.2.4. Fuentes de apoyo social	26
1.3. Estrés Percibido	28
1.3.1. Definición de estrés percibido	28
1.3.2. Prevalencia	29
1.3.3. Tipos de estrés.....	30
1.3.4. Afrontamiento del estrés	32
Capítulo Dos:	35
Metodología	35

2.1.	Objetivos.....	35
2.1.2.	<i>Objetivo general</i>	35
2.1.3.	<i>Objetivos específicos</i>	35
2.2.	Diseño de investigación	35
2.3.	Población de estudio.....	35
2.4.	Instrumentos de evaluación	36
2.4.1.	<i>Cuestionario Sociodemográfico y de salud (Ad-Hoc)</i>	36
2.4.2.	<i>Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT-C)</i>	37
2.4.3.	Escala de Soledad Revisada (UCLA-R).....	38
2.4.4.	<i>Escala de Estrés Percibido (PSS-10)</i>	38
2.5.	Procedimiento.....	39
	I Fase: Recolección de información:	39
	II Fase: Depuración y análisis de datos.....	41
	Capítulo Tres:	42
	Análisis de Resultados.....	42
	Capítulo Cuatro:.....	50
	Discusión de Resultados.....	50
	Conclusiones	54
	Recomendaciones	55
	Referencias.....	56
	Apéndices.....	71
	Apéndice 1: Instrumentos de evaluación.....	71
	Apéndice 1.1. Cuestionario Sociodemográfico y de Salud Ad-hoc.	71
	Apéndice 1.2. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: (AUDIT-C)	72
	Apéndice 1.3. Escala de Soledad (UCLA) (Versión Corta-Revisada) UCLA-R.....	74
	Apéndice 1.4. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)	74
	Apéndice 2. Carta de aceptación de Comité de Ética.....	75
	Apéndice 3. Estrategia de difusión: Mailing.....	76
	Apéndice 3.1. Mailing: Difusión del proyecto.....	76
	Apéndice 3.2. Mailing: Variables de la encuesta	77
	Apéndice 3.3. Mailing: Beneficios de la encuesta.....	78
	Apéndice 4. Consentimiento Informado.....	79
	Apéndice 5. Perfil de resultados.....	80

Índice de tablas

Tabla 1. Contenido de alcohol en las bebidas comerciales.....	12
Tabla 2. Criterios de diagnóstico (DSM-5)	14
Tabla 3. Pautas para el diagnóstico.....	15
Tabla 4. Factores de protección.....	20
Tabla 5. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: (AUDIT-C).....	37
Tabla 6. Escala de Soledad (UCLA-R).....	38
Tabla 7. Escala de Estrés Percibido (PSS-10).....	39
Tabla 8. Distribución de la muestra por sexo y edad según el rol.	42
Tabla 9. Distribución de la muestra por estado civil y rol.....	43
Tabla 10. Distribución de la muestra por riesgo laboral, salud y actividad física según el rol y sexo.	44
Tabla 11. Nivel de consumo de alcohol – Docentes.....	45
Tabla 12. Nivel de consumo de alcohol – Administrativos.....	46
Tabla 13. Análisis correlacional de Consumo de alcohol y variables de salud mental.....	49

Índice de figuras

Figura 1. Circuito de recompensas.....	10
Figura 2. Nivel de apoyo social – Docentes.....	46
Figura 3. Nivel de apoyo social – Administrativos.....	47
Figura 4. Nivel de estrés – Docentes.....	48
Figura 5. Nivel de estrés – Administrativos.....	48

Resumen

El propósito de esta investigación fue analizar la relación del consumo de alcohol, apoyo social y nivel de estrés en trabajadores universitarios. Muestra: 447 trabajadores de una universidad privada del Ecuador: 240 (docentes) y 207 (administrativos). Diseño de investigación: Enfoque cuantitativo, transversal, no experimental, descriptivo-correlacional. Instrumentos: Cuestionario sociodemográfico y de salud (Ad-Hoc), Cuestionario AUDIT-C; Escala UCLA-R y, Escala PSS-10. Resultados: El 71.70% de docentes y 69.60% de administrativos presentaron un nivel de consumo de alcohol prudente. Ambos grupos indicaron un nivel bajo de percepción de soledad, ($M= 2.35$; $DT=2.16$) en docentes y ($M=2.54$; $DT=2.14$) en administrativos. Asimismo, obtuvieron un nivel bajo de estrés, ($M=13.85$; $DT=6.503$) en docentes y ($M=13.87$; $DT=5.729$) en administrativos. Finalmente, el análisis correlacional de las variables de consumo de alcohol y salud mental (apoyo social y estrés), muestra que existe una relación positiva entre el consumo de alcohol y estrés ($r = 0.097^*$; $sig. = 0.041$), lo que implica que a mayor estrés tienen más probabilidad de consumir alcohol. Mientras que, se reporta una ausencia de relación entre el consumo de alcohol y el apoyo social ($r=0.043$; $sig=0.362$).

Palabras claves: Alcohol, apoyo social, estrés, trabajadores universitarios

Abstract

The purpose of this research was to analyze the relationship between alcohol consumption, social support and stress level in university staff workers. Sample: 447 workers from a private university in Ecuador: 240 (teachers) and 207 (administrative). Research design: Quantitative, cross-sectional, non-experimental, descriptive-correlational approach. Instruments: Sociodemographic and health questionnaire (Ad-Hoc), AUDIT-C questionnaire; UCLA-R scale and, PSS-10 scale. Results: 71.70% of teachers and 69.60% of administrative staff presented a prudent level of alcohol consumption. Both groups indicated a low level of perception of loneliness, ($M= 2.35$; $SD = 2.16$) in teachers and ($M=2.54$; $SD=2.14$) in administrative staff. They also obtained a low level of stress, ($M=13.85$; $SD=6.503$) in teachers and ($M=13.87$; $SD=5.729$) in administrative staff. Finally, the correlational analysis of the variables of alcohol consumption and mental health (social support and stress), shows that there is a positive relationship between consumption alcohol and stress ($r=0.097^*$; $sig=0.041$), which implies that the more stress they have, the more likely they are to consume alcohol, while an absence of a relationship between alcohol consumption and social support is reported ($r=0.043$; $sig=0.362$).

Key words: Alcohol, social support, stress, university workers.

Introducción

Actualmente, el informe: “Situación mundial de alcohol y la salud”, refiere que el consumo nocivo de esta sustancia actúa sobre las metas relacionadas con la salud y reducción de las desigualdades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS] (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019). De tal manera que constituye una problemática de salud pública y además de gran interés académico, situación que se explica desde diferentes contextos (Barreto *et al.*, 2015).

Para comprender la temática sobre el consumo de alcohol es importante considerar algunas definiciones. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) el alcohol es una de las sustancias psicoactivas consumida en su gran mayoría por la población en general, sus propiedades son causantes de dependencia y resultan perjudiciales para el círculo inmediato de toda persona: familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Respecto al consumo de alcohol Waisman y Marzorati (2017) determinan que se produce al beber procedentes de hidratos de carbono vegetales, los cuales al tener contacto con el organismo son capaces de causar un desequilibrio en el individuo.

Por otra parte, es valioso mencionar que la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1996), estableció que el consumo de alcohol afecta directamente el ámbito laboral de un gran número de trabajadores, existiendo efectos perjudiciales en el lugar de trabajo y en su desempeño laboral. Otras repercusiones que enfrentan son el aumento de tasa de accidentabilidad, ausentismo e incapacidad por enfermedades (Vázquez *et al.*, 2017). Asimismo, el problema de alcohol ha sido asociado con una mayor probabilidad de perder el empleo y la escasa posibilidad de acceder a un nuevo trabajo (Jørgensen *et al.*, 2019).

En este sentido, la OIT (2013) da a conocer que es importante que exista un amplio apoyo social, de tal manera que ayude a los trabajadores a enfrentar las presiones y situaciones de angustia en el lugar de trabajo. Por tal razón, otra variable de estudio que se ha considerado para esta investigación es el apoyo social, el cual se define como la percepción que tiene la persona al ser parte un grupo en que existen obligaciones mutuas, además da apertura a sentir que es atendida, amada y estimada; asimismo, la presencia de

este tipo de apoyo protege a los individuos de padecimientos patológicos, ya sean físicos, psicológicos o sociales (Cobb, 1976).

De acuerdo Nahum-Shani y Bamberger (2011), el apoyo social puede influir de manera directa en el estrés, actuando como un amortiguador contra los efectos nocivos de los estresores laborales. En este sentido, a continuación, se presenta al estrés psicológico como última variable de estudio dentro de este trabajo.

El estrés refleja un sentimiento de frustración o se refiere a pensamientos que llegan a convertirse en percepciones angustiantes, nervios y preocupación para la persona que los experimenta. Sus síntomas a menudo se confunden con otro padecimiento físico, manifestado en insomnio, cefaleas, enfermedades cardíacas u otros; toda persona con estrés enfrenta consecuencias en su vida, incluso llegando a extremos donde el estrés paraliza a la persona y le impide ejercer actividades comunes y más aún complejas (Baqtayan, 2015).

Por lo antes mencionado, es importante analizar la relación del consumo de alcohol, apoyo social y nivel de estrés en trabajadores universitarios, lo que permitirá conocer la situación actual de una universidad privada del sur del Ecuador. Para cumplir con los objetivos planteados se utilizó un diseño de investigación con enfoque cuantitativo, transversal, no experimental, descriptivo-correlacional y la muestra participante está constituida por 447 trabajadores.

Finalmente, la presente investigación se encuentra estructurada por cuatro apartados: (1) marco teórico: consta de conceptualización, prevalencia y características de las tres; (2) metodología: en la que se describen los objetivos general y específicos, diseño de investigación, instrumentos de evaluación y procedimiento; (3) análisis de resultados aborda: descripción sociodemográfica, niveles de consumo de alcohol, apoyo social y estrés percibido, y la relación entre las variables de salud mental (apoyo social y estrés) con el consumo de alcohol y, (4) discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones y referencias.

Capítulo Uno:

Marco Teórico

En el presente capítulo se abordará de manera conceptual y teórica las tres variables de investigación: consumo de alcohol, apoyo social y estrés percibido. En primera instancia se describirá de manera general la temática de drogas, su clasificación y la biología del consumo, para así tratar específicamente el consumo de alcohol, seguido se alude acerca del apoyo social a partir de su definición, dimensiones y fuentes; finalmente se planeará el tema de estrés percibido. En el estudio de cada variable se realizará una descripción de cómo éstas actúan en el ámbito laboral, específicamente en los trabajadores.

1.1. Consumo de sustancias

1.1.1. Definición de drogas

El consumo de sustancias ha existido a lo largo de la historia, el uso de tabaco, alcohol, café y opio eran utilizados para estimular y tranquilizar a sus consumidores; en el siglo XX se dio inicio a la industrialización de sustancias medicinales con el fin de tratar malestares causados por drogas como las anfetaminas, y fue así también que la revolución farmacológica asoció por primera vez a las drogas con la adicción, en donde los médicos relacionaban el incremento de enfermedades con el uso de sustancias (Luna-Fabritius, 2015).

De acuerdo a la Real Academia Española (2001) la palabra *Droga* es proveniente del árabe hispánico “ḥaṭrúka” (charlatanería), posteriormente, los ingleses y franceses utilizaron el término “drug” y “drogue” para referirse a medicamentos, mientras que, en español, representa a sustancias con potencial abuso; de manera general, se conoce que las drogas pueden inferir en el estado de ánimo y desarrollar abuso o perjuicio en quienes las consumen (Valdés *et al.*, 2018).

Los aspectos conceptuales y terminológicos sobre las drogodependencias han sido estudiados por parte de la OMS, en 1969 la palabra *droga* fue conceptualizadas de manera general, refiriéndose a todas las sustancias que son capaces de modificar o variar las funciones de un organismo; para 1981, se amplió su definición y alude a toda sustancia

química o mezcla que sea utilizada para uso médico (fármaco) o sin fines terapéuticos (droga) (Sánchez, 1991).

Por tanto, el concepto de *droga* engloba diversos fármacos de prescripción, sustancias psicoactivas, químicas y plantas; de modo que el término “*droga de abuso*” delimita al tipo de sustancia según el criterio de uso, definiéndose como: “sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas” (Caudevilla, 2008, p. 2).

En la misma línea, Gómez (2017) manifiesta que la droga de abuso alude a cualquier sustancia de tipo legal o ilegal que pueden incapacitar al consumidor en los ámbitos personales, laborales, sociales, físicos y familiares; y además provocan síntomas y estados característicos como: intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Por otra parte, en los últimos años también se ha adoptado el nombre de “sustancias psicoactivas”, las cuales pueden ser de origen natural o sintético y son capaces de afectar directamente al sistema nervioso central, alterando los estados de conciencia, ánimo, pensamientos y también inhibir el dolor (Instituto Nacional de Salud [INS], 2017).

En definitiva, droga es una sustancia que, al ser introducida por cualquier vía de administración, es capaz de provocar un malestar significativo en el organismo y entorno personal, social y familiar del consumidor, dado que, influye directamente en el cerebro, lo que se ve reflejado en el comportamiento, sensaciones y percepciones.

1.1.2. *Uso, abuso y dependencia*

Se entiende por *uso* al consumo de una sustancia de manera habitual y esporádica que no conlleva ninguna consecuencia negativa y que el individuo puede interrumpir cuando desee o se lo solicite (Becoña *et al.*, 2010; El Bachiri, 2018). Dentro del Glosario de Términos de Alcohol y Drogas (2007) se menciona los siguientes tipos de uso:

- **Con fines no médicos:** Se refiere al empleo de medicamentos independientemente si la persona cuenta o no con receta médica.

- **Disfuncional:** Consiste en el consumo de sustancias que causan un deterioro en el funcionamiento psicológico o social.
- **Inadecuado:** Abarca el consumo de sustancias que están fueran de las normas legales o médicas.
- **No sancionado:** Implica que el consumo de una sustancia está admitido dentro de una sociedad o grupo social.
- **Recreativo:** Se trata del consumo de una droga dentro de situaciones sociales o relajantes.

Respecto al *abuso* radica en aquel patrón de consumo que es capaz de producir daños significativos para la salud, asimismo, puede conllevar una búsqueda compulsiva hacia la sustancia psicoactiva independientemente de las consecuencias (Barra y Diazconti, 2013; Velásquez y Ortiz, 2014).

Por su parte, la *adicción*, es el consumo repetido de una sustancia psicoactiva, en la que el consumidor presenta un deseo intenso por consumirla, llegando a adquirir dicha sustancia a través de cualquier medio; produce cambios cognitivos, conductuales y fisiológicos, al punto de originar una intoxicación en el organismo y su interrupción provoca un síndrome de abstinencia (Becoña *et al.*, 2010).

En conclusión, el consumo de drogas puede darse a manera de fases, en la que su uso indica un comportamiento que puede ser habitual con la finalidad de sentir placer propio de alguna sustancia, sin embargo, este debe ser controlado puesto que en un futuro conlleva hacia un abuso en el que el individuo presentará un consumo frecuente y además se incrementa la posibilidad de adquirir algún problema de salud; finalmente, se considera que, al no intervenir en el abuso inmediatamente la persona puede adquirir una adicción, en donde las consecuencias en las distintas áreas (cognitivo, conductual y fisiológica) serán más notables.

1.1.3. Clasificación de las drogas

El inicio de la clasificación universal de las drogas se dio en el año 1931, en donde se realizó por primera vez la *Convención para Limitar la Fabricación y Reglamentar la Distribución de Estupefacientes*, en ella se formalizó un sistema de clasificación dual de las drogas, en el Grupo I, aquellas que son capaces de generar adicción y Grupo II, para las que son utilizadas con fines médicos, de modo que, fue posible introducir un principio de fiscalización internacional con el fin de tener control sobre el uso y fabricación de las sustancias; actualmente, las categorizan en función del potencial adictivo, riesgo de uso y su valor terapéutico (Comisión Global de Política de Drogas, 2019).

En cuanto a la clasificación de drogas de la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014) se identifica que las sustancias comprenden diez clases de drogas diferentes, entre ellas están: alcohol, cafeína, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco, etc.

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2015) clasifica las sustancias por cuatro categorías: **Primero según su origen:** *naturales*, provenientes de la naturaleza; *semi-sintéticas*, derivadas de procesos químicos parciales y *sintéticas*, cuya elaboración depende de la combinación de precursores y sustancias químicas. **Segundo por su situación legal:** por una parte, las *drogas lícitas*, cuya elaboración, distribución y venta es permitido por la ley, y por otra, las *drogas ilícitas* que dependen de las normas judiciales de cada país. **Tercero según el consumo social:** se tiene los diferentes tipos de drogas: *sociales*, vinculadas a las costumbres y tradiciones de la población; *ancestrales*, que son utilizadas para las costumbres ancestrales de una comunidad; *terapéuticas*, que son consideradas como sustancias legales y se requiere de una prescripción médica para su adquisición, y las *indebidas*, denominadas así por su consumo ilegal y además está prohibido su uso terapéutico.

De acuerdo a cuarta categoría, **los efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC)**, se ha categorizado a las drogas por ser depresoras, estimulantes y alucinógenas. Las *depresoras* actúan como calmantes, disminuyendo los mecanismos cerebrales y el

funcionamiento de otros sistemas; las *estimulantes* aumentan temporalmente el desempeño neurológico y los daños que presentan son: disminución de apetito, problemas de sueño, convulsiones, manía o muerte ya que los efectos biológicos en otros órganos son riesgosos; por último, las *alucinógenas* afectan directamente a la percepción, consciencia y emociones. Este sistema de clasificación ha sido empleado para prevenir problemas de consumo de sustancias (ONU, 2015; Valdés, 2018).

Por consiguiente, se ha determinado ciertas diferencias en base a la clasificación de las sustancias psicoactivas, tales como: la procedencia, la manera en que se introduce al organismo, el uso y efectos en el SNC y organismo. A partir de esta clasificación, se toma en cuenta que, para fines de este trabajo se selecciona al alcohol como una droga ilegal capaz de actuar como depresora en el SNC y alterar distintos mecanismos y sistemas del consumidor.

1.1.4. Biología del consumo

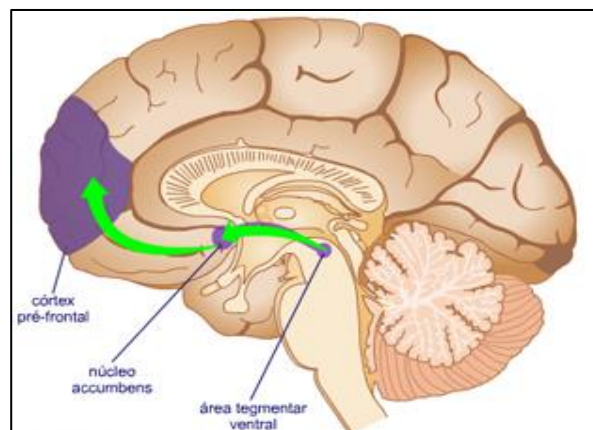
La Organización de los Estados Americanos [OEA] (2013) manifiesta que existen determinantes biológicos como la base genética y mecanismos del cerebro capaces de desarrollar un trastorno de dependencia en quienes consumen sustancias psicoactivas; además, destaca que las investigaciones en el campo de la neurociencia han relacionado las estructuras cerebrales con el consumo de drogas; por tal razón, es importante conocer cómo las drogas actúan e interfieren en el funcionamiento del cerebro.

El cerebro es un órgano complejo que se caracteriza por su plasticidad, siendo capaz de transformarse de acuerdo a las experiencias; es el centro de captación y aprendizaje debido a que, genera pensamientos, sentimientos y emociones; responde a estímulos y desarrolla funciones ejecutivas. De éste depende que se cumplan funciones vitales en el organismo, sin embargo, la existencia de cambios afectará directamente su funcionamiento normal, es por eso que se considera que el tipo de sustancia psicoactiva y la frecuencia de consumo puede causar cambios neurológicos que se reflejan a través del comportamiento, pensamientos y es capaz de producir complejos trastornos de conducta (Silva *et al.*, 2018).

La actuación de las drogas en el cerebro ha sido explicada a través del sistema de recompensas (Olds y Milner, 1954), el cual se trata de un circuito de placer, capaz de facilitar el aprendizaje y de mantener conductas; está formado por un conjunto de estructuras cerebrales, principalmente por el *Área Tegmental Ventral (ATV)* (*productor de dopamina*) en el que se encuentran las principales neuronas dopaminérgicas, estas se encargan de enviar proyecciones al NC y a la Corteza Prefrontal Medial; y, el *Núcleo Accumbens (NAc)* (receptor de aferencias), este posee neuronas gabaérgicas y a la vez, están conectados con el Núcleo Tegmental Ventral; además, señalan que todo este sistema es regulado por conexiones glutamatérgicas provenientes de la corteza prefrontal y de estructuras como la amígdala e hipocampo . En otras palabras, los neurotransmisores de dopamina regulan la motivación, lo que permite que se den las conexiones dopaminérgicas entre ambas estructuras (ATV y NAc) (ver Figura 1), lo que genera una sensación placentera (Ruiz y Pedrero, 2014; Razón *et al.*, 2018).

Figura 1.

Circuito de recompensas



El estudio de Volkow y Morales (2015) manifiesta que, durante el consumo de drogas se incrementa la liberación de dopamina en el NAc, desencadenando el deseo y motivación por continuar consumiéndola; por otra parte, debido a que los cambios que se dan en el cerebro se mantienen a largo plazo, se considera que el consumo es una conducta reforzada, en donde el individuo estará motivado para realizar comportamientos necesarios con la finalidad de adquirir el refuerzo, ya sea natural o farmacológico.

De igual manera, al ser una conducta reforzada, significa que algunas áreas cerebrales están involucradas para que estimulen al individuo y mantengan el contacto ya que para su organismo será placentero (Ruiz y Pedrero, 2014a). De modo que, cuanto más se repita la exposición con alguna sustancia, la respuesta conductual y neuroquímica será mayor (OMS, 2004). Sin embargo, para quienes ya hayan adquirido una adicción, los sistemas motivacionales se activarán a pesar de no tener el mismo efecto placentero, sino más bien para evitar el malestar de no hacerlo (Ruiz y Pedrero, 2014b).

En conclusión, el cerebro al ser un determinante biológico hacia la dependencia, a través del sistema de recompensas busca que el individuo repita aquella conducta que le genera placer, en este caso, las sustancias psicoactivas liberan el deseo hacia el uso de la droga, lo que significa que a diferencia de los reforzadores naturales (comida, sexo, afecto), su uso descontrolado puede desencadenar distintos daños cognitivos, conductuales y sentimentales en el consumidor.

1.1.5. Consumo de alcohol

1.1.5.1. Definición de alcohol: De manera general, se ha considerado que el consumo de alcohol es parte de un problema social y sanitario, que afecta al ámbito de la salud y produce daños como la morbilidad asociada, discapacidad y quebranto de la calidad de vida; lo cual repercute en la familia y la comunidad y, además genera gastos para el sistema de servicios de salud pública lo cual implica un gasto al Estado (Duffy y de Lellis, 2014).

Para la comprensión de esta temática es importante resaltar que el alcohol etílico es una molécula simple que carece de color y se lo obtiene a través de dos procesos: fermentación y destilación; de acuerdo a la literatura, es el principal compuesto orgánico que sirve para la elaboración de bebidas alcohólicas y forma parte de una de las sustancias psicoactivas de mayor consumo en el mundo, entre sus características se menciona que es legal, socialmente aceptada y permitida en distintas culturas, no obstante, su ingesta cotidiana ocasiona graves efectos en el organismo y, además es asociada con otras situaciones de

riesgo social (violencia intrafamiliar, actos delictivos y accidentes de tránsito) (OMS, 1994; Téllez y Cote, 2006).

Respecto a la elaboración, el proceso más común es por *fermentación de azúcares*, a través de macerados de granos, jugos de fruta, miel, leche y otros líquidos ricos en hidratos de carbono que al fermentarse dan como resultado vinos y cervezas; otro de los procesos es la *destilación*, la cual se realiza adicionando extractos vegetales y azúcares de los jugos fermentados para obtener licores y anises (Téllez, 2012).

En base a lo anterior, Téllez y Estrada (2012) dan a conocer que: “El grado de alcohol de una bebida se expresa en porcentaje y corresponden a la cantidad en mL de alcohol etílico contenido en 100 mL de bebida” (p. 61), de acuerdo a eso, en la Tabla 1 se da a conocer el porcentaje de contenido de alcohol en las bebidas comerciales de consumo popular.

Tabla 1.

Contenido de alcohol en las bebidas comerciales

Bebida	Contenido de alcohol
Whisky, Vodka y Ginebra	40% - 45%
Aguardiente y Ron	30% - 35%
Jerez y Oporto	20% - 25%
Cervezas	4% - 6% (Nacionales) 5% - 10% (Internacionales)

Por su parte, Velazco (2014) y Caciva *et al.* (2015) concuerdan en que el proceso de elaboración es un indicador sobre el potencial de toxicidad, esto se refiere al daño que el alcohol puede causar en el consumidor y se evidencia a través de tres signos de intoxicación etílica:

- **Moderada:** Presenta efectos que ejercen sobre la conducta, lenguaje, coordinación corporal, reducción de la ideación y capacidad mental.
- **Aguda:** Causa alteraciones biológicas en la temperatura corporal, presión arterial, respiración y disminución sensorial, los cuales se mantienen hasta que la sustancia se elimine totalmente del organismo, además, sus efectos en el Sistema Nervioso

Central producen euforia, excitabilidad y deshibición, lo que afecta la coordinación, disminución de los reflejos, inhibición del estado de conciencia e incluso puede causar coma y muerte.

- **Crónica:** Provoca deterioros biológicos perjudiciales para la salud, tales como: alteraciones digestivas, hepáticas, neurológicas, carencias de vitaminas y trastornos nutritivos.

En la misma línea, los episodios frecuentes de intoxicación aguda puede provocar un patrón de consumo denominado *alcoholismo*, el cual se caracteriza por la falta de control sobre la bebida, causando en el organismo tolerancia y dependencia física, de manera que es considerado como una enfermedad crónica, puesto que, puede causar comorbilidad y lesiones en varios órganos, además, afecta significativamente el sistema familiar, social y laboral del individuo (Tucci y Oliveira, 2019; Clark *et al.*, 2019).

Por otra parte, para la presente investigación es relevante distinguir tres términos específicos: abstinencia, consumo de riesgo, perjudicial y dependencia de alcohol:

- **Consumo de riesgo:** Es un patrón que aumenta el riesgo de adquirir problemáticas o consecuencias para la salud de un individuo si el hábito se mantiene (Seijas, 2017). Dentro del Glosario de Términos de la OMS (Dalglish *et al.*, 2007) lo definen como aquel patrón de bebida que incrementa del riesgo de experimentar consecuencias nocivas para el consumidor sean estas físicas o psicosociales. Asimismo, en la Tabla 2 se presentan los criterios de diagnóstico establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [DSM-V] para considerar el trastorno por consumo de alcohol (Asociación de Psiquiatría Americana [APA], 2014).

Tabla 2.

Criterios de diagnóstico (DSM-5)

Trastorno por consumo de alcohol
Criterios diagnósticos
<p>Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos. 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol. 5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar. 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol. 7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio. 8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico. 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol. 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: <ol style="list-style-type: none"> a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol. 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos: <ol style="list-style-type: none"> a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol. b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- **Consumo perjudicial:** Este tipo de consumo produce consecuencias físicas y psicológicas para la salud del individuo (Seijas, 2017). Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10] (OMS, 1992) lo denomina “*consumo no dependiente*” como término de diagnóstico.

- **Síndrome de dependencia:** Significa una necesidad de consumir dosis repetidas de alcohol ya sea para estar bien o para dejar de sentirse mal, también se considera como un grupo de síntomas cognitivos y fisiológicos sobre el consumo de la sustancia psicoactiva, que se consume a pesar de las consecuencias negativas que esta genera (OMS, 2001). Según el CIE-10 se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en donde el individuo adquiere como máxima prioridad consumir la sustancia y describe las siguientes pautas para su diagnóstico (ver Tabla 3) (citado por la OMS, 1992).

Tabla 3.

Pautas para el diagnóstico

Síndrome de dependencia (F10.2)

Pautas para el diagnóstico

Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses.

En algún momento en los 12 meses previos o de modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- a. Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia
 - b. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo)
 - c. Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, o consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 - d. Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos
 - e. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos
 - f. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales
-

El definitiva, a pesar de que el alcohol sea una sustancia aceptada en la sociedad, constituye un problema de salud pública a nivel mundial, pues su consumo conlleva a graves efectos en el organismo y sistema nervioso central, es por eso que, mientras más alto sea el grado de intoxicación, mayores serán los daños tanto para el consumidor como para su

círculo social y familiar. Asimismo, al referirse a un patrón de consumo hay que tomar en cuenta que cada uno posee características propias que conlleva a un daño físico y psicológico que pueden agravarse de acuerdo al periodo de tiempo que el individuo consuma esta sustancia.

1.1.5.2. Prevalencia: Según la OPS (2019), más de la mitad de población de tres regiones que pertenecen a la OMS han sido consumidoras de alcohol en el año 2016, siendo actualmente alrededor de 2300 millones de personas en América, Europa y el Pacífico Occidental. Asimismo, señala que existe una diferencia significativa entre el sexo, habiendo 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen un trastorno por consumo de alcohol y, de acuerdo la edad, el inicio de consumo se da en adolescentes menores de 15 años.

Por otro lado, el informe sobre el consumo de drogas en las Américas detalla que, los índices más altos de consumo de alcohol se encuentran en América del Norte y América del Sur, en donde países como Estados Unidos, Argentina y Uruguay presentan una prevalencia mayor a 50%; mientras que, en Chile, Paraguay y las Bahamas supera el 40%; el índice más bajo es el de El Salvador, cuya tasa es del 9.5% (OEA, 2019).

En cuanto a Ecuador, según la OMS (2014), en el 2010 la prevalencia del consumo problemático de alcohol fue de 5.6% entre hombres y mujeres mayores de 15 años. Por esta razón, es importante considerar la edad de consumo, según Ritchie y Roser (2019), en el año 2017, el 2.11% de personas en el mundo que consumen alcohol están en un rango de edad entre 15 y 49 años; rango generacional que, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2019), es considerado como edad laboral activa, lo que significa que están en condiciones de trabajar al menos una hora en la semana.

Por su parte, la literatura reporta que existen trabajos que fomentan situaciones de riesgo alcohólico u otras drogas, lo cual depende de la disponibilidad de alcohol dentro del trabajo o la presión del ambiente laboral donde coexisten otros trabajadores que consumen habitualmente (Ochoa y Madoz, 2008). En este sentido, Ruisoto *et al.* (2017), refieren que la

mayoría de estudios se han enfocado en trabajos correspondientes a mano de obra no especializada.

Con relación a lo anteriormente expuesto, es valioso mencionar que la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1996), estableció que el consumo de alcohol afecta directamente el ámbito laboral de un gran número de trabajadores, existiendo efectos perjudiciales en el lugar de trabajo y en su desempeño laboral. Otras repercusiones que enfrentan son el aumento de tasa de accidentabilidad, ausentismo e incapacidad por enfermedades (Vázquez *et al.*, 2017).

A continuación, se mostrará algunos estudios acerca de la prevalencia de consumo de alcohol. Una investigación desarrollada en Bélgica a 5367 trabajadores, la cual obtuvo que el 39.1% reporta haber consumido alcohol en el último año, y quienes vivían solos tenían un mayor riesgo, además, los trabajadores con niveles educativos bajos presentaban una mayor prevalencia de consumo excesivo y problemas relacionados al alcohol (Lambrechts, *et al.*, 2019).

Por otra parte, un estudio realizado a 1180 trabajadores del sector de servicios de la administración pública de España señaló que el 81.19% consumían alcohol, siendo en su mayoría hombres (57.31%), sin embargo, ambos sexos presentaron un nivel severo de consumo (Ruiz-Flores *et al.*, 2018).

En cuanto a trabajadores universitarios, un estudio desarrollado en Brasil a 53 empleados de una universidad pública indicó que el 68% tiene un consumo de bajo riesgo, mientras que el 24% sí lo presenta; los niveles mínimos son: 6% de dependencia y un 2% de consumo nocivo (Branco *et al.*, 2019).

Dentro del contexto ecuatoriano, se ha encontrado las siguientes investigaciones realizadas a trabajadores universitarios: Por un lado, se desarrolló un estudio en 360 profesores de una universidad privada, sus resultados señalaron un consumo problemático de alcohol en un 13.1%, cuya significancia fue mayor en hombres (19.1%) que en mujeres (6.8%) (Ruisoto *et al.*, 2017). Por otro lado, de un estudio realizado a 102 trabajadores del personal administrativo y de servicio de una universidad se obtuvo que el 79.41% presentaron

un consumo de riesgo, mientras que el 19.61% muestra un consumo perjudicial y el 0.98% presenta signos de dependencia (Bravo y Marziale, 2010).

1.1.5.3. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol: Los factores de riesgo se refieren a características individuales, situacionales o ambientales capaces de incrementar la probabilidad del uso o abuso de drogas, estos pueden ser de naturaleza biológica, psicológica o social, es por eso que, su ausencia o presencia influirá en el inicio y mantenimiento del consumo (Tirado et al., 2009).

En este sentido, existen tres ámbitos que actúan como factores de riesgo que refuerzan o previenen el uso de alcohol, a continuación, se explica cada uno de ellos (Ahumada-Cortéz *et al.*, 2017; Klimenko *et al.*, 2018; Avila-Arroyo *et al.*, 2019).

- **Individual:** Se encuentra conformado por factores biológico como: predisposición genética, sexo, exposición prenatal, edad, el estado físico y mental; en lo psicológico, se encuentran involucrados trastornos de ánimo y de conducta, características de la personalidad y los estilos de afrontamientos inefectivos; asimismo, el incumplimiento de reglas sociales, una actitud apática y la carencia de valores ético-morales, son parten de características individuales que constituyen un factor de riesgo.
- **Familiar:** Se presentan factores como: la existencia de una historia familiar con antecedentes de consumo, relaciones disfuncionales, frustración familiar, situaciones de abuso, violencia, y una mala comunicación entre los miembros.
- **Social-comunitario:** Se encuentran involucradas características como: la fácil accesibilidad al alcohol, escasas oportunidades de estudio o trabajo, publicidad, marginalidad o pobreza.

Desde el punto de vista de Ocampo *et al.* (2015), Gutiérrez *et al.* (2016) y Rodríguez (2019) han identificado tres tipos de factores de riesgo:

- **Macrosociales:** Se refieren al contexto social en el que el individuo se desenvuelve de manera general. Está relacionado con la disponibilidad y acceso al alcohol; su aprobación social, y asociación con el ocio. De manera que, al ser una droga legal y

socialmente aceptada, existe un escaso control de precios, horarios y lugares de venta; además, la presencia de mensajes persuasivos a través de la publicidad, e incluir su uso en tiempos libres, fines de semana o lugares recreativos, incitan a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias a través de su consumo.

- **Microsociales:** Pertenecen a un contexto más específico, tales como colegio, familia y grupo de pares. Dentro de estos factores se encuentran principalmente características familiares como: estilos educativos inadecuados, la falta de comunicación y clima familiar, y el consumo de alcohol en padres o hermanos. Sin embargo, también se considera que el grupo de amigos influye de manera indirecta a través de un modelo de comportamiento o presión.
- **Personales:** Se encuentran establecidos por la forma de ser y conductas del individuo. Los riesgos que pueden afectar a este factor son: la desinformación, los prejuicios, y las actitudes favorables hacia el alcohol y otras drogas, de tal manera que, tanto la información errónea como la desinformación hacen creer a la persona que el consumo no conlleva un peligro, sino más bien, puede inducir hacia un consumo de riesgo.

Por su parte, Ochoa y Madoz (2008) han considerado a ciertos factores laborales como riesgo para el consumo de alcohol, entre ellos están:

Trabajos a destajo y alto rendimiento, tareas rutinarias y monótonas, insatisfacción en el trabajo, jornadas de trabajo prolongadas, turnos cambiantes, largas ausencias de casa, cansancio intenso en el trabajo, compañeros consumidores, trabajos dependientes de la relación social y disponibilidad en el medio laboral (p.28).

Por lo tanto, a manera de síntesis se puede decir que los factores de riesgo asumen un papel significativo en el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, a su vez son identificados dentro de los distintos ámbitos que se desenvuelve el individuo, de manera que representan características sociales que no dependen del sujeto como: la institucionalización, accesibilidad y el control de las bebidas alcohólicas; por otra parte, se incluye al círculo social directo, siendo la familia, los amigos o compañeros de trabajo quienes pueden llegar a influir

indirectamente hacia el consumo; por último, es importante destacar las particularidades propias de cada persona, las cuales son de acuerdo a su constitución biológica, comportamiento, actitudes, valores o forma de ser.

1.1.5.4. Factores de protección asociados al consumo de alcohol: Un factor de protección es definido como “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental, que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Tirado, 2009, p.166), por lo tanto, los factores de riesgo explicados anteriormente también podrían desempeñar una función protectora debido a que su ausencia o presencia influye en la posibilidad de presentar o no un problema.

En este sentido, Ahumada-Cortez *et al.* (2017) señalan que los factores de protección que disminuyen o neutralizan el impacto del riesgo pueden estar presentes en los siguientes ámbitos (ver Tabla 4).

Tabla 4.

Factores de protección

Factor	Características
Personal	Adecuado desarrollo y madurez, actitud positiva, proyecto de vida, aptitudes sociales, habilidad de resolución de conflictos, motivación al logro, habilidades cognitivas, autonomía, independencia, planificación del tiempo libre.
Familiar	Ambiente cálido, buena relación con padres y hermanos, comunicación abierta y asertiva, cohesión o unión familiar, límites claros, apoyo y seguimiento de la educación de los hijos, manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia, tiempo de calidad, expectativas claras, promoción de hábitos sanos, compartir intereses y tiempo libre.
Psicológico	Adecuada autoestima, autocontrol, empatía, asertividad, capacidad de frustración y de postergar la satisfacción
Ambientales/sociales	Participación activa en la comunidad, apoyo social de los compañeros, relación con diversos grupos proactivos, promoción de actividades de ocio y tiempo libre, leyes y normas desfavorables para el consumo de alcohol, áreas que favorezcan la convivencia.

Por otra parte, los vínculos entre compañeros que no consumen y comparten metas, así como también la participación activa en la comunidad influyen en la protección hacia el consumo, sin embargo, medidas legislativas como incremento de precios, aumento de la edad de acceso y compra, y control de mensajes de los medios pueden establecer una resistencia al uso de alcohol (Aguilera, 2019).

En síntesis, los factores protectores promueven el autocuidado y bienestar personal, enfocándose en comportamientos y conductas positivas, en donde, la influencia familiar y social constituyen un elemento clave preventivo hacia el consumo de alcohol.

1.2. Apoyo social

1.2.1. Definición de apoyo social

En la década de los 60s se empezó a utilizar el término apoyo social con el propósito de dar una explicación al efecto protector de una madre desde la infancia hasta el resto de la vida de su hijo, uno de los primeros teóricos que reconoce la literatura es John Browly (1969) quien describe a este constructo a través de su teoría del desapego (Aranda y Pando 2013).

Hoy en día, el apoyo social es entendido como la asistencia y protección brindada a alguien, se ha conceptualizado tanto en términos cognitivos como conductuales; los estudios futuros deben tratar de comprender la dinámica de cómo se relaciona el apoyo percibido con el apoyo que se está ejecutando (Gąsiorowski y Rudowicz, 2017). Por esta razón particularmente, el apoyo social presta especial atención a qué actitud es real y cuál no, qué persona forma parte de un soporte de contención y quién simplemente está en esporádicas ocasiones en la vida de un ser humano.

Dentro de las conceptualizaciones se ha encontrado que, esta variable se refiere a la disponibilidad que un individuo tiene hacia otro, mientras exista confianza, valor y amor. Presenta dos elementos esenciales: la percepción del número de personas disponibles a quienes se puede recurrir cuando se encuentre en dificultades y un grado de satisfacción con el apoyo que recibe (Sarason *et al.*, 1983). Además, se lo identifica como un recurso importante para la vida social de las personas, el cual se relaciona con el comportamiento, salud física y mental (Wang *et al.*, 2014).

En este sentido, Wu y Chiou (2020) sostienen que el apoyo social tiene un efecto regulador en la salud física de una persona y funciona como protector de consecuencias negativas como la depresión, por tanto, mejora la calidad de vida de los involucrados.

De tal manera que, se considera al apoyo social como un punto clave en una recuperación tras una enfermedad, pues a nivel psicológico, toda persona siente la necesidad de un acompañamiento emocional para transitar cualquier dificultad física, tal como lo proponen Vega y González (2009), "el apoyo social como proceso es el que le da una

connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo” (p.5).

Una suposición implícita que manejan muchos investigadores sobre el apoyo social es que puede ser una forma efectiva de mantener las conexiones sociales y satisfacer la necesidad de establecer lazos dentro de una sociedad (Inagaki y Orehek, 2017). De hecho, para Borchardt (2017), este constructo influye directamente en la autoestima que desarrolle o vaya a desarrollar una persona, pues puede crear un efecto protector caracterizado por la prevención de los eventos estresantes, la moderación de sus consecuencias y el aumento del amor propio que se evidencia en sus actividades cotidianas.

Por tanto, este constructo constituye un conglomerado de recursos psicológicos y humanos con los que cuenta una persona y a su vez, le ayudan a resolver problemas socio económicos, enfermedades, dificultades en el hogar, entre otros. Al observar el diario vivir, es evidente que existe una red inmediata de apoyo social que son: la familia, los amigos, compañeros de estudio o de trabajo o aquellos afectos que representan un bienestar en la vida.

1.2.2. Prevalencia

Si bien la literatura psicológica cuenta con una diversidad de instrumentos para evaluar el apoyo social estos aún son parciales y se enfocan únicamente en el origen, tipo, frecuencia y satisfacción de este apoyo (García-Martín *et al.*, 2016).

Se han desarrollado estudios que analizan el apoyo social y su relación con la satisfacción laboral en distintas poblaciones laborales como: en maestros de cuidado infantil (Yuh y Choi, 2017), personal de enfermería (Orgambidez-Ramos y de Almeida, 2017), trabajadores de hospital (Gandarillas *et al.*, 2014) y académicos (Coetzee *et al.*, 2019).

Por su parte, Ramírez *et al.* (2018) han realizado una investigación acerca de la prevalencia y correlatos de burnout en profesionales de la salud en Ecuador, realizado a 2404 trabajadores, dentro de sus variables incluyeron una evaluación acerca del apoyo social percibido, obtuvieron una puntuación media de 73.1, esto permitió concluir que los profesionales con alto apoyo social poseen mayor realización personal.

Una investigación realizada a docentes universitarios de España, cuyo objetivo fue evaluar los riesgos psicosociales en una muestra de 621 profesores, las dimensiones valoradas fueron: exigencias psicológicas, trabajo activo y posibilidad de desarrollo, compensaciones en el trabajo y doble presencia, y apoyo social y calidad de liderazgo, respecto a ésta última se obtuvo que se encuentran en los niveles más desfavorables para la salud con un 41.5%, de acuerdo al sexo, los hombres obtuvieron 44% frente a un 37.6% de las mujeres, indicando que, al ser alto en hombres, el apoyo social juega un papel protector (García *et al.*, 2016).

Al momento, aún no existe una gran cantidad de estudios donde se confronte el apoyo social en los trabajadores universitarios, es por ello que, en los últimos 5 años, en la revista científica *Semantic Scholar* se reporta 280 estudios; sin embargo, evidencian que el apoyo social influye en el rendimiento laboral.

1.2.3. Dimensiones del apoyo social

En esta línea, Fachado *et al.* (2013) plantea dos dimensiones:

- 1. Apoyo estructural y cuantitativo:** Se refiere al número o dimensión de contactos con que una persona se relacionará para que le ayuden en la resolución de un problema, influyendo los entornos, cercanía o parentescos.
- 2. Apoyo funcional o cualitativo:** Centrado en la percepción que tiene el individuo de ser protegido, querido o amado; de tener una red de soporte. Dentro de esta dimensión se encuentran distintos tipos de apoyo:
 - **Emocional:** Está vinculado a la empatía o al cariño y se caracteriza por el ofrecimiento de apoyo a otra persona desde un punto de vista emocional; de tal manera que, se brinda seguridad al otro y a su vez, la empatía se pone de manifiesto en diversas circunstancias.
 - **Informativo:** Es la información que se comparte con otras personas para que estas puedan resolver sus problemas. Significa orientar a quien necesita ayuda y en muchos casos es ofrecido por profesionales.

- **Instrumental:** Ayudas materiales dirigidas especialmente a quien lo necesita. Este tipo de apoyo se enfoca en algún servicio o acciones instrumentales dirigidas a una persona en particular.
- **Afectivo:** Muestras de amor que le brindan a una persona su círculo inmediato. De esta forma, se apela a los sentimientos del ser humano como arma de defensa ante diversas problemáticas.
- **Interacción social positiva:** Se refiere a la convivencia con otras personas donde exista un intercambio comunicativo, diversión o alegría. Se basa en la constitución de una armonía dentro de un grupo de personas.

Desde otro punto de vista, Gale *et al.* (2018) exponen que el apoyo social genera un sentido de pertenencia y confianza correspondiente a los aspectos cognitivos o subjetivos y se explica mejor en prácticas cotidianas tangibles.

Por su parte, Gallardo-Peralta *et al.* (2015) manifiestan que es necesario que exista una reciprocidad en el apoyo social; en algún momento es necesario ser el soporte emocional de una persona, pero que también que estos roles lleguen a invertirse. Infiere en gran medida el nivel de vulnerabilidad al que este expuesto un individuo, porque será la particularidad determinante para percibir o no una contención de las personas con las que interactúa a nivel interno o externo, de un ámbito privado o público.

En la misma línea, Karaer y Akdemir (2019) indican que el nivel de apoyo social percibido y la regulación de las emociones se encuentran entre los principales factores que determinan el desarrollo de una adicción. Debido a que esta variable tiene la capacidad de reducir o promover diversos hábitos que alejan a una persona de cualquier estupefaciente o droga, formando parte de la mayoría de los programas orientados a fomentar el bienestar, tranquilidad y estabilidad emocional de un individuo. En vista de que el ser humano por su naturaleza, vive en una búsqueda constante por sentirse amparado, por experimentar el hecho que de forma afectiva alguien o algunas personas lo potencian para cumplir sus objetivos.

De esta manera, se cree que el apoyo social está relacionado a un caso concreto, lo cierto es que acciones diarias como guiar en un tema a un compañero de trabajo, mantener una conversación intrafamiliar, apoyar a una persona en cualquier aspecto sin necesidad que esta lo solicite, son evidencias continuas de la capacidad que tiene un individuo para acompañar y encaminar a quien lo requiera; asimismo, de acuerdo a la teoría es necesario que este apoyo sea recíproco y empático.

1.2.4. Fuentes de apoyo social

En los últimos años se han desarrollado varios cuestionarios para evaluar el grado generalizado de apoyo social que recibe una persona, donde generalmente se le pide que indique cuál sería el individuo de quien le gustaría recibir, pero también se induce al paciente a mencionar de quién realmente lo recibe. Mediante esta técnica, la persona pone de manifiesto sus sentimientos, emociones y sobre todo sus apegos, de una forma real y basándose en experiencias previas de su vida, en aquella red de apoyo que considera real e inmediata para la resolución de cualquier conflicto o superación de una adversidad (Finck *et al.* 2018).

Es necesario resaltar el estudio de Lee y Goldstein (2016) quienes se centran en tres fuentes de apoyo social: familia, amigos y pareja romántica debido a que éstas pueden influir en el individuo en distintas maneras, sobretodo en el bienestar y salud de las personas en la edad adulta. En este sentido, Polizzi y Arias (2014) indican que los hijos, la pareja y los amigos brindan mayor satisfacción; y que los hombres tienden a recibir más apoyo de sus parejas y las mujeres priorizan a los hijos como proveedores de apoyo.

Además, Shaw *et al.* (2019) señalan que, dentro del contexto familiar acciones tan simples como las reuniones o comidas familiares, pueden ser determinantes para promover una resistencia a diferentes formas de acoso, considerándolas como estrategias en contra de estas problemáticas. El apoyo social se convierte en un recurso poderoso, que abarca diversos aspectos de la vida de una persona, influyendo en cómo se siente, en lo que hace e incluso en lo que proyecta frente a los demás.

Asimismo, se toma en cuenta que dentro del contexto laboral existen dos fuentes de apoyo, las *no laborales* en las que actúan los conyugues, amigos y familia, de ellos el trabajador recibe un tipo de apoyo emocional debido a que simpatizan con las demandas de trabajo que tiene; en el caso de las *fuentes laborales*, se asocia directamente con los compañeros de trabajo y supervisores, quienes están en condiciones de ofrecer un apoyo instrumental, es decir, ayudan a resolver y reducir dichas demandas (Halbesleben, 2006). En este sentido, Yuh y Choi (2017) manifiestan que el apoyo recibido por el supervisor y colegas se relaciona significativamente con la satisfacción laboral.

En síntesis, existen diversas fuentes de apoyo social, siendo la familia una de las principales proveedoras, además de los amigos, pareja, compañeros y supervisores, cada uno está relacionado con una mejora en la productividad y funcionalidad familiar y laboral.

1.3. Estrés Percibido

1.3.1. Definición de estrés percibido

El término “estrés” fue utilizado por primera vez en 1936 por Hans Selye, quién lo definió a partir de parámetros biológicos como una respuesta inespecífica del cuerpo hacia los cambios o demandas a las que el individuo debe dar respuesta. Posteriormente, se acoge el término *estrés psicológico* y se lo especifica como un proceso en el que las situaciones estresantes causan una respuesta emocional, conductual y cognitiva (Horiuchi *et al.*, 2018).

Las definiciones actuales de esta variable se refieren a la interacción entre el individuo y el medio que le rodea, como la presión que se ejerce a nivel laboral, complicaciones en la entrega de tareas a tiempo, carga de trabajo u otras fuentes de tensión (Rizeanu y Teodor, 2015). Asimismo, tiene un profundo impacto en el bienestar y salud de una persona; de modo que influye la estructura del sistema de defensa del miedo, esencial para la cognición social y la regulación de las emociones (Kerahrodi y Michal, 2020).

Por su parte, Robinson (2018) manifiesta que:

La referencia al estrés es omnipresente en la sociedad moderna, y el término estresante es un descriptor recurrente de experiencias negativas relacionadas con cualquier cosa, desde problemas diarios, problemas de relación y presiones en el trabajo hasta problemas de salud y fobias debilitantes. Es interesante que las definiciones más populares probablemente describan fenómenos psicológicos reales, pero hace menos de 100 años, el estrés a largo plazo como un fenómeno psicológico no existía. (p.1)

En este sentido, es reconocido que el estrés tiene una interferencia en las habilidades de todo ser humano para desarrollar una vida normal, sin embargo, no todos perciben un nivel que sea reportado como clínico, o son propensos a desencadenar alguna dolencia; de tal manera que, muchos individuos manejan un estrés producto de las funciones que cumplen a diario o de sus actividades cotidianas, sin que estas representen una limitante que genere problemáticas en su vida (Vanegas-Farfano *et al.* 2016).

A partir de la categorización que efectúan los investigadores Cohen *et al.* (1983) “el estrés percibido puede definirse como una variable de resultado, midiendo el nivel experimentado de estrés como una función de eventos estresantes objetivos, procesos de afrontamiento, factores de personalidad, etc.” (p.386). Es decir, de acuerdo al autor, se involucra un conjunto de aspectos emocionales y psicológicos propios de cada persona, presentando diferencias entre una y otra.

En la misma línea, Cozzo y Reich (2016), consideran que los estímulos del contexto donde se desarrolla una persona no son por sí estresantes, sino que desprenden una serie de respuestas de acuerdo con el ser humano que los capta y recibe. De tal manera que, Ramírez-Aranda *et al.* (2013), sugiere que “el estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento” (p.119).

Por lo tanto, esta variable se refiere a pensamientos que llegan a convertirse en percepciones angustiantes, nervios y preocupación para la persona que los experimenta y se manifiesta de manera tanto psicológica como físicamente, dependiendo del individuo y de cómo éste afronte los diversos cambios en su vida, así como los problemas con los que tiene que lidiar en su diario vivir y los recursos de los que disponga para transitarlos, teniendo en cuenta también el contexto social o cultural en el que se desenvuelve una persona.

1.3.2. Prevalencia

Las estadísticas revelan que en Europa, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de España en 2015, el 36% de trabajadores indicó que a veces experimentaban estrés, mientras que el 30% manifestó que siempre percibía este malestar; de acuerdo a la ocupación, el personal técnico y los profesionales de apoyo presentaron una mayor prevalencia de percibir estrés (34%) en el lugar de trabajo; y según la actividad económica, en su mayoría con un 37% los profesionales de la salud perciben estar estresados (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT], 2017)

En Estados Unidos, la American Psychological Association [APA] (2019) identifica que los factores estresantes son: el trabajo en un 64% y el dinero 60%, los cuales son identificados

como una fuente importante de estrés. Por otro lado, en la I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud se obtuvo que entre el 12 y 15% de trabajadores manifestaron que han sentido estrés y tensión en sus puestos de trabajo (OIT, 2016). Por último, la Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales de Colombia de los años 2009-2012, presenta al estrés laboral como una consecuencia, debido al aumento del 43% del reconocimiento de situaciones procedentes por ansiedad y depresión (Ministerio de Trabajo, 2013).

A continuación, se ofrece una visión general de investigaciones acerca del estrés en trabajadores universitarios. Como primer aporte, se considera el estudio de Abouserie (1996), el cual fue realizado en una universidad de Reino Unido a 414 académicos y se obtuvo que 74.1% de participantes presentaron un nivel moderado y el 10.4% grave.

En cuanto a estrés percibido, se desarrolló un estudio en personal administrativo y de servicios de una universidad de España, la muestra estuvo conformada por 350 trabajadores y sus resultados indicaron que el 64.3% de participantes reportaron un nivel de estrés moderado (Díaz-Corchuelo *et al.*, 2015).

En esta misma línea, dentro del contexto ecuatoriano, se realizó una investigación a 447 trabajadores del personal administrativo de una universidad pública, en donde se determinó los síntomas de estrés, tomando en consideración los niveles alto y muy alto en los síntomas: fisiológicos (62.9%), intelectuales y laborales (17.2%), y de comportamiento social (3.1%) (García *et al.*, 2014).

Por último, de acuerdo a las estadísticas, gran parte de trabajadores en el mundo presentan un nivel de estrés alto o moderado, dentro del contexto universitario no existe excepción, por cuanto al no recibir atención oportuna, puede ser desencadenante de otras afecciones.

1.3.3. Tipos de estrés

De acuerdo al grado de intensidad, Ehrenfeld (2018) plantea tres tipos concretos que son los más habituales a nivel social:

1. **Agudo:** Incluye síntomas de irritabilidad, tristeza, ansiedad, dolor de cabeza; estos factores pueden desaparecer después de un tiempo de iniciada su sintomatología. Este tipo de estrés requiere de técnicas que ayuden a calmar la mente para mayor tranquilidad de la persona.
2. **Agudo episódico:** Se presenta por medio de minicrisis regulares que conducen a un estado de tensión. Los síntomas se asemejan al estrés agudo, pero su frecuencia aumenta notablemente y se acumulan, llevando a desgastar relaciones tanto personales como de trabajo.
3. **Crónico:** Este tipo de estrés se lo evidencia a través del desgaste de los años, producto de graves problemas en la vida como la pobreza o el racismo experimentado en primera persona. Muchos sujetos empiezan a acostumbrarse a comportamientos abusivos tendiendo a normalizarlos durante su vida.

Sin embargo, para Pérez *et al.* (2014), el estrés se clasifica en dos formas: positivo (eustrés) y negativo (distrés):

- **Eustrés:** La persona mantiene una actitud abierta, de esta forma su mente y cuerpo están preparados para cumplir una función óptima frente a diferentes sucesos que afronten. Se caracteriza por derivar en alegría, placer, equilibrio y particularmente por encontrar una satisfacción en todo lo que realiza, en otras palabras, este tipo de estrés se convierte en una motivación y empuje para cumplir a cabalidad con las actividades que se presenten.
- **Distrés:** Provoca una sobrecarga que no es asimilada por la persona y tiene como consecuencia disfunciones a nivel psicológico o físico, factores que contribuyen a disminuir la productividad de una persona, enfermedades o inclusive un envejecimiento anticipado. El estrés negativo llega a adueñarse de la vida de un individuo, impidiendo la consecución de algunos objetivos que tenía planeados.

Se puede concluir que, cada tipo de estrés se caracteriza por la presencia de un malestar físico o psicológico que se manifiesta de acuerdo a la sobrecarga emocional que el

individuo se encuentre atravesando y la manera de cómo maneje los distintos acontecimientos.

1.3.4 Afrontamiento del estrés

Uno de los primeros modelos respecto al afrontamiento del estrés, lo presentaron Lazarus y Folkman (1986), lo define como los “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). A la par, los autores consideran como estrategias de afrontamiento a las creencias personales en alguna fe, la salud o la energía y las han estudiado a través de dos enfoques:

- En el problema: Indagar y solucionar el problema de fondo para mejorar la relación de la persona con su entorno, mediante la búsqueda de soluciones alternativas, de beneficio según sea su elección.
- En las emociones: Centrarse como su nombre lo indica, en los sentimientos que puedan suscitarse en un individuo y apelar a ellos para obtener una respuesta positiva.

Por su parte, Pereyra (2017) expone que el proceso de afrontamiento del estrés ejerce de regulador emocional, es decir, tiene un especial significado la personalidad del individuo, que puede facilitararlo o limitarlo; cuanto más fuerte sea el temperamento de un ser humano, mayores herramientas tendrá a disposición para confrontar los acontecimientos negativos que surjan en su vida, mientras que, en personalidades más débiles, existirá un grado más complejo de estrés por cómo se lo enfrenta.

Por consiguiente, las estrategias de afrontamiento se refieren a los esfuerzos específicos, tanto conductuales como psicológicos, que las personas emplean para dominar, tolerar, reducir o minimizar los eventos estresantes (Noorbakhsh *et al.*, 2010). Estos esfuerzos tienen un objetivo bastante concreto que se enfoca en optimizar la calidad de vida en cada individuo, en dotarlo de las suficientes herramientas para que perciba una contención o sepa que hacer en el momento indicado.

En este sentido, Bahramizade y Besharat (2010) indican que, dentro de las técnicas de manejo de estrés, se presenta el *afrontamiento de enfoque*, este es concebido como un sensibilizador, compromiso, vigilancia, atención y monitoreo; se define típicamente como una orientación hacia el evento estresante, con los intentos activos de la persona para resolver y manejar aquello que la perturba.

Desde otro punto de vista, Rodríguez-Sosa *et al.* (2019) manifiestan que las estrategias de afrontamiento se han estudiado por su relación con los múltiples trastornos asociados con el estrés, como la depresión; de estas depende el lograr una vida adecuada para las personas; cuando se habla de una vida óptima no se refiere a un estado perfecto, sino a un estado donde la persona a pesar de las adversidades que se presenten sea capaz de implementar un afrontamiento y no dejarse llevar por ellas.

Además, otro de los trastornos asociados al estrés y que es objeto de estudio en este trabajo de investigación, es el consumo de alcohol, el cual es considerado como una estrategia de afrontamiento para los trabajadores debido a que su uso es para hacer frente a las condiciones de trabajo estresantes como el conflicto sobre las responsabilidades y la sobrecarga de tareas (Jacobs y Schain, 2010).

Bajo esta perspectiva, en el estudio de Hight y Park (2019) se exponen dos temáticas respecto al modelo de uso de sustancias por estrés:

1) *La premisa de amortiguación de respuesta al estrés*: se postula que el consumo de alcohol es una forma proactiva de afrontamiento que proporciona protección contra los estresores relacionados al trabajo, en donde, es más probable que los trabajadores consuman alcohol antes de comenzar su turno.

2) *El uso de sustancias inducidas por el estrés*, la cual enfatiza que un ambiente de trabajo psicosocial estresante es capaz de conducir a la dependencia de alcohol, reflejándose como una estrategia de afrontamiento que reduce la tensión posterior a la exposición de estresores dentro del ambiente laboral.

Finalmente, el afrontamiento del estrés busca poner en marcha distintas técnicas y recursos para hacer frente a diversos aspectos de la vida, de modo que pueden estar

centradas en la naturaleza del problema o en las emociones desarrolladas; es importante comprender que esto también depende de las características del individuo, como por ejemplo los rasgos de su personalidad, los cuales funcionan como predictores de un afrontamiento eficaz o inadecuado. De igual manera, se destaca la relación de las estrategias de afrontamiento con distintos trastornos, como la depresión y uso de sustancias, específicamente el alcohol, en donde las acciones para contrarrestar los efectos negativos del estrés van encaminadas a las problemáticas que aparezcan como efectos de este.

Capítulo Dos:

Metodología

2.1. Objetivos

2.1.2. *Objetivo general*

Analizar la relación del consumo de alcohol, apoyo social y nivel de estrés en trabajadores universitarios.

2.1.3. *Objetivos específicos*

- Describir las características sociodemográficas de los trabajadores universitarios.
- Determinar el nivel del consumo de alcohol.
- Determinar el nivel apoyo social.
- Determinar el nivel de nivel de estrés.
- Examinar la relación entre consumo de alcohol y apoyo social en trabajadores universitarios.
- Analizar la relación entre consumo de alcohol y estrés en trabajadores universitarios.

2.2. Diseño de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, transversal, no experimental, descriptivo-correlacional.

Es de enfoque de tipo *cuantitativo - transversal* debido a que se utilizó un conjunto de procesos con el fin de medir cada variable y su recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento. Tiene un diseño *no experimental* dado que no existió algún tipo de manipulación en las variables. El alcance es *descriptivo-correlacional* puesto que se buscó especificar las características de la población y la relación entre las variables (Hernández *et al.*, 2014).

2.3. Población de estudio

El universo de estudio fueron los trabajadores universitarios y la muestra estuvo formada por los trabajadores de una universidad privada del Ecuador. Por consiguiente, se trató una muestra intencional en vista de que su selección fue de acuerdo a las características

de la población; además fue no probabilística, debido a que se requirió que los participantes cumplan con atributos especiales según esta investigación (Hernández *et al.*, 2014). Finalmente, se consideró accidental porque su selección fue de manera directa y práctica (Niño, 2011). Cabe mencionar que los datos fueron recogidos por el Observatorio de Drogas y Salud Mental (OBASTAL-UTPL) en el año 2019 y forman parte de los servidores de Modalidad Abierta y a Distancia (MAD-UTPL).

La muestra de estudio estuvo constituida por 447 trabajadores universitarios: 240 del personal docente y 207 del personal administrativo. Los criterios de inclusión/exclusión que se tomaron en cuenta fueron:

Criterios de inclusión:

- Trabajadores que tengan edades entre 18 y 65 años.
- Trabajadores que laboren entre 20 y 60 horas semanales.

Criterios de exclusión:

- Grupos vulnerables (Mujeres embarazadas, Discapacidad, Tercera edad).
- Aquellos que completen la Encuesta Online en menos de diez minutos.

2.4. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos utilizados para evaluar constaron de cuatro partes (ver Apéndice 1): a) Cuestionario sociodemográfico y de salud (Ad-Hoc); b) Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT-C); c) Escala de Soledad (UCLA-R) y, d) Escala de Estrés Percibido (PSS-10), que se describen a continuación:

2.4.1. Cuestionario Sociodemográfico y de salud (Ad-Hoc)

La recolección de datos sociodemográficos se dio a través de un Cuestionario Ad-Hoc, el cual, evalúa variables sociodemográficas habituales como: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, ocupación, tipo de vivienda habitual, riesgo percibido de perder el trabajo. Asimismo, evalúa variables de salud física a través de 9 ítems, que pretende recoger información acerca de la actividad física y ocio, estado de salud y calidad de la dieta actual. Finalmente, evalúa la presencia/ausencia de diagnósticos médicos, trastornos mentales y ausentismo laboral por enfermedad.

2.4.2. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT-C)

Para evaluar el *Consumo de Alcohol* se utilizó el Cuestionario AUDIT-C, el cual fue creado originalmente por Saunders *et al.* (1993) y adaptado por Babor *et al.* (1989) con la finalidad de identificar un consumo perjudicial, de riesgo o dependencia de alcohol; a continuación, la Tabla 5 se presenta la ficha técnica del instrumento:

Tabla 5.

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: (AUDIT-C)

Autor	Babor <i>et al.</i> (2001)				
Aplicación	Individual o Colectiva				
Tiempo	2 - 4 minutos				
Objetivo	Detectar problemas relacionados con el inicio del consumo de alcohol, antes de que exista dependencia física y otros problemas crónicos asociados.				
Población	Adultos				
N° reactivos	10				
Escala	Nunca (0)	Menos de una (1)	Mensualmente (2)	Semanalmente (3)	A diario o casi a diario (4)
Tipo Likert	No (0)	Sí, pero no en el curso del último año (2)		Sí, el último año (4)	
Puntuación	De 0 a 4 puntos los primeros ocho ítems De 0, 2 y 4 los ítems nueve y diez.		Puntaje máx.: 40 Puntaje min: 0 Punto de corte: 8		
Dimensiones	<i>Dimensiones</i>		<i>Ítems</i>		
	I: Consumo de riesgo de alcohol		1-3		
	II: Síntomas de dependencia		4-6		
	III: Consumo perjudicial		7-10		
Interpretación de puntajes	Puntuación de 0		Abstinencia		
	Puntuaciones entre 8-15		Consumo prudente o de bajo riesgo		
	Puntuaciones entre 16-19		Consumo de riesgo		
	Puntuaciones entre 20-40		Consumo de riesgo		

Confiabilidad	$\alpha = 0.70$
y Validez	Coeficiente de correlación = 0.40
	Sensibilidad: 0.90 Especificidad: 0.80
Calificación	Se califica sumando todas las respuestas de los ítems, la puntuación total manifiesta el nivel de riesgo relacionado con el alcohol.

2.4.3. Escala de Soledad Revisada (UCLA-R)

El *Apoyo Social* se evaluó a través de la Escala de Soledad Revisada (UCLA-R) de Huges *et al.* (2004), que a través de 3 ítems mide el sentimiento subjetivo de soledad, falta de apoyo emoción o relaciones significativas en comparación con la deseada; la Tabla 6 presenta la ficha técnica de la Escala.

Tabla 6.

Escala de Soledad (UCLA-R)

Autor	Huges <i>et al.</i> (2004)			
Aplicación	Individual o Colectiva			
Tiempo	1 minutos			
Objetivo	Evaluar la percepción de falta de apoyo social			
Población	Adultos			
N° reactivos	3			
Escala	Nunca	Rara Vez	A veces	Siempre
Tipo Likert	(0)	(1)	(2)	(3)
Puntuación	De 0 - 3	Puntaje máx.: 9		Puntaje min: 0
Interpretación de puntajes	A mayor puntaje se considera que la persona se percibe más solo			
Confiabilidad y Validez	Confiabilidad: : $\alpha = 0.89$ $\alpha = 0.94$ - Validez: 0.91			
Calificación	Se califica sumando todas las respuestas de los ítems.			

2.4.4. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

Para el presente estudio, se utilizó la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) adapta por Remor (2006) que corresponde a la versión breve de la original propuesta por Cohen (1983), la escala incluye una serie de consultas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el último mes; dentro de la Tabla 7 se presenta la ficha técnica de este instrumento:

Tabla 7.*Escala de Estrés Percibido (PSS-10)*

Autor	Remor (2006)				
Aplicación	Individual				
Tiempo	<10 minutos				
Objetivo	Brindar una medida global de estrés percibido en el último mes evaluando el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas.				
Población	Adultos				
N° reactivos	10				
Escala	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
Tipo Likert	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Puntuación	De 0 a 4 excepto las preguntas 4, 5, 7 y 8, su calificación es invertida		Puntaje min: 0- Puntaje máx.: 40		
Dimensiones	<i>Dimensiones</i>		<i>Ítems</i>		
	Diestrés general		1,2,3,6,9,10		
	Capacidad de afrontamiento		4,5,6,7,8		
Interpretación de puntajes	Mientras más alto es el puntaje que alcanza el evaluado, mayor es el nivel de estrés que percibe.				
Confiabilidad	$\alpha = 0.81$				
Validez	$\alpha = 0.82$				

2.5. Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron diversos métodos y herramientas, y se cumplió en dos fases, la primera fase: recolección de información y la segunda fue la depuración y análisis de datos. A continuación, se describe cada fase:

I Fase: Recolección de información:

1. *Acercamiento con las Instituciones Educativas Superior:* Se realizó a tres universidades privadas y una pública del Ecuador.
2. *Firma de la carta de compromiso:* Las universidades interesadas en participar hicieron la entrega de la carta de compromiso, la cual garantizó la participación de su institución.
3. *Presentación y aprobación del comité de ética:* Los miembros del equipo de investigación (docentes del Departamento de Psicología-UTPL) fueron los

encargados de gestionar la aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Técnica Particular de Loja. Posteriormente, a través de una carta, el proyecto fue aceptado (ver Apéndice 2).

4. *Aplicación de la encuesta on-line:* Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética se procedió a aplicar la encuesta on-line, la cual consta de un Cuestionario Ad. Hoc e instrumentos psicológicos, para esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes: Cuestionario para la identificación de trastornos de consumo de alcohol (AUDIT-C), Escala de Soledad (UCLA-R) y Escala de Estrés Percibido (PSS-10).

Existieron dos momentos:

- a) Estrategias de difusión: Como estrategia de recolección se consideró el envío de mailing, medios de difusión internos de cada universidad y redes sociales institucionales (ver Apéndice 3).
- b) Disponibilidad del enlace: El enlace de la encuesta estuvo habilitado por el lapso de 4 semanas en cada institución.

La aplicación de los instrumentos consistió en: Dar clic en el enlace de la encuesta, aceptación del consentimiento informado (ver Apéndice 4), el cual garantizó la participación voluntaria y anonimato de los datos ingresados, y completar las preguntas de la encuesta.

Al finalizar la encuesta, cada participante recibió un perfil de resultados (ver Apéndice 5), además, se presentaba una nota aclaratoria: "Ninguno de los resultados que se presentaron implican un diagnóstico psicológico, porque para emitir el mismo se requiere de un proceso de evaluación que supone un procedimiento científico, que contempla a las fases del método hipotético-deductivo. Es una tarea de toma de decisiones que supone la contrastación de hipótesis en función de las metas planteadas, y se requiere la aplicación de técnicas correlacionales cuando la evaluación se ocupa del diagnóstico conforme a un sistema de clasificación psicopatológico, o deben ser complementadas con procedimientos experimentales cuando la evaluación se realiza de cara al tratamiento".

5. *Almacenamiento*: Una vez culminada la encuesta, se almacenaron los datos en los servidores de Modalidad Abierta y a Distancia (MAD) -de UTP- para luego ser analizados.

II Fase: Depuración y análisis de datos

La depuración consistió en revisar que la base de datos cuente con todos los criterios de inclusión y eliminar al evaluado que no cumpla con los criterios de inclusión/exclusión.

El análisis de datos se realizó a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (*SPSS, por sus siglas en inglés*), versión 24 para Windows; al ser una investigación de carácter descriptivo-correlación, en el análisis de las variables se emplearon los siguientes estadísticos: media, desviación típica, valor mínimo, valor máximo. Las variables sociodemográficas se reportaron mediante la utilización de frecuencias y porcentajes; y para el análisis correlacional se usó la prueba producto – momento de Pearson.

Capítulo Tres:

Análisis de Resultados

Con el fin de dar respuesta a cada objetivo planteado en la presente investigación, a continuación, se muestra los resultados obtenidos:

En relación al primer objetivo “Describir las características sociodemográficas de los trabajadores universitarios”, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 8.

Distribución de la muestra por sexo y edad según el rol.

		Rol			
		Docentes		Administrativos	
		n	%	n	%
Sexo	Hombre	97	40.42	66	31.88
	Mujer	143	59.58	141	68.12
	Total	240	100	207	100
Edad	Media	41		39	

La Tabla 8 indica la distribución de la muestra por sexo y edad según el rol. En el personal docente, existe mayor participación de mujeres con un 59.58% (n=143); con una edad media de 41 años. En lo que respecta el personal administrativo, se tiene una participación mayor de mujeres con un 68.12% (n=141), cuya edad media es de 39 años.

Tabla 9.*Distribución de la muestra por estado civil y rol.*

	Docentes		Administrativos	
	n	%	n	%
Soltero	52	21.7	49	23.7
Casado(a) - Unión de hecho	163	67.9	134	64.7
Separado(a)- Divorciado(a)	25	10.4	20	9.7
Viudo	0	0	4	1.9
Total	240	100	207	100

En la Tabla 9 se muestra la distribución de los participantes por su estado civil y rol; se tiene en ambos segmentos de la población que la mayoría se encuentran casados o en unión de hecho (67.9% docentes – 64.7% administrativos), le sigue el grupo de personas solteras (21.7% docentes – 23.7% administrativos), el grupo de personas separadas o divorciadas representan una minoría (10.4% docentes – 9.7% administrativos), por último, únicamente en la muestra del personal administrativo se evidencia que 4 personas (1.9%) son viudos.

Tabla 10.

Distribución de la muestra por riesgo laboral, salud y actividad física según el rol y sexo.

	Docentes				Administrativos				
	Hombre (n=97)		Mujer (n=143)		Hombre (n=66)		Mujer (n=141)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Riesgo laboral	Sin riesgo de perder el trabajo	48	49.48	85	59.44	41	62.12	85	60.28
	Con riesgo de perder el trabajo	49	50.52	58	40.56	25	37.88	56	39.72
Estado de salud	Mala	1	1.03	2	1.40	0	0	3	2.13
	Regular	25	25.77	36	25.17	16	24.24	42	29.79
	Buena	45	46.39	69	48.25	30	45.45	79	56.03
	Muy buena	20	20.62	34	23.78	17	25.76	17	12.06
Actividad Física	Excelente	6	6.19	2	1.40	3	4.55	0	0
	Es inferior a 30 minutos al día	52	53.61	75	52.45	35	53.03	89	63.12
	Es superior a 30 minutos al día	45	46.39	68	47.55	31	46.97	52	36.88

En la Tabla 10 se demuestra la distribución de los encuestados por riesgo laboral, salud y actividad física según el sexo y de acuerdo al rol que cumplen. La percepción de riesgo de pérdida de trabajo en el personal docente es del 50.52% en hombres y 40.56% en mujeres; mientras que en el personal administrativo es del 37.88% en hombres y 39.72% en mujeres.

Por otra parte, ambos segmentos de la población tienen la percepción de un estado de salud bueno, representando en su mayoría las mujeres (docentes 48.25%, administrativas 56.03%).

En relación con la actividad física, los trabajadores universitarios (docentes y administrativos) indican que realizan menos de 30 minutos al día alguna actividad física, destacando un mayor porcentaje (63.12%) de mujeres del personal administrativo; mientras que, en el segmento de los docentes, alrededor del 50%, de ambos sexos reportan lo antes mencionado.

A continuación, se muestran los resultados del segundo objetivo "Determinar el nivel del consumo de alcohol":

Tabla 11.

Nivel de consumo de alcohol – Docentes.

	n (=240)	%
Abstinencia	43	17.90
Consumo prudente o bajo riesgo	172	71.70
Consumo de Alcohol Consumo de riesgo	23	9.60
Consumo perjudicial	1	0.40
Síndrome de dependencia	1	0.40

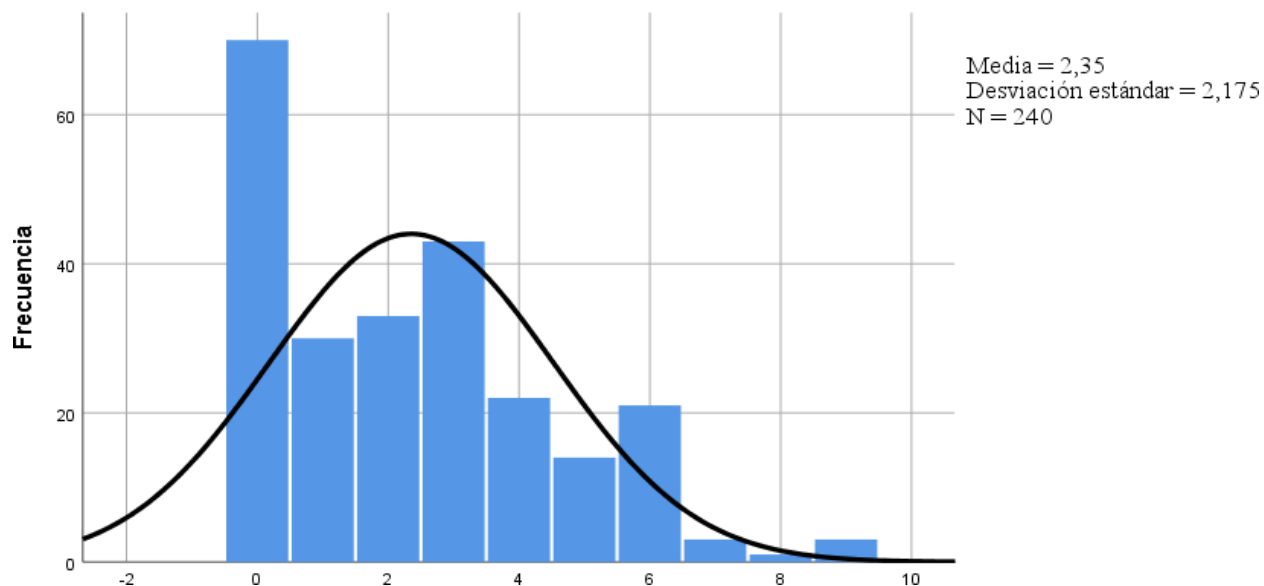
La Tabla 11 indica el nivel de consumo de alcohol en docentes; el consumo prudente o de bajo riesgo, está presente en el 71.70%, sin embargo, el 9.60% presenta un consumo de riesgo y únicamente el 0.40% muestra un consumo perjudicial y síndrome de abstinencia respectivamente.

Tabla 12.*Nivel de consumo de alcohol – Administrativos.*

	n (=207)	%
Abstinencia	35	16.90
Consumo prudente o bajo riesgo	144	69.60
Consumo de Alcohol Consumo de riesgo	22	10.60
Consumo perjudicial	5	2.40
Síndrome de dependencia	1	0,50

La Tabla 12 muestra el nivel de consumo de alcohol en administrativos; el consumo prudente o bajo riesgo está presente en el 69.60%, el consumo de riesgo representa el 10.60% de la muestra, mientras que el 2.40% posee un consumo perjudicial y en su minoría, el 0.50% señala un síndrome de dependencia.

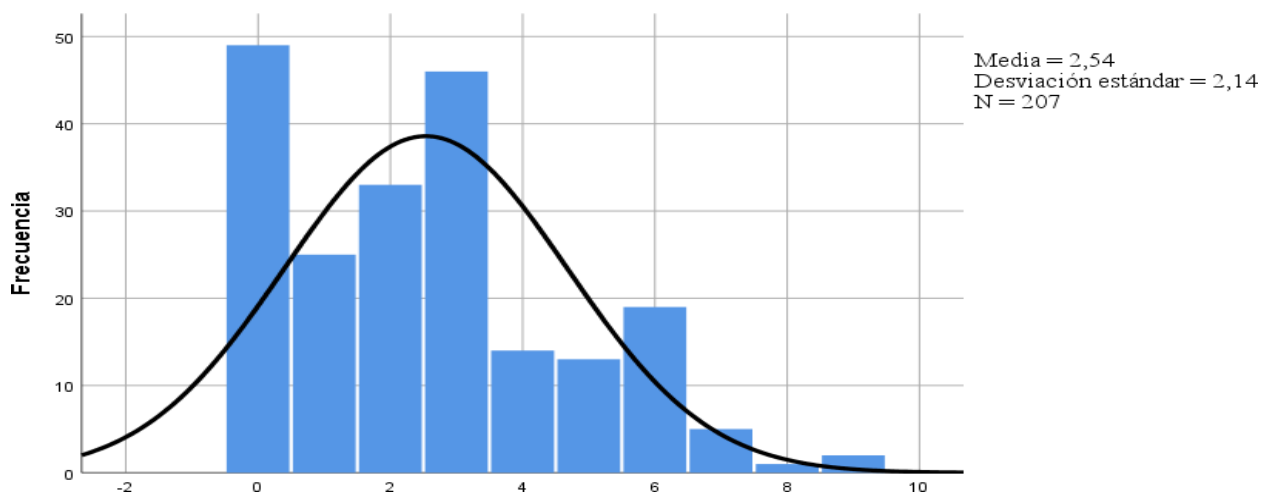
De acuerdo al tercer objetivo “Determinar el nivel apoyo social” se encontró los siguientes resultados:

Figura 2.*Nivel de apoyo social – Docentes*

En la Figura 1 se muestra que la puntuación media obtenida por el personal docente en la Escala de Soledad (UCLA-R) fue de 2.35 (DT=2.175), lo cual indica un nivel bajo de soledad, es decir, tienen la percepción de no sentirse solos.

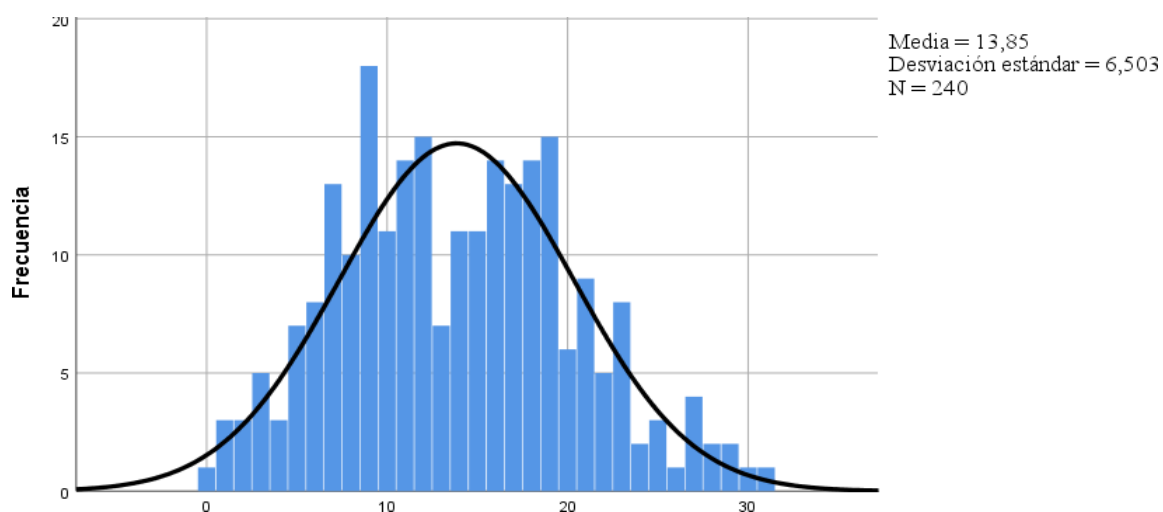
Figura 3.

Nivel de apoyo social – Administrativos

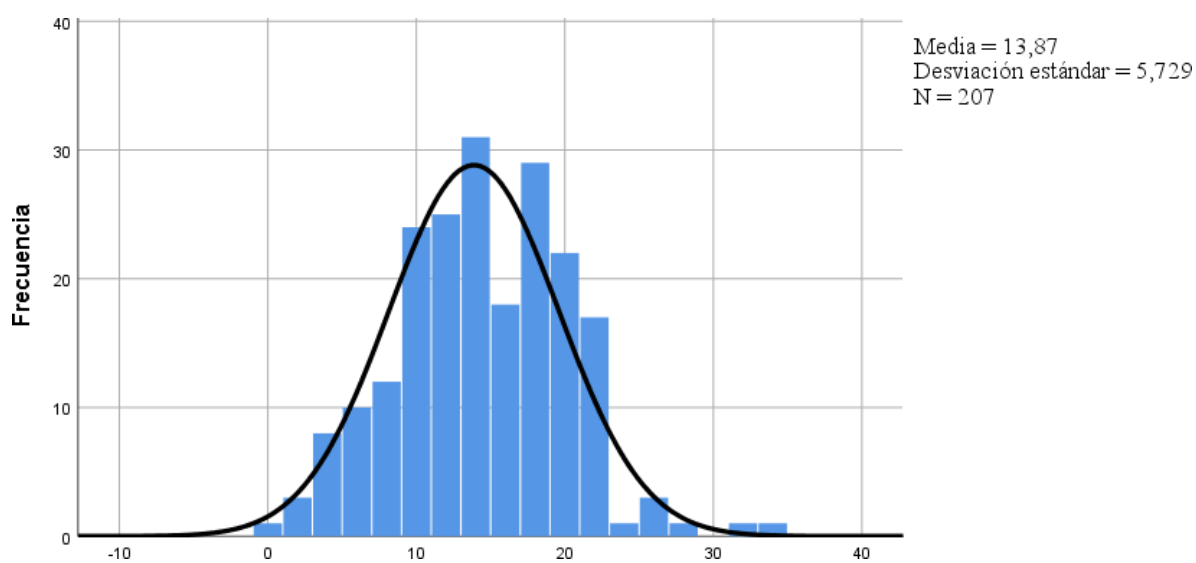


En la Figura 3 se indica que la puntuación media obtenida por el personal administrativo en la Escala de Soledad (UCLA-R) fue de 2.54 (DT=2.14), mostrando un nivel bajo de soledad, de tal manera que, no perciben sentirse solos.

Con respecto al cuarto objetivo “Determinar el nivel de estrés” se muestra los siguientes resultados:

Figura 4.*Nivel de estrés – Docentes*

La Figura 4 señala el nivel de estrés percibido en el personal docente, obteniendo una media de 13.85 (DT=6.503). A pesar de que la media indica un nivel bajo, se puede observar que las puntuaciones a partir del 21 aumentan, indicando que esta población tiene indicios de percibir estrés.

Figura 5.*Nivel de estrés – Administrativos.*

La Figura 5 indica el nivel de estrés percibido en el personal administrativo, señalando una media de 13.87 (DT=5.729) lo cual indica un nivel de estrés bajo; sin embargo, en esta población se observa que las puntuaciones disminuyen paulatinamente.

Por último, de acuerdo a los dos últimos objetivos “Examinar la relación entre consumo de alcohol y apoyo social en trabajadores universitarios” y “Analizar la relación entre consumo de alcohol y estrés en trabajadores universitarios” se realizó un análisis correlacional de Pearson, en el cual se obtuvo lo siguiente:

Tabla 13.

Análisis correlacional de Consumo de alcohol y variables de salud mental

		Estrés	Apoyo Social
Consumo de alcohol	R	0.097*	0.043
	Sig. (bilateral)	0.041	0.362
Apoyo social	R	0.303**	
	Sig. (bilateral)	0.00	

En la Tabla 13 se puede observar los resultados obtenidos en el análisis correlacional de las variables de consumo de alcohol y salud mental (apoyo social y estrés); donde se indica que existe una relación positiva entre el consumo de alcohol y estrés ($r = 0.097^*$; sig. = 0.041), lo que implica que los trabajadores universitarios a mayor estrés tienen más probabilidad de consumir alcohol. Mientras que, se reporta una ausencia de relación entre el consumo de alcohol y el apoyo social ($r=0.043$; sig.=0.362).

Aunque dentro de los objetivos no se planteó estudiar la relación entre las variables apoyo social y estrés; se considera necesario mostrar que, dentro de los análisis realizados, se evidencia que existe una relación positiva moderada fuerte entre el apoyo social y estrés ($r=0.303^{**}$; sig.=0.00), lo que permite mencionar que, al presentar una mayor sensación de soledad, manifestarán también una mayor percepción de estrés.

Capítulo Cuatro:

Discusión de Resultados

A partir de los resultados obtenidos se pudo identificar que las características sociodemográficas (sexo y estado civil) de los participantes en su mayoría son mujeres (59.58%) casadas, lo cual guarda relación con los descrito por García *et al.* (2014), Díaz-Corchuelo *et al.* (2015) y Yeshaw y Mossie (2017), cuyos estudios fueron dirigidos a trabajadores universitarios. Siguiendo la distribución por grupo de edad de Mansanillas (2000), los docentes evaluados pertenecen a la categoría de adultos intermedios con una edad promedio de 41 años, mientras que el personal administrativo corresponde a adultos jóvenes, debido a que su edad promedio fue de 39 años; ambos grupos forman parte de una edad laboral activa (INEC, 2019). La importancia de evaluar a esta población radica en ofrecer evidencia empírica en cuanto a las variables de: consumo de alcohol, apoyo social y estrés percibido.

Otro aspecto importante es que más del 50% de participantes realizan menos de 30 minutos al día alguna actividad física, determinándose como inactividad o actividad física baja debido a que lo regular es que las personas adultas practiquen al menos una actividad física entre 30 a 60 minutos al día, con el fin de promover su salud y controlar su peso corporal (Mahecha, 2019). No obstante, según algunos estudios, es frecuente que los trabajadores universitarios reporten estar físicamente inactivos (Peña *et al.*, 2009; Camacho *et al.*, 2010; de León y García, 2018). Asimismo, la actividad física regular es considerada como un factor protector de salud debido a que regula y prevé la presencia de enfermedades y mortalidad (de León y García, 2018).

En relación con el consumo de alcohol, se obtuvo que el 20% de trabajadores universitarios presentan un nivel de riesgo, este resultado es similar a lo encontrado en el estudio de Fernandes *et al.* (2019) realizado en una Universidad Pública, en donde menos del 25% de sus trabajadores presentaron este nivel de consumo.

Del mismo modo, considerando el tipo de institución (pública o privada) es relevante manifestar que Franco y Monteiro (2016) encontraron en su población que el 79% del personal docente de educación superior pública consume alcohol y en la educación privada corresponde a un 64%, por lo tanto, se infiere que aquellos que laboran en universidades públicas ingieren más alcohol que los trabajadores de instituciones privadas.

En la misma línea, se ha atribuido que causas biológicas y sociales determinan que el consumo de alcohol puede diferir según el sexo (Ahumada-Cortez *et al.*, 2017); es así que la OMS (2018) destaca que los hombres presentan un nivel y un patrón de consumo más alto que las mujeres; por esta razón, se toma en consideración que en este estudio 6 de cada 10 son mujeres; sin embargo, cabe señalar investigaciones ecuatorianas que distinguen el nivel de consumo en los trabajadores universitarios de acuerdo al sexo, éstas revelan que: los hombres presentan un consumo de riesgo (4%), mientras que en las mujeres es inexistente (0%) (Bravo y Palucci, 2010); por su parte, Ruisoto *et al.*, (2017) encontraron que el consumo problemático de alcohol es mayor en hombres (19.1%) que en mujeres (6.8%); de tal manera que el sexo funciona como una variable clave para identificar un posible nivel de consumo.

En cuanto a la variable de apoyo social, se evidencia que en este estudio los participantes presentaron un nivel bajo, esto implica que perciben mayor apoyo social y menor soledad; este resultado se relaciona con la investigación de Mat *et al.* (2019), la cual indica que los académicos de una universidad privada no se sienten solos, debido a que reciben un alto nivel de apoyo social de sus compañeros de trabajo, mientras que por parte de sus supervisores reciben un nivel medio; además, este mismo estudio, junto con el de Orgambidez-Ramos y Almeida (2017) reporta que es importante conocer de qué persona se recibe el apoyo social y que éste se relaciona directamente con la satisfacción laboral.

Referente a la variable de estrés, se encontró que el personal docente tiene un nivel bajo; sin embargo, de acuerdo a la distribución de la curva normal, se destaca que existen personas que, aunque no llegan a un nivel elevado, necesitan intervención, debido a que su percepción de

estrés comprende experiencias estresantes; esta información guarda relación con los datos encontrados por Lemos (2019) quien señala que menos del 25% de docentes que evaluaron presentan niveles significativos de estrés; esto conlleva a que una proporción de su muestra requiere un proceso de prevención para evitar deterioros emocionales o laborales. En cuanto al personal administrativo, se alcanzó una media cercana a la de los docentes, apuntando a un nivel bajo de estrés; no obstante, al tomar en cuenta la distribución de la media se analizó que no existe un riesgo adyacente en esta población, este hallazgo se diferencia de lo encontrado en el estudio de Díaz-Corchuelo *et al.* (2015), quienes a través de la Escala de Estrés Percibido (Pss-14) identificaron que el 64.3% presenta un nivel de estrés moderado.

En este sentido, por las evidencias encontradas se considera que la percepción de estrés dependerá del tipo de cargo que el trabajador realice, lo cual se encuentra respaldado a través de estudios por parte de Padilla-Sarmiento *et al.* (2018) quienes mencionan que los problemas que están relacionados a la salud mental de los trabajadores administrativos son: manejo inadecuado del estrés, cambios de ánimo, problemas de pareja y comunicación inadecuada. Por su parte, Cladellas-Pros *et al.* (2018) demostraron que el estrés en el personal docente es la principal causa de insatisfacción laboral debido a características como: baja remuneración, desvinculación en la toma de decisiones respecto a los planes académicos, la imposibilidad de ser investigador principal y no desempeñar cargos de gestión.

Por otra parte, esta investigación permitió evidenciar que no existe una relación entre el consumo de alcohol y apoyo social; sin embargo, en lo que respecta a la relación de consumo de alcohol y estrés se obtuvo una relación positiva ($r=0.097$) entre las variables, esto significa que, a mayor estrés, será más probable que los trabajadores consuman alcohol; este resultado se vincula con el estudio de Park y Sook (2019) quienes encontraron que el alto nivel de estrés aumenta el riesgo de consumo nocivo de alcohol; asimismo, Clay y Parker (2018) señalan que el estrés es un factor de riesgo que influye en la ingesta de alcohol. Por su parte, Franco y Monteiro (2016) manifiestan que el alivio de una situación de angustia psicológica se da a través

del consumo de alcohol. A partir de los resultados expuestos se puede considerar que las personas que logran manejar el estrés se verán menos expuestas a consumir alcohol.

Finalmente, se encontró una relación positiva moderada fuerte ($r=0.303$) entre las variables de apoyo social y estrés, resultado que corresponde a los hallazgos de Siu *et al.* (2013) en donde el apoyo social tiene efectos adversos sobre el estrés laboral; mientras que el personal de salud está menos expuestos al estrés laboral en presencia de apoyo social (AbuAIRub, 2004). En contraste, Chi-Ming y Bi-Kun (2019) revelan que el apoyo social es un factor que reduce la angustia psicológica cuando se presentan momentos estresantes.

Conclusiones

En la presente investigación se pudo evidenciar que existió una mayor participación del personal administrativo, los trabajadores universitarios evaluados se caracterizaron por ser en su mayoría mujeres y su edad promedio fue entre los 39 años (administrativos) y 41 años (docentes). El estado civil que predominó en la muestra fue de casado(a) o unión de hecho.

Respecto al nivel de consumo de alcohol se obtuvo que ambos segmentos (docentes y administrativos) presentaron un consumo prudente o de bajo riesgo, sin embargo, alrededor del 10% de participantes indicaron tener un consumo de riesgo.

En cuanto al nivel de apoyo social, tanto docentes como administrativos mostraron un nivel bajo de percepción de soledad; es decir, la muestra evaluada percibe que cuenta con dicho apoyo.

Por otro lado, el nivel de estrés percibido en los participantes fue bajo, no obstante, las puntuaciones del personal docente, señalaron que esta población tiene indicios de percibir estrés.

El análisis correlacional de las variables de consumo de alcohol y salud mental (apoyo social y estrés), mostró que existe una relación positiva entre el consumo de alcohol y estrés, lo que implica que a mayor estrés tendrán más probabilidad de consumir alcohol. Referente al apoyo social, se reportó una ausencia de relación con el consumo de alcohol.

Finalmente, a pesar de no constar como un objetivo de estudio, dentro del análisis realizado se evidenció que existe una relación positiva moderada fuerte entre las variables de apoyo social y estrés percibido, lo que significa que, al presentar una mayor sensación de soledad manifestarán también una mayor percepción de estrés.

Recomendaciones

Para próximas investigaciones se recomienda ampliar la muestra de ambos grupos y equilibrarla respecto al sexo, esto con la finalidad de abordar posibles diferencias entre hombres y mujeres de acuerdo a cada variable estudiada (consumo de alcohol, apoyo social y estrés percibido).

En cuanto al consumo de alcohol, sería necesario desarrollar campañas de prevención para todo el personal que labora en la universidad, esto con la finalidad de dar a conocer mecanismos de protección y riesgos que conlleva el consumo excesivo de alcohol.

Continuar con el estudio de estas variables y población con un enfoque encaminado hacia una prevención primaria, en la que pueden utilizar los medios digitales de la institución (página web, radio, redes sociales, mail y blogs) para promover estilos de vida saludables en sus trabajadores, de esta manera se puede promocionar un bienestar físico, psicológico y social dentro y fuera del campus universitario.

Referencias

- Abouserie, R. (1996). Stress, Coping Strategies and Job Satisfaction in University Academic Staff. *Educational Psychology*, 16(1), 49-56. <https://doi.org/10.1080/0144341960160104>
- AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36(1), 73-78. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x>
- Aguilera, D. R. (2019). *Normalización del consumo de alcohol como factor de riesgo*. [Tesis de Grado, Universidad de la Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15512>
- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E. y Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
- American Psychological Association [APA]. (2019). Stress in America 2019. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2019/stress-america-2019.pdf>
- Aranda, C. (2013). Conceptualización del apoyo social las redes de apoyo social. *Revista IIPSI*, 16(1), 233-245. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>
- Asociación Americana de Psiquiatría, Kupfer, D., Regier, D., Arango López, C., Vieta Pascual, E., y Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed)*. Editorial Médica Panamericana.
- Avila-Arrollo, M., Rodriguez-Aguilar, L., Armendáriz-García, N., Pérez-Carrillo, V-. Tenahua-Quitl., I., y Guzmán-Facundo, F. (2019). Factores de riesgo y etapas de adquisición del consumo de drogas lícitas en estudiantes mexicanos. *Journal Health NPEPS* 4(2), 280-296. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103761>
- Bador, Thomas F. , Higgins-Biddle, John C. , Saunders, John B. , Monteiro, Maristela G. & Organización Mundial de la Salud . (2001). AUDIT: cuestionario de atención de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en primaria. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>

- Bahramizade, H. y Besharat, M. (2010). The impact of styles of coping with stress on sport achievement. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 764-769. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.181>
- Barra, A. y Diazconti, R. (2013). *Guías para el debate. Las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. [Archivo PDF]. <https://bit.ly/2X7QS00>
- Barreto, P., Pérez, M., Roa, M., López, A. y Rubiano, G. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista de investigación en salud*, 2(1): 31-50.
- Baqutayan, S. (2015). Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2), 479-479. <https://dx.doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479>
- Becoña Iglesias, E., y Cortés Tomás, M. (2010). Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación Socidroalcohol. <https://bit.ly/2X3XdKw>
- Borchardt, L. (2017). Apoyo social y autoestima. un abordaje desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *Psocial. Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 29-38.
- García-Martín, M., Hombrados-Mendianta, I. y Gómez-Jacinto, L. (2016). A Multidimensional Approach to Social Support: The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Annals of Psychology*, 32(2), 501-513. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.201941>
- Branco, F. M. F. C., Farias, F. L. d. S., Dutok, C. M. S., Neto, T. C. B., de Vargas, D., y Barroso, T. (2019). The patterns of consumption of alcohol among employees of a brazilian public university. *Journal of Enfermagem Referência*, 4(22), 85-95. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19026>
- Bravo, C. & Marziale, M. (2010). El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 18, 487-495. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700002>

- Bravo, C. M. y Palucci, M. H. (2010). El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 487-495. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700002>.
- Caciva, R., Belardinelli, P. A., Blanc, M. L. y López, S. A. (2015). ¡Alcohol y salud! ¿Alcohol y salud? Revisión bibliográfica. *Claves de Odontología*, 74, 41-46.
- Camacho, L. A., Echeverría, S. B. y Reynoso, L. (2009). Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 2(1), 91-103.
- Caudevilla, F. (2008). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. <http://bit.ly/1tHE5Ob>
- Chi-Ming, H. y Bi-Kun, T. (2019). Effects of Social Support on the Stress-Health Relationship: Gender Comparison among Military Personnel. *Int J. Environ Res Public Health*, 16(8), 1-15. [10.3390/ijerph16081317](https://doi.org/10.3390/ijerph16081317)
- Cladellas-Pros, R., Castelló-Tarrida, A. y Parrado-Romero, E. (2018). Satisfacción, salud y estrés laboral del profesorado universitario según su situación contractual. *Revista de Salud Pública*, 20, 53-59. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.53569>
- Clark, Y. F., Fernández, H. E., Gonzáles, M. C., Reyes, C. V., Vizcaíno, Y. L. y Bermúdez, W. M. (2019). Caracterización de las personas consumidoras de bebidas alcohólicas. *Acta Médica del Centro*, 13(4), 523-531
- Clay, J. M. y Parker, M. O. (2018). The role of stress-reactivity, stress-recovery and risky decision-making in psychosocial stress-induced alcohol consumption in social drinkers. *Psychopharmacology*, 235(11), 3243-3257. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-5027-0>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Coetzee, N., Maree, D. J. F., y Smit, B. N. (2019). The relationship between chronic fatigue syndrome, burnout, job satisfaction, social support and age among academics at a tertiary

- institution. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(1), 75-85. <http://dx.doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01274>
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-96
- Comisión Global de Política de Drogas [CGPD]. (2019). La clasificación de sustancias psicoactivas. <https://bit.ly/2D4yYVp>
- Cozzo, G. y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1), 1-15. <https://doi.org/10.5872/psiencia/8.1.21>
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G., Golden, A.-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., ... Watkins, E. (2007). Glosario de términos de alcohol y drogas. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(1), 23–42.
- De León, C. L. y García, E. A. (2018). Caracterización antropométrica, nivel de actividad física y estilos de vida saludables en el personal docente, administrativo y de servicio de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Revista Científica de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia*, 28(1), 19-31.
- Díaz-Corchuelo, A., Cerdón-Pozo, E. y Rubio-Herrera, R. (2015). Percepción de estrés en personal universitario: Perceived stress in university administration and service staff. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(2), 207-215. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.03>
- Duffy, D. y de Lellis, M. (2014). Concepciones de los profesionales del sistema de salud sobre el consumo de alcohol. *Anuario de investigaciones*, 11, 207-215.
- Ehrenfeld, T. (2018). The Three Types of Stress. United States. Consultado el 19 de julio de 2020. <https://bit.ly/2DZbrpr>

- El Bachiri, O. (2018). *Drogas y Adicciones, medicamentos y otras sustancias*. Omar El Bachiri El Boudochi (Ed.). ISBN: 9789992031575
- Fachado, A., Menéndez, M. y González, M. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención primaria*, 19, 118-123.
- Fernandes, F. M., de Sousa, F. L., Sanchez, C. M., Branco, T. C., de Vargas, D., de Andrade, D. y Mendes, T. M. (2019). The patterns of consumption of alcohol among employees of a Brazilian public university. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22). <https://doi.org/10.12707/RIV19026>
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M. y Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>
- Franco, L. C. y Monteiro, P. S. (2016). Padrão de consumo de álcool e tabaco entre professores universitários. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(2), 1-11.
- Gale, N., Kenyon, S., MacArthur, C., Jolly, K. y Hope, L. (2018). Synthetic social support: Theorizing lay health worker interventions. *Social Science y Medicine*, 196, 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.012>
- Gallardo-Peralta, L., Sánchez-Moreno, E., Arias-Astray, A. y López-de-Roda, A. (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología*, 31(3), 1018-1029. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>
- Gandarillas, M., Vásquez, L., Márquez, H., Santamaría, E., Garaña, O. y Santibáñez, M. (2014). Satisfacción Laboral y Apoyo Social en trabajadores de un hospital de tercer nivel. *Medicina y seguridad del trabajo*, 60(234), 64-89.
- García, M. A., González, R., Aldrete, M. G., Acosta Fernández, M. y León, S. G. (2014). Relación entre calidad de vida en el trabajo y síntomas de estrés en el personal administrativo

- universitario. *Ciencia y trabajo*, 16(50), 97-102. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000200007>
- García-Martín, M., Hombrados-Mendianta, I. y Gómez-Jacinto, L. (2016). A Multidimensional Approach to Social Support: The Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Annals of Psychology*, 32(2), 501-513. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.201941>
- Gąsiorowski, J. y Rudowicz, E. (2017). Functional Social Support for Hypertensive Patients in Primary Care Setting in Poland: What Is Expected and What Is Received? *Value in Health Regional Issues*, 13, 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.07.003>
- Gómez, R. (2017). *Psicología de las drogodependencias y las adicciones*. Editorial Brujas.
- Gutiérrez, M., Lopera, X. M. y Sepúlveda, L. N. (2016). Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(12), 1-10. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000700010>
- Halbesleben, J. (2006). Sources of Social Support and Burnout: A Meta-Analytic Test of the Conservation of Resources Model. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1134-1145. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1134>
- Hight, S. y Park, J. (2019). Role stress and alcohol use on restaurant server's job satisfaction: Which comes first? *International Journal of Hospitality Management*, 76, 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2018.05.012>
- Horiuchi, S., Tsuda, A., Aoki, S., Yoneda, K., y Sawaguchi, Y. (2018). Coping as a mediator of the relationship between stress mindset and psychological stress response: A pilot study. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 47-54. <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S150400>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., y Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>

- Inagaki, T.K. y Orehek, E. (2017). On the Benefits of Giving Social Support: When, Why, and How Support Providers Gain by Caring for Others. *Current Directions in Psychological Science*, 26(2), 109-113. <http://dx.doi.org/10.1177/0963721416686212>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2019). Encuesta Nacional de empleo, desempleo y subempleo. Indicadores laborales marzo 2019. www.ecuadorencifras.gob.ec
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT]. (2017). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6ª EWCS – España. <https://bit.ly/2WWo8YH>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA]. (2017). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la educación.
- Jacobs, P. y Schain, L. (2010). *Alcohol Abuse in the Workplace: Developing a Workable Plan of Action*. *Criminal Justice Faculty Publications*. Paper 2. http://digitalcommons.sacredheart.edu/cj_fac/2
- Jørgensen, M., Pedersen, J., Thygesen, L., Lau, C., Christensen, A., Beckers, U. y Tolstrup, J. (2019). Alcohol consumption and labour market participation: a prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits. *European Journal of Epidemiology*, 34(4), 397-407. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0476-7>
- Karaer, Y. y Akdemir, D. (2019). Parenting styles, perceived social support and emotion regulation in adolescents with internet addiction. *Comprehensive Psychiatry*, 92, 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.03.003>
- Kerahrodi, J. y Michal, M. (2020). The fear-defense system, emotions, and oxidative stress. *Redox Biology*, Article in Press, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101588>
- Klimenko, O., Álvarez, N., Gutiérrez, Y., Velásquez, C. (2018). Factores de riesgo y protección frente al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de un colegio rural del

- departamento de Antioquia. *Revista Katharsis*, 26, 52-68.
<https://doi.org/10.25057/25005731.1085>
- Lambrechts, M., Vandersmissen, L. y Godderis, L. (2019). Alcohol and other drug use among Belgian workers and job-related consequence. *Occupational and Environmental Medicine*, 76, 652-659. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2019-105690>.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.
- Lee, J., Kim, E. y Wachholtz, A. (2016). The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self-efficacy. *Chongsonyonghak Yongu*, 23(10), 29-47.
<http://dx.doi.org/10.21509/KJYS.2016.10.23.10.29>
- Lemos, M., Calle, G., Roldán, T., Valencia, M., Orejuela, J. J. y Román-Calderón, J. P. (2019). Factores psicosociales asociados al estrés en profesores universitarios colombianos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 61-72.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2019.0001.05>
- Luna-Fabritius, A. (2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 60(225), 21-44.
- Mahecha, S. M. (2019). Recomendaciones de actividad física: un mensaje para el profesional de la salud. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 2(2), 44-55. <https://doi.org/10.35454/rncm.v2n2.006>
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en Psicología*, 3(2), 105-116.
- Mariño, Y. P., Zamora, E. P., Santisteban, L. Y., Pérez, L. E. y Reyes, S. O. (2016). Factores psicosociales que favorecen el inicio del consumo de alcohol en adolescentes. *Multimed*, 20(1), 64-74.
- Mat, N.A., Zainal, S. K., Mohd, N. F., Marfarrina. I. O. (2019). Social support and job satisfaction among academicians: A comparison between public and private university in Malaysia. *International Journal of Engineering and Advanced Technology*, 8, 449-459.

- Ministerio de Trabajo. (2013). II encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema general de riesgos laborales. Bogotá. <https://fasecolda.com/cms/wp-content/uploads/2019/08/ii-encuesta-nacional-seguridad-salud-trabajo-2013.pdf>
- Nahum-Shani, I. y Bamberger, P. (2011). Explaining the variable effects of social support on work-based stressor–strain relations: The role of perceived pattern of support exchange. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 114(1), 49-63.
- Noorbakhsh, S., Besharat, M. y Zarei, J. (2010). Emotional intelligence and coping styles with stress. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 818-822. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.191>
- Ocampo, M., Rodas, S. y Ochoa, P. *Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes colombianos en investigaciones publicadas durante los años 2001-2015*. [Tesis de grado, Universidad Católica de Pereira]. <http://hdl.handle.net/10785/5522>
- Ochoa, E. M. y Madoz, A. G. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54(213), 25-32.
- Olds, J. y Milner, P. (1954). Refuerzo positivo producido por estimulación eléctrica del área septal y otras regiones del cerebro de rata. *Revista de psicología comparada y fisiológica*, 47(6), 419–427. <https://doi.org/10.1037/h0058775>
- Orcasita, L. T., Lara, V., Suárez, A., Palma, D. M. (2018). Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Psicología desde el Caribe*, 35(1), 33-48. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.2.7278>
- Orgambidez-Ramos, A. y De Almeida, H. (2017). Work engagement, social support, and job satisfaction in Portuguese nursing staff: A winning combination. *Applied Nursing Research*, 36, 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.012>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (1996). Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. <https://bit.ly/2X71Svm>

- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2013). La prevención del estrés en el trabajo. <https://bit.ly/3351FfZ>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2016). El estrés laboral: un enfoque latinoamericano. <https://bit.ly/2X7fJS6>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2015). Problemática de las drogas, orientaciones generales. <https://bit.ly/2P3V8tx>
- Organización de los Estados Unidos [OEA]. (2013). El problema de las drogas en las Américas. <https://bit.ly/2XaaOA9>
- Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. <https://bit.ly/39GV0dg>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. <https://bit.ly/2P8tAmS>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su uso en atención primaria de salud / Thomas F. Babor... [et al.], 2a ed. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. <https://bit.ly/337vnkA>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Alcohol. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. <https://bit.ly/3fchzHR>

- Padilla-Sarmiento, S. L., Villamizar-Carrillo, D. J. y Mogollón-Canal, O. M. (2018). El trabajador universitario y su salud mental desde el modelo de creencias. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 15(2), 127-139. <https://doi.org/10.22463/17949831.1407>
- Park, E. y Kim, Y. S. (2019). Gender differences in harmful use of alcohol among Korean adults. *Osong public health and research perspectives*, 10(4), 205. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2019.10.4.02>
- Peña, E. Q., Colina, E. G. y Vásquez, A. C. (2009). Actividad física en empleados de la Universidad de Caldas, Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 14(2), 52-65.
- Pereyra, R. (2017). Afrontamiento y estrés en el marco del modelo de los cinco factores de la personalidad. Estudio de revisión. *PSOCIAL. Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(2), 39-45.
- Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 354-363.
- Polizzi, L. y Arias, C. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicología*, 10(17), 61-70. <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.784>
- Ramírez-Aranda, J., Loera-Manzanares, S., Garza-Elizondo, T. y Gómez-Gómez, C. (2013). Percepción del estrés en pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados. *Atención familiar*, 20 (4), 118-122. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30107-9](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30107-9)
- Ramírez, M., Otero, P., Vanessa, B., Ontaneda, M., Días, O. y Vázquez, F. (2018). Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 73-83 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.011>
- Razón, K. C., Rodríguez, L. M. y León, U. (2018). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4).

- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). <http://www.rae.es/rae.html>
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Ritchie, H. y Roser, M. (2019). Alcohol Consumption. OurWorldInData.org. Recuperado de <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption>
- Rizeanu, S. y Teodor, M. (2015). A Correlative Study between Pain Perception at the Doctor and the Level of Self-perceived Stress at Undergraduate Students at Psychology – A Pilot Study. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 187, 719-722. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.134>
- Robinson, A. (2018). Let's Talk About Stress: History of Stress Research. *Review of General Psychology*, Advance online publication, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1037/gpr0000137>
- Rodríguez-Sosa, N., Biswas, S. y Shabel, S. (2019). Coping with Stress, One Habenula Neuron at a Time. *Neuron*, 102 (3), 520-522. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.04.028>
- Rodríguez, M. R. (2019). *Consumo de alcohol en los adolescentes, factores y consecuencias*. [Tesis de Grado, Universidad de Cantabria]. <https://bit.ly/3feHa2K>
- Ruisoto, P., Vaca, S. L., López-Goñi, J. J., Cacho, R. y Fernández-Suárez, I. (2017). Gender differences in problematic alcohol consumption in university professors. *International journal of environmental research and public health*, 14(9), 1069. <https://doi.org/10.3390/ijerph14091069>
- Ruiz, J., y Pedrero, E. (2014). *Neuropsicología de la Adicción*. Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Ruiz-Flores, M., Vicente, M., Lladosa, S., Capdevila, L. y López, A. (2018). Consumo de alcohol cuantificado versus percibido en trabajadores españoles. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 27(2), 100-109.

- Sánchez, M. T. (1991). Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (49), 5-18.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Seijas, D. (2017). Psiquiatría De Enlace En Adicciones En El Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 881–892. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.011>
- Shaw, R., Currie, D., Smith, G., Brown, J., Smith, D., Inchley, J. (2019). Do social support and eating family meals together play a role in promoting resilience to bullying and cyberbullying in Scottish school children?. *SSM – Population Health*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100485>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Silva, A. M., Mendoza, J. F. y Girado, A. I. (2018). Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Un aporte desde la neurociencia y el aprendizaje basado en proyectos ABP. *Revista Iberoamericana de Educación*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/10.35362/rie7813214>
- Siu, O. L., Lu, C. Q. y Spector, P. E. (2013). Direct and indirect relationship between social stressors and job performance in Greater China: The role of strain and social support. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 520-531. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.665606>

- Sudraba, V., Millere, A., Deklava, L., Millere, E., Zumente, Z., Circenis, K. y Millere, I. (2015). Stress Coping Strategies of Drug and Alcohol Addicted Patients in Latvia. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 205, 632-636. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.099>
- Tacca, D. R. y Tacca, A. L. (2019). Factores de riesgos psicosociales y estrés percibido en docentes universitarios. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 323-353. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.304>
- Téllez, J. M. y Cote, M. M. (2006). Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54(1), 32-47.
- Téllez, J. y Estrada, C. (2012). *Clasificación de las bebidas alcohólicas*. En Jairo Téllez Mosquera (Ed.) *Aspectos toxicológicos, psicológicos y sociales relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas* (p. 61-70). Universidad Nacional de Colombia.
- Téllez, J. (2012). *Propiedades físico químicas toxicocinética y mecanismos de toxicidad*. En Jairo Téllez Mosquera (Ed.) *Aspectos toxicológicos, psicológicos y sociales relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas* (p. 105-115). Universidad Nacional de Colombia.
- Tirado, R. M., Aguaded, J. I. y Gutiérrez, I. M. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la universidad de Huelva. *Salud y drogas*, 9(2), 165-183.
- Tucci, B. F. y Oliveira, M. L. (2019). Famílias de usuários de bebida alcoólica: aspectos estruturais e funcionais fundamentados no Modelo Calgary. *Rede de enfermagem do Nordeste*, 20, 1-8.
- Vanegas-Farfano, M., González, M. y Cantú, R. (2016). Regulación del estrés y emociones con actividades gráficas y narrativa expresiva. *Revista de Psicología*, 34(2), 293-312. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.003>
- Vázquez, A., Álvarez, A., Vargas, R. y León, M. (2017). Consumo de alcohol y estilos de vida de los trabajadores. *Jóvenes de la Ciencia*, 4(1), 32-37.

- Valdés, A. J., Vento, C. A., Hernández, D. M., Álvarez, A. E. y Díaz G. P. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 168-183.
- Vega, O.M. y González, D.S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.
- Velásquez, M. y Ortiz, J. (2014). Abuso de drogas: Generalidades neurobiológicas y terapéuticas. *Actualidades en Psicología*, 28 (117), 21-25. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v28i117.14135>
- Velazco, A. M. (2014). Farmacología y toxicología del alcohol etílico, o etanol. *Anales de la Real Academia de medicina y cirugía de Valladolid*, 51, 242-248.
- Volkow, N. D. y Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712-725. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>
- Waisman, M. y Marzorati, A. (2017). Adicciones: Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva. *Medica Panamericana*
- Wang, X., Cai, L., Qian, J. y Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health System*, 8(41). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-41>
- Yeshaw, Y. y Mossie, A. (2017). Depresión, ansiedad, estrés y sus factores asociados entre el personal de la Universidad de Jimma, Jimma, Southwest Ethiopia, 2016: un estudio transversal. *Enfermedad neuropsiquiátrica y tratamiento*, 13, 2803. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S150444>
- Yuh, J. y Choi, S. (2017). Sources of social support, job satisfaction, and quality of life among childcare teachers. *The Social Science Journal*, 54, 450 - 457. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soscij.2017.08.002>

Apéndices

Apéndice 1: Instrumentos de evaluación

Apéndice 1.1. Cuestionario Sociodemográfico y de Salud Ad-hoc.

Variables de Sociodemográficas

Escoja la respuesta con la que Usted se identifica:

Sexo: Hombre Mujer ¿Está embarazada?.....

Edad:

Nacionalidad:

Ecuatoriano/a Extranjero/a

Estado civil:

Soltero/a Casado/a – unión de hecho Separado/a- Divorciado/a Viudo/a

Indique con que representación étnica se identifica:

Indígena Afroamericano/a Negro/a Mestizo/a Montubio/a Mulato/a Blanco/a Otro:

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Si usted respondió si en la pregunta anterior ¿Qué tipo de discapacidad tiene?

Discapacidad Auditiva Discapacidad Visual Discapacidad Física Discapacidad Intelectual

Discapacidad Psicosocial

¿Para trabajar en la universidad usted tuvo que trasladarse de su ciudad de residencia habitual?

Sí No

Durante los días que trabaja en la universidad ¿Con quién vive?

Solo Madre Padre Hermanos/as Pareja Abuelo/a Otros familiares Amigos

Hijos Compañeros/as

¿A qué nivel socioeconómico cree que pertenece?

Bajo Medio bajo Medio Media Alta Alta

Indique de 0 (= totalmente probable) a 10 (= totalmente improbable)

0	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>		

¿Actualmente trabaja?

Sí No

¿Cuántas horas trabaja a la semana?.....

Variables de Salud

Durante el último mes:

En un día normal ¿Cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?

¿En relación a su actividad física? La mayor parte de los días

Ninguna Es superior a 30 minutos al día de intensidad moderada (ej. Caminar a paso rápido, bailar, jardinería, tareas domésticas)

Es inferior a 30 minutos al día

¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo a veces

Nunca

La mayor parte de los días ¿Suele comer verduras o al menos 5 frutas?

Sí No, y considero que mi dieta en general no es

No, pero considero mi dieta en general, saludable

Le han prescrito algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año

Sí No

¿En los últimos 3 meses ha perdido algún familiar?

Sí No

¿Ha sido víctima de violencia o agresión en los últimos 3 meses?

Sí No

En el último año ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?

Alergias Ansiedad o depresión

Problemas de atención o memoria Otra.....

Apéndice 1.2. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: (AUDIT-C)

- 1. En el último año ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol (cerveza, cocktails, etc.)?**
 - a. Nunca.
 - b. Una vez al mes o menos.
 - c. 2 a 4 veces al mes.
 - d. 2 ó 3 veces a la semana.
 - e. 4 ó más veces a la semana.

- 2. En el último año ¿Cuántas bebidas (vasos) con alcohol consume en un día típico cuando bebe?**
 - a. 2 o menos.
 - b. 3 ó 4.
 - c. 5 ó 6.
 - d. 7 a 9.
 - e. 10 ó más.

- 3. En el último año ¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas (vasos) con alcohol en una ocasión?**
 - a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente
 - e. A diario o casi a diario.

- 4. En el último año ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?**
 - a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente
 - e. A diario o casi a diario

- 5. En el último año ¿Con qué frecuencia no logró lo que se esperaba de usted por la bebida?**
 - a. Nunca
 - b. Menos de una vez/mes
 - c. Mensualmente
 - d. Semanalmente
 - e. A diario o casi a diario

6. En el último año ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas con alcohol al levantarse para aguantar el día, después de embriagarse el día anterior?

- a. Nunca
- b. Menos de una vez/mes
- c. Mensualmente
- d. Semanalmente
- e. A diario o casi a diario

7. En el último año ¿Con qué frecuencia se ha sentido culpable por beber?

- a. Nunca
- b. Menos de una vez/mes
- c. Mensualmente
- d. Semanalmente
- e. A diario o casi a diario

8. En el último año ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por su consumo de alcohol?

- a. Nunca
- b. Menos de una vez/mes
- c. Mensualmente
- d. Semanalmente
- e. A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han sufrido lesiones como resultado de su consumo de alcohol?

- a. No
- b. Sí, pero no en el curso del último año.
- c. Sí, en el último año

10. ¿A algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario le ha preocupado su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que reduzca su consumo?

- a. No
- b. Sí, pero no en el curso del último año
- c. Sí, en el último año

Apéndice 1.3. Escala de Soledad (UCLA) (Versión Corta-Revisada) UCLA-R

1. ¿Con qué frecuencia siente que echa en falta tener compañía?	Nunca (0)	Rara vez (1)	A veces (2)	Siempre (3)
2. ¿Con qué frecuencia se siente dejado de lado?	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado?	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre

Apéndice 1.4. Escala de Estrés Percibido (PSS-10)

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Apéndice 2. Carta de aceptación de Comité de Ética

**UTPL**
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJACOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES
HUMANOSOficio Nro. UTPL-CEISH-2019-08
Loja, 2 de septiembre de 2019

Magíster
María Belén Paladines Costa
Rafael Nicolás Sánchez
Docentes investigadores
Universidad Técnica Particular de Loja

De mi consideración:

En respuesta a la solicitud de aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH UTPL), y una vez realizada la evaluación del proyecto "Consumo de drogas e indicadores de salud mental en personal docente y administrativo de universidades del Ecuador el año 2019", este comité, en atención a la valoración ética, metodológica y jurídica del proyecto de investigación presentado resuelve **APROBAR** su desarrollo según se detalla en el informe de evaluación que se adjunta al presente.

A la vez, dando cumplimiento a lo estipulado en el Reglamento Interno de funcionamiento del CEISH – UTPL, se informa a usted que se precisa un informe de los resultados de su investigación acorde al cronograma establecido para cada uno de los proyectos. Cualquier modificación o alteración que acaeciere con los mismos debe ser reportado al CEISH – UTPL.

Atentamente,

Dra. Irene Carrillo Mayanquer
PRESIDENTE CEISH UTPL

Apéndice 3. Estrategia de difusión: Mailing

Apéndice 3.1. Mailing: Difusión del proyecto

Evaluación de indicadores del consumo de drogas y salud mental

Promover la salud mental y prevenir los problemas asociados con el consumo de alcohol y otras drogas, son parte del objetivo de desarrollo sostenible N 3: **Salud y Bienestar de las Naciones Unidas 2015-2030.**

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través del Observatorio de drogas y salud mental OBASTAL lo invita a participar de la siguiente encuesta para trabajadores universitarios, la cual realizamos para mapear el uso y consumo de sustancias legales e ilegales en todo el Ecuador, esto con el propósito de generar estrategias desde la academia que mejoren el nivel de vida de la ciudadanía.

Al finalizar la encuesta, recibirás tu perfil psicológico gratuito y confidencial.

[Participa en nuestra encuesta](#)

Nota: Los datos de la encuesta serán anónimos, y sólo utilizados para fines académicos.



Apéndice 3.2. Mailing: Variables de la encuesta

Evaluación de indicadores del consumo de drogas y salud mental

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través del Observatorio de drogas y salud mental OBASTAL, está realizando una investigación sobre el consumo de alcohol y otras drogas en trabajadores universitarios de todo el país.

Nuestra encuesta evalúa cinco indicadores principales:

1. Estrés
2. Ansiedad/Depresión
3. Apoyo social
4. Inflexibilidad psicológica
5. Satisfacción con la vida

¡Sé parte de nuestra investigación y recibe tu perfil psicológico gratuito!

Participa en nuestra encuesta aquí



Nota: Los datos de la encuesta serán anónimos, y sólo utilizados para fines académicos.



UTPL | Observatorio de Drogas y Salud Mental



Apéndice 3.3. Mailing: Beneficios de la encuesta

Evaluación de indicadores del consumo de drogas y salud mental

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través del Observatorio de drogas y salud mental OBASTAL y el grupo de investigación de Psicología Clínica y de la Salud Allikay, están realizando una investigación sobre el consumo de alcohol y otras sustancias en trabajadores universitarios de todo el país. Evaluamos cinco variables, las cuales debes responder con honestidad. Al finalizar tu participación recibirás un perfil psicológico de los resultados obtenidos, sobre las variables evaluadas.

¡Sé parte de nuestra investigación y recibe tu perfil psicológico gratuito!

¡Quiero participar en la encuesta!



Nota: Los datos de la encuesta serán anónimos, y sólo utilizados para fines académicos.



UTPL | Observatorio de Drogas y Salud Mental



Apéndice 4. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a,

Le invitamos a participar en una breve encuesta de unos 10 – 15 minutos.

Se trata de un estudio que tiene como propósito evaluar indicadores de consumo de drogas y salud mental en el personal docente y administrativo universitario. Usted encontrará preguntas relacionadas con: estrés psicológico, inflexibilidad psicológica, síntomas depresivos y ansiosos, percepción de apoyo social, satisfacción con la vida y consumo de drogas (alcohol, tabaco y otro tipo de sustancias). La encuesta que se plantea, está conformada por un compendio de múltiples escalas breves y psicométricamente adecuadas sobre indicadores de salud mental y consumo de drogas.

CONFIDENCIALIDAD:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

He sido informado (a) de las metas de este estudio

Reconozco que mi información personal, brindada en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro fin fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento durante la aplicación de la encuesta on-line y que puedo dejar de contestar la misma cuando así lo decida, sin que esto implique perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los profesionales de psicología de UTPL, Mgtr. María Belén Paladines Costa y Mgtr. Rafael Sánchez Puertas al teléfono 07-3701444 Ext.2629 - 2628 o a los correos electrónicos mbpaladines@utpl.edu.ec / msanchez@utpl.edu.ec

De ser de mi interés podré descargar una copia de la ficha de consentimiento y que puedo imprimir posteriormente, al finalizar la encuesta se generará el perfil de resultados

[Ver consentimiento informado extendido](#)

He leído y acepto

No acepto, salir

Apéndice 5. Perfil de resultados

Perfil de Resultados

Evaluado	Edad	Sexo	Fecha aplicación
Anónimo	30	Hombre	2019-09-06



Leyenda

Estrés psicológico. Indica el grado en el que las situaciones de la vida son consideradas como estresantes.
Soledad. Se refiere a la sensación subjetiva de soledad y falta de apoyo social.
Inflexibilidad psicológica. Indica mayor tendencia a evitar y no aceptar el malestar.
Consumo de alcohol. Indica si existe consumo problemático de alcohol o no.
Consumo de tabaco. Indica si existe consumo problemático de tabaco.
Ansiedad y depresión. Se refiere al malestar relacionado con cuadros de ansiedad y depresión.
Satisfacción vital/laboral. Indica el grado de satisfacción con su vida y trabajo.