

FUNDACIÓN UADE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo de Integración Final de Psicología

**“Ansiedad, Sensibilidad a la Ansiedad y Consumo de Alcohol en
Empleados Gastronómicos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran
Buenos Aires”**

Alumno: Ramírez, Noelia - LU: 137032

Licenciatura en Psicología

Tutor: Papaleo, Ricardo - Firma Tutor:

Fecha de entrega: 14 julio 2020

... A los mismos de siempre ...

G. Nápoli (1991)

Resumen

El estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la ansiedad rasgo, la ansiedad estado, la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol en empleados gastronómicos. Método: la muestra ($n = 400$), se compone por hombres y mujeres (55.8%), entre 20 y 65 años. La media de edad fue de 32.80 años ($DE = 9.37$), la mayoría dentro rango etario de 20 a 35 años (71.8%). Del total de los participantes, 199 pertenecen al rubro gastronómico ($n = 199$), los restantes trabajan en otros rubros. Se utilizó un diseño de investigación No experimental, de corte transversal, de tipo correlacional y de diferencia de grupos. Se excluyeron del estudio cuestionarios incompletos. Resultados: los empleados gastronómicos consumen alcohol con más frecuencia y mayor probabilidad de riesgo que aquellos que trabajan en otros rubros. Dentro del grupo gastronómico, se encontraron diferencias significativas en cuanto al género y el consumo, siendo los hombres quienes consumen con más frecuencia y en más cantidad que las mujeres. La ansiedad estado-rasgo presenta diferencias significativas entre los grupos, los gastronómicos presentan niveles más elevados. En cuanto al género, las mujeres presentan niveles ansiedad estado-rasgo más elevada que los hombres. En relación a la sensibilidad a la ansiedad no se hallaron diferencias significativas entre grupos, tampoco en relación al género. Conclusiones: si existe una relación entre ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol y los empleados gastronómicos de Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Los gastronómicos realizan un consumo de alcohol con más frecuencia y con mayor probabilidad de riesgo que aquellos que trabajan en otros rubros. Los empleados gastronómicos presentan niveles de ansiedad más elevados que los no gastronómicos, siendo población de riesgo en relación al consumo de bebidas alcohólicas.

Abstract

The study aims to analyze the relationship between trait anxiety, state anxiety, anxiety sensitivity and alcohol consumption in gastronomic employees. Method: the sample ($n = 400$), is composed of men and women (55.8%), between 20 and 65 years. The average age was 32.80 years ($SD = 9.37$). The majority of the sample is in the age range of 20 to 35 years (71.8%). Of the total participants, 199 belong to the gastronomic category ($n = 199$), and the rest work in other areas. A non-experimental, cross-sectional, correlational type and group difference research design was used. Incomplete questionnaires and pregnant women were excluded from the study. Results: gastronomic employees consume alcohol more frequently and with greater probability of risk than those who work in other areas. Within the gastronomic group, significant differences were found in terms of gender and consumption, with men consuming more and more frequently than women. The state-trait anxiety presents significant differences between the groups, the gastronomic ones present higher levels. Regarding gender, women have higher state-trait anxiety levels than men. In relation to sensitivity to anxiety, no significant differences were found between groups, nor in relation to gender. Conclusions: there is a relationship between anxiety, anxiety sensitivity and alcohol consumption and the gastronomic employees of the City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires. Gastronomic employees consume alcohol more frequently and with greater probability of risk than those who works in other areas. Likewise, gastronomic employees present anxiety levels at higher levels than non-gastronomic ones. Alcohol consumption as a maladaptive coping behavior of anxiety could place gastronomic employees as a risk factor group in relation to the risky consumption of alcoholic drinks.

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	7
2. Problema de investigación	10
3. Objetivos.....	11
3.1. Objetivo general.....	11
3.2. Objetivos específicos	11
4. Hipótesis de trabajo	11
5. Marco teórico	12
5.1. Ansiedad	12
5.2. Consumo de alcohol	15
5.3. Ansiedad y alcohol	21
6. Estado del arte	29
6.1. Consumo de alcohol y gastronomía	29
6.2. Ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y consumo de alcohol.....	30
7. Metodología	33
7.2. Diseño y tipo de estudio	33
7.3. Participantes	33
7.4. Instrumentos.....	34
7.4.1. Cuestionario Sociodemográfico	35
7.4.2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI; adaptada al español, Spielberger et al., 1982)	35
7.4.3. Escala de Índice de Sensibilidad Ansiosa (ASI-3; Taylor et al., 2007; Traducción y adaptación al español por Solari & Bogiaizian, (2016): Universidad Argentina de la Empresa- UADE)	36
7.4.4. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT; Babor et al., 2001)	37
8. Procedimientos.....	37
8.1. Recolección de datos.....	37
8.2. Análisis de datos.....	38
9. Resultados	38
9.1. Estadísticos descriptivos globales en ansiedad y consumo de alcohol	38
9.2. Estadísticos descriptivos de ansiedad y consumo de alcohol según rubros y anovas	40
9.3. Coeficientes de correlación entre ansiedad y consumo de alcohol en trabajadores gastronómicos	41
9.4. Correlaciones estadísticas entre ansiedad y consumo de alcohol en no gastronómicos	42

9.5. Estadísticos descriptivos en ansiedad según género y anovas	43
9.6. Estadísticos descriptivos de ansiedad en gastronómicos según género	44
9.7. Distribución de niveles de consumo de riesgo según rubro laboral	45
9.8. Distribución de niveles de consumo de riesgo según género y rubro laboral	46
10. Discusión.....	47
11. Limitaciones y futuras líneas de investigación	52
12. Conclusión.....	53
Referencias.....	55
Anexos.....	57
Cuestionario Sociodemográfico.....	58
Cuestionario A	60
Cuestionario B.....	62
Cuestionario C.....	64

1. Introducción

La ansiedad es una respuesta emocional cotidiana que cumple la función de poner a las personas en estado de alerta, a través de la activación cognitiva, fisiológica y conductual ante la posibilidad de una situación no deseada que genere tensión o preocupación en un momento determinado (Ercan, Hafizoglu, Ozkaya, Kirli, Yalcintas & Akaya, 2015; Mae Wood, Iruarrizaga, Cano-Vindel & Dongil, 2009). Se trata de una experiencia subjetiva, en la que se agudiza la percepción de los síntomas fisiológicos y se pierde la sensación de control sobre los mismos, transformándose en una experiencia desagradable (Mae Wood et al., 2009). Normalmente ante una situación estresante, la ansiedad se activa permitiendo hacer frente a la misma. Sin embargo, ante situaciones de presión, demanda o estrés, la sintomatología se vuelve excesiva (Clark & Beck, 2012; Mae Wood et al., 2009), generando malestar significativo que provoca la aparición de conductas para aliviar el estrés y las emociones negativas. En general algunas de estas conductas permiten el manejo adaptativo y eficaz que la ansiedad tendría en si misma ante la amenaza percibida (Clark & Beck, 2012; Mae Wood et al., 2009). Pero otras conllevan a riesgos y posibles daños a la salud física y mental, por ejemplo: fumar, beber, desarreglos con la comida, consumo de sustancias, entre otras (Clark & Beck, 2012; Mae Wood et al., 2009). Por otro lado, la sensibilidad a la ansiedad constituye otro factor de vulnerabilidad. Se define como el miedo a los síntomas de ansiedad (Solari, Borgiaizian & Maglio, 2016), a través de la creencia de que las sensaciones provocadas por la ansiedad pueden ser peligrosas o dañinas. La sensibilidad a la ansiedad amplificaría los estados negativos, potenciando las conductas evitativas, volviéndose un factor importante en el uso de sustancias, incluido el alcohol (DeHaas, Calamari, Bair & Martin, 2001; Pozza, Berardi, Domenichetti & Dettore, 2014).

Existe un acuerdo entre los profesionales de la salud acerca de la relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias. En palabras de Barlow (2002): “durante las últimas décadas, los psicólogos han sido testigos de cómo sus pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad a menudo sufren de trastornos relacionados con las sustancias” (Mae Wood et al., 2009, p. 217).

Acorde al Instituto Nacional de Salud Mental (2003) unos 40 millones de norteamericanos padecen algún trastorno de ansiedad (Clark & Beck, 2012), los cuales elevan en un 3.2% la posibilidad de presentar un trastorno por dependencia o

abuso de alcohol, en comparación con aquellas personas que no presentan ningún trastorno de ansiedad (Mae Wood et al., 2009). Entre los antecedentes, se pueden encontrar investigaciones vinculadas con el consumo de alcohol y la ansiedad, la comorbilidad entre ansiedad y consumo de alcohol; o la interacción entre la ansiedad y el mantenimiento del consumo de sustancias (Clark & Beck, 2012; Kushner, Abrams & Borchardt, 2000; Mae Wood et al., 2009).

Para Kalina (2010), el consumo de alcohol representa, después del tabaco, la sustancia que provoca más muertes a nivel mundial, siendo una de las pocas que no posee límites en cuanto a la edad de consumo, género o sector social. Por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud (2015) informa que por año mueren 3.3 millones de personas en el mundo a causa del consumo nocivo de alcohol. Esta cifra representaría el 5.9% de la población mundial en edad productiva (entre los 15 y 49 años). Según SEDRONAR (2007) en Argentina mueren por año aproximadamente unas 25 mil personas por causas relacionadas al alcoholismo (Ministerio de Salud Argentina, 2011) y unos dos millones serían adictos a la sustancia en sí.

Dentro de las sustancias psicoactivas, el alcohol produce un efecto de relajación sobre el sistema nervioso (Kalina, 2010), generando dependencia a corto plazo en quien la consume. A pesar de los daños que puede provocar, el alcohol forma parte de la cultura mundial desde hace siglos (Ministerio de Salud Argentina, 2011; OMS, 2015). Al ser una sustancia aceptada socialmente, su consumo suele ser muy alto en toda la población (Kalina, 2010; OMS, 2015). Además, según la Organización Mundial de la Salud (2015), y los criterios del DSM 5 (APA, 2013) el consumo de alcohol puede afectar diversas áreas de la vida que se reflejan en conflictos interpersonales, fracaso ante las obligaciones en el hogar, en el trabajo, repercusiones sociales y económicas que a largo plazo suelen ser elevadas, entre otras.

Conjuntamente se considera al alcohol como factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, comportamiento, enfermedades no transmisibles, accidentes de tránsito, entre otros, siendo la posible causa de más de doscientas enfermedades y trastornos (Ministerio de Salud Argentina, 2011; OMS, 2015). Además, el consumo de alcohol afectaría no solo a la persona que consume, sino también a su entorno, como la familia, amigos, colegas de trabajo. Se trata de un factor que interfiere en la productividad, generando discapacidad e incluso la pérdida de

vidas en sujetos que se encuentran en su periodo más óptimo a nivel laboral (Ministerio de Salud Argentina, 2011; OMS, 2015).

En relación al trabajo existen varios relevamientos en cuanto al consumo de alcohol y sus efectos. En su mayoría se destaca que de todas las sustancias psicoactivas que influyen sobre el desempeño cognitivo y conductual, el alcohol es la que más se utiliza, y de forma irresponsable (Frone, 2006; OIT, 1996). El hecho de que los adultos en edad productiva, consuman alcohol de forma indebida genera grandes pérdidas de dinero a las compañías empleadoras. Esto representaría un problema, que puede afectar potencialmente la productividad y la seguridad de los empleados dentro y fuera del horario laboral (Bush & Lipari 2015; Frone, 2006; OIT, 1996).

Si bien el consumo de alcohol en el trabajo puede darse en todos los rubros, existen algunos que por sus características pueden llevar a sus empleados a consumir sustancias en mayor cantidad y frecuencia que otros. Por ejemplo: en el año 2015, Bush y Lipari realizaron en Estados Unidos un ranking sobre los empleos que más consumo de sustancias presentan, tomando el alcohol como el principal. De los rubros relevados, construcción ocupa el primer puesto con un 16.5% de empleados que consumen alcohol, el segundo puesto es ocupado por el rubro gastronomía y hotelería con un 11.8% y con un 19.1% en trastorno por consumo de sustancias.

Los lugares de trabajo son complejos, y en general presentan distintos tipos de estímulos que pueden llegar a generar malestar en quienes ejecutan las tareas. Por ejemplo: interacciones entre colegas, incertidumbre sobre el futuro, sobrecarga de trabajo real o percibida, factores ambientales, físicos, entre otros (Muschalla, 2009). Dentro del rubro gastronómico se pueden encontrar horarios irregulares, turnos mayoritariamente nocturnos, salarios bajos, presión social, inestabilidad laboral, mala relación con encargados y/o clientes, disponibilidad al alcohol en el lugar donde se desarrolla la tarea, camaradería, falta de normativas, trabajo físico, entre otros (Duke, Ames, Moore & Cunradi, 2013; Frone, 2006; Ruiz Cortés, Carreño García, Martínez Vélez, Juárez García & Medina-Mora, 2006).

Ruiz Cortés et al. (2006) realizan en México una investigación sobre el consumo de alcohol y síntomas somáticos en empleados gastronómicos, con el objetivo de recabar información sobre la problemática que no había sido abordada hasta el

momento. Actualmente en Argentina no se han encontrado antecedentes de investigaciones previas sobre el consumo de alcohol en relación al trabajo en general y a la gastronomía en particular.

Teniendo en cuenta la relevancia que se le brinda a la temática en la bibliografía consultada (Duke et al., 2013; Frone, 2006; Ruiz Cortés et al., 2006), el estudio sobre consumo de alcohol en gastronómicos y la ansiedad podría brindar un aporte en cuanto al uso de la bebida como una forma de aliviar el estrés y las emociones negativas, cuando la ansiedad falla como recurso adaptativo ante una situación laboral; y el efecto ansiolítico que produce el alcohol en la atenuación de la sintomatología física de la ansiedad, dentro y fuera del trabajo (DeHaas et al., 2001; Pozza, et al., 2014).

2. Problema de investigación

Para este trabajo se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre la ansiedad rasgo, la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol en empleados gastronómicos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires?

Para responder a la misma se estudiará la ansiedad rasgo, la ansiedad estado, y la sensibilidad a la ansiedad, en relación al consumo de alcohol en empleados gastronómicos. Se estudiará una muestra de hombres y mujeres de 20 a 65 años de edad residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Observar la relación entre ansiedad estado-rasgo, sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol entre empleados gastronómicos.

3.2. Objetivos específicos

- 1) Describir la ansiedad estado-rasgo y sensibilidad a la ansiedad en empleados gastronómicos y no gastronómicos.
- 2) Analizar la relación entre la ansiedad estado-rasgo, sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol en empleados gastronómicos y no gastronómicos.
- 3) Analizar diferencias entre ansiedad estado-rasgo y sensibilidad a la ansiedad según género en empleados gastronómicos y no gastronómicos.
- 4) Describir el nivel de consumo de alcohol en empleados gastronómicos y no gastronómicos.
- 5) Analizar diferencias en el consumo de alcohol según género en empleados gastronómicos y no gastronómicos.

4. Hipótesis de trabajo

- 1) Los empleados gastronómicos presentan un nivel más elevado de ansiedad estado-rasgo y sensibilidad a la ansiedad.
- 2) Existe una relación positiva entre ansiedad y consumo de alcohol en empleados gastronómicos.
- 3) Existen diferencias en los niveles de ansiedad según género entre empleados gastronómicos y no gastronómicos.
- 4) Los empleados gastronómicos realizan un consumo de alcohol elevado.
- 5) Existen diferencias en los niveles de consumo según género entre empleados gastronómicos y no gastronómicos.

5. Marco teórico

5.1. Ansiedad

La ansiedad es una respuesta normal, cotidiana y adaptativa (Cía, 2007). Es una emoción básica que pone a las personas en estado de alerta, ante la posibilidad de obtener un resultado negativo o no deseado ante una situación determinada, y así superarlos a través de conductas apropiadas (Cía, 2007; Clark & Beck, 2012; Ercan et al., 2015; Mae Wood et al., 2009).

Se trata de un sistema complejo, que contiene elementos de orden fisiológicos, cognitivos, conductuales y afectivos del funcionamiento humano. Los elementos fisiológicos son respuestas automáticas surgen ante la presencia de una amenaza o peligro como modo de defensa. Estas se producen a través de una activación del sistema nervioso autónomo que prepara el organismo para responder en forma de lucha o huida ante una situación que provoque miedo (Cía, 2007; Clark & Beck, 2012). Cuando esto sucede, los sujetos realizan una valoración cognitiva sobre el estado interno generado por la sensación de amenaza o peligro que le provoco la situación. La lucha o huida, en este caso se ven reflejadas en conductas de abandono o evitación del estímulo. A nivel afectivo se trata de la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa provocada por la activación cognitiva y fisiológica en conjunto (Ercan et al., 2015; Mae Wood et al., 2009).

En ese sentido, cuando una persona anticipa sucesos o circunstancias que juzga como aversivas o peligrosas a sus intereses, se activa el miedo como forma de evitar la amenaza, generándose el estado de ansiedad, como una respuesta emocional subjetiva (Cía, 2007; Clark & Beck, 2012; Ercan et al., 2015; Mae Wood et al., 2009). En otras palabras, se trata de una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, real o imaginaria (Clark & Beck, 2012). Generalmente, la ansiedad puede manifestarse a través de: tensión muscular, conciencia de peligro futuro y conductas evitativas o de precaución (Cía 2007; Clark & Beck, 2012; Gimeno, Dorado, Roncero, Szerman, Vega, Balanzá-Martínez, Álvarez, 2017). Además, como la autopercepción de la intensidad de la activación fisiológica es elevada (Mae Wood et al., 2009), también puede expresarse a través de la sensación de pérdida de control, incertidumbre o vulnerabilidad (Clark & Beck, 2012).

Según Barlow (2002), el miedo y la ansiedad existen en todas las culturas, lo que cambia es la experiencia subjetiva que se vivencia acorde a cada una de ellas (Clark & Beck, 2012). Lo que permanece en común a todas es la aprensión, la inquietud, el miedo, y la activación somática. Como se mencionó anteriormente, la ansiedad en una situación normal, ayuda a adaptarnos mejor al ambiente y a afrontar de forma activa alguna situación determinada. Sin embargo, hay muchas personas que no logran frenar la activación fisiológica, provocándoles niveles excesivos de síntomas que les pueden producir un malestar significativo (Clark & Beck, 2012; Mae Wood et al., 2009). Como consecuencia, los sujetos son más propensos a padecer alteraciones fisiológicas, psicósomáticas, conductas de afrontamiento desadaptativas, generando problemas para la salud física y mental de las personas.

Por otro lado, Craske (2003) afirma que, en la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en contextos de estrés, demandas y presiones que son parte de la vida cotidiana (Clark & Beck, 2012). En consecuencia, un gran porcentaje de la población adulta experimenta síntomas de ansiedad ocasionales o leves, o son más propensos a padecer uno o más trastornos adicionales, por ejemplo: consumo de sustancias (Clark & Beck, 2012). Por ende, los síntomas de ansiedad y sus trastornos son problemas prevalentes que ponen en peligro el de un número importante de personas en la población general (Clark & Beck, 2012; Gimeno et al., 2017; Mae Wood et al., 2009).

En base a lo descrito, los costos en torno a los trastornos de ansiedad son elevados, impactando directamente en los servicios de salud, tanto públicos como privados. Pero al mismo tiempo, genera pérdidas de forma indirecta, ya que los individuos con un trastorno de ansiedad pierden más días de trabajo (Clark & Beck, 2012), están más tiempo de licencia y presentan dependencia económica por parte del estado en forma de ayudas por discapacidad, desempleo crónico o ayudas sociales. Por ejemplo: Lean, Portera & Weissman (1995), afirman que en Estados Unidos se solicitan licencias por ansiedad en un 60.4 millones de días por año, equivalente a los días perdidos por una licencia de neumonía (Clark & Beck, 2012). Estas consecuencias pueden verse agravadas si el individuo además posee un trastorno por abuso de sustancias.

Como se desarrolló en anteriormente, la ansiedad es un síntoma natural que se experimenta en la vida cotidiana (Cía, 2007; Clark & Beck, 2012; Ercan et al., 2015; Mae Wood et al., 2009). Como tal, puede manifestarse como estado o como rasgo. Spielberger en 1970 definió el estado y el rasgo de ansiedad para desarrollar un instrumento para la evaluación de ambos conceptos, con el objetivo de examinar los vínculos entre la ansiedad y la capacidad de aprendizaje, trabajo que estaba desarrollando en ese momento.

Según Spielberger (1970), el estado de ansiedad es "una sección transversal temporal en el flujo emocional de la vida de una persona" (McDowell, 2006, p.10). Es una condición emocional transitoria, que se manifiesta a través de la sensación de tensión, preocupación y nerviosismo, que suele acompañarse de la activación del sistema nervioso autónomo. Se da ante situaciones específicas, en un momento determinado, reflejando de qué manera una persona percibe su entorno como amenazante, en este momento (Ercan et al., 2015; McDowell, 2006). En cambio, el rasgo de ansiedad es una forma de la personalidad que describe la tendencia de una persona a percibir las situaciones de estrés como amenazantes. Se trata de una tendencia general, es más estable y se refiere a la propensión a la ansiedad que suele tener una persona, en general.

Otra forma de observar la ansiedad es a través de la sensibilidad a la ansiedad. Se trata de un factor transdiagnóstico relativamente estable que se fue asociando con el desarrollo de síntomas y trastornos de ansiedad (Bulandr, 2015; Zvolensky, Bogiaizian, López-Salazar, Farris & Bakhshaie, 2014; DeHaas et al., 2001). Este constructo fue descrito en un inicio por Reiss y McNally (1985), quienes definen la sensibilidad a la ansiedad como el miedo a los síntomas de ansiedad (Solari et al., 2016). Se caracteriza por un miedo a las sensaciones corporales relacionadas con la excitación que ciertas situaciones puedan producir físicamente, psicológicamente o socialmente, y la tendencia a interpretar estas sensaciones catastróficamente (Bulandr, 2015; Solari et al., 2016; Stewart & Kushner, 2001). Por ejemplo: a través de mareos, temblores, latidos acelerados del corazón, entre otros. Las personas con altos niveles de sensibilidad a la ansiedad temen estas sensaciones debido a las creencias de que son signos de daño inminente en relación a eventos físicos, psicológicos o sociales, por ejemplo: enfermedades que amenazan la vida, pérdida de control o vergüenza extrema.

Reiss y McNally (1985), propusieron que la sensibilidad a la ansiedad funciona como un factor acelerador, un amplificador del miedo ante las reacciones ansiosas, siendo un fuerte motivador de las conductas de evitación (Stewart & Kushner, 2001). Esto aumentaría el riesgo a desarrollar distintos trastornos de ansiedad, así como otros trastornos psicológicos, por ejemplo: el consumo indebido de sustancias (DeHaas et al., 2001; Pozza et al., 2014; Solari et al., 2016; Stewart & Kushner, 2001). Por lo tanto, la sensibilidad a la ansiedad y sus dimensiones específicas son un factor de riesgo y mantenimiento cognitivo para los trastornos de ansiedad y con el uso de sustancias y/o adicciones (Pozza et al., 2014; Stewart & Kushner, 2001; Zvolensky et al., 2014).

Por otro lado, Taylor et al. (2007) describen que la sensibilidad a la ansiedad se compone por tres dimensiones: preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales (Pozza et al., 2014; Solari et al., 2016). Como la sensibilidad a la ansiedad representa un factor de vulnerabilidad común a muchos problemas de ansiedad, las dimensiones inferiores son necesarias para representar los factores de vulnerabilidad específicos, por ejemplo: las preocupaciones somáticas representan a los ataques de pánico y el trastorno de pánico; las preocupaciones sociales a la ansiedad social; y las preocupaciones cognitivas con el trastorno de ansiedad generalizada o depresión (Solari et al., 2016).

Finalmente, cabe destacar que la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad rasgo son conceptualmente distintas (Zvolensky et al., 2014). La ansiedad rasgo implica una tendencia a tener miedo como respuesta a una amplia variedad de situaciones, en cambio, la sensibilidad a la ansiedad denota una tendencia más específica a experimentar miedo en respuesta a sensaciones corporales relacionadas con la excitación (Pozza et al., 2014; Stewart & Kushner, 2001; Zvolensky et al., 2014).

5.2. Consumo de alcohol

Según la organización Mundial de la Salud (2015) el alcohol es una sustancia psicoactiva que posee propiedades que causan dependencia en quienes lo consuman. Kalina (2010) afirma que es una sustancia que genera un efecto de relajación sobre el sistema nervioso, que reduce los efectos del estrés y reduce el umbral de alarma causando dependencia y consecuencias a corto plazo y mediano

plazo (Kalina, 2010; OMS, 2015). Sin embargo, a pesar de sus efectos, el alcohol forma parte de la cultura mundial desde hace siglos (Kalina, 2010; Ministerio de la Salud Argentina, 2011; OMS, 2015). Al tratarse de una sustancia socialmente aceptada, el uso de bebidas alcohólicas suele ser muy elevado en la población general, afectando de diversas formas según el volumen y los patrones de consumo.

Para Kalina (2010) el consumo de alcohol representa, después del tabaco, la sustancia que provoca más muertes a nivel mundial, siendo una de las pocas que no ha encontrado límite en cuanto a la edad de consumo, género o sector social. Por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud (2015) informa que por año mueren 3.3 millones de personas en el mundo a causa del consumo nocivo de alcohol. Esta cifra representaría el 5.9% de la población mundial en edad productiva: entre los 15 y 49 años. Según las estadísticas de SEDRONAR (2007), en Argentina mueren por año aproximadamente unas 25 mil personas por causas relacionadas al alcoholismo y unos dos millones serían adictos a la sustancia en sí, ocupando el tercer puesto en relación al consumo excesivo en Latinoamérica (Ministerio de Salud Argentina, 2011).

Acorde a la Organización Mundial de la Salud (2015), y los criterios del DSM 5 (APA, 2013) el consumo de alcohol puede afectar diversas áreas de la vida que se reflejan en conflictos interpersonales, fracaso ante las obligaciones en el hogar, en el trabajo, repercusiones sociales, sanitarias y económicas que a largo plazo suelen ser elevadas, tanto para quien consume como para su entorno (Kalina, 2010; OMS, 2015), lo que lleva una gran carga social y económica para la sociedad. Además, se considera al alcohol como factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, debido a la dependencia psicológica (APA, 2013; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Barlow, 1993; Kalina, 2010; Ministerio de Salud Argentina, 2011; OMS, 2015). Se trata de un factor que interfiere en la productividad, generando discapacidad e incluso la pérdida de vidas en sujetos que se encuentran en su periodo más óptimo a nivel laboral (Ministerio de Salud Argentina, 2011; OMS, 2015).

Por otro lado, Barlow (1993) afirma que psicólogos y médicos han sugerido que los problemas que genera el alcohol representan solo una parte del consumo en sí mismo. Por lo tanto, las dificultades pueden variar según el tipo y grados de consumo de alcohol, más allá del diagnóstico formal, e incluso según periodos espaciados de

tiempo. Por este motivo, los profesionales de la salud ponen atención en los patrones de consumo y en el tipo de consecuencias negativas que la persona presenta a la hora de solicitar ayuda (Barlow, 1993; Kalina 2011; Ministerio de Salud Argentina, 2011; OMS; 2015).

Como se mencionó anteriormente, se pueden identificar diversos factores que influyen en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, a nivel individual, social y ambiental de los sujetos (OMS, 2015). Dentro de los factores ambientales se pueden mencionar en nivel socioeconómico, la cultura, la disponibilidad al alcohol, desarrollo de políticas y campañas en relación al consumo, el desconocimiento de riesgos asociados, entre otros. Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, a más factores de vulnerabilidad se presenten en una persona, más probabilidad que desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia del consumo (Babor et al., 2001; OMS, 2015). En otras palabras, los efectos perjudiciales debido al consumo de alcohol se determinan por dos dimensiones que se dan por separado, pero que interactúan entre sí: el volumen total de alcohol consumido y las características de la forma de beber. Por ejemplo: a través del consumo diario elevado, el beber hasta intoxicarse consecutivamente, que el consumo cause daños físicos o mentales, y/o que el consumo cause dependencia o adicción (Babor et al., 2001).

Siguiendo esta línea Babor et al. (2001) afirman que la mayoría de los bebedores excesivos, no son diagnosticados, a pesar de presentar síntomas o problemas en relación al consumo de alcohol. Por lo tanto, a fin de establecer un criterio entre los profesionales, definen en el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), los distintos tipos de consumo estableciendo tres tipos de patrones (Babor et al., 2001, p.5):

- Consumo de riesgo: es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. Los sujetos pueden abandonar o reducir el consumo.
- Consumo perjudicial: se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

- **Dependencia:** es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen el deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe. En este caso el abandono es difícil y requiere tratamiento (Babor et al., 2001, p.5).

Babor et al. (2001) destacan que, si bien no todos los bebedores de riesgo llegan al nivel de dependencia, nadie desarrolla dependencia al alcohol sin haber mantenido un consumo de riesgo por un tiempo prolongado. El criterio de consumo de riesgo o excesivo se representa como la ingesta de cinco o más tragos en una misma ocasión o con pocas horas de diferencia entre uno y otro, en cinco o más días durante el último mes. Un trago equivale a cualquier bebida que contenga aproximadamente 14 gramos de alcohol puro, por ejemplo: una copa de vino, una lata de cerveza, una medida de whisky, etc. (Babor et al., 2001; Bush & Lipari, 2015). Además, Babor et al. (2001) afirman que, si bien las personas con dependencia al alcohol tienen más probabilidades a sufrir mayor tipo de consecuencias, la mayor cantidad de daños se ven en aquellos sujetos que no son dependientes, solo por el hecho de que son la mayoría de los consumidores. Es por esto que Babor et al. (2001) sostienen que la identificación de los sujetos que consumen alcohol acorde al tipo y grados de consumo de riesgo es importante para la prevención y/o reducción de daños.

En cuanto a la relación entre consumo de alcohol y el ambiente laboral, la Organización Internacional del Trabajo (1996) afirma que, si bien existen políticas en desarrollo en cuanto a la prevención, tratamiento y rehabilitación en los lugares de trabajo, es complejo erradicar la problemática en su totalidad. Como se mencionó anteriormente, esto es debido a que los problemas relacionados al consumo de sustancias pueden tener diversas causas (Ames & Benett, 2011; APA, 2013; OIT, 1996). Otra cuestión es que, los efectos que genera el alcohol sobre los sujetos pueden durar horas, generando múltiples discapacidades a nivel físico y psicológico, ya sea que consuman antes, durante o finalizada la jornada laboral (Frone, 2006; OIT, 1996; Ruíz-Cortés et al., 2006). Por ejemplo: en Estados Unidos aproximadamente

19.2 millones de trabajadores consumen bebidas alcohólicas. De ellos 2.3 millones beben antes de ingresar a trabajar, 8.9 millones beben durante la jornada laboral, 2.1 millones ejecutan sus tareas bajo el efecto del alcohol, y unos 16 millones trabajan con sintomatología física o resaca, como dolores de cabeza o náuseas (Bush & Lipari, 2015; Frone, 2006). En consecuencia, el consumo de alcohol en empleados se asocia a conductas negativas en el entorno laboral, a saber: ausentismos, suspensiones disciplinarias, enfermedades, quedarse dormido, accidentes, peleas durante la jornada laboral, cambios de trabajos frecuentes, entre otros (Ames & Benett, 2011; Bush & Lipari, 2015; Duke et al., 2013).

Por otra parte, diversas investigaciones demostraron que el grado de consumo de sustancias varía según la ocupación de la persona, la tarea que realice o rubro al que pertenece. Como la de Bush y Lipari (2015) quienes presentaron un reporte sobre las industrias que tienen un número elevado de empleados que consumen alcohol de forma peligrosa. Acorde al reporte, el rubro gastronomía-hotelería ocupaba el segundo lugar, aún en establecimientos que poseen normativas escritas en relación al consumo de alcohol en el trabajo (Babor et al., 2001; Bush & Lipari, 2015; Pidd et al., 2015). Además, Bush y Lipari (2015) sugieren que algunas características propias del rubro gastronómico podrían facilitar conductas de riesgo para la salud (Ames & Benett, 2011; Duke, et al., 2013; Frone, 2006; Ruíz-Cortés et al., 2006), entre ellas el consumo de alcohol. Algunas de las características mencionadas son: disponibilidad de alcohol en el lugar de trabajo, presión social, horarios de trabajo, turnos rotativos o el simple hecho de hacer frente al estrés provocado por el trabajo o el ambiente donde se desarrollan las tareas (Frone, 2006; Pidd et al., 2015; Ruíz-Cortés et al., 2006).

Por su parte, Duke et al. (2013), mencionan otros factores dentro de la gastronomía que pueden contribuir al desarrollo de conductas de riesgo, por ejemplo: el contacto continuo con otras personas podría generar problemas de salud mental o trastornos emocionales, los ritmos y técnicas necesarias para ejecutar las tareas pueden generar alteraciones físicas, los cambios de turnos constantes problemas somáticos, entre otros. Por otro lado, Duke et al. (2013) afirman que en gastronomía el socializar con compañeros de trabajo incluye frecuentemente beber juntos. En primer lugar, porque poseen la propina del día en la mano, por lo tanto, cuentan con un dinero extra al sueldo. En segundo lugar, es común que en gastronomía se formen vínculos amistosos con los compañeros de trabajo, ya sea por la cantidad de horas

compartidas, porque la mayoría se encuentran lejos de sus familias y encuentran contención entre los compañeros o porque se establecen relaciones con colegas de otros restaurantes donde se bebe de forma gratuita o económica (Duke et al., 2013; Ruíz-Cortés et al., 2006).

Asimismo, Duke et al. (2013) refieren a que existen diferencias entre las conductas ante la bebida y las tareas realizadas en los restaurantes. Por ejemplo: entre quienes trabajan en atención al público, como camareros, recepcionistas y bartenders; y entre los que realizan tareas en trastienda como el staff de cocina. Generalmente, el consumo de alcohol excesivo se presenta en el primer grupo. En este la camaradería suele ser muy marcada, y tienden a actuar como familia, especialmente durante la jornada laboral y después de la misma, pero este comportamiento se da solo entre ellos, excluyendo al segundo grupo, los compañeros de cocina (Duke et al., 2013). Al mismo tiempo, otro factor que podría influir en el consumo de alcohol se relaciona con el tipo de dinámica que se da en la atención del público. Es común que al finalizar la jornada los empleados quedan en una especie de estado de aceleramiento que podría influir en las ganas de beber para relajarse o divertirse (Duke et al., 2013). En cuanto al personal de cocina o trastienda se cree que tienen sus propios patrones de consumo e incluso correrían menos riesgos de tener problemas con la bebida. Por ejemplo: muchos realizan doble turno o trabajan en dos establecimientos, lo que dificultaría el consumo de alcohol por falta de tiempo, o que se forme el estilo de vinculo que forman los empleados de salón (Duke et al., 2013).

Además, Duke et al. (2013) establecen tres características dentro del rubro gastronómico que podrían influir en cómo se presentan los patrones de consumo de alcohol de cada grupo. La primera es la diferencia entre los sueldos percibidos. Generalmente el personal de cocina recibe su pago a principio de mes, los cuales suelen ser menores en comparación con la gente que trabaja en salón, además no reciben propinas. La segunda característica se relaciona con preocupaciones financieras, al no recibir una entrada de dinero extra como la propina, las prioridades de los empleados de cocina podrían ser distintas de aquellos que trabajan en el salón. Y la tercera característica tendría que ver con la educación recibida y la clase social a la que pertenece cada grupo (Duke et al., 2013). Igualmente, el hecho de que los patrones de sean diferentes, no quiere decir que el consumo de alcohol se reduzca (Duke et al., 2013; Frone, 2006). Los empleados de cocina no saldrían a beber

finalizando el turno laboral debido a que es costoso, pero si reportan hacer reuniones en sus casas acompañados de amigos, incluso con colegas del mismo sector. En este caso, si el consumo es excesivo, el desempeño en el trabajo también se podría ver afectado, por ejemplo: a través de llegadas tardes, ausentismos, malestares físicos provocados por la bebida, accidentes, entre otros (Duke et al., 2013; Frone, 2006).

Finalmente, Duke et al. (2013) destacan el rol de los encargados de los restaurantes. Afirman que, en líneas generales, inician su carrera laboral como camareros. Por lo tanto, tienen conocimiento sobre el consumo de alcohol, las pautas y las conductas alrededor del mismo por su propia experiencia personal (Duke et al., 2013; Frone, 2006). Por este motivo, tanto las grandes cadenas como los restaurantes independientes prohíben que los encargados fraternicen con sus empleados por fuera del lugar de trabajo. Esta normativa podría traer dificultades en las relaciones laborales, especialmente para aquellos encargados que recién fueron ascendidos (Duke et al., 2013; Frone, 2006).

5.3. Ansiedad y alcohol

Existe un acuerdo entre profesionales de la salud en la existencia de una relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol (Clark & Beck, 2012; Kushner et al., 2000; Pozza et al., 2014), sin embargo, la causa de la misma es controversial. Una gran cantidad de investigaciones asocian la ansiedad y alcohol desde distintas perspectivas, pero no hay consenso en cuanto a las causas de la comorbilidad entre ambas (DeHaas et al., 2001; Kushner et al., 2000; Wolitzky-Taylor, Brown, Roy-Bryne, Sherbourne, Stein & Sullivan, 2015). En el caso de la ansiedad y el alcohol, comorbilidad refiere a aquellos casos en los que el uso de sustancias y los síntomas de ansiedad son considerados clínicamente significativos en algún momento de la vida del individuo, pero no necesariamente al mismo tiempo (Kushner et al., 2000).

En líneas generales, los trastornos por consumo de sustancias, especialmente alcohol, constituyen una categoría de condiciones que se presentan junto niveles de ansiedad alta. En otras palabras, aquellos individuos con niveles elevados de ansiedad son más propensos a consumir sustancias que aquellos que no poseen diagnóstico (Clark & Beck, 2012; DeHaas et al., 2001; Kushner et al., 2000; Pozza et al., 2014). Por ejemplo: la presencia de ansiedad elevada puede aumentar el riesgo

de dependencia al alcohol a través de distintos factores. Hay sujetos que consumen alcohol como automedicación, o sea, realizan un consumo constante o excesivo para regular o inhibir síntomas de ansiedad. Pero al mismo tiempo, el consumo indebido de alcohol podría generar ansiedad (Clark & Beck, 2012; Gimeno et al., 2017; Kushner et al., 2000). Paralelamente, Kushner et al. (2000) afirman que hay registro de altos porcentajes de sujetos que informan un empeoramiento de los síntomas de ansiedad en períodos de consumo excesivo de alcohol. Por lo tanto, la ansiedad y consumo de alcohol se influyen recíprocamente e interactúan entre sí (Clark & Beck, 2012; DeHaas et al., 2001; Gimeno et al., 2017; Kushner et al., 2000). En síntesis, la evidencia empírica da cuenta existencia de vínculos causales complejos entre los síntomas de ansiedad y uso de alcohol.

En base a lo descripto, Kushner et al. (2000) plantean tres posibles causas para describir la comorbilidad entre ansiedad y consumo de alcohol:

- El consumo de alcohol provocaría ansiedad,
- La ansiedad sería motivo del consumo de alcohol, además de contribuir en la recaída y dependencia a la sustancia,
- Existiría un factor que haría que la ansiedad y el consumo de alcohol se den de forma paralela, influyéndose mutuamente. A saber, la ansiedad podría desencadenar el consumo de alcohol y viceversa (Kushner et al., 2000).

El primer punto explica la comorbilidad a través de la ansiedad. En este caso los síntomas de ansiedad en sí mismos promoverían directamente el uso de alcohol. Se trata de la hipótesis planteada por Quitkin, Rifkin, Kaplan y Klein (1972) de automedicación. Esta sugiere que los efectos que produce el alcohol tanto física como psicológicamente ayudan a disminuir los síntomas de ansiedad aversivos (Kushner et al., 2000). De esta manera, se fomentaría el uso continuo y creciente de la sustancia a través del refuerzo negativo. Esta hipótesis es tomada por investigadores de la ansiedad que se centran en el problema de la comorbilidad (Kushner et al., 2000). Por ejemplo: Steele y Josephs (1988) proponen que el alcohol es capaz de disminuir la ansiedad al desviar la atención de los síntomas que esta provoca y, además reduciría los procesos cognitivos que hacen que estas señales ansiógenas tomen relevancia (Kushner et al., 2000). Otro factor estudiado es el impacto del estrés en la autoadministración del alcohol en sujetos con ansiedad (Kushner et al., 2000).

Siguiendo a Sher (1987), el consumo en función al estrés se da a través de una serie de factores psicológicos y sociales (Kushner et al., 2000), entre ellos la capacidad de enfrentarse de manera eficaz al factor estresor a pesar de las consecuencias potencialmente negativas del consumo de alcohol. Estos hallazgos son consistentes con la idea de que niveles altos de ansiedad promueven el uso continuo de sustancias entre las personas comórbidas (Kushner et al., 2000).

El segundo punto explica la causa de la comorbilidad alegando que el consumo excesivo de alcohol sirve para promover directamente el desarrollo de la ansiedad. La hipótesis planteada por George, Nutt, Dwyer y Linnoila, (1990), es que los síntomas de ansiedad significativos son consecuencia biopsicosocial del uso crónico de sustancias y/o el síndrome de abstinencia (Kushner et al., 2000). En este caso, el nexo causal entre ansiedad y consumo de alcohol podría deberse a las modificaciones en la actividad neurotransmisora asociada con el uso crónico de alcohol y la abstinencia (Kushner et al., 2000). Por otro lado, las consecuencias psicosociales del consumo excesivo de alcohol también podrían influir en el desarrollo de niveles altos de ansiedad. Por ejemplo: la intoxicación por alcohol podría impedir la extinción de las respuestas de miedo (Kushner et al., 2000). A saber, el uso crónico de alcohol impediría la desensibilización natural contribuyendo al aumento de los niveles de ansiedad, mediante la inhibición de mecanismos que regularían reacciones de ansiedad normales (Kushner et al., 2000).

El tercer punto plantea una etiología de la comorbilidad compartida, en lugar de una relación causal directa entre la ansiedad elevada y consumo de alcohol (Kushner et al., 2000). Esto es, que las condiciones para que se presente comorbilidad pueden ser provocadas por un tercer factor compartido. Esta hipótesis es la más compleja ya que el tercer factor no sería específico, sino que dependería de diversos factores inespecíficos que influirían sobre la vulnerabilidad de una persona de desarrollar niveles elevados de ansiedad con comorbilidad en consumo de alcohol (Kushner et al., 2000). Por ejemplo: una familia disruptiva, maltrato, abandono de la familia de origen, exposición prenatal a un ambiente de riesgo, consumo de alcohol en madres, entre otros (Kushner et al., 2000). En relación al entorno familiar, está establecido que el consumo de riesgo de alcohol y los rasgos de ansiedad son en parte transmitidos por la familia (Kushner et al., 2000). Varios estudios, como el de Cloninger, Martin, Clayton y Guze (1981), han demostrado que aquellas personas que tienen familiares

con trastornos de ansiedad son más propensas a realizar un consumo riesgoso de alcohol (Kushner et al., 2000). Paralelamente, aquellas familias con sujetos que realizan un consumo peligroso o en exceso tienen un mayor riesgo a desarrollar niveles altos de ansiedad.

Otro factor que estaría implicado en la relación entre la ansiedad y consumo de alcohol es la sensibilidad a la ansiedad (DeHaas et al., 2001; Pozza et al., 2014; Stewart & Kushner, 2001). En los últimos años, muchos investigadores analizaron la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo excesivo o problemático de alcohol (Pozza et al., 2014), ya que podría ser una construcción útil en la explicación de conductas adictivas (Stewart & Kushner, 2001). Reiss (1991) fue el primero en sugerir que la sensibilidad a la ansiedad, no solo juega un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de psicopatologías relacionadas con la ansiedad, sino que también influye en el uso de sustancias y adicciones (Stewart & Kushner, 2001). Además, algunos estudios sugieren que un elevado nivel de sensibilidad a la ansiedad se asocia al incremento del consumo de alcohol (Pozza et al., 2014), e incluso podría predecir, no solo el consumo excesivo de alcohol recurrente, sino que también el consumo crónico (Pozza et al., 2014).

Dentro de los modelos que vinculan la sensibilidad a la ansiedad con el uso y/o abuso de sustancias los más destacados en la literatura son los descritos por Baron y Kenny (1986) como modelos moderadores y los modelos mediadores (Stewart & Kushner, 2001). Los modelos moderadores son aquellos que especifican cuando la relación entre ansiedad y consumo de sustancias se ve influenciada por el nivel de sensibilidad a la ansiedad. En cambio, los modelos mediadores sirven para especificar la influencia de la sensibilidad a la ansiedad sobre la cantidad bebida o la motivación para el consumo de alcohol (Stewart & Kushner, 2001). En otras palabras, los modelos moderadores de la sensibilidad a la ansiedad se utilizan para describir las condiciones en que la ansiedad y el consumo de sustancias se relacionan al máximo, mientras que los modelos mediadores buscan las relaciones causales que se dan entre la sensibilidad a la ansiedad y el uso y/o abuso de sustancias (Stewart & Kushner, 2001).

Dentro del modelo moderador, Baron y Kenny (1986) afirman que existen dos tipos. El primero, especifica que los sujetos que presentan niveles elevados de ansiedad aumentarían el consumo de sustancias, en especial si la sensibilidad a la

ansiedad también es alta (Stewart & Kushner, 2001). Por su parte, McNally (1996) y Reiss (1991), afirman que la sensibilidad a la ansiedad funcionaría como factor moderador entre la ansiedad y la tendencia a consumir alcohol (Stewart & Kushner, 2001). El segundo, indica que las sustancias mitigan las respuestas de estrés y ansiedad, especialmente en aquellas personas con niveles de sensibilidad a la ansiedad altos (Dixon, Stevens & Viana, 2014; Pozza et al., 2014; Stewart & Kushner, 2001). En ambos modelos, la sensibilidad a la ansiedad representaría una variable moderadora de forma, o sea que dependiendo de cómo se presente – alta o baja - determinaría la fuerza entre el predictor y el criterio: entre ansiedad y consumo de sustancias o entre consumo de sustancias y la moderación de la ansiedad (Stewart & Kushner, 2001).

Dentro de primer tipo de modelo moderador, McNally (1991) plantea que los sujetos con sensibilidad a la ansiedad alta, generalmente presentan ansiedad. En este caso, la ansiedad rasgo, sería la que marca la tendencia en el del consumo de sustancias elevado (Stewart & Kushner, 2001). Además, afirma que aquellos sujetos que presenten ansiedad rasgo elevada, probablemente experimenten respuestas de ansiedad con más frecuencia. Según McNally (1991) al consumir sustancias los sujetos aprenderían sobre las propiedades que estas tienen para disminuir la ansiedad (Stewart & Kushner, 2001). Por lo tanto, McNally (1991) concluye que las frecuentes experiencias de ansiedad provocadas por una ansiedad rasgo elevada, combinadas con el miedo extremo a estas experiencias producto de una elevada sensibilidad a la ansiedad, representarían un factor de riesgo en el aumento de consumo de sustancias (Stewart & Kushner, 2001).

Por su parte, Reiss (1991) dentro del primer modelo moderador plantea la relación entre la alta expectativa de ansiedad y la evitación (Stewart & Kushner, 2001). Alta expectativa de ansiedad, refiere a la creencia de que ante una situación determinada es probable experimentar ansiedad. Por ejemplo: “espero tener un ataque de pánico durante un vuelo”. Según Reiss (1991) esta expectativa serviría como motivación a conductas evitativas, incluso mediante el uso de drogas y alcohol, especialmente en los sujetos con alta sensibilidad a la ansiedad (Stewart & Kushner, 2001).

Basándose en el segundo tipo de modelo moderador Stewart y Pilh (1994), proponen tomar la sensibilidad a la ansiedad como moderador del efecto ansiolítico que tienen las drogas y el alcohol (Stewart & Kushner, 2001). En este caso, el uso de alcohol tendría un fuerte efecto de amortiguación en aquellos sujetos con alta sensibilidad a la ansiedad, pero no tan marcado en aquellos con niveles bajos.

El modelo mediador de la ansiedad, es el segundo modelo propuesto en cuanto a la relación entre sensibilidad a la ansiedad y consumo de alcohol. Este modelo toma la noción original de la sensibilidad a la ansiedad planteado por Reiss (1991), en el cual: la sensibilidad a la ansiedad funcionaría como factor amplificador de la ansiedad (Stewart & Kushner, 2001). En efecto, el modelo mediador propone que una sensibilidad a la ansiedad alta influiría sobre el uso y/o abuso de sustancias. Como estas poseen efectos paliativos sobre los síntomas de ansiedad, a mayor cantidad de síntomas, más consumo (Stewart & Kushner, 2001). A su vez, el modelo mediador plantea que, si se considera el uso de sustancias como una conducta evitativa frente a la ansiedad: una sensibilidad a la ansiedad elevada aumentaría de forma anticipada la ansiedad, que a su vez promueve conductas evitativas, como el consumo de alcohol o drogas (Stewart & Kushner, 2001). Por lo tanto, a mayores niveles de sensibilidad a la ansiedad, mayor respuesta a la ansiedad, mayores motivos para realizar conductas evitativas, que se traduciría en una mayor cantidad de consumo de alcohol (Stewart & Kushner, 2001). En caso contrario, los sujetos con niveles bajos de sensibilidad a la ansiedad, tienen baja ansiedad anticipatoria, por lo tanto, las motivaciones y conductas evitativas también serían bajas, resultando en menor cantidad de consumo de sustancias.

Stewart y Kushner (2001), afirman que el modelo mediador incluye las expectativas, o sea, las creencias que tiene una persona sobre las consecuencias positivas de beber alcohol. Al tratarse de sujetos más sensibles a los efectos de ciertas sustancias en cuanto a la reducción de tensiones, aquellos con elevada sensibilidad a la ansiedad tendrían una expectativa mayor en cuanto a los efectos de las mismas. Por ejemplo: que el alcohol ayuda a reducir la tensión en comparación a otros recursos. De esta manera, las expectativas podrían contribuir a un mayor consumo de sustancias como conducta evitativa, lo que podría explicar parcialmente la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol (Stewart & Kushner, 2001).

En base a los modelos descritos, Stewart y Kushner (2001), plantean como hipótesis un modelo híbrido, el cual tenga en cuenta las expectativas y los niveles mediadores de la ansiedad en relación a la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de sustancias (Stewart & Kushner, 2001). Entonces, la sensibilidad a la ansiedad actuaría como factor amplificador en el aumento de los niveles de ansiedad, activando las expectativas de reducir la tensión a través del consumo de sustancias, como el alcohol. En otras palabras, el sujeto tiene como expectativa que la bebida funcione como reductor de la tensión (Stewart & Kushner, 2001). Por lo tanto, la relación entre sensibilidad a la ansiedad y el aumento del consumo de alcohol puede explicarse a través de los niveles de ansiedad y las expectativas sobre las sustancias como mediadores (Stewart & Kushner, 2001).

Otro de los factores que Stewart y Kushner (2001) tienen en cuenta al analizar la relación entre sensibilidad a la ansiedad y consumo de alcohol es, por un lado, el rol potencial de la sensibilidad a la ansiedad en el mantenimiento de comportamientos adictivos y, por otro lado, el riesgo de recaída en el abuso de sustancias (Stewart & Kushner, 2001). Si se analiza desde un enfoque moderador, se especula en cuanto al impacto que tiene una elevada sensibilidad a la ansiedad en la sintomatología de la abstinencia (Gimeno et al., 2017; Stewart & Kushner, 2001). Las similitudes entre los síntomas de ansiedad y de abstinencia ofrecen la posibilidad de que las personas con sensibilidad a la ansiedad elevada teman a los síntomas de abstinencia, de la misma manera que temen a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad. Entonces, las personas con altos niveles de sensibilidad a la ansiedad deberían ser menos tolerantes a los síntomas de abstinencia, y más riesgosos a tener una recaída en relación al consumo de sustancias (Gimeno et al., 2017; Stewart & Kushner, 2001).

El vínculo entre sensibilidad a la ansiedad, abuso de sustancias y riesgo de recaída, también podría explicarse a través de un modelo mediador (Stewart & Kushner, 2001). Por ejemplo: podría pensarse que niveles altos de sensibilidad a la ansiedad aumentarían el riesgo de recaída al intensificar los síntomas de abstinencia. De la misma manera, una mayor sensibilidad o intolerancia a los síntomas de abstinencia a corto plazo, podría sostener el uso de sustancias en personas con alta sensibilidad a la ansiedad, por ejemplo: beber para aliviar los síntomas. Como afirma Reiss (1991), si la sensibilidad a la ansiedad funciona como factor de aceleración de la excitación, esta podría no solo aumentar la gravedad de los síntomas de ansiedad,

sino que también la magnitud de los síntomas de abstinencia (Stewart & Kushner, 2001). Paralelamente, el aumento de los síntomas de abstinencia podría motivar el retorno al consumo de sustancias, o a un consumo continuado, como forma de controlar esas sensaciones corporales aversivas, por ejemplo: los síntomas de ansiedad pueden ser causados por efectos de la abstinencia o intoxicación del alcohol, pero a la vez, el consumo de alcohol ayudaría a reducir la tensión generada por los síntomas de ansiedad (Gimeno et al., 2017; Stewart & Kushner, 2001). En conclusión, la hipótesis de la relación entre sensibilidad a la ansiedad, y el mantenimiento del consumo de sustancias o recaída, podría explicarse por la severidad aumentada de los síntomas de abstinencia experimentados (Stewart & Kushner, 2001).

Por último, DeHaas et al. (2001) proponen que el consumo de alcohol como forma de reducir o hacer frente a las emociones negativas, podría representar otro factor en la relación entre éste y la sensibilidad a la ansiedad. Samoluk y Stewart (1998), plantean que los niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad correlacionarían positivamente con el consumo de sustancias en respuesta a emociones o situaciones negativas, especialmente en los hombres (DeHaas et al., 2001; Gimeno et al., 2017), pero no sucedería lo mismo ante situaciones o emociones positivas. Asimismo, personas con sensibilidad a la ansiedad alta podrían experimentar un efecto negativo mayor cuando consumen alcohol. Según Conrod et al. (1998), si bien las tasas de comorbilidad entre ansiedad y alcohol son considerablemente altas, muchas personas no utilizan la estrategia de automedicación, sino otras (DeHaas et al., 2001). O sea, que a pesar de que el riesgo a desarrollar problemas con el alcohol aumenta en aquellas con síntomas de ansiedad, pensar que todas las personas se automedican sería generalizar (DeHaas et al., 2001; Kushner et al., 2000).

Finalmente, DeHaas et al. (2001) afirman que el consumo de alcohol como conducta de afrontamiento desadaptativa ante emociones negativas, se vuelve factor de riesgo entre personas con ansiedad en niveles altos y el consumo de sustancias (DeHaas et al., 2001; Dixon et al., 2014; Gimeno et al., 2017; Pozza et al., 2014). Por ejemplo: la creencia de que el alcohol reduciría la sintomatología de la sensibilidad a la ansiedad, como taquicardia, sudoración en situaciones sociales o la pérdida de control mental, es adquirida entre aquellos sujetos con elevada sensibilidad a la ansiedad. En este caso, el consumo como conducta de afrontamiento incluso se

puede ver en bebedores no problemáticos con trastornos de pánico, donde se encontró una asociación positiva entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo para manejar la ansiedad (DeHaas et al., 2001; Dixon et al., 2014; Kushner et al., 2000; Pozza et al., 2014).

6. Estado del arte

Se realizó una revisión bibliográfica para ver el estado actual de conocimiento en el campo de la psicología en relación al consumo de alcohol, ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y gastronomía. Se tomaron investigaciones de los últimos cinco años, de las bases Psychological and Behavioral Sciences Collection, Redalyc, Scielo. Los términos de búsqueda utilizados fueron: “ansiedad”, “ansiedad rasgo”, “ansiedad estado”, “sensibilidad a la ansiedad”, “consumo de alcohol”, “consumo de alcohol en el trabajo”, “gastronomía”, “gastronomía y consumo de sustancias”, “gastronomía y ansiedad”; y sus equivalentes en inglés.

6.1. Consumo de alcohol y gastronomía

En Estados Unidos, Bush y Lipari (2015) basados en la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias y Salud (NSWH), realizan una investigación con el objetivo de recolectar información sobre el consumo y/o abuso de sustancias en distintos rubros laborales. La hipótesis es que el consumo de sustancias varía según el rubro laboral, pero no existen registros formales al respecto. Con este fin, buscaron clasificar que tipo de sustancias se consumen, en que cantidad y con qué frecuencia, incluyendo el rubro laboral y, además observar las conductas que se presentan detrás del consumo de sustancias.

La encuesta se realizó a través de preguntas telefónicas que clasifican las respuestas de los participantes bajo los criterios del DSM 4 para consumo, dependencia de alcohol o sustancias ilegales. Según los resultados, gastronomía obtuvo el puntaje más alto en consumo de sustancias en el periodo 2008-2012. Dentro de los 19 rubros de trabajo, los que consumen alcohol de forma excesiva son: minería (17.5%), construcción (16.5%) y gastronomía (11.8%). En cuanto al consumo de sustancias ilegales, gastronomía ocupa el primer lugar con un 19.1%.

Finalmente, al comparar los resultados de los distintos periodos se puede observar un incremento de consumo en gastronomía (16.9% a 19.1%). En cuanto a la edad y el género no se encontraron diferencias significativas. Finalmente, las tasas de consumo de alcohol más altas se pueden ver en minería, construcción y gastronomía-hotelería (Bush & Lipari, 2015).

Duke et al. (2013) realizaron una investigación en Estados Unidos sobre la relación entre empleados de restaurantes, puesto de trabajo y patrones de consumo de alcohol. El objetivo es: a) identificar diferentes patrones de consumo según el tipo de puesto y el turno; b) identificar las diferencias entre los puestos en gastronomía, y analizar la relación entre las tareas que exige el trabajo y los patrones de consumo de alcohol; c) observar la extensión de redes de apoyo en relación al consumo; d) la perspectiva de los encargados de los locales gastronómicos sobre las conductas en torno al consumo de alcohol.

Tomaron una muestra de 1294 gastronómicos de 18 a 29 años de edad, en cadenas de restaurantes que venden alcohol al público. Se les administró el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT, Babor et al., 2001) y entrevistas semiestructuradas. Se halló evidencia que indica consumo excesivo elevado entre empleados gastronómicos jóvenes. En relación al género se presentaron patrones de consumo excesivo tanto en hombres (80%) como mujeres (64%). Los bartenders y camareros se encuentran en zona de mayor riesgo en comparación con, por ejemplo: los recepcionistas.

Finalmente, los resultados dan cuenta que los patrones de consumo se presentan en redes acorde a la tarea realizada o compañeros de sector, por ejemplo: entre camareros y bartenders, se asocian estos fenómenos a características sociodemográficas (Duke et al., 2013).

6.2. Ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y consumo de alcohol

En el año 2015, Wolitzky-Taylor et al. (2015) llevaron a cabo en Estados Unidos una investigación para analizar la relación entre los síntomas producidos por el consumo de alcohol y la ansiedad. El objetivo fue examinar si los síntomas producidos

por el consumo de alcohol influyen en los resultados de los tratamientos de trastornos de ansiedad.

Seleccionaron una muestra de 1004 pacientes de un centro de atención primaria, a los que se le hizo un seguimiento de 18 meses, solo se incluyeron los pacientes con diagnóstico de abuso de alcohol. Los participantes completaron un protocolo con las siguientes escalas: el Índice de Sensibilidad Ansiosa-3 (ASI-3; Taylor et al., 2007); el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT, Babor et al., 2001); la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, Lecrubier, 1998); el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-8, Spitzer, 1999); y el Inventario Breve de Síntomas-12 (BSI-12, Derogatis, 1993).

Los resultados revelaron que problemas con el consumo de alcohol se asocian a síntomas de ansiedad y depresión elevados después de 18 meses de tratamiento, sin embargo, no son predictivos de la severidad en el consumo. Por otro lado, el tratamiento de la ansiedad ayudaría a limitar y prevenir el consumo excesivo, especialmente en el consumo como forma de automedicación (Wolitzky et al., 2015).

Pozza et al. (2014), realizaron en Italia un estudio de casos de corte transversal sobre sensibilidad a la ansiedad en pacientes con dependencia al alcohol. La hipótesis es que existiría una relación entre la sensibilidad a la ansiedad y las conductas evitativas como factor de vulnerabilidad cognitiva y su influencia en el consumo de alcohol. El objetivo fue explorar la relación entre las dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad y la dependencia o consumo de alcohol.

Tomaron una muestra de 125 participantes, italianos, mayores de 18 años, que fueron divididos en tres grupos. Los sujetos participaron en una entrevista semiestructurada y completaron los siguientes auto-informes: Índice de Sensibilidad Ansiosa-3 (ASI-3; Taylor et al., 2007); Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo Y (STAI; Spielberger et al., 1970); y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996).

En cuanto a los resultados se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos y el puntaje global del ASI-3, así como en sus tres dimensiones. Por ejemplo: el grupo trastornos de ansiedad puntuó más alto en la dimensión

preocupaciones físicas en comparación al grupo dependencia al alcohol. Asimismo, el grupo trastornos de ansiedad obtuvo un puntaje significativamente más elevado en la dimensión preocupaciones cognitivas, que el grupo dependencia al alcohol. En cambio, el grupo dependencia al alcohol presentó puntajes más elevados en la dimensión preocupaciones sociales. Los resultados del STAI presentaron diferencias significativas entre los tres grupos y la sub escala ansiedad estado, lo mismo sucedió con los puntajes del BDI-II. El análisis post-hoc mostró que el grupo trastorno de ansiedad presentó puntaje más elevado en ansiedad rasgo. Por otro lado, el grupo de trastornos de ansiedad y en el grupo dependencia al alcohol puntúan más alto en preocupaciones físicas del ASI-3.

Finalmente se puede observar que las dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad funcionarían como factor transdiagnóstico común a diferentes tipos de trastornos mentales, incluyendo la dependencia al alcohol (Pozza et al., 2014).

Dixon et al. (2014) realizaron en Estados Unidos una investigación en jóvenes adultos universitarios. El objetivo fue evaluar el rol de la sensibilidad a la ansiedad como moderador entre la ansiedad rasgo y el consumo de sustancias ilícitas. La hipótesis es que la relación entre la ansiedad rasgo y el consumo de sustancias sería moderado por la sensibilidad a la ansiedad, entonces en aquellos sujetos con sensibilidad a la ansiedad alta, se elevaría la ansiedad rasgo y el uso de sustancias.

Tomaron una muestra de 885 participantes, de entre 18 y 22 años, los cuales respondieron los siguientes auto-informes: Índice de Sensibilidad Ansiosa-3 (ASI-3; Taylor et al., 2007); Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo T (STAI-T; Spielberger et al., 1970); Cuestionario de Uso Ilícito de Sustancias, versión reducida (Viana et al., 2011).

Los resultados presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad y el consumo de sustancias. En cuanto al género, los hombres reportaron beber o consumir con más frecuencia que las mujeres. En cuanto a la ansiedad, el grupo con sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo elevados, aumentó la frecuencia de uso de sustancias. En este estudio la ansiedad rasgo posee una asociación positiva con el puntaje global del ASI-3, y particularmente con la dimensión preocupaciones físicas y preocupaciones cognitivas. El uso frecuente de sustancias

correlacionó positivamente con el puntaje global del ASI-3, pero no con la ansiedad rasgo. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la predicción del uso de sustancias y la relación entre ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad. Aquellos sujetos con niveles altos de sensibilidad a la ansiedad, puntuaron alto en relación a la ansiedad rasgo y el consumo de sustancias (Dixon et al., 2014).

7. Metodología

7.2. Diseño y tipo de estudio

Se utilizó un diseño No experimental, de corte transversal, de tipo correlacional y diferencia de grupos.

7.3. Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística, por conveniencia, compuesta por hombres y mujeres de 20 a 65 años, que residan en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y/o Gran Buenos Aires. Para este estudio se contó con 400 participantes ($n = 400$), los cuales debían ser mayores de edad, y encontrarse trabajando para el momento del estudio. Del total de los participantes la mitad pertenece al rubro gastronómico ($n = 199$), y los restantes trabajan en otros rubros, como educación, comercio, transporte, entre otros. Como criterios de exclusión se consideraron mujeres embarazadas ya que no pueden consumir bebidas alcohólicas, aquellos que se encuentren bajo tratamiento psicológico debido a algún cuadro de salud mental, y quienes no cumplan un año de trabajo completo al momento de responder.

Se evaluaron 400 participantes entre hombres y mujeres (55.8%) de 20 a 65 años. La media de edad fue de 32.80 años ($DE = 9.371$); considerando que la mayoría de la muestra de encuentra en el rango etario de 20 a 35 años (71.8%), seguidos por los que tienen de 36 a 51 años (20.8%), y por último los participantes que tienen entre 52 a 65 años (7.5%). En cuanto al estado civil el 51.5% de la población afirmó estar soltera/o, seguidos por aquellos casados o en concubinato (36.8%), separados o divorciados (10%), y viudos/as (1.8%). Se observó una diferencia notoria en relación al lugar de residencia, siendo Gran Buenos Aires el lugar donde vive la mayoría de los participantes (69%), los restantes pertenecen a Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por último, el nivel educativo máximo alcanzado de la muestra se distribuyó del

siguiente modo: 45.3% posee el secundario completo, un 34.5% afirmó poseer estudios terciarios completos, y un 9% universitario completo. En relación a la actividad laboral, la edad de inicio o edad a la que empezaron a trabajar, va de los 12 a los 38 años ($DE = 3.004$), con una media de 18.22 años. Y en cuanto al tiempo en que se encuentran activamente trabajando o tiempo de trabajo, es de 1 año mínimo y de 46 años máximo, con una media de 14.57 años ($DE = 9.334$), para el total de la población (tabla 1).

A fin de responder a los objetivos de investigación en la categoría trabajo el 50% de la muestra pertenece al rubro gastronómico. De los puestos ocupados dentro del rubro gastronómico encontramos que la mayoría son camareros (25.8%), seguidos por jefes de cocina (7.8%), cocineros (7%), jefes de salón (5.8%), bartenders (2%), y recepcionistas (1.3%). El grupo de los no gastronómicos se distribuye entre docentes, operarios, empleados, conductores, comerciantes, etc. En relación a los empleados gastronómicos, encontramos que el mínimo de pertenecía en este trabajo es de 1 año y el máximo de 42 años, con una media de 6.68 años ($DE = 6.336$).

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas

	Media	DE	Min.	Max.
Edad	32.80	9.371	20	60
Edad de inicio de trabajo	18.23	3.004	12	38
Tiempo de trabajo	14.57	9.334	1	46
Años en gastronomía	6.68	6.336	1	42

7.4. Instrumentos

Se creó un cuestionario sociodemográfico, para la recolección de datos y la delimitación de los criterios de inclusión para participar de la investigación. Además, se aclaró que la información brindada se utilizará para el Trabajo de Integración Final de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Argentina de la Empresa, y que la participación es anónima y voluntaria. Finalmente, se utilizó el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3), y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol en su versión reducida (AUDIT C), para la medición de variables.

7.4.1. Cuestionario Sociodemográfico

El mismo fue diseñado específicamente para este trabajo. Incluye el consentimiento informado. Se utilizó para recabar datos como género, edad, lugar de residencia, nivel de estudio y estado civil. Se efectuaron preguntas específicas que delimitaron los criterios de inclusión/exclusión para cumplir con los objetivos del trabajo, por ejemplo: si trabaja en el rubro gastronómico o no, cantidad de años que la persona está activa laboralmente, edad a la que comenzó a trabajar, entre otros. En el caso de que sea gastronómico, se relevan datos en relación al puesto que ocupa y cantidad de años en el rubro.

7.4.2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI; adaptada al español, Spielberger et al., 1982)

El STAI es un auto-informe que evalúa la ansiedad a través de dos dimensiones independientes: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La ansiedad estado indica el nivel de ansiedad como condición temporal que se presenta ante una situación específica. La ansiedad rasgo representa una tendencia generalizada a percibir situaciones como amenazantes (McDowell, 2006).

La escala contiene 40 ítems en total, que se dividen en dos sub escalas de 20 ítems cada una. Ansiedad estado contiene distintas frases que describen como puede sentirse la persona en un momento determinado, por ejemplo: “me siento calmado”. La ansiedad rasgo mide cómo puede sentirse la persona habitualmente, por ejemplo: “soy una persona estable”. Es apta para evaluar adultos y adolescentes, estén o no bajo tratamiento (Ercan et al., 2015; McDowell, 2006; Pozza et al., 2014). Ambas poseen formato de respuesta Likert de 0 a 3 puntos, que varían según la intensidad. El puntaje para la sub escala estado es el siguiente: 0 = nada; 1 = a veces; 2 = a menudo; 3 = casi siempre. En el caso de rasgo el puntaje es: 0 = casi nunca; 1 = algo; 2 = bastante; 3 = mucho. La puntuación total de cada una puede ir de 0 a 60 puntos. Si bien el STAI no posee un punto de corte específico, se consideran los puntajes totales obtenidos y se los transforma en centiles en función del género y la edad. (Ercan et al., 2015; McDowell, 2006; Pozza et al., 2014). Se estima un tiempo de respuesta de 15 a 20 minutos aproximadamente.

El STAI presenta altos criterios de confiabilidad y muy buena consistencia interna (Alfa de Cronbach .86), a nivel mundial. La sub escala estado tiene una excelente consistencia interna ($\alpha = .90 - .93$). La sub escala rasgo presenta una buena consistencia interna ($\alpha = .84 - .87$). En relación a la fiabilidad test-retest resultó buena para rasgo ($\alpha = .73 - .86$), (McDowell, 2006; Pozza et al., 2014). En cuanto a la validez externa muestra correlación con otras escalas que miden ansiedad, por ejemplo, la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell ($p = 0.73 - 0.85$).

7.4.3. Escala de Índice de Sensibilidad Ansiosa (ASI-3; Taylor et al., 2007; Traducción y adaptación al español por Solari & Borgiaizian, (2016): Universidad Argentina de la Empresa- UADE)

El ASI-3 es un auto-informe de 18 ítems desarrollado para evaluar la sensibilidad a la ansiedad: mide la tendencia de una persona a malinterpretar el significado de las sensaciones que produce la ansiedad. Se trata de una escala multidimensional que abarca tres dimensiones: preocupaciones físicas, preocupaciones cognitivas y preocupaciones sociales (Pozza et al., 2014; Solari & Borgiaizian, 2016), además de un componente superior que engloba la sensibilidad a la ansiedad del ASI-3 en su totalidad.

Las respuestas se clasifican en una escala Likert de 5 puntos. El puntaje va de 0 = muy poco a 4 = mucho. Los ítems hacen referencia a la ansiedad en relación a las tres dimensiones en que los síntomas se pueden presentar: preocupaciones físicas (ítems: 3, 4, 7, 8, 12,15), preocupaciones cognitivas (ítems: 2, 5, 10, 14, 16, 18) y preocupaciones sociales (ítems: 1, 6, 9 11, 13, 17). A cada sub escala le corresponden seis ítems que en conjunto brindan el puntaje global del ASI-3. Tiempo de duración aproximado: 5 minutos.

El ASI-3 fue validado en varios países. Existe evidencia empírica de que posee excelente consistencia interna en cada una de las dimensiones, como así en el puntaje total ($\alpha = 0.91$). Es un instrumento que ha demostrado buena validez convergente y discriminante, así como correlación en la prueba test-retest. (Solari & Borgiaizian, 2016; Pozza et al., 2014).

7.4.4. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT; Babor et al., 2001)

AUDIT es un auto-informe que tiene como objetivo identificar patrones perjudiciales o de riesgo en relación al consumo de alcohol (Pidd et al., 2015). Su versión completa contiene 10 preguntas que evalúan tres dominios: consumo de riesgo de alcohol (ítem 1 a 3), síntomas de dependencia (ítem 4 a 6) y consumo perjudicial de alcohol (ítem 7 a 10). En su totalidad la escala presenta un valor de entre 0 a 40 puntos (Pidd et al., 2015), medidos a través de respuesta Likert de 0 a 4. El punto de corte recomendado es 8, para indicar consumo de riesgo o dependencia al alcohol. Asimismo, se recomienda a la hora de establecer un nivel de consumo máximo, tener en cuenta factores culturales y estándares nacionales en relación a las bebidas alcohólicas (Babor et al., 2001). El criterio establecido es que, a mayor puntaje, hay más probabilidad de un consumo de riesgo, o dependencia al alcohol.

Para este trabajo utilizó la versión reducida AUDIT-C, que evalúa el primer dominio de la escala completa, con el objetivo de detectar consumo de riesgo. Los ítems consisten en tres preguntas: 1) ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?; 2) ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?; 3) ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo? El puntaje utilizado es de 1 a 12 puntos, como en la versión completa, y cada pregunta tiene un máximo de 4 puntos (Bulandr, 2015). AUDIT y sus versiones fueron validada en más de seis países (Babor et al., 2001; Pidd et al., 2015). Posee una buena consistencia interna (α de Cronbach .87), y es la única herramienta que fue diseñada específicamente para uso internacional.

8. Procedimientos

8.1. Recolección de datos

Las encuestas se administraron en formato de lápiz y papel. Se informó a los participantes que el objetivo de este trabajo era meramente académico, que la participación era anónima, voluntaria y que no habría una devolución sobre la misma. El periodo de recolección de datos fue de tres meses. Todos los participantes fueron contactados personalmente. Los empleados gastronómicos se convocaron a través de distintos restaurantes, hoteles y cadenas de comidas rápidas, para obtener

variedad en la muestra y en las tareas realizadas. Los no gastronómicos se los contactó a través de comercios, establecimientos educativos, oficinas, entre otros, ya que para ellos la condición establecida era trabajar por fuera de la gastronomía.

8.2. Análisis de datos

Para el análisis global de la muestra se obtuvieron medidas descriptivas, como medias, mínimas y máximas, más el análisis de los datos sociodemográficos, según, género, edad, estado civil, nivel educativo, lugar de residencia, edad a la que comenzaron a trabajar, y la cantidad de años que se encuentran activamente trabajando. Para los gastronómicos, se tuvieron en cuenta el puesto ocupado, la antigüedad en el mismo, entre otros. Los datos fueron procesados a través del Paquete Estadístico Para Ciencias Sociales (SPSS versión 20.0). Se realizaron análisis de comparación de grupos a través de pruebas ANOVAS, y para la asociación y relación entre variables se calcularon tablas de contingencia y correlaciones r de Pearson.

9. Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos a través del análisis de datos de la muestra, basados en los objetivos de investigación planteados en este trabajo. El análisis se realizó mediante diversas pruebas estadísticas ejecutadas en el programa SPSS. Para cumplir con el objetivo general de esta investigación, que plantea comparar ansiedad y consumo de alcohol entre gastronómicos y no gastronómicos, se describen en primer lugar el estado de las variables.

9.1. Estadísticos descriptivos globales en ansiedad y consumo de alcohol

En la escala Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), se tomaron en cuenta los baremos argentinos. Estos establecen la presencia de niveles bajos de ansiedad en quienes se encuentren por debajo del percentil 25, tanto para la ansiedad estado como para la ansiedad rasgo (Casullo, Figueroa & Aszkenazi, 1991). Se consideran niveles altos de ansiedad a los puntajes que se encuentren por encima del percentil 75, tanto para la escala de estado, como la de rasgo de ansiedad. Por lo tanto, aquellos sujetos que se encuentren entre los percentiles 26 y 74 presentan un nivel medio de ansiedad tanto de estado como de rasgo. Para la totalidad de la muestra se obtuvieron los siguientes resultados: para la ansiedad estado la media fue de 38.36 ($DE = 10.44$),

con un puntaje bruto mínimo de 20 y un máximo de 77. El puntaje medio de ansiedad estado corresponde al percentil 68, dentro de un nivel medio de ansiedad estado. Para la ansiedad rasgo, la media fue de 40.28 ($DE = 9.64$), con un puntaje mínimo de 21 y un máximo de 68 (tabla 2). El puntaje medio de ansiedad rasgo corresponde al percentil 78, por lo tanto, se encuentra en un nivel alto de ansiedad rasgo.

Los resultados de la muestra global en la Escala de Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3), la media fue 13.77 ($DE = 11.98$), con un mínimo de 0 y un máximo de 70. En relación a los factores de orden inferior del ASI-3, los puntajes fueron los siguientes: el nivel de preocupaciones físicas presentó una media de 4.80 ($DE = 5.23$), con un mínimo de 0 y un máximo de 24. Las preocupaciones cognitivas presentan una media de 3.18 ($DE = 4.21$), con un mínimo de 0 y un máximo de 23. Finalmente, las preocupaciones sociales obtuvieron una media de 5.79 ($DE = 4.28$) con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 23 (tabla 2).

Para el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT), se obtuvieron los siguientes resultados sobre la totalidad de la muestra: la media fue de 13.77 ($DE = 11.97$), con un mínimo de 0 y un máximo de 70. La primera pregunta: ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?, posee una media de 1.82 ($DE = 1.09$), con un mínimo 0 de y un máximo de 4. La pregunta: ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?, tiene una media de 0.63 ($DE = 0.95$), con un mínimo de 0 y un máximo de 4. Finalmente, la tercera pregunta: ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?, presenta una media de 0.75 ($DE = 0.99$), con un mínimo de 0 y un máximo de 4. En cuanto al puntaje global del AUDIT la media fue 3.21 ($DE = 2.47$), con un mínimo de 0 y un máximo de 12. La medida de consumo de riesgo presento una media de 1.68 ($DE = 0.98$), con un mínimo de 0 y un máximo de 3 (tabla 2). Los puntajes globales presentan diferencias significativas en relación a las sub escalas.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos globales en ansiedad y consumo de alcohol

	n	Min.	Max.	Media	DE
STAI-E	400	20	77	38.36	10.44
STAI-R	400	21	68	40.28	9.64
ASI-F	400	0	24	4.80	5.23
ASI-C	400	0	23	3.18	4.21
ASI-S	400	0	23	5.79	4.98
ASI GLOBAL	400	0	70	13.77	11.98
AUDIT-1	400	0	4	1.82	1.09
AUDIT-2	399	0	4	0.63	0.95
AUDIT-3	399	0	4	0.75	0.99
AUDIT GLOBAL	400	0	12	3.21	2.47
AUDIT RIESGO	400	0	3	1.68	0.98

Referencias: STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; ASI-F: preocupaciones físicas; ASI-C: preocupaciones cognitivas; ASI-S = preocupaciones sociales; ASI GLOBAL = puntajes globales ASI-3; AUDIT-1 = frecuencia de consumo; AUDIT-2 = cantidad de copas por ocasión de consumo; AUDIT-3 = frecuencia de consumo de seis o más copas por ocasión; AUDIT GLOBAL = puntajes globales de AUDIT; AUDIT RIESGO = consumo de riesgo y/o peligroso.

9.2. Estadísticos descriptivos de ansiedad y consumo de alcohol según rubros y anovas

En la tabla 3, se presentan los resultados que comparan el estado de las variables: ansiedad y consumo de alcohol, entre los grupos según rubro laboral. En relación al análisis de los puntajes de la muestra global por grupo, se hallaron los siguientes resultados. En la escala Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el grupo de gastronómicos obtuvo en ansiedad estado una media de 39.65 ($DE = 10.06$). Se encontró que las medias entre el grupo de gastronómicos y el grupo de no gastronómicos son diferentes de un modo estadísticamente significativo [$F(1, 399) = 5.91$; $p = .015$]; la ansiedad estado sería más elevada en el grupo de gastronómicos. En relación a la ansiedad rasgo, la media para el grupo de gastronómicos fue de 41.3 ($DE = 9.65$), medidas que en comparación con el grupo de no gastronómicos también obtuvieron diferencias significativas [$F(1, 399) = 4,37$; $p = .037$], siendo la ansiedad rasgo más elevada en aquellos sujetos que trabajan en el sector gastronómico (tabla 3).

Según el análisis de la Escala de Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3), a nivel global, el grupo de gastronómicos presentó una media de 14.4 ($DE = 11.89$). En comparación con el grupo de no gastronómicos, las medias no presentan una

diferencia estadísticamente significativa [$F(1, 399) = 1,05; p = .304$]. Para los factores de orden inferior del ASI-3, tampoco se encontraron diferencias significativas entre gastronómicos y no gastronómicos (tabla 3). Continuando con el grupo de gastronómicos, la media del nivel de preocupaciones físicas fue de 5.24 ($DE = 0.8$); [$F(1, 399) = 2,76; p = .097$]. Para el nivel de preocupaciones cognitivas, la media fue de 3.25 ($DE = 4.16$); [$F(1, 399) = 0,09; p = .755$]. Finalmente, para el nivel de preocupaciones sociales de la sensibilidad a la ansiedad, la media fue de 5.91 ($DE = 4.90$) para el grupo de gastronómicos; [$F(1, 399) = 0,21; p = .641$].

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de ansiedad y consumo de alcohol según rubros y anovas

	Gastronómicos (n = 199)		No gastronómico (n = 201)		ANOVA	
	Media	DE	Media	DE	F	p
STAI-E	39.63	10.04	37.1	10.7	5.91	.015
STAI-R	41.3	9.65	39.29	9.55	4.37	.037
ASI-F	5.24	0.8	4.37	5.22	2.76	.097
ASI-C	3.25	4.16	3.11	4.27	0.09	.755
ASI-S	5.91	4.90	5.68	5.07	0.21	.641
ASI GLOBAL	14.4	11.89	13.16	12.07	1.05	.304
AUDIT-1	1.97	1.02	1.67	1.13	7.86	.005
AUDIT-2	0.82	1.07	0.46	0.78	15.39	.000
AUDIT-3	0.98	1.06	0.54	0.86	20.4	.000
AUDIT GLOBAL	3.78	2.61	2.66	2.19	21.43	.000

Referencias: STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; ASI-F: preocupaciones físicas; ASI-C: preocupaciones cognitivas; ASI-S = preocupaciones sociales; ASI GLOBAL = puntajes globales ASI-3; AUDIT-1 = frecuencia de consumo; AUDIT-2 = cantidad de copas por ocasión de consumo; AUDIT-3 = frecuencia de consumo de seis o más copas por ocasión; AUDIT GLOBAL = puntajes globales de AUDIT; AUDIT RIESGO = consumo de riesgo y/o peligroso.

9.3. Coeficientes de correlación entre ansiedad y consumo de alcohol en trabajadores gastronómicos

En las siguientes tablas, se presentan las relaciones entre las variables de estudio dentro de cada grupo. En la tabla 4, se analiza si la ansiedad y el consumo de alcohol se relacionan entre sí dentro del grupo gastronómico. En este caso se puede observar una relación significativa entre la ansiedad estado y el consumo de alcohol entre la pregunta 1 de AUDIT: ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?; y con los tres factores de la sensibilidad a la ansiedad y su puntaje global. Siendo, ansiedad estado ($r = .145; p = .042$), preocupaciones físicas ($r = .194; p = .006$), preocupaciones cognitivas ($r = .168; p = .018$), y preocupaciones sociales ($r =$

.179; $p = .011$), ASI global ($r = .218$; $p = .002$). Además, se presenta una relación significativa entre la pregunta 3 de AUDIT: ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?, con la variable preocupaciones físicas ($r = .213$; $p = .003$), y los resultados globales del ASI-3 ($r = .168$; $p = 0.17$). En cuanto a los resultados globales de AUDIT, estos correlacionan significativamente con la variable preocupaciones sociales ($r = .202$; $p = .004$), así como, con los resultados globales del ASI-3 ($r = .158$; $p = .026$). Por último, para consumo de riesgo, se encontró relación con las variables preocupaciones físicas ($r = .144$; $p = .042$), preocupaciones sociales ($r = .181$; $p = .011$), y los resultados globales del ASI-3 ($r = .186$; $p = .009$).

Tabla 4: Coeficientes de correlación entre ansiedad y consumo de alcohol en trabajadores gastronómicos ($n = 199$)

	AUDIT-1	AUDIT-2	AUDIT-3	AUDIT GLOBAL	AUDIT RIESGO
STAI-E	.145 ($p = .042$)	-.006 ($p = .932$)	-.023 ($p = .744$)	.045 ($p = .531$)	.039 ($p = .585$)
STAI-R	.109 ($p = .126$)	-.114 ($p = .11$)	-.057 ($p = .426$)	-.027 ($p = .705$)	.016 ($p = .819$)
ASI-F	.194 ($p = .006$)	-.081 ($p = .255$)	.089 ($p = .213$)	.079 ($p = .266$)	.144 ($p = .042$)
ASI-C	.168 ($p = .018$)	.000 ($p = .995$)	.119 ($p = .093$)	.114 ($p = .107$)	.138 ($p = .053$)
ASI-S	.179 ($p = .011$)	.109 ($p = .126$)	.213 ($p = .003$)	.202 ($p = .004$)	.181 ($p = .011$)
ASI GLOBAL	.218 ($p = .002$)	.009 ($p = .899$)	.168 ($p = .017$)	.158 ($p = .026$)	.186 ($p = .009$)

Referencias: STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; ASI-F: preocupaciones físicas; ASI-C: preocupaciones cognitivas; ASI-S = preocupaciones sociales; ASI GLOBAL = puntajes globales ASI-3; AUDIT-1 = frecuencia de consumo; AUDIT-2 = cantidad de copas por ocasión de consumo; AUDIT-3 = frecuencia de consumo de seis o más copas por ocasión; AUDIT GLOBAL = puntajes globales de AUDIT; AUDIT RIESGO = consumo de riesgo y/o peligroso.

9.4. Correlaciones estadísticas entre ansiedad y consumo de alcohol en no gastronómicos

En cuanto al grupo no gastronómico (tabla 5) y la relación entre ansiedad estado-rasgo, sensibilidad a la ansiedad y consumo de alcohol los resultados son los siguientes. Para la variable ansiedad rasgo se presenta relación con la segunda pregunta de AUDIT: ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? ($r = .143$; $p = .044$), y con tercera pregunta AUDIT: ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo? ($r = .143$; $p = .044$). Asimismo, también correlaciona positivamente con los puntajes de la muestra global de AUDIT ($r = .149$; $p = .035$). Finalmente, se puede observar relación entre la variable preocupaciones sociales, con la pregunta 2 de

AUDIT: ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? ($r = .178$; $p = .012$), y con la pregunta 3 del mismo: ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo? ($r = .230$; $p = .001$).

Tabla 5: Correlaciones estadísticas entre ansiedad y consumo de alcohol en no gastronómicos ($n = 201$)

	AUDIT-1	AUDIT-2	AUDIT-3	AUDIT GLOBAL	AUDIT RIESGO
STAI-E	.074 ($p = .295$)	.02 ($p = .784$)	.054 ($p = .446$)	.066 ($p = .351$)	.057 ($p = .418$)
STAI-R	.082 ($p = .245$)	.143 ($p = .044$)	.143 ($p = .044$)	.149 ($p = .035$)	.123 ($p = .081$)
ASI-F	.028 ($p = .691$)	-.038 ($p = .594$)	-.055 ($p = .441$)	-.02 ($p = .777$)	-.019 ($p = .786$)
ASI-C	.011 ($p = .878$)	.069 ($p = .33$)	.035 ($p = .624$)	.042 ($p = .553$)	.04 ($p = .57$)
ASI-S	-.041 ($p = .564$)	.178 ($p = .012$)	.230 ($p = .001$)	.133 ($p = .059$)	.09 ($p = .204$)
ASI GLOBAL	-.001 ($p = .987$)	.083 ($p = .243$)	.085 ($p = .231$)	.062 ($p = .38$)	.044 ($p = .538$)

Referencias: STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; ASI-F: preocupaciones físicas; ASI-C: preocupaciones cognitivas; ASI-S = preocupaciones sociales; ASI GLOBAL = puntajes globales ASI-3; AUDIT-1 = frecuencia de consumo; AUDIT-2 = cantidad de copas por ocasión de consumo; AUDIT-3 = frecuencia de consumo de seis o más copas por ocasión; AUDIT GLOBAL = puntajes globales de AUDIT; AUDIT RIESGO = consumo de riesgo y/o peligroso

9.5. Estadísticos descriptivos en ansiedad según género y anovas

A continuación, se analizan las diferencias entre ansiedad estado-rasgo y sensibilidad a la ansiedad según género en empleados gastronómicos y no gastronómicos. Para la escala ansiedad estado-rasgo (STAI), se encuentran diferencias significativas por género, siendo las mujeres quienes presentarían ansiedad más elevada (tabla 6). El género femenino tiene una media de 38.86 ($DE = 10.99$) en ansiedad estado, en contrapartida con los masculinos [$F(1, 399) = 5.91$; $p = .015$]. En cuanto a la ansiedad rasgo, también se presentan diferencias significativas entre género, siendo la media en mujeres de 41.64 ($DE = 9.63$), y la de los hombres 38.59 ($DE = 9.40$) respectivamente, [$F(1, 399) = 4.37$; $p = .037$].

En la tabla 6 se puede ver que en relación a la sensibilidad a la ansiedad (ASI-3), no se hallaron diferencias significativas por género. El sub factor preocupaciones físicas presento para los hombres una media de 4.75 ($DE = 4.97$), y para las mujeres la media fue de 4.84 ($DE = 5.44$), [$F(1, 399) = 2.76$; $p = .097$]. Para el sub factor preocupaciones cognitivas, la media para los hombres fue de 3.01 ($DE = 3.55$), y el de las mujeres 3.32 ($DE = 4.66$), [$F(1, 399) = 0.09$; $p = .75$]. Finalmente, para el tercer

sub factor preocupaciones sociales, los hombres tienen una media de 5.72 ($DE = 4.89$), y las mujeres poseen una media de 5.06 ($DE = 5.86$), [$F(1, 399) = 0.21$; $p = .64$]. Así mismo, se calcularon los resultados globales para la escala la Escala de Índice de Sensibilidad Ansiosa (ASI-3), y tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas por género, siendo la media de los hombres 13.48 ($DE = 11$), y la de mujeres 14.01 ($DE = 12.72$), [$F(1,399) = 0.21$; $p = .64$].

Tabla 6: Estadísticos descriptivos en ansiedad según género y anovas

	Masculino (n = 177)		Femenino (n = 223)		ANOVA	
	Media	DE	Media	DE	F	p
STAI-E	37.73	9.69	38.86	10.99	5.91	.015
STAI-R	38.59	9.40	41.64	9.63	4.37	.037
ASI-F	4.75	4.97	4.84	5.44	2.76	.097
ASI-C	3.01	3.55	3.32	4.66	0.09	.75
ASI-S	5.72	4.89	5.86	5.06	0.21	.64
ASI GLOBAL	13.48	11	14.01	12.72	0.21	.64

Referencias: STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; ASI-F: preocupaciones físicas; ASI-C: preocupaciones cognitivas; ASI-S = preocupaciones sociales; ASI GLOBAL = puntajes globales ASI-3

9.6. Estadísticos descriptivos de ansiedad en gastronómicos según género

Uno de los puntos que se buscó analizar es, si dentro del grupo gastronómico se presentan diferencias en los niveles de ansiedad según el género (tabla 7). A través de una prueba ANOVA se encontró que para la ansiedad estado, las mujeres presentan una media de 40.38 ($DE = 10.20$). Aquí se halla una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el género masculino donde la media fue de 38.86 ($DE = 9.86$). Lo mismo sucede con la ansiedad rasgo, la media para las mujeres fue de 42.55 ($DE = 10.05$); y para los hombres la media resultó en comparación, más baja: 40 ($DE = 9.08$). Los resultados indicarían una diferencia significativa en relación a la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado entre hombres y mujeres que trabajan en el rubro gastronómico.

La sensibilidad a la ansiedad también presenta diferencias estadísticamente significativas según el género en gastronómicos, pero en este caso son los hombres quienes presentan un puntaje más elevado. En los resultados globales, los hombres tienen una media de 15.39 ($DE = 11.91$), en cambio las mujeres tienen una media de 13.44 ($DE = 11.85$). Para los sub factores del ASI-3 esta tendencia se mantiene.

Tabla 7: Estadísticos descriptivos de ansiedad en gastronómicos según género

	Masculino Gastronomía (n = 98)		Femenino Gastronomía (n = 101)	
	Media	DE	Media	DE
STAI-E	38.86	9.86	40.38	10.20
STAI-R	40	9.08	42.55	10.05
ASI-F	5.46	5.33	5.02	5.12
ASI-C	3.58	3.85	2.92	4.43
ASI-S	6.35	5.12	5.5	4.66
ASI GLOBAL	15.39	11.91	13.44	11.85

Referencias: STAI-E = ansiedad estado; STAI-R = ansiedad rasgo; ASI-F: preocupaciones físicas; ASI-C: preocupaciones cognitivas; ASI-S = preocupaciones sociales; ASI GLOBAL = puntajes globales ASI-3

9.7. Distribución de niveles de consumo de riesgo según rubro laboral

En la tabla 8 se presenta un análisis comparativo entre gastronómicos y no gastronómicos en relación al consumo de alcohol. Para el grupo de gastronómicos, los puntajes globales del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT), presentaron una media de 3.78 ($DE = 2.61$); [$F(1, 399) = 21,43$; $p = .000$]. Estos resultados muestran diferencias significativas con el grupo de no gastronómicos (tabla 3). Para primera pregunta del AUDIT: ¿Con que frecuencia consume una bebida alcohólica?, la media para el grupo de gastronómicos fue de 1.97 ($DE = 1.02$); [$F(1, 399) = 7,86$; $p = .005$]. Se encuentra una diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo de no gastronómicos, la cual indicaría que los gastronómicos consumen con más frecuencia bebidas alcohólicas.

En cuanto a la segunda pregunta del AUDIT: ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?, la media para los gastronómicos fue de 0.82 ($DE = 1.07$); [$F(1, 399) = 15,39$; $p = .000$], en este caso se presentan diferencias estadísticamente significativas en relación al grupo de no gastronómicos. Esto indicaría que, en un día de consumo normal, aquellos que trabajan en gastronomía beberían más que aquellos que no. Finalmente, para la tercera pregunta, ¿Con que frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?, la media para el grupo de gastronómicos es de 0.98 ($DE = 1.06$); [$F(1, 399) = 20,4$; $p = .000$], nuevamente se presentan diferencias estadísticas significativas en comparación con el grupo de no gastronómicos. Es decir que los gastronómicos consumirían seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo, reafirmando los puntajes de la pregunta dos del cuestionario.

Además, se analizó el nivel de consumo de alcohol en empleados gastronómicos en comparación con empleados no gastronómicos. En la tabla 8 se puede observar que el 7.54% de los empleados gastronómicos presenta un consumo de bajo riesgo, en cambio para consumo severo de alcohol, el mismo grupo representa el 34.67%. Estas proporciones se contraponen con el 16.92% de empleados no gastronómicos que presentan un consumo de bajo riesgo y un 16.42% de consumo severo de alcohol. Esta asociación en el nivel de consumo según rubro laboral resulto estadísticamente significativa [$\text{Chi}^2(3, 400) = 21.514; p = .000$], lo que sugiere una tendencia de consumo excesivo entre empleados gastronómicos, siendo población de riesgo en comparación con el grupo control. Es decir, se presenta una relación entre el rubro de trabajo y el consumo de riesgo o excesivo de alcohol en esta muestra (tabla 8).

Tabla 8: Distribución de niveles de consumo de riesgo según rubro laboral

	Rubro en que trabaja (n = 400)		
	Gastronómico	No gastronómico	Total
BAJO	15 (7.54%)	34 (16.92%)	49 (12.25%)
MODERADO	60 (30.15%)	70 (34.83%)	130 (32.5%)
ALTO	55 (27.64%)	64 (31.84%)	119 (29.75%)
SEVERO	69 (34.67%)	33 (16.42%)	102 (25.5%)
Total	199 (100%)	201 (100%)	400 (100%)

9.8. Distribución de niveles de consumo de riesgo según género y rubro laboral

En cuanto al nivel de consumo de alcohol por rubro según género se puede observar que de los hombres que trabajan en el rubro gastronómico, el 9.18% presenta un consumo de bajo riesgo (tabla 9). Por otro lado, un 12.66% de los hombres que trabajan por fuera de la gastronomía, realizan un consumo de bajo riesgo, encontrándose diferencias significativas en cuanto al consumo de bajo riesgo de alcohol. Para las mujeres, las que pertenecen al rubro gastronómico, el 5.94% realiza un consumo de bajo riesgo, en cambio, aquellas que no pertenecen al rubro representan el 19.67%. Aquí se puede observar diferencias significativas por rubro y género, que sugieren que el consumo de las mujeres que trabajan en gastronomía, suele ser más elevado que aquellas que se desempeñan en otros trabajos. En relación al consumo de riesgo, los hombres que trabajan en gastronomía representan el

46.24%, contra el 27.85% que pertenecen a otros rubros. En cambio, las mujeres que trabajan en gastronomía representan el 22.77% en cuanto al consumo de riesgo, siendo un 9.01% las que realizan este tipo de consumo y pertenecen a otros rubros laborales. En este punto, se encuentran diferencias significativas en cuanto al género y el rubro de trabajo. Aquellos que pertenecen al rubro gastronómico realizarían un consumo de riesgo, en comparación a los no gastronómicos, y dentro del grupo gastronómico, serían los hombres quienes realizan un consumo de riesgo más elevado que las mujeres (tabla 9).

Tabla 9: Distribución de niveles de consumo de riesgo según género y rubro laboral

	Masculino (n = 177)		Femenino (n = 233)	
	Gastronómico	No gastronómico	Gastronómico	No gastronómico
BAJO	9 (9.18%)	10 (12.66%)	6 (5.94%)	24 (19.67%)
MODERADO	14 (14.29%)	17 (21.52%)	46 (45.54%)	53 (43.44%)
ALTO	29 (29.59%)	30 (37.98%)	26 (25.74%)	34 (27.86%)
SEVERO	46 (46.24%)	22 (27.85%)	23 (22.77%)	11 (9.01%)
Total	98 (100%)	79 (100%)	101 (100%)	122 (100%)

En cuanto al análisis de variables según género (tabla 9), para los varones, la asociación no resultó estadísticamente significativa [$\chi^2(3, 177) = 6.870; p = .076$], lo que indicaría no hay diferencias en cuanto al consumo de riesgo entre varones según el rubro. En cambio, para las mujeres si se observa una asociación significativa en cuanto al rubro y el nivel de consumo [$\chi^2(3, 223) = 14.750; p = .002$], que sugiere que las mujeres que trabajan en gastronomía realizarían un consumo de riesgo mayor, que aquellas que trabajan en otros rubros.

10. Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue observar la relación entre ansiedad estado-rasgo, sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol entre empleados gastronómicos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Para la resolución del primer objetivo específico se realizaron medidas estadísticas descriptivas como media, mínima, máxima y desvío estándar. La

hipótesis planteada es que los empleados gastronómicos presentan un nivel más elevado de ansiedad estado-rasgo y sensibilidad a la ansiedad.

En este trabajo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre gastronómicos y no gastronómicos para la escala de ansiedad estado-rasgo. Aquellos que trabajan en gastronomía presentan una ansiedad estado-rasgo significativamente más elevada que aquellos que trabajan en otros rubros. Siguiendo a Duke et al. (2013) los establecimientos gastronómicos presentan características particulares que harían a los empleados más propensos a experimentar síntomas de ansiedad, lo que explicaría la diferencia entre ambos grupos en este trabajo. En otras palabras, resultados sugieren que quienes trabajan en gastronomía tendrían ansiedad más alta que aquellos que trabajen en otros rubros.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas para la sensibilidad a la ansiedad entre gastronómicos y no gastronómicos, tanto para el puntaje global como para los sub factores. En este sentido, hay acuerdo con la investigación de Pozza et al. (2014), donde presentan niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad aquellas personas que poseen un trastorno de ansiedad de base, lo que explicaría porque la muestra de este trabajo no presenta niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad. En cuanto a si hay una asociación positiva entre ansiedad rasgo y la dimensión preocupaciones físicas y preocupaciones cognitivas, como plantean Dixon et al. (2014), no se ve este tipo de asociación de forma significativa en esta investigación.

En resumen, se podría inferir que por las características de trabajo los gastronómicos serían más ansiosos que aquellos que trabajan por afuera de la gastronomía, pero no necesariamente vulnerables a la sensibilidad a la ansiedad. Por lo tanto, la hipótesis se confirma para la ansiedad estado-rasgo, pero no para la sensibilidad a la ansiedad.

El segundo objetivo fue analizar la relación entre la ansiedad estado-rasgo, sensibilidad la ansiedad y el consumo de alcohol en empleados gastronómicos y no gastronómicos, a través del coeficiente de correlación r de Pearson. La hipótesis planteada es que existe una relación positiva entre ansiedad y consumo de alcohol en empleados gastronómicos. Como se mencionó en el punto anterior, los empleados

gastronómicos presentan niveles de ansiedad más altos en comparación con aquellos que trabajan por fuera de la gastronomía.

En relación al consumo de alcohol, los gastronómicos presentan diferencias estadísticamente significativas que indicarían que realizan un consumo más elevado. En este trabajo se encontró para el grupo gastronómico una relación significativa entre ansiedad estado y el consumo de alcohol en la pregunta 1 de AUDIT: ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Y con respecto a la misma pregunta con la sensibilidad a la ansiedad. También existe una relación significativa entre la pregunta 3 de AUDIT: ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?, y los resultados globales del ASI-3. A saber, el consumo de alcohol en gastronómicos se relaciona positivamente con la ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad. Además, se presenta una correlación positiva entre consumo de riesgo y sensibilidad a la ansiedad.

Como ya se mencionó, Duke et al. (2013) afirman que los establecimientos gastronómicos presentan características particulares que harían a los empleados más propensos a experimentar síntomas de ansiedad. Además, siguiendo a Gimeno et al. (2017) las personas son más propensas a realizar conductas de afrontamiento desadaptativas ante las emociones negativas provocadas por la ansiedad (Dixon et al., 2014; Gimeno et al., 2017; Wolitzky et al., 2015). Por lo tanto, los gastronómicos consumirían mayor cantidad de bebidas alcohólicas, con mayor frecuencia, lo que indicaría que son propensos a realizar un consumo de riesgo. En base a esto, se podría inferir que el consumo funciona como conducta desadaptativa ante las emociones negativas generadas por las características del trabajo. Por otro lado, los resultados son consistentes con investigaciones previas (Dixon et al., 2014; Gimeno et al., 2017; Pozza et al., 2014; Wolitzky et al., 2015) que afirman que niveles de ansiedad elevados y niveles de altos de sensibilidad a la ansiedad son factores de riesgo para el consumo de sustancias y dependencia a las mismas.

El tercer objetivo específico fue analizar las diferencias entre ansiedad estado-rasgo y sensibilidad a la ansiedad según género en empleados gastronómicos y no gastronómicos, a través de prueba ANOVA. La tercera hipótesis plantea que existen diferencias en los niveles de ansiedad según género entre empleados gastronómicos y no gastronómicos.

En este trabajo la escala Ansiedad Rasgo–Estado (STAI), presenta diferencias significativas por género. Las mujeres presentan niveles de ansiedad más elevados tanto para ansiedad estado, como para ansiedad rasgo en comparación con los hombres. Entre gastronómicos y no gastronómicos, son las mujeres quienes presentarían niveles altos de ansiedad. En este caso, las mujeres presentan diferencias estadísticamente significativas tanto para la ansiedad estado como para la ansiedad rasgo en comparación con los hombres. Los resultados siguen la línea de los presentados por Gimeno et al. (2017) quienes afirman que las mujeres tienden a presentar niveles de ansiedad más elevados que los hombres.

Para la sensibilidad a la ansiedad en este trabajo no se hallaron diferencias significativas por género. Sin embargo, los gastronómicos presentan diferencias estadísticamente significativas según el género en relación a la sensibilidad a la ansiedad, pero en este caso son los hombres quienes presentan niveles más elevados en los resultados globales. Para los sub factores del ASI-3 esta tendencia se mantiene. Al igual que en trabajos previos, hay necesidad de ampliar las investigaciones a mayor población para hacer un relevamiento en cuanto a si hay diferencias en relación al género y la sensibilidad a la ansiedad (Gimeno et al., 2017; Pozza et al., 2014), ya que no hay evidencia en cuanto a al género y la sensibilidad a la ansiedad. Finalmente, en base a los resultados presentados la hipótesis queda confirmada.

El cuarto objetivo específico fue describir el nivel de consumo de alcohol en empleados gastronómicos y no gastronómicos. La hipótesis planteada es que los empleados gastronómicos realizan un consumo de alcohol elevado.

Los resultados muestran que el grupo de gastronómicos presenta diferencias estadísticamente significativas en cuanto al consumo en relación a los no gastronómicos. Como sugieren Bush y Lipari (2015), quienes trabajen en gastronomía presentarían mayor probabilidad de consumir alcohol que en otros rubros. Según Duke et al. (2013) los gastronómicos consumirían mayor cantidad de bebidas alcohólicas, y también con mayor frecuencia, convirtiéndose en una población vulnerable a realizar consumo de riesgo (Bush & Lipari., 2015; Duke et al., 2013).

En este trabajo la asociación del nivel de consumo de alcohol según rubro laboral resultó estadísticamente significativa. Se observa que el 16.92% de los no

gastronómicos realizaría un consumo de bajo riesgo, contra un 7.54% de los empleados gastronómicos. En cambio, en relación al consumo severo o de riesgo, los gastronómicos representa al 34.67% de la muestra contra el 16.42% de los trabajan por fuera de la gastronomía. En otras palabras, tanto la cantidad como la frecuencia de consumo redundan en el aumento de consumo de riesgo, que en este caso resulta elevado. Se puede afirmar que los resultados marcan una tendencia de consumo excesivo entre empleados gastronómicos, y que acorde a trabajos previos, representarían población de riesgo en comparación con el grupo control (Bush & Lipari., 2015; Duke et al., 2013), por lo tanto, la hipótesis se confirma.

Por último, el quinto objetivo fue analizar las diferencias en el consumo de alcohol según género en empleados gastronómicos y no gastronómicos. La hipótesis planteada es que existen diferencias en los niveles de consumo según género entre empleados gastronómicos y no gastronómicos. Para este punto se analizó la asociación entre variables a través de la prueba de diferenciación de proporciones (χ^2).

Como se mencionó anteriormente, las investigaciones muestran una prevalencia mayor en relación al consumo de alcohol entre los empleados gastronómicos en comparación con aquellos que trabajan en otros rubros (Bush & Lipari., 2015; Duke et al., 2013). En este trabajo se encontraron diferencias significativas en cuanto al género y el rubro de trabajo. El 9.18% de los hombres que trabajan en gastronomía presentan un consumo de bajo riesgo. Por otro lado, el 12.66% de los hombres que trabajan por fuera de la gastronomía, realizan un consumo de bajo riesgo, presentándose diferencias significativas para el consumo de bajo riesgo entre los hombres de ambos grupos. Para las mujeres, las que pertenecen al rubro gastronómico, el 5.94% realiza un consumo de bajo riesgo, en cambio, aquellas que no pertenecen al rubro representan el 19.67%. Nuevamente se presentan diferencias significativas.

En relación al consumo de riesgo, los hombres que trabajan en gastronomía representan el 46.24%, contra el 27.85% que pertenecen a otros rubros. En cambio, las mujeres que trabajan en gastronomía representan el 22.77% en cuanto al consumo de riesgo, el 9.01% de las mujeres que trabajan en otros rubros realiza consumo de

riesgo. En otras palabras, para el nivel de consumo de alcohol por rubro según género, se puede observar que los hombres y mujeres que no pertenecen al grupo gastronómico realizan un consumo bajo de alcohol. En cambio, en relación al consumo de riesgo, los hombres y mujeres que trabajan en gastronomía representan un porcentaje notablemente más elevado.

A saber, aquellos que pertenecen al rubro gastronómico realizarían un consumo de riesgo, en comparación a los no gastronómicos; y dentro del grupo gastronómico, serían los hombres quienes realizan un consumo de riesgo más elevado que las mujeres. Estos datos son consistentes con trabajos previos (Bush & Lipari., 2015; Duke et al., 2013), quienes afirman que no existe evidencia en relación al género y el consumo en gastronomía, pero si patrones de consumo excesivos para ambos sexos (Duke et al., 2013). Finalmente, la hipótesis queda confirmada, ya que en esta investigación se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género y el rubro de trabajo. Aquellos que pertenecen al rubro gastronómico realizarían un consumo de riesgo, en comparación a los no gastronómicos. Y dentro del grupo gastronómico, serían los hombres quienes realizan un consumo de riesgo más elevado que las mujeres.

11. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Como limitaciones de este trabajo, en primer lugar, se puede mencionar el tamaño de la muestra. Al realizar un estudio comparativo en el que se hizo hincapié sobre el grupo gastronómico, la muestra debía ser lo suficientemente amplia como para poder estudiar las variables propuestas. Esto hizo que se trabajara con una muestra de 200 gastronómicos, versus 200 personas que realizan trabajos por fuera de la gastronomía, obteniendo un grupo control heterogéneo en comparación con el grupo de estudio. Si bien los objetivos fueron acotados, delimitarlos en un principio resultó dificultoso debido a la variedad de características la muestra no gastronómica.

En segundo lugar, la falta de estudios que hay en relación a la gastronomía en general, la búsqueda de bibliografía fue exhaustiva y la mayoría son investigaciones relativamente actuales, que si bien tocaban el consumo de alcohol que es el eje de este trabajo, quizás muy pocos profundizaban en cuestiones como la ansiedad, la edad o el género.

Para futuras líneas de investigación se sugiere ampliar la muestra de gastronómicos, para así poder realizar un trabajo más profundo en relación a cuestiones propias que hacen al rubro, por ejemplo: tomar en cuenta los turnos de trabajo, especificar las tareas que realizan, y las diferencia entre las mismas, como para evaluar por ejemplo los niveles de ansiedad. También, hacer una diferenciación de la edad en la muestra ya que puede modificar el estado de las variables en relación a la ansiedad y al consumo de alcohol. Por último, para evitar que el grupo control sea heterogéneo, realizar un estudio comparativo entre gastronómicos y rubros puntuales, por ejemplo: gastronómicos vs. Vendedores, para centrarse en dos focos, rubros que compartan características similares, o analizar diferencias entre las distintas tareas dentro de la gastronomía.

12. Conclusión

La presente investigación determinó que, si existe una relación entre ansiedad, sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol y los empleados gastronómicos de Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Cumpliendo con el objetivo general de este trabajo, se hallaron correlaciones positivas en relación a la ansiedad, la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de alcohol en empleados gastronómicos. Por un lado, se demostró que los gastronómicos presentan niveles elevados de ansiedad y consumo de alcohol. Por otro lado, que el consumo de riesgo se relaciona de forma positiva con la sensibilidad a la ansiedad.

Asimismo, éste estudio cumplió con los objetivos específicos. Se encontraron diferencias significativas en relación a la ansiedad estado-rasgo y la sensibilidad a la ansiedad en empleados gastronómicos. En cuanto al género y la ansiedad las mujeres que trabajan en gastronomía presentaron niveles más elevados de ansiedad, tanto para estado como para rasgo. Sin embargo, la sensibilidad a la ansiedad no presentó diferencias significativas. Respecto al consumo de alcohol en empleados gastronómicos, los hombres son quienes consumen con más frecuencia y en mayor cantidad, lo cual implica un consumo de riesgo. Sin embargo, las mujeres también realizan un consumo frecuente moderado, pero no de riesgo.

Finalmente se concluye que aquellos hombres y mujeres que trabajan en gastronomía, presentan niveles elevados de ansiedad y consumen alcohol de manera más frecuente y con mayor probabilidad de riesgo que aquellos que trabajan en otros rubros.

En base a los resultados, y los múltiples factores que relacionan el consumo de alcohol en gastronómicos, es importante continuar con la investigación para poder determinar factores específicos que hacen al consumo en empleados gastronómicos, ya que representan un grupo de riesgo. De esta manera, se podrían generar formas de abordaje para este tipo de población.

Referencias

- Ames, G. M., & Benett, J. B. (2011). Prevention interventions of alcohol problems in the workplace, a review and guiding framework. *Alcohol research and health. The journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34 (2), 175-187
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: Autor.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Barlow, D. H. (1993). *Clinical handbook of psychological disorders (2nd. Ed)*. New York: Guilford press.
- Bulandr, K. V. (2015). Anxiety sensitivity, stress and problematic drinking behaviors among college students. *Honors projects* (170), 1-46. Recuperado de https://digitalcommons.iwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1169&context=psych_honproj
- Bush, D. M., & Lipari, R. N. (2015). The CBHSQ report: substance use and substance use disorder by industry. *Substance abuse and mental health services administration, center for behavioral health statics and quality*. Autor: Rockville, MD. Recuperado de <http://www.samhsa.gov/data/population-data-nsduh>
- Casullo, M. M., Leibovich de Figueroa, N. B., & Aszkenazi, M. (1991). *Teoría y técnica de evaluación psicológica*. Buenos Aires: Editorial Psicoteca.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Clark, D. A., Beck, A. T. (2012). *Terapias cognitivas para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Bilbao: Editorial Descleé de Brower S.A.
- DeHaas, R. A., Calamari, J. E., Bair, J. P., & Martin, E. D. (2001). Anxiety sensitivity and drug or alcohol use in individuals with anxiety and substance use disorders. *Addictive behaviors*, (26), 777-801. Doi: 10.1016/S0306-4603(01)00237-4
- Dixon, L. J., Stevens, E. N., & Viana, A. G. (2014). Anxiety sensitivity as moderator of the relationship between trait anxiety and illicit substance use. *Psychology of addictive behaviors*, 28 (4), 1284-1289. Doi: 10.1037/a0037643
- Duke, M. R., Ames, G. M., Moore, R. S., & Cunradi, C. B. (2013). Divergent drinking patterns of restaurant workers: the influence of social networks and job position. *J workplace behaviour health*, 28 (1), 30-45. Doi: 10.1080/15555240.2013.755447
- Ercan, I., Hafizoglu, S., Ozkaya, G., Kirli, S., Yalcintas, E., & Akaya, C. (2015). Examining cut-off values for state-trait anxiety inventory. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 24 (2), 143-148.
- Frone, M. R. (2006). Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: a U.S. national survey. *Journal of studies on alcohol*, 67 (1), 147-156.
- Gimeno, C., Dorado, M. L., Roncero, C., Szerman, N., Vega, P., Balanzá-Martínez, V., & Álvarez, F. J. (2017). Treatment of comorbid alcohol dependence and anxiety disorder: review of the scientific evidence and recommendation for treatment. *Frontiers in psychiatry*, 8 (10), 173. Doi: 10.3389/fpsy.2017.00173
- Kalina, M. (2010). Alcohol y sida: integrando HIV y alcoholismo en la investigación clínica. *Alcohol research and health*, 33 (3), 62-66. *Actualizaciones en alcoholología*, (9), 23-26.
- Kushner, M. G., Kennerly, A., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical psychology review*, 20 (2), 149-171.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Mae Wood, C., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., & Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Psychosocial intervention*, 18 (3), 213-231.

- Ministerio de salud de la nación argentina. (2011). *Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina 2011*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de los informes en línea del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud: <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones>
- Muschalla, B. (2009). Workplace phobia. *German journal of psychiatry*, 12, 45-53.
- Organización mundial de la salud. (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington, D.C: Autor. Recuperado de los informes en línea de Alcohol y Salud pública en las Américas: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
- Organización internacional del trabajo. (1996). *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*. Ginebra: Autor. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf
- Pidd, K., Roche, A., & Fischer, J. (2015). A recipe for good mental health: a pilot randomised controlled trial of psychological wellbeing and substance use intervention targeting Young chefs. *Drugs: education, prevention and policy* 22 (4), 1-10. Doi: 10.3109/09687637.2015.1016400
- Pozza, A., Berardi, D., Domenichetti, S., & Déttore, D. (2014). Anxiety sensitivity in patients with alcohol dependence: a cross-sectional case-control study. *American journal of public health research*, 2 (6), 260-265. Doi: 10.12691/ajphr-2-6-8
- Ruiz Cortés, E., Carreño García, S., Martínez Vélez, N., Juárez García, F., & Medina-Mora, M. E. (2006). Relación entre el consumo de alcohol, salud mental y síntomas somáticos en un grupo de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la ciudad de México. *Salud mental*, 29 (2), 52-58.
- Solari, A. A., Bogiaizian, D., & Maglio, M. L. (2016). Índice de sensibilidad ansiosa-3: evaluación de sus propiedades psicométricas con población de Buenos Aires. *Revista Anxia Argentina, anuario 2016*, 22, 28-32.
- Stewart, S. H., & Kushner, M. G. (2001). Introduction to special issue on anxiety sensitivity and addictive behaviors. *Addictive behaviors*, (20), 775-785. Doi: 10.1016/S0306-4603(01)00236-2
- Wolitzky-Taylor, K., Brown, L. A., Roy-Bryne, P., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., & Craske, M. (2015). The impact of alcohol use severity on anxiety treatment outcomes in a large effectiveness trial in primary care. *Journal of anxiety disorders*, (30), 88-93. Doi: 10.1016/j.janxdis.2014.12.011
- Zvolensky, M. J., Bogiaizian, D., López Salazar, P., Farris, S. G., & Bakhshaie, J. (2014). An anxiety sensitivity reduction smoking-cessation program for spanish-speaking smokers (Argentina). *Cognitive and behavioral practice*, 21 (1), 350-363. Doi: 10.1016/j.cbpra.2013.10.005

Anexos

Los siguientes cuestionarios hacen referencia a distintas experiencias que pueden vivir las personas en relación a la ansiedad, el consumo de alcohol y la percepción que se tiene sobre uno mismo. Los mismos, están destinados a hombres y mujeres que actualmente trabajen, de entre 20 y 65 años de edad, que vivan en Capital Federal o Gran Buenos Aires.

Los datos obtenidos son confidenciales y serán utilizados solo con fines académicos y educativos para el trabajo de integración final (TIF) de la Licenciatura en Psicología perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Argentina de la Empresa. Completar los formularios le llevará entre 15 y 20 minutos aproximadamente. La participación es voluntaria y anónima, se garantiza confidencialidad.

Por favor, si está de acuerdo en colaborar marque con una cruz aquí:

He leído y entendido la información brindada. Estoy dispuesto a participar en el estudio.

Firma:

Fecha:

Cuestionario Sociodemográfico

Edad:

Género:

Masculino [] Femenino []

Estado civil:

Soltero [] Casado/Concubinato [] Separado/Divorciado [] Viudo []

Lugar de Residencia:

Ciudad autónoma de Buenos Aires [] Gran Buenos Aires []

Nivel Educativo (*Por favor marque solo una opción, la máxima alcanzada*)

Primario Completo [] Primario Incompleto []

Secundario Completo [] Secundario Incompleto []

Terciario Completo [] Terciario Incompleto []

Universitario Completo [] Universitario Incompleto []

Actualmente trabaja:

SI [] NO []

Rubro en el que trabaja (Si tiene más de un trabajo mencione aquel que le demande más cantidad de horas):

Gastronómico [] Otro []

Especifique.....

Si es gastronómico, ¿hace cuantos años pertenece al rubro?

.....

Tiempo de antigüedad en su puesto actual (en años):

.....

Si trabaja en Gastronomía, en cuál de los siguientes sectores desarrolla sus tareas cotidianas (Por favor, solo maque una opción, la que más se ajuste a sus tareas):

Mozo de salón / Camarero []

Jefe de salón / Encargado []

Cajero [] Recepción []

Jefe de cocina []

Cocinero / Auxiliar de cocina []

Bartender / Barista []

Cuestionario A

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Por favor, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted ahora mismo, en este momento**.

No hay respuestas buenas ni malas. No utilice demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor indique su situación presente. No deje respuestas incompletas.

0- Nada

1- Algo

2- Bastante

3- Mucho

1. Me siento calmado	
2. Me siento seguro	
3. Estoy tenso	
4. Estoy contrariado	
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	
6. Me siento alterado	
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	
8. Me siento descansado	
9. Me siento angustiado	
10. Me siento confortable	
11. Tengo confianza en mí mismo	
12. Me siento nervioso	
13. Estoy desasosegado	
14. Me siento muy <<atado>> (como oprimido)	
15. Estoy relajado	
16. Me siento satisfecho	
17. Estoy preocupado	
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	
19. Me siento alegre	
20. En este momento me siento bien	

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Por favor, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted en general, la mayoría de las ocasiones**.

No hay respuestas buenas ni malas. No utilice demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor indique su situación presente. No deje respuestas incompletas.

0. Casi nunca

1. A veces

2. A menudo

3. Casi siempre

21. Me siento bien	
22. Me canso rápidamente	
23. Siento ganas de llorar	
24. Me gustaría ser tan feliz como los otros	
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	
26. Me siento descansado	
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	
30. Soy feliz	
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	
32. Me falta confianza en mí mismo	
33. Me siento seguro	
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	
35. Me siento triste (melancólico)	
36. Estoy satisfecho	
37. Me rondan y me molestan pensamientos sin importancia	
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	
39. Soy una persona estable	
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me tenso y agito	

Cuestionario B

Por favor marque con un círculo el número que mejor indique el nivel en que usted está de acuerdo con cada afirmación. **Si alguna afirmación se refiere a algo que usted nunca experimentó (ejemplo, desmayarse en público), conteste sobre la base de cómo usted piensa que podría sentirse si atravesara tal experiencia.** Si no es así, conteste todas las afirmaciones basándose en su propia experiencia.

Marque con un círculo un solo número por cada afirmación y por favor no deje ninguna pregunta sin responder.

	Muy poco	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Es importante para mí no parecer nervioso	0	1	2	3	4
2. Cuando no puedo mantener mi mente en una tarea me preocupa que pudiera estar volviéndome loco	0	1	2	3	4
3. Me asusta cuando mi corazón late rápidamente	0	1	2	3	4
4. Cuando tengo molestias estomacales, me preocupa que pudiera estar severamente enfermo	0	1	2	3	4
5. Me asusta cuando soy incapaz de poder mantener mi mente en una tarea	0	1	2	3	4
6. Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pudiera pensar de mi	0	1	2	3	4
7. Cuando siento dolor en el pecho, me asusta que no sea capaz de respirar correctamente	0	1	2	3	4
8. Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que pueda tener un ataque al corazón	0	1	2	3	4
9. Me preocupa que otra gente pueda notar mi ansiedad	0	1	2	3	4
10. Cuando me siento "desconectado" o disociado,	0	1	2	3	4

me preocupa que quizás
esté mentalmente enfermo

11. Me asusta cuando me sonrojo frente a la gente	0	1	2	3	4
12. Cuando noto que mi corazón late fuerte, me preocupa que haya algo seriamente mal en mí	0	1	2	3	4
13. Cuando comienzo a transpirar en una situación social, temo que la gente pensará negativamente de mí	0	1	2	3	4
14. Cuando mis pensamientos van muy rápido, me preocupa que pudiera estar volviéndome loco	0	1	2	3	4
15. Cuando siento que se me cierra la garganta, me preocupa que pudiera morir ahogado	0	1	2	3	4
16. Cuando tengo dificultades en pensar claramente, me preocupa que haya algo mal en mí	0	1	2	3	4
16. Pienso que sería horrible para mí desmayarme en publico	0	1	2	3	4
18. Cuando mi mente queda en blanco, me preocupa que haya algo terriblemente mal en mí	0	1	2	3	4

Cuestionario C

A continuación, encontrará unas preguntas asociadas al consumo de alcohol. Por favor, lea cada frase **marque con una X** el casillero que indique mejor su experiencia con este tipo de bebidas. A modo de ejemplo se mencionan alguna de ellas: fernet, cerveza, vino, etc. Trate de ser lo más honesto posible en sus respuestas. Por favor, no deje preguntas incompletas.



A.1- ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- 0) Nunca []
- 1) Una o menos veces al mes []
- 2) Dos o cuatro veces al mes []
- 3) Dos o tres veces a la semana []
- 4) Cuatro o más veces a la semana []

A.2- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 0) Una o dos []
- 1) Tres o cuatro []
- 2) Cinco o seis []
- 3) Siete a nueve []
- 4) Diez o más []

A.3- ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- 0) Nunca []
- 1) Menos de una vez al mes []
- 2) Mensualmente []
- 3) Semanalmente []
- 4) A diario o casi a diario []