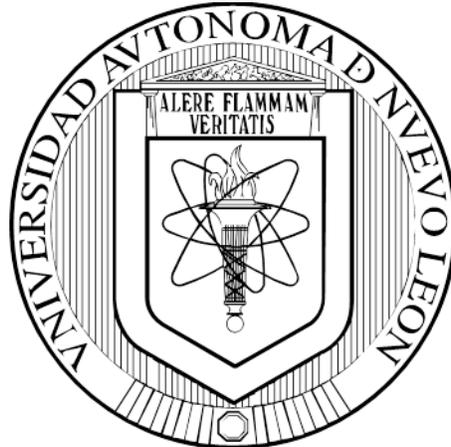


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



ESTRÉS DE CONCIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

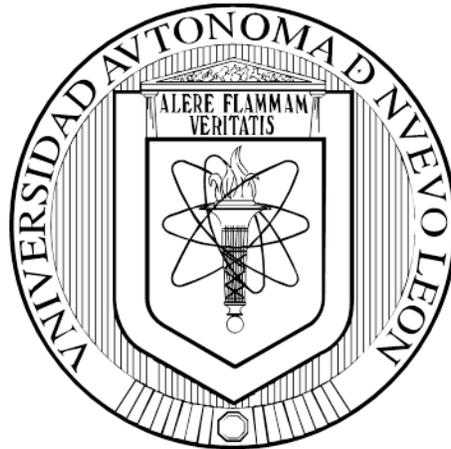
POR

LIC. GRECIA VERÓNICA BONILLA DÍAZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAestrÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTRÉS DE CONCIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

POR

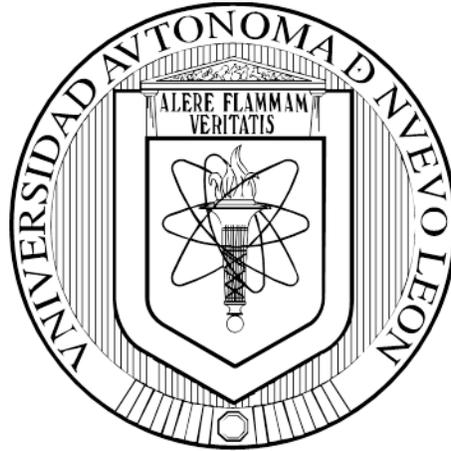
LIC. GRECIA VERÓNICA BONILLA DÍAZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAestrÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARÍA TERESA DE JESÚS ALONSO CASTILLO

JUNIO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTRÉS DE CONCIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

POR

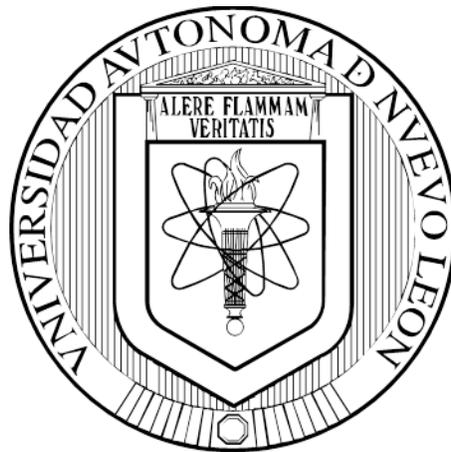
LIC. GRECIA VERÓNICA BONILLA DÍAZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAestrÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

CO-ASESOR
DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

JUNIO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTRÉS DE CONCIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

POR

LIC. GRECIA VERÓNICA BONILLA DÍAZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAestrÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

JUNIO, 2016

ESTRÉS DE CONCIENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Aprobación de Tesis

Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo

Director de tesis

Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo

Presidente

MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez

Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para la realización de mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por la facilidad que brinda a sus estudiantes para poder formarse y desarrollarse profesionalmente.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por brindarme la oportunidad de iniciar mis estudios de posgrado, por compartir sus conocimientos y fomentar mis habilidades.

A la Dra. María Teresa De Jesús Alonso Castillo, Director de Tesis, por su guía durante este proyecto, su paciencia, sus conocimientos, sus enseñanzas, su tiempo, sus palabras de ánimo, por compartir su sabiduría y por su dedicación para lograr el cumplimiento de mi meta, por alentarme y por su apoyo incondicional.

A la MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez por sus aportaciones para el mejoramiento de esta tesis, por su apoyo y amabilidad durante este tiempo.

A los profesores del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que estuvieron involucrados en mi formación académica, gracias por su apoyo.

A mis compañeros y amigos de la Clínica FAEN, gracias por su apoyo.

Dedicatoria

A Dios, por permitirme cumplir una más de mis metas, por darme esa fortaleza cuando más la necesitaba y siempre estar a mi lado.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional, pero muy en especial a Verónica Díaz Estrada por que desde siempre has estado a mi lado en todo momento, alentándome a ser cada día mejor y superarme en todo momento, por que siempre creíste en mí y jamás me dejaste sola en ningún momento, te amo infinitamente.

A mi hijo, que me hizo sacar fuerzas cuando más las necesitaba y con sus pataditas de amor me hacia sentir ese gran amor que mi vida necesitaba. Te amo siempre.

A mis hermanos que a su manera siempre particular me apoyaron cuando los necesite.

A Ana Mena, por su amistad incondicional y estar siempre para mi en todo momento, incluso cuando yo decidía alejarme, siempre estuviste ahí. Te quiero de más.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	6
Estudios Relacionados	10
Definición de Términos	19
Objetivos	22
Capítulo II	
Metodología	23
Diseño del Estudio	23
Población, Muestreo y Muestra	23
Instrumentos de Medición	23
Procedimiento de Recolección de Datos	25
Consideraciones Éticas	27
Análisis de Datos	28
Capítulo III	
Resultados	30
Consistencia Interna de los Instrumentos	30
Estadística Descriptiva	31
Estadística Inferencial	41
Capítulo IV	
Discusión	62

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Conclusiones	76
Recomendaciones	78
Referencias	80
Apéndices	88
A. Cédula de Datos Personales y de Prevalencias de Consumo de Drogas Lícitas (CDPyPCDL)	89
B. Escala de Estrés de Conciencia (SCQ)	91
C. Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	93
D. Consentimiento Informado	94
E. Carta de Solicitud de Autorización a la Institución Hospitalaria	96
F. Oficio de Autorización de la Institución Hospitalaria	97

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia Interna de la Escala Estrés de Conciencia (SCQ) y Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	30
2. Características sociodemográficas de los participantes	31
3. Características laborales del personal de Enfermería	32
4. Frecuencias y proporciones de la Escala Estrés de Conciencia (SCQ), Subescala: Demandas Externas	33
5. Frecuencias y proporciones de la Escala Estrés de Conciencia (SCQ), Subescala: Demandas Internas	35
6. Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT	37
7. Frecuencias y proporciones de los indicadores del consumo de alcohol dependiente de acuerdo al AUDIT	38
8. Frecuencias y proporciones de los indicadores del consumo de alcohol dañino de acuerdo al AUDIT	39
9. Frecuencias y proporciones por tipo de consumo de tabaco	40
10. Medidas de tendencia central, de dispersión y Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con Corrección Lilliefors	41
11. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en el personal de enfermería	43
12. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco en el personal de enfermería	44
13. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por edad	45
14. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por sexo	45
15. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por escolaridad	46

16. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral	47
17. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por años de experiencia laboral	47
18. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por edad	48
19. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por sexo	49
20. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por escolaridad	50
21. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por categoría laboral	50
22. Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por años de experiencia laboral	51
23. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por edad	52
24. Coeficiente de Correlación de Spearman para el índice de estrés de conciencia y edad en el personal de enfermería	52
25. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por sexo	53
26. Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por escolaridad	54
27. Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por categoría laboral	55
28. Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por años de experiencia laboral	56
29. Coeficiente de Correlación de Spearman para el índice de estrés de conciencia y años de experiencia laboral	56
30. Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y tabaco y estrés de conciencia en el personal de enfermería	57
31. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol	59
32. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por tipo de prevalencia de consumo de tabaco	60

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Relación de las variables estrés de conciencia y consumo de alcohol y tabaco	10

Resumen

Grecia Verónica Bonilla Díaz
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio, 2016

Título del Estudio: ESTRÉS DE CONCIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Número de páginas: Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito fue identificar la relación que existe del estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería de una institución de salud pública ubicada en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 800 enfermeros de ambos sexos de una institución de salud pública en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó un muestro irrestricto aleatorio y el tamaño de la muestra se determinó a través del paquete estadístico n'Query Advisor Versión 4.0 (Elshoff, Dixon, Crede y Fotheringham, 1997). Se estimó la muestra para una proporción con un intervalo de confianza (IC) de 95% con un límite de error de estimación de .05. Se determinó, una muestra final de 278 enfermeros. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Drogas Lícitas y los instrumentos: Escala de Estrés de Conciencia [SCQ] que obtuvo confiabilidad de 0.87 y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] que tuvo una consistencia interna de 0.82. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se utilizó estadística no paramétrica: U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Coeficiente de Correlación de Spearman.

Contribución y Conclusiones: La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 17.9 años con un consumo de 4.5 bebidas alcohólicas en un día típico. La prevalencia global de consumo de alcohol fue de 88.1% IC 95% [84-91], prevalencia lápsica de 78.0% IC 95% [73-82], actual de 70.8% (IC 95% [65-76]) e instantánea de 57.5% IC 95% [51-63]. El consumo de alcohol mostró diferencias significativas por sexo ($\chi^2 = 76.579$, $p = .001$) el sexo femenino presentó mayor consumo sensato (67.8%) y el consumo dependiente y dañino fue mayor para el sexo masculino (33.8%, 51.5%). Respecto al consumo de tabaco la edad promedio de inicio de consumo fue de 18.6 años con un consumo de 5.2 cigarros en un día típico. La prevalencia global de consumo de tabaco fue de 46.9% IC 95% [40-51], prevalencia lápsica de 42.8% IC 95% [36-48], actual de 39.2% (IC 95% [33-44]) e instantánea de 32.7% IC 95% [27-38]. El consumo de tabaco mostró diferencias significativas por edad ($\chi^2 = 11.426$, $p = .022$) el personal de 18 a 39 años reportó mayor proporción de fumadores diarios (26.0%), asimismo se reportó diferencia significativa por sexo ($\chi^2 = 11.426$, $p = .022$) el sexo femenino presentó mayor proporción de no fumadores (61.8%) y la proporción de fumador diario y dependiente fue mayor para el sexo masculino (36.5%, 5.4%).

Con respecto al estrés de conciencia se identificó una relación positiva y significativa con la edad ($r_s = .129, p < .05$) y en la subescala demandas externas ($r_s = .162, p < .01$). A mayor edad, mayor estrés de conciencia total y en la subescala demandas externas. Asimismo se identificó una relación positiva significativa de la escala estrés de conciencia ($r_s = .121, p < .05$) y en la subescala demandas externas ($r_s = .162, p < .01$) y los años de experiencia laboral. A mayor experiencia laboral, mayor estrés de conciencia total y en la subescala demandas externas. Además se identificó una relación positiva significativa de la escala estrés de conciencia y la edad de inicio de consumo de alcohol ($r_s = .135, p < .05$) y subescala demandas externas ($r_s = .65, p < .01$) con la edad de inicio de consumo de alcohol. A mayor edad de inicio de consumo de alcohol, mayor estrés de conciencia total y en la subescala de demandas externas. Asimismo se identificó una relación positiva significativa de la escala estrés de conciencia y la cantidad de cigarros consumidos en un día típico ($r_s = .273, p < .01$) y subescala demandas externas ($r_s = .165, p < .01$) con la cantidad de cigarros consumidos en un día típico. A mayor estrés de conciencia total y en la subescala de demandas externas, mayor cantidad de cigarros consumidos en un día típico.

Respecto al estrés de conciencia y los tipos de prevalencia, se encontró significancia estadística en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia global de consumo de alcohol ($U = 2942.5, p = .011$) donde el personal que consumió alcohol alguna vez en la vida presentó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 22.8, Mdn = 21.1$) de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no ha consumido alcohol ($\bar{X} = 16.9, Mdn = 15.5$). Asimismo se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de alcohol en el último año ($U = 5285.5, p = .016$) donde el personal de enfermería que consumió alcohol en el último año presentó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 22.9, Mdn = 21.1$) de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió alcohol en el último año ($\bar{X} = 19.1, Mdn = 18.8$).

Referente al estrés de conciencia y la prevalencia de consumo de tabaco, se encontró significancia estadística en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia global de consumo de tabaco ($U = 7499.0, p = .002$) donde el personal que consumió tabaco alguna vez en la vida presentó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 24.6, Mdn = 22.2$) de estrés de conciencia en comparación con el personal que no ha consumido tabaco ($\bar{X} = 19.9, Mdn = 18.8$). Asimismo se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco en el último año ($U = 7292.5, p = .001$) donde el personal de enfermería que consumió tabaco en el último año presentó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 24.9, Mdn = 22.2$) de estrés de conciencia en comparación con el personal que no consumió tabaco en el último año ($\bar{X} = 20.0, Mdn = 18.8$). De la misma manera se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco actual ($U = 6828.0, p = .001$) donde el personal de enfermería que consumió tabaco en el último mes presentó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 25.5, Mdn = 22.2$) de estrés de conciencia en comparación con el personal que no consumió tabaco en el último mes ($\bar{X} = 19.9, Mdn = 18.8$). También se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco instantánea ($U = 6752.0, p = .005$) donde el personal de enfermería que consumió tabaco en los últimos siete días presentó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 24.6, Mdn = 22.2$) de estrés

de conciencia total en comparación con el personal que no consumió tabaco en los últimos días (\bar{X} = 20.8, Mdn = 18.8).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo y abuso de sustancias como el alcohol y tabaco constituye uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad que se presenta a nivel nacional e internacional. El daño a la salud de estas sustancias afecta al individuo, a su familia y a la comunidad en general ya que el consumo y abuso de alcohol y tabaco se asocia con problemas de salud, sufrimiento familiar, bajo rendimiento laboral, violencia, aumento en el número de accidentes y actos ilícitos (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]; Secretaría de Salud [SS], 2012).

El alcohol afecta a las personas y a las sociedades de diferentes maneras y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y la calidad del alcohol. El uso nocivo de alcohol a nivel mundial causa la muerte de 3.3 millones de personas anualmente, provocando daños en el bienestar y en la economía (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En México el principal problema de adicción es el consumo de alcohol, el patrón de consumo típico de los casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años, es de grandes cantidades por ocasión y presentan frecuencias que oscilan entre menos de una vez al mes y hasta el consumo diario (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública [CONADIC-SS], 2008).

Cabe señalar que el uso de alcohol entre la población adulta aumentó significativamente del 2002 al 2011. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida se incrementó de 72% a 77.1%, el 88.1% del sexo masculino y 67.0% del femenino, en cuanto a la prevalencia de consumo de los últimos doce meses, se incrementó de 51.3% a 55.7% y la del último mes aumentó de 22.2% a 35%. Asimismo por patrón de consumo se reportó un incremento significativo en la dependencia al alcohol al aumentar de 4.6% a 6.6%; por sexo se observó la misma tendencia, los hombres incrementaron su nivel de dependencia (9.6% a 11.8%) y las mujeres (0.7% a 1.7%).

Además se reportó que el consumo de grandes cantidades de alcohol ocurre al menos una vez por semana, principalmente en la región Nororiental de México (Tamaulipas, Nuevo León y San Luis Potosí); la cerveza se reportó como la bebida con más alta prevalencia de consumo con 55.7% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública [CONADIC-SS], 2011).

En Nuevo León se encontró que el 55.1% de la población adulta consumía alcohol, de los cuales el 72.0% pertenecía al sexo masculino y el 38.7% al femenino. Por patrón de consumo se encontró que 49.7% de los hombres y 9.6% de las mujeres, refirieron haber consumido alcohol en exceso en el último mes. Por lo anterior se ubicó al estado de Nuevo León en la posición número uno (29.4%) dentro de todos los estados de la Republica Mexicana, por encima de la media nacional (20.9%) de la población que se intoxicó con alcohol en el último mes (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

Respecto al consumo de tabaco, este se mantiene entre las primeras cinco causas de muerte prevenibles a nivel mundial, sin embargo más de 1,000 millones de personas lo consumen, lo que ocasiona que cada año a nivel mundial mueran casi 6 millones de personas a causa del mismo, provocando pérdidas económicas de gran magnitud. Cada seis segundos aproximadamente, muere una persona a causa del tabaco, lo que representa una de cada 10 defunciones de adultos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En México, la prevalencia de consumo activo de tabaco es de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% (12 millones) de los hombres y 12.6% (5.2 millones) de las mujeres son fumadores activos y 7.1 millones de mexicanos de entre 12 y 65 años fuman diariamente, los cuales iniciaron su consumo aproximadamente a los 20.4 años de edad.

Además el patrón de consumo diario de los mexicanos es de 6.5 cigarros al día y el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día es uno de los

indicadores más importantes de adicción y en México el 11.4% de los fumadores activos en el último mes (1.5 millones de personas) fumaron su primer cigarro 30 minutos después de despertarse; este nivel de adicción fue similar en hombres (12.6%) y mujeres (8.6%) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública [CONADIC-SS], 2011).

Respecto al estado de Nuevo León, se encontró que el 40.5% de la población de 20 a 65 años han fumado más de 100 cigarrillos en toda su vida, con un porcentaje mayor en hombres (54.8%) que en mujeres (26.5%). A su vez se reportó que el estado de Nuevo León (27.9%) se ubicó en la posición número seis entre todos los estados de la República Mexicana y por encima de la estimación nacional de personas consumidoras (23.0%) (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1993) los juristas, el personal doméstico, los directores de empresa, el personal de las fuerzas armadas y los profesionales de la salud presentan un elevado consumo de alcohol y el consumo de drogas como el alcohol y tabaco es más intenso entre médicos, enfermeras, personal militar, altos directivos de empresa, conductores de camiones y pilotos.

Por otra parte se puede indicar que uno de los factores de riesgo para el consumo de alcohol y tabaco es el estrés generado en el ambiente laboral a causa de la organización de trabajo, la adopción de nuevas tecnologías y los tipos de contrato, lo cual puede dar lugar a un aumento en los niveles de estrés, el cual en combinación con el abuso de alcohol o tabaco, puede producir un grave deterioro en la salud física y mental de los trabajadores (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2008).

Los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores de la salud (profesionales médicos y de enfermería) en el ámbito hospitalario son elevados y repercuten negativamente sobre su salud. Los principales síntomas que se presentan

asociados al estrés son estados emocionales como miedo, angustia, ansiedad depresión y alteraciones psicosomáticas (Aguado, Bátiz & Quintana, 2013).

En la actualidad en la atención a la salud, surge el concepto de estrés de conciencia el cual se define como la falta de congruencia entre las demandas internas, valores, deseos, costumbres, creencias, normas y la acción tomada en el cuidado del paciente, lo que puede provocar un conflicto de conciencia cuando se toman decisiones en contra de lo que se sabe es lo correcto desde la perspectiva ética (Glasberg, 2007). El estrés de conciencia lo experimentan los proveedores de atención a la salud y este depende de la percepción del individuo de las demandas ambientales y los recursos y su habilidad para manejar estas demandas (Lazarus & Folkman, 1984).

La sobrecarga de trabajo, el conflicto de rol y la ambigüedad de rol parecen ser los factores más críticos en el trabajo que propicia la generación del estrés de conciencia (Glasberg, 2007). Además se ha indicado que la percepción de estrés durante el trabajo puede generarse cuando los profesionales de enfermería enfrentan situaciones de suma urgencia, como la toma de decisiones sobre cuestiones vitales, para la sobrevivencia del paciente que atiende y cuida (De Marchi Barcellos Dalri, Almeida Da Silva, Cruz Mendes & Cruz Robazzi, 2014).

Por otra parte en los últimos años se ha dado un mayor énfasis a las experiencias de los profesionales de la salud incluyendo a enfermería en lo referente a las cuestiones y conflictos éticos. Estas situaciones contienen divergencias entre los valores y la incertidumbre sobre las acciones correctas a seguir, lo cual demanda toma de decisiones y en muchas ocasiones enfrentamientos por parte de los profesionales lo que genera estrés de conciencia. En este sentido el profesional reconoce la acción éticamente correcta pero se siente impedido de actuar conforme a su conciencia, lo cual genera miedo, angustia, incertidumbre y sentimientos de incompetencia que pueden ser afrontados por medio del consumo de alcohol y tabaco (De Lima Dalmolin, Lerch Lunard, Lerch Lunard G, Devos Barlem & Silva da Silveira, 2014).

Se ha documentado en estudios realizados en trabajadores de la salud de Distrito Federal, y Matamoros, Tamaulipas, la existencia de relación positiva y significativa de la percepción de estrés en el trabajo y el consumo de alcohol; lo que incrementa la probabilidad de consumo de alcohol como forma de afrontar el estrés y sus consecuencias (Rodríguez, Martínez, Juárez, López, Carreño & Medina, 2008; Hinojosa, Alonso, & Castillo, 2012).

La enfermería como profesión está dedicada al cuidado del ser humano a lo largo de la vida y por ello adquiere conocimientos y principios científicos y éticos que fundamentan su desempeño. Por lo que afrontar situaciones críticas y divergentes entre lo que se conoce es correcto y los problemas para poder tomar decisiones correctas éticamente incrementan el estrés de conciencia en el ámbito laboral.

Los profesionales de enfermería que sufren de estrés son más susceptibles a la ocurrencia de accidentes, enfermedades laborales, aparición de sentimientos negativos y se incrementa con ello el riesgo de consumo de alcohol y tabaco como mecanismos de afrontamiento. Lo anterior provoca un desempeño ineficiente y la disminución de la calidad del cuidado con resultados y consecuencias negativas para el individuo y la población que se asiste (De Marchi Barcellos Dalri, Almeida Da Silva, Cruz Mendes & Cruz Robazzi, 2014).

Al revisar la literatura se ha observado que existe insuficiente conocimiento científico que sustente la relación del estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en los profesionales de enfermería, por lo que se considera existe un vacío de conocimientos sobre este fenómeno. No obstante un estudio localizado hasta el momento en personal de enfermería de un hospital del Estado de Zacatecas permite observar relación positiva y significativa del estrés de conciencia y el consumo dependiente de alcohol (Zorrilla, 2014).

El estudiar el estrés de conciencia como concepto ético relacionado directamente con el cuidado, se considera que puede aportar conocimiento científico y ético a la

disciplina de enfermería en el campo del cuidado del paciente. Esta información puede ser utilizada en un futuro en el diseño e implementación de estrategias de prevención y reducción de estrés de conciencia y de consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería. Por tal motivo, la finalidad del presente estudio es identificar la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en personal de enfermería de una institución de salud pública ubicada en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Para lo cual se realizó un estudio descriptivo.

Marco de Referencia

Dentro de este apartado se describen los conceptos que guiaron el desarrollo del presente estudio como el estrés de conciencia y consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería que son las variables de interés.

El estrés de conciencia es un concepto que se deriva de la teoría cognitivo social de Lazarus y Folkman (1984) y se reafirma por Glasberg (2007), como los sentimientos de angustia, ansiedad, preocupación que surgen en el individuo cuando en la toma de decisiones se actúa en contra de lo que sabe que es éticamente correcto, provocando un conflicto de conciencia, que depende de la percepción del individuo de las demandas ambientales, los recursos y la habilidad para manejar estas demandas y que puede afectar la salud de los profesionales de la salud.

La teoría del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) representa un esfuerzo por explicar los mecanismos para prevenir o controlar el estrés, es decir la relación particular entre el individuo y las demandas ambientales e internas que rebasan sus recursos y ponen en peligro su bienestar para afrontar las situaciones de estrés, tomando en cuenta los procesos cognitivos de valoración y evaluación de la situación y los recursos del individuo para hacer frente a las consecuencias negativas de la situación. El estrés en el ámbito laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias

y demandas laborales que no se ajustan a sus conocimientos y experiencia y ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación (OMS, 2004).

Por su parte el estrés de conciencia se ha asociado con el agotamiento del personal de enfermería en diversas áreas hospitalarias del tercer nivel de atención de la salud. Se ha observado que la sobrecarga de trabajo, el bajo apoyo por parte de los superiores, la falta de tiempo para brindar la atención que los pacientes necesitan y la ambigüedad de rol, pueden conducir a que se presente y se acentúe el estrés de conciencia durante el trabajo profesional (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2008; Juthberg, Eriksson, Norberg & Sundin, 2010).

Se considera que el estrés de conciencia puede ser afrontado mediante diversas conductas no saludables como el consumo de alcohol y tabaco, en virtud de que estudios empíricos han mostrado relación entre la percepción del estrés laboral y el consumo de alcohol y tabaco en trabajadores de la salud (Hinojosa, Alonso & Castillo, 2012; Hernández, Hernández, Gallegos, Álvarez, Zamora & Garza, 2013; Zorrilla, 2014).

El impacto social que ocasiona el consumo de estas sustancias en la población trabajadora se refleja en problemas como violencia familiar, delincuencia y accidentes de tráfico, además el bajo rendimiento del trabajador y el ausentismo laboral provoca altos costos económicos por pérdida de productividad (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2011).

Referente al consumo de alcohol etílico (C_2H_5OH) es un ingrediente intoxicante que se encuentra en la cerveza, el vino y el licor, el cual se produce a través de la fermentación de la levadura, los azúcares y los almidones. Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y en el intestino delgado llegando al torrente sanguíneo entre 30 y 90 minutos después de ser ingerido. Esta sustancia afecta a todos los órganos del cuerpo humano, la intoxicación por alcohol puede alterar la función cerebral y la motricidad, además aumenta el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer, alteraciones cerebrales y hepatopatías. El abuso de alcohol puede

llevar al alcoholismo lo que se traduce en mayores daños a la salud, en las relaciones personales y en la capacidad para trabajar (National Institute on Drugs Abuse [NIDA], 2009).

Con respecto al metabolismo del alcohol por género, en los hombres existe una mayor actividad enzimática de alcohol-deshidrogenasa gástrica, citocromo P450, aldehído deshidrogenasa hepática y enzima convertidora de angiotensina pulmonar, en las mujeres el metabolismo del alcohol es menor debido a su composición corporal con menor grasa magra y mayor cantidad de agua corporal, la baja actividad gástrica de χ -alcohol-deshidrogenasa aumenta la biodisponibilidad del etanol, un volumen de distribución corporal más bajo contribuye a mayores niveles de alcoholemia, una tasa de oxidación hepática mayor y un menor vaciado gástrico (Fernández, 2007).

Por ello existen diferencias de género respecto a la intoxicación por alcohol dado que con cantidades iguales de consumo la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre. Para estudiar los tipos de consumo de alcohol se consideran los criterios establecidos para México por De la Fuente y Kershenovich (1992).

Respecto a los tipos de consumo de alcohol, se encuentran lo siguiente; el sensato (sin riesgo) ocurre cuando en un día típico se consumen no más de cuatro bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en el sexo masculino y no más de dos bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en el sexo femenino. El consumo dependiente (de riesgo) ocurre al consumir de cuatro a nueve bebidas alcohólicas por ocasión en el sexo masculino y de tres a cinco bebidas alcohólicas por ocasión en el sexo femenino, además de haber dejado de realizar algunas actividades cotidianas causadas por el consumo de alcohol. Por último, consumo el dañino (perjudicial) en el sexo masculino ocurre al consumir en un día típico diez o más bebidas alcohólicas y en el sexo femenino de seis a más bebidas alcohólicas, además de que algún familiar o profesional de la salud le haya manifestado preocupación por su forma de beber.

Referente al consumo de tabaco, proviene de la planta nicotina tabacum, arbusto de hojas verdes grandes, originario de América. El principal componente químico del tabaco es la nicotina (C₁₀ H₁₄ N₂), sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante, responsable de la adicción por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. La forma más frecuente de administración de esta sustancia es fumada, la cual produce efectos casi inmediatos (7 segundos) al inhalar el humo de tabaco, el fumador promedio consume entre 1 y 2 mg de nicotina por cigarrillo, la cual llega rápidamente a sus niveles máximos en el torrente sanguíneo y penetra en el cerebro (Secretaría de Salud [SS], 2001; National Institute on Drugs Abuse [NIDA], 2010).

El consumo de tabaco se evalúa respecto a la cantidad de cigarrillos fumados en la vida, clasificándose en: no fumadores, personas que nunca han fumado; ex fumadores, personas que fumaron en el mes pasado más de 100 cigarrillos y actualmente no fuman; fumadores ocasionales, personas que han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuman ocasionalmente; fumador diario, personas que han fumado más de 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuman todos los días y por último fumador dependiente, personas que fuman todos los días y además fuman su primer cigarrillo del día en un tiempo inferior a 30 minutos después de levantarse (Tapia, 2001).

Adicionalmente la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y tabaco se evalúa mediante la prevalencia, que es el número de usuarios de la sustancia respecto al tamaño de la población y multiplicado por el factor 100 o 1,000. Existen cuatro tipos de prevalencia, la global, es el número de personas que han consumido alcohol o tabaco alguna vez en la vida, prevalencia lápsica es el número de personas que han consumido alcohol o tabaco en el último año, prevalencia actual, es el número de personas que han consumido alcohol o tabaco en el último mes y prevalencia instantánea es el número de personas que han consumido alcohol o tabaco en los últimos siete días. Los tipos de prevalencia antes señalados se abordaron en el presente estudio (Tapia, 2001).

En síntesis el presente estudio considera los conceptos (variables) estrés de conciencia y consumo de alcohol y tabaco (ver figura 1).

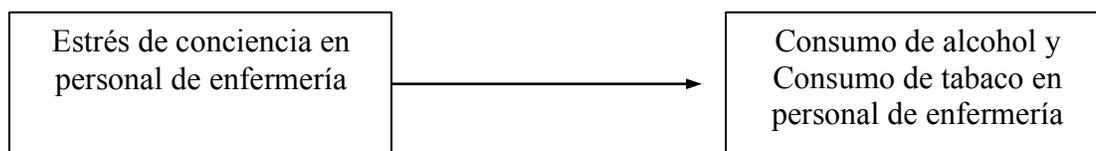


Figura 1. Relación de las variables estrés de conciencia y consumo de alcohol y consumo de tabaco

La figura 1 muestra que el estrés de conciencia probablemente se relaciona con el consumo de alcohol y el consumo de tabaco en personal de enfermería de acuerdo con la literatura revisada.

Estudios Relacionados

En este apartado, se presentan los resultados de investigaciones que incluyen algunas de las variables que se consideran en el presente estudio: estrés de conciencia, consumo de alcohol y tabaco, cabe señalar que debido a que los estudios relacionados al estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco son escasos, se utilizaron estudios sobre estrés laboral y consumo de alcohol y tabaco, así como de estrés moral debido a que los conceptos se originan y se presentan en el ámbito laboral. Además se reportan estudios de estrés de conciencia y su relación con algunas características sociodemográficas (edad, experiencia laboral, categoría laboral).

Zorrilla (2014) realizó un estudio descriptivo correlacional con el propósito de identificar la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería de una institución de salud ubicada en el área metropolitana de Zacatecas, Zacatecas. El muestreo fue general en el tiempo (censo) con una muestra de

201 participantes. Se utilizó la Escala de Estrés de Conciencia [SCQ] (Glasberg et al, 2007) y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] desallorado por la OMS y validado en población mexicana por De la Fuente y Kershenobich(1992).

Se reportó que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 18 años con un consumo de 2 bebidas alcohólicas en un día típico, siendo la cerveza la bebida de preferencia. La prevalencia global de consumo de alcohol fue de 81.1% IC 95% [76-87], la prevalencia lápsica de 71.1% IC 95% [65-77], la actual de 42.8% IC 95% [36-50] y la instantánea de 12.4% IC 95% [8-17].

Además se reportó que el consumo de alcohol mostró diferencias significativas por edad ($U = 1480.5, p < .001$) y por sexo ($U = 369.5, p < .001$), el personal de enfermería del sexo masculino reportó mayor consumo de alcohol en todos los tipos de consumo: sensato ($\bar{X} = 27.9$), dependiente ($\bar{X} = 7.7$) y dañino ($\bar{X} = 4.0$). A su vez se observó diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral del personal de enfermería ($\chi^2 = 10.13, p < .005$).

Con respecto al estrés de conciencia, se identificaron diferencias significativas por edad ($U = 4090.5, p < .005$) y en la subescala demandas internas ($U = 3295.5, p < .001$), donde el personal de 20 a 39 años reportó mayor grado de estrés de conciencia ($\bar{X} = 6.7, Mdn = 3.00$). Además se reportaron diferencias significativas de estrés de conciencia por sexo ($U = 1040.5, p < .005$) registrándose niveles más altos de estrés de conciencia en mujeres ($\bar{X} = 15.0, Mdn = 10.0$) así como en las demandas internas ($U = 1031.5, p < .005$), donde el estrés de conciencia obtuvo medias y medianas mayores en mujeres ($\bar{X} = 4.9, Mdn = 2.0$) que en hombres ($\bar{X} = 3.2, Mdn = .05$).

También se observó diferencia significativa de estrés de conciencia por escolaridad ($H = 6.41, p < .005$) siendo mayor en el personal que contaba con estudios de posgrado o especialidad ($\bar{X} = 7.2, Mdn = 2.0$). Con respecto a la experiencia laboral se observó diferencia significativa ($H = 6.45, p < .005$) y mayor estrés de conciencia en

personal con experiencia laboral de 6 meses a 9 años ($\bar{X}= 7.4$, $Mdn= 12.0$), por lo tanto se identificó significancia en demandas internas por experiencia laboral ($H= 22.347$, $p <.001$), siendo mayor en el personal con experiencia laboral de 6 meses a 9 años ($\bar{X}= 7.4$, $Mdn = 3.0$).

Además se reportó diferencia significativa en el índice de estrés de conciencia por categoría laboral ($H= 10.75$, $p < .005$), siendo mayor para el personal con licenciatura ($\bar{X}= 14.9$, $Mdn= 12.0$), en la misma tendencia se identificó significancia en demandas externas por categoría laboral ($H= 11.77$, $p=.003$), el personal que contaba con licenciatura registró mayor estrés de conciencia ($\bar{X}= 10.0$, $Mdn= 9.5$), que el personal general, técnico y auxiliar ($\bar{X}= 9.1$, $Mdn= 2.0$).

Por otra parte se identificó una relación positiva significativa de la escala de estrés de conciencia y consumo dependiente de alcohol ($r_s= .198$, $p<.05$) y demandas internas ($r_s= .204$, $p<.05$) con consumo de alcohol (AUDIT). Así como también se observó que a mayor estrés de conciencia total y en la subescala de demandas internas, mayor consumo dependiente de alcohol.

Tuvensson, Eklund y Wann (2012) realizaron un estudio descriptivo transversal en un hospital psiquiátrico en Suecia en 179 profesionales de enfermería (70 enfermeras y 109 auxiliares de enfermería); el objetivo fue investigar los factores individuales del estrés percibido, sensibilidad moral y dominio relacionado con el estrés de conciencia en el personal de enfermería. El instrumento que se aplicó fue la Escala Estrés de Conciencia [SCQ] (Glasberg et al, 2007) que evalúa el estrés de conciencia, la cual obtuvo un Alpha de Cronbach de .83.

En el estudio la media de edad fue de 49 años, el 77.4% eran mujeres y la experiencia laboral fue de 9 años ($DE=8$) para todo el personal. Así mismo se reportó la existencia de estrés de conciencia en los 179 profesionales de enfermería ($\bar{X}=43.04$, $DE=30.54$) IC 95% [1.9-126.45], tanto en la subescala de demandas internas

(\bar{X} =24.68, DE =17.36) IC 95% [1.20-71.05], como en las demandas externas (\bar{X} =27.59, DE =20.84) IC 95% [0.45-75.65].

Además se reportó correlación negativa significativa entre el estrés de conciencia por edad (r_s =-.21, p <.05) con las demandas internas (r_s =-.20, p <.05) y con las demandas externas (r_s =-.17, p <.05). También se observó correlación negativa y significativa entre el estrés de conciencia y la experiencia laboral (r_s =-.15, p <.05), así como con las demandas internas (r_s =-.14, p <.05) y con las demandas externas (r_s =-.12, p <.05), es decir a menor experiencia laboral mayor estrés de conciencia.

Finalmente se encontró correlación negativa significativa entre el estrés de conciencia y la experiencia laboral en el área de psiquiatría (r_s =-.17, p <.05) con las demandas internas (r_s =-.15, p <.05) y con las demandas externas (r_s =-.13, p <.05).

Saarnio, Sarvimaki, Laukkala y Isola (2012) realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de identificar si el estrés de conciencia estaba presente en el personal de enfermería que se dedicaba al cuidado de personas mayores en un asilo en Finlandia. La muestra estuvo conformada por 350 profesionales de enfermería y se utilizó la Escala de Estrés de Conciencia [SCQ] (Glasberg et al (2007)). En el estudio la media de edad fue de 46 años, el 99% pertenecían al sexo femenino y la experiencia laboral fue de 11.5 años.

Respecto al estrés de conciencia se encontró que las situaciones estresantes se presentaban cuando los profesionales de enfermería no contaban con el tiempo de proporcionar la atención que los pacientes necesitaban (\bar{X} = 2.98, DE = 1.64) y cuando sentían que había que lidiar con demandas incompatibles (\bar{X} = 2.76, DE = 1.47). Respecto a la experiencia laboral se encontró que el personal que tenía entre 10 y 19 años de experiencia del cuidado de personas mayores, presentaba un mayor índice de estrés de conciencia (\bar{X} = 13.0, DE = 4.7), en comparación con los profesionales que tenían menos de cinco años al cuidado de personas mayores (\bar{X} = 10.2, DE = 5.1).

Ahlin, Ericson, Eriksson, Norberg y Strandberg (2013) realizaron un estudio de cohorte longitudinal con el propósito de describir la relación a través del tiempo (1 año) entre el estrés de conciencia, la percepción de conciencia y el síndrome de Burnout en el personal de salud que laboraba en los asilos municipales al Norte de Suecia. La muestra estuvo conformada por 488 profesionales de enfermería (57 enfermeras registradas y 431 auxiliares de enfermería) y se utilizó la Escala de Estrés de Conciencia [SCQ](Glasberg et al (2007). En el estudio la media de edad fue de 50.5 años, el 95.5% pertenecían al sexo femenino y el 70.1% tenían trabajo de medio tiempo.

Respecto al estrés de conciencia en la primera medición las auxiliares de enfermería ($\bar{X}=13.04$) IC 95% [12.35-13.37] presentaron mayores niveles de estrés de conciencia debido a la falta de tiempo para proporcionar al paciente la atención que necesitaba en comparación con las enfermeras registradas($\bar{X}=9.62$) IC 95% [7.54-11.69]. Después de 1 año las auxiliares de enfermería ($\bar{X}=13.23$) IC 95% [12.32-14.17] continuaban mostrando niveles más altos de estrés de conciencia en comparación con las enfermeras registradas ($\bar{X}=10.72$) IC 95% [8.18-13.26].

Alonso y Guzmán (2013) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el propósito de identificar la percepción del estrés moral en médicos y profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidados intensivos neonatales. El muestreo fue por censo en un momento en el tiempo con una muestra de 106 participantes. Se utilizó el Cuestionario de Clima Ético de Hospitales de Olson, el Cuestionario de Estrés Moral de Corley, Elswick, Gorman & Clor y el Cuestionario de Estrés Relacionado al Trabajo de Kim Lutzen. En el estudio el 74.5% de la población pertenecía al sexo femenino, el 50.9% contaba con estudios de posgrado y el 50.9% laboraba en una institución de salud pública.

Referente al estrés moral o estrés de conciencia con el tipo de profesión se encontró que es más alto el grado de estrés moral en los médicos ($\bar{X}=62.0$, $Mdn=65.2$), que en las enfermeras ($\bar{X}=52.5$, $Mdn=54.1$). En relación al estrés moral de acuerdo a la

edad, se encontraron diferencias significativas en los profesionales de enfermería ($H=16.44, p=0.011$) donde el grupo de edad de 19 a 30 años, presentaron una media y una mediana más alta de estrés moral. Además se reportó que el estrés relacionado con el trabajo presenta una asociación positiva y significativa ($r_s=.245, p=0.02$) con el estrés moral, asimismo se encontró que el estrés moral predice el estrés relacionado al trabajo.

Escamilla (2009) realizó un estudio descriptivo correlacional con el propósito de documentar la relación entre la percepción de estrés laboral y el consumo de alcohol y tabaco en trabajadores de una comunidad urbana de estrato medio bajo en Nuevo León. El muestreo fue probabilístico con una muestra de 364 participantes. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido [PSS] y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] validado en población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992). Se reportó la prevalencia de consumo de alcohol en alguna vez en la vida de 79.9%, IC 95% [.76-.84], en el último año de 63.35%, IC 95% [.58-.68], en el último mes de 47.3%, IC 95% [.42-.52] y en los últimos 7 días de 33.2%, IC 95% [.28-.38].

De igual manera se encontraron diferencias significativas por tipo de consumo de alcohol por sexo ($\chi^2=54.36, p<0.001$), se reportó mayor consumo dependiente en hombres (34.05%) que en mujeres (26.8%). También se encontraron diferencias significativas referentes a la escolaridad ($\chi^2=21.07, p<0.021$).

Respecto al consumo de tabaco, se reportó que la prevalencia de consumo de tabaco de alguna vez en la vida fue de 62.1%, IC 95% [.57-.67], en el último año de 38.7%, IC 95% [.34-.44], en el último mes de 36.0%, IC 95% [.31-.41] y en los últimos siete días de 29.4%, IC 95% [.25-.34]. Se observó significancia en el consumo de tabaco por sexo ($\chi^2=10.41, p<0.001$) presentando mayor consumo dependiente los participantes del sexo masculino (16.2%), con respecto al sexo femenino (2.4%).

Referente a la percepción de estrés laboral y sexo se encontró diferencia significativa ($U=14537.5, p=0.04$), la percepción de estrés fue más alta en mujeres

(\bar{X} =35.6, Mdn =37.5) que en hombres (\bar{X} =32.83, Mdn =32.14), finalmente se documentó correlación positiva y significativa en la percepción de estrés laboral y el índice AUDIT (r_s =-.130, p =.04), también se observó significancia y correlación entre el índice de percepción de estrés laboral y el consumo dependiente de alcohol (r_s =0.148, p =0.02) y entre la percepción de estrés laboral y el consumo dañino de alcohol (r_s =0.147, p =0.02). Lo anterior indica que a mayor estrés, más alto el consumo de alcohol.

Martínez, Medina y Rivera (2004) realizaron un estudio ex post facto con el propósito de identificar los niveles de consumo del alcohol y drogas, así como también los niveles de estrés laboral y depresión en profesionales de la salud de un Hospital General de la Ciudad de México. La muestra estuvo conformada por 190 participantes. Se utilizó la Escala de Depresión, la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol y la Escala sobre Estrés Laboral. En el estudio el 69% de los participantes pertenecían al sexo masculino y el 31% al femenino, el 61.4% tiene una edad entre los 24 y 29 años y el 81% cuenta con estudios de posgrado.

Respecto al consumo de alcohol se encontró que el 65% de los participantes eran consumidores de alcohol con medida y el 41.2% eran bebedores frecuentes, el 61% de los consumidores pertenecían al grupo de edad de 24 a 29 años. Con respecto al consumo de tabaco, se identificó que 55% fuma o ha fumado, 44% nunca ha fumado y el 1% no respondió. De los participantes que han fumado alguna vez en la vida, el 57% fumó durante el mes previo al estudio, 62% de éstos fumó entre 1 y 5 cigarros por día y el restante 38% entre 6 y 20 cigarros por día.

Referente al estrés se documentó que el 16.4% de los participantes presentaban un alto nivel de estrés, el 9.9% pertenecen al sexo masculino y el 6.6% al femenino. Asimismo, se encontró que el patrón de consumo alto de alcohol durante el último año del grupo con alto nivel de estrés fue de 42.1% y en el grupo de consumo moderado y leve de 57.9%.

Hinojosa, Alonso y Castillo (2012) realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de determinar el consumo de alcohol en trabajadores de la salud de un Hospital General en Matamoros, Tamaulipas. El muestreo fue probabilístico y estratificado por asignación proporcional al tamaño de cada estrato con una muestra de 167 participantes. Se utilizó el Cuestionario de Confianza Situacional [SCQ] (Annis y Graham, 1897) y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] (De la Fuente y Kershenobich, 1992). Se observó diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol y género ($\chi^2=35.77, p<.001$), reportándose mayor consumo sensato en mujeres (83.7%) que en hombres (42.9%), los cuales presentaron mayor proporción de consumo dependiente (30.2%), seguido por el consumo dañino (27%).

En relación a la categoría laboral y el tipo de consumo de alcohol, se encontró diferencia significativa entre los profesionales y los no profesionales según el tipo de consumo de alcohol ($\chi^2=21.44, p<.001$), los no profesionales reportaron mayor proporción de consumo dependiente (22.8%) seguido por el consumo dañino (26.3%), mientras que el 72.8% de los profesionales presentó un consumo sensato de alcohol.

Hernández, Gallegos, Álvarez, Zamora y Garza (2013) realizaron un estudio transversal correlacional con el propósito de identificar los motivos y características para el consumo de tabaco y alcohol en profesionales de enfermería de un Hospital de segundo nivel de atención. El muestreo fue probabilístico estratificado con una muestra de 132 participantes. Se utilizó la Encuesta de Opinión sobre Consumo de Tabaco (Romero, 2002) y la Escala Fagestrom. En el estudio la media de edad fue de 39 años, el 92.3% pertenecía al sexo femenino y la antigüedad laboral fue de 15 años ($DE=8.18$).

Respecto al consumo de drogas, el 28.8% reportó haber consumido alcohol en el último mes y el 27.3% alcohol y tabaco en el último mes. Referente al consumo de tabaco el 21.2% refirió ser fumador activo, de los cuales el 60.7% era fumador ocasional y el 39.3% fuma a diario, la edad promedio de inicio de consumo fue a los 21 años con

tiempo aproximado de consumo de 15 años ($DE=8.39$), con consumo de 4 ($DE=2.26$) cigarrillos al día.

García (2010) realizó un estudio descriptivo correlacional con el propósito de identificar la relación entre la percepción de estrés laboral y el consumo de alcohol en trabajadores de la salud de un hospital de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El muestreo fue aleatorio estratificado con una muestra de 378 participantes. Se utilizó la Escala de Tension Percibida [PSS] (Cohen et al, 1983) y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] validado en población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992).

Se reportó la prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida de 60.3%, IC 95% [.55-.65], en el último año de 55.6%, IC 95% [.51-.61] y en los últimos treinta días de 47.6%, IC 95% [.43-.53]. Se encontraron diferencias significativas por tipo de consumo de alcohol y por sexo ($U=10596.5$, $p<.01$), siendo mayor el consumo de alcohol en hombres ($\bar{X}=4.5$, $Mdn=3.00$) que en mujeres ($\bar{X}=1.94$, $Mdn=1.00$). También se encontró diferencia significativa de la edad ($H=27.7$, $p<.01$) con el consumo de alcohol siendo más alto el consumo de alcohol en el rango de edad de 19 a 29 años ($\bar{X}=3.86$, $Mdn=3.0$).

En relación al estrés, se documentó una correlación positiva y significativa en la percepción del estrés laboral y el consumo de alcohol ($r_s=.24$, $p<.001$), también en la percepción del estrés laboral y el consumo dependiente de alcohol ($r_s=.32$, $p<.001$) y entre la percepción del estrés laboral y el consumo dañino de alcohol ($r_s=.30$, $p<.001$).

En síntesis se concluye que el estrés de conciencia que ocurre en el ámbito laboral de enfermería se presenta con mayor frecuencia en enfermeras registradas y con mayor edad y experiencia laboral, a su vez el estrés de conciencia predice el consumo de alcohol ya que se reporta mayor prevalencia de estrés de conciencia en el personal de enfermería que consume alcohol en comparación con los que no consumen. Respecto a los tipos de consumo de alcohol, las mujeres presentan un tipo de consumo sensato

mayor y los hombres reportaron mayor consumo dañino. Respecto al consumo de tabaco, los hombres presentan mayor consumo dependiente que las mujeres (Zorrilla, 2014; Tuveesson et al, 2012; Escamilla, 2009, Hernández et al, 2013).

Definición de Términos

En este apartado se presenta la definición de los términos que se consideraron para el presente estudio.

Sexo es la condición biológica que identifica al personal de enfermería como masculino o femenino.

Edad son los años cumplidos reportados por el personal de enfermería al momento de la entrevista.

Escolaridad es el número de años de estudio formal que ha cursado el personal de enfermería hasta el momento de la entrevista.

Estado civil se refiere a la relación legal que guarda el participante respecto a su relación de pareja. Se clasificara en: soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a) y en unión libre.

Categoría laboral es la actividad que realiza el profesional de enfermería dentro de la institución de salud.

Años de experiencia laboral comprende el número de años trabajando en el área hospitalaria.

Las variables personales antes citadas se midieron con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas Lícitas (CDPyPCDL).

Estrés de conciencia son los sentimientos que surgen en el personal de enfermería cuando se toman decisiones en contra de lo que sabe que es éticamente correcto, provocando un conflicto de conciencia. El estrés de conciencia depende las demandas internas y las demandas externas que percibe el personal de enfermería. Se midió con la Escala Estrés de Conciencia [SCQ] (Glasberg et al (2007).

Demandas internas son los deseos personales y las imágenes ideales que tiene el personal de enfermería, como por ejemplo su vida privada es tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía hacerlo y su trabajo en el cuidado de la salud es tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía hacerlo.

Demandas externas son situaciones que influyen en el trabajo y en la vida personal del personal de enfermería, como por ejemplo con que frecuencia le falta tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita y si alguna vez se ha visto obligado a brindar atención que le hacía sentir mal.

Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco, es el número de profesionales de enfermería, que han consumido alcohol y/o tabaco en un tiempo determinado sobre el total de la población en estudio multiplicada por 100. Se evaluó a través de la prevalencia global (alguna vez en la vida), lápsica (últimos 12 meses), actual (en el último mes) e instantánea (en los últimos siete días). Se midió con una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Drogas Lícitas.

Consumo de alcohol es la ingesta (cantidad) que el profesional de enfermería refiere consumir en un día típico, se clasifican en consumo sensato o sin riesgo, dependiente o de riesgo y dañino o perjudicial. Se midió con la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] desarrollado por la OMS y validado en población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992). A continuación se describe cada tipo de consumo.

Consumo sensato o sin riesgo es la ingesta en un día típico de no más de cuatro bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en el caso de los hombres y no más de dos bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana para las mujeres.

Consumo dependiente o de riesgo es el consumo de cinco a nueve bebidas alcohólicas por ocasión en los hombres y de tres a cinco copas por ocasión en las

mujeres, además de haber dejado de realizar algunas actividades cotidianas causadas por el consumo de alcohol.

Consumo dañino o perjudicial es el consumo en un día típico, de diez o más bebidas alcohólicas en los hombres y de seis o más bebidas alcohólicas en las mujeres, además de que algún familiar o personal de salud haya manifestado preocupación por la forma de consumir alcohol.

Consumo de tabaco se evalúa en relación a frecuencia y cantidad. En relación a la cantidad se refiere al número de cigarrillos de tabaco que el profesional de enfermería consume en un día típico. Se clasifican en cinco tipos como no fumadores, ex fumadores, experimentadores, fumador diario y fumador dependiente. Se midió con una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Drogas Lícitas. A continuación se describe cada uno de ellos.

No fumadores son los profesionales de enfermería que refieren nunca haber fumado un cigarrillo.

Ex fumadores son los profesionales de enfermería que fumaron hasta el mes pasado (últimos 30 días) más de 100 cigarrillos y actualmente no fuman.

Fumador ocasional son los profesionales de enfermería que han fumado más de 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuman ocasionalmente.

Fumador diario son los profesionales de enfermería que han fumado más de 100 cigarrillos en su vida y actualmente continúan fumando.

Fumador dependiente son los profesionales de enfermería que fuman el primer cigarrillo en un tiempo inferior a 30 minutos después de despertar.

Objetivos

1. Determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería.
2. Determinar los tipos de consumo de alcohol y tabaco por edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral.
3. Identificar el estrés de conciencia en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral.
4. Identificar la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería.
5. Determinar el estrés de conciencia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta el diseño de estudio, la población, muestreo, muestra, los instrumentos de medición, el procedimiento de la recolección de datos, las consideraciones éticas y el análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del presente estudio fue descriptivo correlacional. Se consideró descriptivo porque se describieron y se documentaron aspectos de una situación que ocurren de manera natural, sin manipulación de variables y a su vez se consideró correlacional ya que interrelacionaron dos o más variables (Burns & Grove, 2008). Entre ellas el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco. Además se examinaron las variables antes señaladas con algunas características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral.

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por 800 profesionales de enfermería de ambos sexos de 18 a 65 años de edad de una institución de salud pública ubicada en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Se utilizó un muestreo irrestricto aleatorio y se trabajó con una muestra de 278 sujetos. Se utilizó el paquete estadístico n'Query Advisor versión 4.0, (Elashoff, Dixon & Fotherringamm, 2000) para calcular la muestra con un nivel de confianza del 95% para un límite de error de estimación de 0.05 y con un poder estadístico de .90.

Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizaron una Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Drogas Lícitas [CDPyPCDL] y dos instrumentos: la Escala

de Estrés de Conciencia [SCQ] desarrollada por Glasberg et al. (2007) y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] por De la Fuente y Kershenobich (1992).

La Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas Lícitas [CDPyPCDL] (Apéndice A) estuvo constituida por dos apartados, el primero recabó información sobre datos personales como: edad, sexo, años de escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, estado civil y nivel de estudios, el cual estuvo conformado por 12 reactivos (de respuesta abierta y opción múltiple). En el segundo apartado, el reactivo 13 indagó sobre los tipos de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco (global, lápsica, actual e instantánea), el reactivo 14 recabó información sobre el consumo de alcohol y los reactivos 15, 16, 17, 18 y 19 indagaron acerca de los tipos de consumo de tabaco.

El segundo instrumento utilizado corresponde a la Escala de Estrés de Conciencia [SCQ] (Apéndice B), diseñado por Glasberg et al (2007) para medir el estrés de conciencia, consta de 9 reactivos, los reactivos 1 al 5 determinan las demandas externas de estrés de conciencia y los reactivos 6 al 9 determinan las demandas internas del estrés de conciencia.

Cada ítem está compuesto por una pregunta A y una pregunta B donde la pregunta A indica la frecuencia con la que ocurre la situación estresante y la pregunta B responde a la cantidad de estrés de conciencia que se generó a partir de la situación estresante, la parte A se multiplica por la parte B de cada ítem mostrando el total de estrés de conciencia para ese ítem. Para medir la pregunta A se utilizó una escala donde: 0= nunca, 1= al menos una vez en 6 meses, 2= más de una vez en 6 meses, 3= cada mes, 4= cada semana y 5= todos los días, la parte B se evaluará a través de una escala visual análoga dividida en 6 puntos (0-5) donde el 0= no en absoluto y 5=gran conflicto de conciencia.

En un estudio realizado por Tuvensson et al. (2012) en profesionales de enfermería al cuidado de pacientes con padecimientos psiquiátricos en Suecia, mostró de manera global un Alpha de Cronbach de .83. Este instrumento fue utilizado por primera vez en México por Zorrilla (2014) en personal de enfermería de una institución de salud pública ubicada en Zacatecas se reportó un Alpha de Cronbach de 0.89.

Para el consumo de alcohol se aplicó la Prueba de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol [AUDIT] (Apéndice C) desarrollado por la OMS y adaptado en México por De la Fuente y Kershenobich (1992). Este cuestionario está compuesto por 10 reactivos de opción múltiple que examinaron el consumo excesivo de alcohol. Los reactivos del AUDIT permitieron determinar los tipos de consumo de alcohol de los individuos (consumo sensato, dependiente y dañino).

Los reactivos 1 a 3 determinan la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol que corresponde al consumo sin riesgo o sensato; los reactivos 4 a 6 determinan el consumo dependiente o de riesgo y los reactivos 7 a 10 permitieron determinar el consumo perjudicial o dañino. La escala oscila de 0 a 40 puntos, donde de 0 a 3 puntos se considera consumo sensato, de 4 a 7 puntos consumo dependiente y de 8 a 40 puntos consumo dañino; donde a mayor puntuación existe mayor consumo de alcohol.

El AUDIT ha sido utilizado en trabajadores de la salud en Matamoros, Tamaulipas y en personal de enfermería en Zacatecas, Zacatecas, en los cuales se reportó un Alpha de Cronbach de 0.85 y 0.74 (Hinojosa, Alonso y Castillo, 2012; Zorrilla, 2014).

Procedimiento de Recolección de Datos

Para el desarrollo del presente estudio, en primer lugar se contó con la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio. A continuación se solicitó por escrito la autorización de los directivos del hospital donde

se realizó el estudio. Para continuar con la recolección de datos se solicitó el censo de personal de enfermería del hospital. Se abordaron a los participantes en sus áreas de trabajo en los distintos turnos: matutino, vespertino y nocturno, se tomaron en cuenta los horarios más adecuados para el personal de enfermería para llevar a cabo las entrevistas.

El personal de enfermería participante, fue contactado en su área de trabajo, solicitando previamente a la Jefatura de Enfermería los horarios donde fue posible localizarlos. Se visitó cada área de trabajo y se pidió autorización al jefe de piso del Hospital para platicar con el profesional de enfermería durante diez minutos para hacer la invitación y solicitar su autorización para participar en el estudio. Las visitas a los profesionales de enfermería se llevaron a cabo en los horarios establecidos por las autoridades del hospital para que no interfirieran con su carga laboral. En primer término se explicó al personal de enfermería el propósito del estudio, a su vez se explicaron de manera sencilla y clara los objetivos del estudio y se solicitó su participación de manera voluntaria, se dio lectura al consentimiento informado (Apéndice D).

Se continuó con la solicitud de la firma del mismo por el personal de enfermería que estuvo de acuerdo para participar en el estudio, se dejó en claro que se encontraba en libertad de decidir participar o no participar y que no afectaría su condición laboral. Se trató en todo momento de preservar la privacidad del participante, el anonimato y se evitó que percibiera presión al dar respuesta a los instrumentos asegurando que su participación era voluntaria. Al obtenerse la participación voluntaria del personal y la firma del consentimiento informado se procedió a pasar a un área privada y propicia para proceder a explicar las instrucciones de llenado de los instrumentos, en primer lugar se contestó la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Drogas Lícitas (CDPyPCDL), a continuación la Escala de Estrés de Conciencia (SCQ).

Posteriormente se le informó a los participantes, que en el caso de no haber consumido alcohol en el último año al menos en una ocasión no contestar la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), en el caso de que refiera el

consumo de alcohol en el último año se le solicitó amablemente que procediera a contestar la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT). Se indicó la importancia de contestar la totalidad de los cuestionarios. La autora del estudio se mantuvo a una distancia considerable de los profesionales de enfermería para no incomodarlos al dar respuesta a los instrumentos y estuvo atenta por si surgían dudas mientras respondían los cuestionarios y se reiteró la confidencialidad y anonimato de la información que proporcionaron.

Al finalizar de contestar los instrumentos los participantes pusieron los formularios dentro de un sobre previamente otorgado y los depositaron en una caja que la autora llevó y custodió. Por último se agradeció al personal de enfermería su colaboración y contribución al desarrollo de la investigación. Los cuestionarios serán resguardados por el autor principal del estudio por 12 meses, posteriores a la recolección de datos después de ello serán destruidos.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987).

En el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde se declara que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Por tal motivo, se respetó la decisión del participante a colaborar o no en la investigación, se ofreció un trato respetuoso y profesional en todo el proceso de la recolección de datos observando cualquier incomodidad por las preguntas realizadas.

De acuerdo al Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones I, V, VI, VII y VIII se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética para la investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y con la autorización de la Jefa de Enfermería del hospital donde se realizó la investigación.

Conforme al Artículo 16, se protegió la privacidad del participante, por que no se le llamó por su nombre para proteger su anonimato y confidencialidad. Así mismo, los instrumentos fueron anónimos y se respondieron de manera individual.

En relación al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que, para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios, sin embargo, se consideró que éstos podrían producir emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal, de ser así se suspendería la recolección de datos temporalmente hasta que el participante se sintiera cómodo y decidiera reiniciar la recolección de datos, situación que no se presentó. De acuerdo a lo anterior, se acató lo estipulado en el Artículo 18, donde se declara que el investigador principal suspenderá temporalmente la investigación de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Para cumplir con el Capítulo I, Artículo 20 solo participaron los sujetos que otorgaron su previa autorización, además se respetó lo estipulado en los artículos 21 y 22, Fracciones I, V, VII y VIII se le explicó a los participantes el objetivo del estudio, procedimiento, riesgos, beneficios, uso de la información obtenida y el derecho que tiene el participante a retractarse, además se le dio respuesta a cualquier pregunta o aclaración acerca del estudio.

Por último se consideró de acuerdo a lo establecido en el Capítulo V Artículo 57 y Artículo 58 en su Fracción I y II de la investigación en grupos subordinados, que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o el retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectaría su situación laboral.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron procesados de manera electrónica mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] versión 21.0 para Mac. La consistencia interna de los instrumentos fue determinada a través del

Coefficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Se utilizó estadística descriptiva por medio de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Además se utilizó estadística inferencial a fin de dar respuesta a los objetivos planteados. Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov –Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad en la distribución de las variables, en base a los resultados se utilizó estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al primer objetivo planteado que expone determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y tasas de prevalencias y se calcularon Estimaciones Puntuales y por Intervalos de Confianza del 95%. Para responder el segundo objetivo que plantea determinar los tipos de consumo de alcohol y tabaco por edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba Chi cuadrada de Pearson.

Asimismo para responder al tercer objetivo que dictamina identificar el estrés de conciencia en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba U de Mann-Whitney para la edad y sexo, además de la prueba de H Kruskal Wallis para las variables escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral. Referente al cuarto objetivo que menciona identificar la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para dar respuesta al quinto objetivo que indica determinar el estrés de conciencia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba U de Mann-Whitney.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio. En primer lugar se muestra la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de los participantes, además de información relacionada al estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco. Posteriormente se presenta la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Consistencia Interna de la Escala Estrés de Conciencia (SCQ) y Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)

Instrumentos	n	Reactivos	Cantidad de reactivos	α
Escala Estrés de Conciencia (SCQ)	278	1 al 9	9	.87
SCQ Subescala I: Demandas Externas	278	1 al 5	5	.81
SCQ Subescala I: Demandas Internas	278	6 al 9	4	.87
AUDIT	217 ^a	1 al 10	10	.82

Nota: SCQ = Escala Estrés de Conciencia, AUDIT= Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, $n = 278$, n^a = Muestra parcial consumo de alcohol último año, α = Alpha de Cronbach

En la tabla 1 se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el presente estudio. La Escala Estrés de Conciencia (SCQ), obtuvo un Coeficiente de Alpha de Cronbach de .87, la subescala de demandas externas de .81, la subescala demandas internas de .87. Asimismo el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) presentó un Alpha de Cronbach de .82, se considera que los instrumentos presentan una consistencia interna aceptable de acuerdo a Burns & Grove (2008).

Estadística Descriptiva

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	204	73.4
Masculino	74	26.6
Edad		
18-39	231	83.1
40-61	47	16.9
Estado Civil		
Con pareja	133	47.9
Sin pareja	145	52.1
Escolaridad		
Carrera técnica	102	36.7
Licenciatura en Enfermería	142	51.1
Posgrado o Especialidad	34	12.2

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje, n= 278

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los participantes, el 73.4% de los participantes del estudio pertenecen al sexo femenino, el 83.1% de los enfermeros tenían de 18 a 39 años de edad y el 47.9% contaba con pareja. Respecto a la escolaridad el 51.1% son Licenciados en Enfermería.

Tabla 3

Características laborales del personal de Enfermería

Variable	<i>f</i>	%
Experiencia Laboral		
1 año a 5 años	119	42.8
6 años a 15 años	110	39.6
16 años a más	49	17.6
Categoría Laboral		
Enfermera auxiliar y técnica	78	28.0
Enfermera General	75	27.0
Licenciada en Enfermería	125	45.0
Área en la que trabaja actualmente		
Hospitalización	100	36.0
Cirugía general	84	30.2
Medicina interna	58	20.9
Urgencias	36	12.9
Años de laborar en el área actual		
1 año a 5 años	181	65.1
6 años a 15 años	75	27.0
16 años a más	22	7.9
Turno de Trabajo		
Matutino	83	29.9
Vespertino	71	25.5
Nocturno	65	23.4
Piloto	59	21.2

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje, n= 278

En la tabla 3 se puede observar que el 42.8% de los participantes cuentan con una experiencia laboral de 1 a 5 años, el 45.0% tiene la categoría laboral de Licenciado en Enfermería, el 36.0% trabaja en áreas de Hospitalización (pediatría, ginecología, pensionistas), el 65.1% de los enfermeros tiene de 1 año a 5 años de laborar en el área actual de servicio y el 29.9% labora en el Turno Matutino.

Tabla 4

Frecuencias y proporciones de la Escala Estrés de Conciencia (SCQ), Subescala:

Demandas Externas

	Nunca	Al menos una vez	Más de una vez	Cada mes	Cada semana	Todos los días
	%	%	%	%	%	%
1A) ¿Con qué frecuencia le falta tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita?	11.2 (31)	19.8 (55)	17.6 (49)	20.9 (58)	18.0 (50)	12.6 (35)
1B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	17.6 (49)	16.2 (45)	23.4 (65)	19.8 (55)	12.6 (35)	10.4 (29)
2A) ¿Alguna vez se ha visto obligado a brindar atención, que le hacía sentir mal?	54.3 (151)	34.9 (97)	6.5 (18)	1.4 (4)	1.1 (3)	1.8 (5)
2B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	59.0 (164)	29.1 (81)	7.2 (20)	2.2 (6)	1.1 (3)	1.4 (4)
3A) ¿Alguna vez ha tenido que enfrentarse a (exigencias en su trabajo con las que usted no está de acuerdo?	29.5 (82)	38.1 (106)	20.9 (58)	2.9 (8)	2.5 (7)	6.1 (17)
3B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	27.9 (56)	27.9 (56)	18.9 (38)	11.4 (23)	7.5 (15)	6.5 (13)
4A) ¿Alguna vez ha visto que se haya insultado o lastimado a pacientes?	72.6 (146)	14.9 (30)	10.9 (22)	1.5 (1)	1.5 (1)	1.5 (1)
4B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	42.8 (119)	36.3 (101)	13.7 (38)	1.4 (4)	1.4 (4)	4.3 (12)
5A) ¿Alguna vez ha evitado a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo?	37.1 (103)	36.7 (102)	21.2 (59)	4.3 (12)	.7 (2)	0 (0)
5B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	45.3 (126)	33.8 (94)	7.0 (44)	15.8 (1)	2.9 (8)	2.2 (6)

Nota: SCQ=Escala Estrés de Conciencia, % = porcentaje, () = frecuencias, n = 278

En la tabla 4 se muestran las frecuencias y proporciones de la escala estrés de conciencia que reportó el personal de enfermería en la subescala demandas externas el 40.7% refirió que al menos una vez y cada mes le faltó tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesitaba, el 43.2% refirió que más de una vez y cada mes esta situación le provocó un conflicto de conciencia. El 54.3% afirmó que nunca se ha visto obligado a brindar atención que le hiciera sentir mal, asimismo el 59.0% informó que la situación anterior nunca le ha provocado un conflicto de conciencia.

El 59.0% reportó que al menos una vez y más de una vez en su vida ha tenido que enfrentarse a exigencias laborales con las que no estaba de acuerdo y el 46.8% del total de los participantes indicó que esta situación les provocó un conflicto de conciencia al menos una vez y más de una vez en su vida. Asimismo el 72.6% refirió nunca haber visto que se insultara o lastimara a un paciente y 42.8% del total de los participantes reportó que esta situación nunca les provocó un conflicto de conciencia. El 57.9% del personal reportó haber evitado al menos una vez y más de una vez en su vida a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo, en el 40.8% del total de los participantes esta situación les provocó un conflicto de conciencia al menos una vez y más de una vez en su vida.

Tabla 5

Frecuencias y proporciones de la Escala Estrés de Conciencia (SCQ), Subescala:

Demandas Internas

	Nunca	Al menos una vez	Más de una vez	Cada mes	Cada semana	Todos los días
	%	%	%	%	%	%
6A) ¿Su vida privada es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía (le gustaría) hacerlo?	59.7 (166)	24.1 (67)	11.2 (31)	3.2 (9)	1.1 (3)	.7 (2)
6B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	63.3 (176)	27.3 (76)	5.4 (15)	1.1 (3)	.7 (2)	2.2 (6)
7A) ¿Su trabajo en el cuidado de la salud es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía (le gustaría) hacerlo?	19.8 (55)	28.4 (79)	32.4 (90)	11.5 (32)	2.9 (8)	5.0 (14)
7B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	22.7 (63)	32.7 (91)	29.5 (82)	7.6 (21)	2.5 (7)	5.0 (14)
8A) ¿Alguna vez ha sentido, que no cumple con las expectativas que los demás tienen de usted con respecto a su trabajo?	51.8 (144)	31.7 (88)	10.4 (29)	2.5 (7)	1.4 (4)	2.2 (6)
8B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	59.0 (164)	28.1 (78)	8.6 (24)	2.2 (6)	.4 (1)	1.8 (5)
9A) ¿Alguna vez ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar una buena atención (un buen cuidado)?	28.4 (79)	36.3 (101)	21.6 (60)	9.4 (26)	2.2 (6)	2.2 (6)
9B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	31.7 (88)	41.7 (116)	18.3 (51)	4.0 (11)	1.4 (4)	2.9 (8)

Nota: SCQ=Escala Estrés de Conciencia, % = porcentaje, () = frecuencias, $n = 278$

En la tabla 5 se muestran las frecuencias y proporciones de la escala estrés de conciencia que reportó el personal de enfermería en la subescala demandas internas, el 59.7% refirió que nunca su vida privada es tan demandante que no tienen la energía para dedicarse a su trabajo como le gustaría hacerlo, al 63.3% del total de los participantes esta situación nunca les ha provocado un conflicto de conciencia, sin embargo el 27.3% de los participantes reportó que al menos una vez en su vida esta situación le provocó un conflicto de conciencia. El 60.8% indicó que en su trabajo en el cuidado de la salud al menos una vez y más de una vez es tan demandante que no tienen la energía para dedicarse a su familia como desearían, en el 62.2% de los participantes entrevistados esta situación les provocó al menos una vez una vez y más de una vez en su vida un conflicto de conciencia.

El 51.8% nunca ha sentido que no cumple con las expectativas que los demás tienen con respecto a su trabajo, sin embargo el 31.7% refirió que al menos una vez en su vida han sentido que no cumplen con las expectativas que los demás tienen con respecto a su trabajo y en el 59.0% de los 278 participantes esta situación nunca les ha provocado un conflicto de conciencia. El 57.9% manifestó que al menos una vez y más de una vez en su vida ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar un buen cuidado y en el 60% del total de los participantes al menos una vez y más de una vez en su vida esta situación ha provocado un conflicto de conciencia.

Tabla 6

Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT

AUDIT	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	%	%	%	%	%
1. ¿Qué tan frecuente consumes bebidas alcohólicas?	0 (0)	58.5 (127)	36.4 (79)	4.1 (9)	.9 (2)
	1 o 2 %	3 o 4 %	5 o 6 %	7,8, o 9 %	10 o más %
2. ¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de los que bebes?	17.5 (38)	43.8 (95)	24.9 (54)	8.8 (19)	5.1 (11)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semana lmente	A diario o casi diario
	%	%	%	%	%
3. ¿Qué tan frecuentemente tomas 6 o más bebidas en un día típico de los que bebes?	48.8 (106)	20.3 (44)	25.3 (55)	5.5 (12)	0.0 (0)

Nota: *AUDIT*= Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, % = porcentaje, () = frecuencias, $n = 217$

En la tabla 6 se identifican las frecuencias y proporciones de los indicadores de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT, se observa que el 58.5% del personal de enfermería refiere consumir alguna bebida alcohólica al menos una vez al mes. Respecto a la cantidad de bebidas consumidas en un día típico 43.8%

afirma consumir de 3 a 4 copas y el 25.3% menciona consumir seis o más bebidas en un día típico mensualmente.

Tabla 7

Frecuencias y proporciones de los indicadores del consumo de alcohol dependiente de acuerdo al AUDIT

Dependencia	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente
	%	%	%	%
4. Durante el último año ¿te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	88.5 (192)	10.1 (22)	1.4 (3)	0.0 (0)
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?	95.4 (207)	4.6 (10)	0.0 (0)	0.0 (0)
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste a la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?	85.3 (185)	14.3 (31)	0.5 (1)	0.0 (0)

Nota: *AUDIT*= Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, % = porcentaje, () = frecuencias, $n = 217$

En la tabla 7 se muestran las frecuencias y proporciones del consumo de alcohol dependiente del personal de enfermería de acuerdo al AUDIT, donde se puede observar que el 88.5% de los participantes mencionaron que en el último año nunca les ocurrió que no podían parar de beber una vez que habían empezado, el 95.4% refiere que en el último año nunca dejaron de hacer algo que deberían haber hecho por beber y el 14.3% de los enfermeros informaron que menos de una vez al mes bebieron a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso al día anterior.

Tabla 8

Frecuencias y proporciones de los indicadores del consumo de alcohol dañino de acuerdo al AUDIT

Daño	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
	%	%	%	%	%
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	75.6 (164)	24.0 (52)	0.5 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)
8. ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?	95.9 (208)	4.1 (9)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
	No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año		
	%	%	%		
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol?(peleas, accidentes automovilísticos)	98.6 (214)		1.4 (3)		0.0 (0)
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?	96.3 (209)		3.2 (7)		0.5 (1)

Nota: *AUDIT*= Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, % = porcentaje, () = frecuencias, $n = 217$

En la tabla 8 se muestran las frecuencias y proporciones del consumo de alcohol dañino de los profesionales de enfermería de acuerdo al AUDIT, se observa que el 75.6% de los participantes nunca se han sentido culpables o han tenido remordimiento por haber bebido, asimismo se observa que 4.1% afirma que menos de una vez al mes olvidaron algún acontecimiento mientras estuvieron bebiendo, de la misma manera el 98.6% refirió nunca haberse lesionado o lastimado a alguien a consecuencia de su consumo de alcohol, además el 3.2% informó que al menos una vez algún familiar, amigo o médico mostro preocupación por la forma en que beben alcohol y han sugerido que disminuyan su consumo.

Tabla 9

Frecuencias y proporciones por tipo de consumo de tabaco

Tipo de consumo	<i>f</i>	%
No fumadores	159	74.5
Ex fumadores	2	0.7
Fumador ocasional	46	16.5
Fumador diario	66	23.7
Fumador dependiente	5	1.8

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 278

En la tabla 9 se muestran los tipos de consumo de tabaco, donde se presenta que el 74.5% de los participantes nunca han fumado, el 16.5% indicaron ser fumadores ocasionales, el 23.7% fumadores diarios y el 1.8% afirman ser fumadores dependientes.

Estadística Inferencial

Tabla 10

Medidas de tendencia central, de dispersión y estadístico de la Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con la Corrección de Lilliefors

Variable	n	\bar{X}	Mdn	DE	Min.	Max.	D^a	p
Edad (años)	278 ^a	30.2	28.0	9.0	18.0	61.0	.133	.001
Escolaridad (años)	278 ^a	14.6	16.0	2.1	12.0	18.0	.359	.001
Experiencia laboral (años)	278 ^a	9.2	6.0	8.3	1.0	43.0	.186	.001
Laborar en área actual (años)	278 ^a	5.7	4.0	5.9	1.0	35.0	.214	.001
Horas laborales	278 ^a	10.2	8.0	2.5	8.0	14.0	.360	.001
Edad de inicio de consumo de alcohol (años)	245 ^b	17.9	17.0	2.8	13	44	.168	.001
Edad de inicio de consumo de tabaco (años)	128 ^d	18.6	18.0	2.7	10	34	.180	.001
Cantidad de copas consumidas en un día típico	217 ^c	4.5	4.0	2.7	1.0	16.0	.184	.001
Cantidad de cigarrillos consumidos en un día típico	119 ^e	5.2	4.0	4.0	1.0	25.0	.203	.001
Índice AUDIT	217 ^c	11.1	7.5	8.4	2.5	40.0	.192	.001
Índice consumo sensato	217 ^c	31.2	25.0	19.2	8.3	83.3	.209	.001
Índice consumo dependiente	217 ^c	2.7	0.0	6.4	0.0	33.3	.470	.001
Índice consumo dañino	217 ^c	2.5	0.0	5.2	0.0	31.2	.422	.001
Índice Estrés de Conciencia total (SCQ)	278 ^a	22.1	21.1	12.8	0.0	93.3	.072	.001
Índice demandas externas	278 ^a	23.6	21.0	14.2	0.0	92.0	.101	.001
Índice demandas internas	278 ^a	20.2	17.5	16.0	0.0	100.0	.135	.001

Nota: ^an = muestra total, ^bn = consumidores de alcohol alguna vez en la vida, ^cn = consumidores de alcohol en el último año, ^dn = consumidores de tabaco alguna vez en la vida, ^en = consumidores de tabaco en el último año, \bar{X} = Media, Mdn = mediana, DE = Desviación Estándar, D^a = Estadístico de la Prueba de Normalidad, p = Valor de p

En la tabla 10 se muestran los datos descriptivos de las variables continuas y los resultados de la prueba de normalidad de los datos a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. En base a esta prueba y en virtud de que no existió normalidad en la distribución de las variables continuas, se decidió el uso de estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos planteados.

Con respecto a los datos sociodemográficos, la edad promedio del personal de enfermería fue de 30.2 años ($DE=9.0$). En cuanto a la escolaridad del personal de enfermería se encontró que contaban con una escolaridad promedio de 14.6 años ($DE=2.1$), respecto al tiempo de laborar en el área actual de servicio hospitalario el promedio fue de 5.7 años ($DE=5.9$) y referente a las horas laborales de los participantes se identificó una media de 10.2 horas ($DE=2.5$) diarias laborales en el área hospitalaria.

Respecto al consumo de alcohol se reportó que la edad de inicio de consumo de alcohol del personal de enfermería, la media fue de 17.9 años ($DE=2.8$) y en promedio el personal de enfermería consume una media de 4.5 bebidas por ocasión ($DE=2.7$). De acuerdo al consumo de tabaco se reportó que la edad de inicio de consumo de tabaco de los participantes, la media fue de 18.6 años ($DE=2.7$) y en promedio el personal de enfermería consume una media de 5.2 cigarros al día ($DE=4.0$).

Con respecto al consumo de alcohol reportado por el AUDIT se observa una media de 11.1 ($DE=8.4$), para el consumo sensato 31.2 ($DE=19.2$), para el consumo dependiente 2.7 ($DE=6.4$) y para el consumo dañino 2.5 ($DE=5.2$). Referente al índice de Estrés de Conciencia total (SCQ) se encontró una media de 22.1 ($DE=12.8$) en la subescala de demandas externas se observó una media de 23.6 ($DE=14.2$) y en la subescala de demandas internas una media de 20.2 ($DE=16.0$).

Para dar respuesta al primer objetivo que enuncia: Determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y tasas de

prevalencia, se calcularon Estimaciones Puntuales y por Intervalos de Confianza del 95%. Los resultados se muestran en las tabla 11 y 12.

Tabla 11

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en el personal de enfermería

	Consumo de alcohol				IC 95%	
	Si		No		LI	LS
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Global (Alguna vez en la vida)	245	88.1	33	11.9	84	91
Lápsica (En el último año)	217	78.0	61	21.9	73	82
Actual (En el último mes)	197	70.8	81	29.1	65	76
Instantánea (En los últimos 7 días)	160	57.5	118	42.4	51	63

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC 95% = Intervalo de Confianza del 95% para el porcentaje de respuestas afirmativas, LI = Límite inferior, LS = Límite superior

En la tabla 11 se observan las prevalencias de consumo de alcohol de los participantes, el 88.1%, IC 95% [84-91] del personal de enfermería ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 78%, IC 95% [73-82] en el último año, el 70.8%, IC 95% [65-76] en el último mes y el 57.5%, IC 95% [51-63] afirmó consumir alcohol en los últimos siete días.

Tabla 12

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de tabaco en el personal de enfermería

	Consumo de alcohol				IC 95%	
	Si		No		LI	LS
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Global (Alguna vez en la vida)	128	46.0	150	54.0	40	51
Lápsica (En el último año)	119	42.8	159	57.2	36	48
Actual (En el último mes)	109	39.2	169	60.8	33	44
Instantánea (En los últimos 7 días)	91	32.7	187	67.3	27	38

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC 95% = Intervalo de Confianza del 95% para el porcentaje de respuestas afirmativas, LI = Límite inferior, LS = Límite superior

En la tabla 12 se observan las prevalencias de consumo de tabaco, se reporta que el 46.0%, IC 95% [40-51] del personal de enfermería ha consumido tabaco alguna vez en la vida, el 42.8%, IC 95% [36-48] consumió tabaco en el último año, el 39.2%, IC 95% [33-44] en el último mes y el 32.7%, IC 95% [27-38] afirmó haber consumido tabaco en los últimos siete días. Con los datos anteriores se da respuesta al primer objetivo.

Para dar respuesta al segundo objetivo que enuncia: Determinar los tipos de consumo de alcohol y tabaco por edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral se utilizó estadística inferencial a través de la prueba Chi cuadrada, los resultados se muestran en las tablas 13 a la 22.

Tabla 13

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por edad

Tipos de consumo de alcohol	Edad				χ^2	p
	18-39		40-61			
	f	%	f	%		
Consumo Sensato	93	49.2	18	64.3		
Consumo Dependiente	57	30.2	6	21.4	2.22	.329
Consumo Dañino	39	20.6	2	14.3		

Nota: $n = 217$, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 13 se observa que no existen diferencias significativas para el tipo de consumo de alcohol por edad del personal de enfermería ($\chi^2 = 2.22$, $p = .329$).

Tabla 14

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por sexo

Tipos de consumo de alcohol	Sexo				χ^2	p
	Femenino		Masculino			
	f	%	f	%		
Consumo Sensato	101	67.8	10	14.7		
Consumo Dependiente	40	26.8	23	33.8	76.57	.001
Consumo Dañino	8	5.4	35	51.5		

Nota: $n = 217$, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 14 respecto al tipo de consumo de alcohol por sexo, se identificaron diferencias ($\chi^2 = 76.57$, $p = .001$), se observó que el personal de enfermería del sexo femenino presentó mayor consumo sensato (67.8%) en relación al personal del sexo masculino (14.7%), asimismo se identificó para el consumo dependiente que el personal del sexo masculino reportó mayor consumo (33.8%) que el personal del sexo femenino

(26.8%), la misma tendencia se observó para el consumo dañino donde el personal del sexo masculino presentó un consumo mayor de alcohol (51.5%) en relación al personal del sexo femenino (5.4%).

Tabla 15

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por escolaridad

Tipos de consumo de alcohol	Escolaridad								χ^2	p
	Carrera técnica		Licenciatura		Posgrado		Especialidad			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Consumo Sensato	49	58.3	52	46.4	1	16.7	9	60.0	8.20	.224
Consumo Dependiente	19	22.6	37	33.0	4	66.7	3	20.0		
Consumo Dañino	16	19.0	23	20.5	1	16.7	3	20.0		

Nota: n = 217, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 15 se muestra el tipo de consumo de alcohol del personal de enfermería por escolaridad (carrera técnica, licenciatura, posgrado, especialidad), no se identificaron diferencias significativas ($\chi^2 = 8.20$, $p = .224$) en virtud de la probable homogeneidad de los datos.

Tabla 16

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral

Tipos de consumo de alcohol	Categoría laboral						χ^2	<i>p</i>
	Enfermera auxiliar y técnica		Enfermera General		Licenciada, especialista y administrativa			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Consumo Sensato	37	54.4	28	53.8	46	47.4		
Consumo Dependiente	16	23.5	18	34.6	29	29.9	4.14	.387
Consumo Dañino	15	22.1	6	11.5	22	22.7		

Nota: n = 217, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 16 se observa que no existen diferencias significativas para el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral (Enfermera auxiliar y técnica, Enfermera General, Licenciada, especialista y administrativa) del personal de enfermería ($\chi^2 = 4.14, p = .387$).

Tabla 17

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por años de experiencia laboral

Tipos de consumo de alcohol	Años de experiencia						χ^2	<i>p</i>
	1 año a 5 años		6 años a 15 años		16 a más			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Consumo Sensato	54	54.0	37	44.0	20	60.6		
Consumo Dependiente	31	31.0	25	29.8	7	21.2	5.34	.254
Consumo Dañino	15	15.0	22	26.2	6	18.2		

Nota: n = 217, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 17 respecto al tipo de consumo de alcohol reportado por el personal de enfermería y los años de experiencia laboral de los participantes no se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 5.34, p = .254$).

Tabla 18

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por edad

Tipos de consumo de tabaco	Edad				χ^2	p
	18-39		40-61			
	f	%	f	%		
No fumador	122	52.8	37	78.7		
Ex fumador	2	0.9	0	0		
Fumador ocasional	43	18.6	3	6.4	11.42	.022
Fumador diario	60	26.0	6	12.8		
Fumador dependiente	4	1.7	1	2.1		

Nota: n = 278, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

De acuerdo al tipo de consumo de tabaco por edad, la tabla 18 muestra que se identificaron diferencias significativas entre los grupos de edad de 18 a 39 años y 40 a 61 años ($\chi^2 = 11.42, p = .022$) donde se encontró que existe una mayor proporción de fumadores ocasionales en el grupo de edad de 18 a 39 años (18.6%) en comparación con el grupo de edad de 40 a 61 años (6.4%), asimismo se identificó para el fumador diario que el grupo de edad de 18 a 39 años reportó mayor consumo (26.0%) que el grupo de edad 40 a 61 años (12.8%). Respecto al tipo no fumador se identificó que el grupo de edad de 40 a 61 años (78.7%) reportó mayor proporción de no fumadores en comparación con el grupo de edad de 18 a 39 años (52.8%).

Tabla 19

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por sexo

Tipos de consumo de tabaco	Sexo				χ^2	<i>p</i>
	Femenino		Masculino			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
No fumador	126	61.8	33	44.6	18.28	.001
Ex fumador	2	1.0	0	0.0		
Fumador ocasional	36	17.6	10	13.5		
Fumador diario	39	19.1	27	36.5		
Fumador dependiente	1	0.5	4	5.4		

Nota: n = 278, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 19 respecto al tipo de consumo de tabaco por sexo, se identificaron diferencias significativas ($\chi^2 = 18.28$, $p = .001$), se observó que el personal de enfermería del sexo femenino presentó mayor proporción de no fumadores (61.8%) en comparación con el personal del sexo masculino (44.6%), asimismo se observó que el personal del sexo femenino presentó mayor proporción de fumador ocasional (17.6%) en relación al personal del sexo masculino (13.5%), de la misma manera se identificó para el fumador diario que el personal del sexo masculino reportó mayor proporción (36.5%) que el personal del sexo femenino (19.1%) la misma tendencia se observó para el tipo de fumador dependiente donde el personal del sexo masculino reportó mayor proporción de fumadores dependientes (5.4%) que el personal del sexo femenino (0.5%).

Tabla 20

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por escolaridad

Tipos de consumo de alcohol	Escolaridad								χ^2	<i>p</i>
	Carrera técnica		Licenciatura		Posgrado		Especialidad			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
No fumador	54	52.9	83	58.5	5	50.0	17	70.8	9.51	.658
Ex fumador	1	1.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0		
Fumador ocasional	22	21.6	21	14.8	1	10.0	2	8.3		
Fumador diario	24	23.5	34	23.9	3	30.0	5	20.8		
Fumador dependiente	1	1.0	3	2.1	1	10.0	0	0.0		

Nota: $n = 278$, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 20 se muestra el tipo de consumo de tabaco del personal de enfermería por escolaridad (Carrera técnica, Licenciatura, Posgrado, Especialidad), donde no se identificaron diferencias significativas ($\chi^2 = 9.51$, $p = .658$).

Tabla 21

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por categoría laboral

Tipos de consumo de alcohol	Categoría laboral						χ^2	<i>p</i>
	Enfermera auxiliar y técnica		Enfermera General		Licenciada, especialista y administrativa			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
No fumador	41	52.6	48	64.0	70	56.0	6.48	.593
Ex fumador	1	1.3	0	0.0	1	0.8		
Fumador ocasional	15	19.2	13	17.3	18	14.4		
Fumador diario	20	25.6	14	18.7	32	25.6		
Fumador dependiente	1	1.3	0	0.0	4	3.2		

Nota: $n = 278$, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 21 se observa que no existen diferencias significativas para el tipo de consumo de tabaco por categoría laboral (Enfermera auxiliar y técnica, Enfermera general, Licenciada, especialista y administrativa) del personal de enfermería ($\chi^2 = 6.48, p = .593$).

Tabla 22

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de tabaco por años de experiencia laboral

Tipos de consumo de tabaco	Años de experiencia						χ^2	<i>p</i>
	1 año a 5 años		6 años a 15 años		16 a más			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
No fumador	64	53.8	60	54.5	35	71.4	11.81	.160
Ex fumador	1	0.8	0	0.0	1	2.0		
Fumador ocasional	26	21.8	17	15.5	3	6.1		
Fumador diario	27	22.7	30	27.3	9	18.4		
Fumador dependiente	1	0.8	3	2.7	1	2.0		

Nota: $n = 278$, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = estadístico de la prueba Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 22 respecto al tipo de consumo de tabaco reportado por el personal de enfermería y los años de experiencia laboral de los participantes no se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 11.81, p = .160$). Con los datos presentados con anterioridad se da respuesta al segundo objetivo.

Para dar respuesta al tercer objetivo que plantea: Identificar el estrés de conciencia en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba U de Mann-Whitney para la edad y sexo, además de la prueba H de Kruskal Wallis para las

variables escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral. Los datos se muestran en las tablas 23 a la 29.

Tabla 23

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por edad

Edad	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
SCQ Total					
18 – 39	231	21.93	21.00	5297.0	.793
40 – 61	47	23.04	20.00		
Demandas externas					
18 – 39	231	23.33	20.00	5305.5	.806
40 – 61	47	25.10	22.00		
Demandas internas					
18 – 39	231	20.18	17.50	5370.5	.908
40 – 61	47	20.47	20.00		

Nota: *n*=Muestra total, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico de Mann-Whitney, *p* = Valor de *p*

Referente al estrés de conciencia por edad en la tabla 23 se muestra que no se identificaron diferencias significativas para el índice de estrés de conciencia total ($U=5297.0$, $p=.793$), asimismo para el índice de las demandas externas ($U=5305.5$, $p=.806$) y el índice de las demandas internas ($U=5370.5$, $p=.908$).

Tabla 24

Coefficiente de Correlación de Spearman para el índice estrés de conciencia y edad en el personal de enfermería

	SCQ	Demandas externas	Demandas internas
Edad	.129*	.162**	.049

Nota: ** $p<.01$, * $p<.05$, SCQ=Escala Estrés de Conciencia, Edad= Edad en años de los participantes

Sin embargo en la tabla 24 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para el índice de estrés de conciencia y la edad del personal de enfermería,

donde se identificó que la edad de los participantes se relaciona positiva y significativamente con el estrés de conciencia (SCQ) ($r_s = .129$, $p < .05$), lo que indica que a mayor edad del personal de enfermería mayor estrés de conciencia. Asimismo la edad del personal de enfermería se relaciona positiva y significativamente con la subescala de Demandas externas ($r_s = .162$, $p < .01$), lo que indica que a mayor edad del personal de enfermería mayor estrés de conciencia en la subescala de Demandas externas.

Tabla 25

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por sexo

Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
SCQ Total					
Femenino	204	22.4	20.0	7452.0	.871
Masculino	74	21.3	21.1		
Demandas externas					
Femenino	204	24.2	22.0	7136.0	.486
Masculino	74	21.9	20.0		
Demandas internas					
Femenino	204	20.1	17.5	7443.5	.860
Masculino	74	20.5	15.0		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, Mdn=Mediana, U=Estadístico de Mann-Whitney, p = Valor de p

En la tabla 25 se observa que no existen diferencias significativas en el estrés de conciencia total por sexo ($U=7452.0$, $p=.871$), asimismo para el índice de las demandas externas ($U=7136.0$, $p=.486$) y el índice de las demandas internas ($U=7443.5$, $p=.860$).

Tabla 26

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por escolaridad

Escolaridad	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
SCQ Total						
Carrera Técnica	102	20.9	17.7	13.7	5.23	.156
Licenciatura	142	23.3	22.2	11.7		
Posgrado	10	21.8	22.7	15.2		
Especialidad	24	20.1	21.1	14.0		
SCQ demandas externas						
Carrera Técnica	102	22.5	20.0	14.3	4.97	.174
Licenciatura	142	25.1	24.0	13.9		
Posgrado	10	19.2	16.0	14.2		
Especialidad	24	20.8	22.0	14.7		
SCQ demandas internas						
Carrera Técnica	102	18.9	15.0	16.9	4.27	.233
Licenciatura	142	20.9	20.0	13.9		
Posgrado	10	25.2	15.0	31.7		
Especialidad	24	19.2	20.0	15.3		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, Mdn=Mediana, H=Estadístico de Kruskal-Wallis, p = Valor de p

En la tabla 26 se muestra el estrés de conciencia del personal de enfermería por escolaridad donde no se identificaron diferencias significativas en el índice total del estrés de conciencia por escolaridad ($H=5.23$, $p=.156$), asimismo no se encontró significancia en el índice de la subescala de demandas externas ($H=4.97$, $p=.174$) y en el índice de la subescala de demandas internas ($H=4.27$, $p=.233$).

Tabla 27

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por categoría

laboral

Categoría laboral	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
SCQ Total						
Enfermera auxiliar y técnica	78	20.7	17.7	12.9	6.19	.045
Enfermera general	75	20.9	18.8	13.2		
Licenciada, especialista y administrativa	125	23.6	22.2	12.3		
SCQ demandas externas						
Enfermera auxiliar y técnica	78	22.0	20.0	13.5	4.49	.106
Enfermera general	75	22.6	20.0	14.7		
Licenciada, especialista y administrativa	125	25.2	24.0	14.2		
SCQ demandas internas						
Enfermera auxiliar y técnica	78	19.1	15.0	16.5	4.06	.131
Enfermera general	75	18.7	15.0	15.4		
Licenciada, especialista y administrativa	125	21.8	20.0	16.1		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, Mdn=Mediana, H=Estadístico de Kruskal-Wallis, p = Valor de p

En la tabla 27 se muestra el índice de estrés de conciencia del personal de enfermería por categoría laboral donde se identificaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total ($H = 6.19, p = .045$), se identifica que los participantes que cuentan con la categoría laboral de Licenciada en Enfermería, especialista y administrativa presentaron estrés de conciencia más alto ($\bar{X} = 23.6, Mdn=22.2$) en comparación con la Enfermera auxiliar y técnica ($\bar{X} = 20.7, Mdn=17.7$) y la Enfermera general ($\bar{X} = 20.9, Mdn=18.8$).

Tabla 28

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por años de experiencia laboral

Experiencia laboral	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
SCQ Total						
De 1 año a 5 años	119	21.3	18.8	12.8		
De 6 años a 15 años	110	22.2	21.1	11.4	1.28	.525
De 16 años a más	49	23.5	24.4	15.4		
SCQ demandas externas						
De 1 año a 5 años	119	21.8	18.0	13.7		
De 6 años a 15 años	110	24.4	24.0	12.9	4.09	.129
De 16 años a más	49	26.1	24.0	17.5		
SCQ demandas internas						
De 1 año a 5 años	119	20.7	17.5	16.2		
De 6 años a 15 años	110	19.6	17.5	15.5	.041	.980
De 16 años a más	49	20.4	20.0	17.0		

Nota: *n*=Muestra total, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p* = Valor de *p*

En la tabla 28 se muestra que no existen diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total por años de experiencia laboral ($H=1.28$, $p=.525$), asimismo no se encontró significancia en el índice de la subescala de demandas externas ($H=4.09$, $p=.129$) y en el índice de la subescala de demandas internas ($H=.041$, $p=.980$).

Tabla 29

Coefficiente de Correlación de Spearman para el índice estrés de conciencia y años de experiencia laboral

	SCQ	Demandas externas	Demandas internas
Experiencia laboral	.121*	.164**	.036

Nota: ** $p<.01$, * $p<.05$, *SCQ*=Escala Estrés de Conciencia, *Experiencia laboral*= años de experiencia laboral

Sin embargo en la tabla 29 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para el índice de estrés de conciencia y la años de experiencia laboral del personal de enfermería, donde se identificó que los años de experiencia laboral de los participantes

se relaciona positiva y significativamente con el estrés de conciencia (SCQ) ($r_s = .121, p < .05$), lo que indica que a mayor experiencia laboral del personal de enfermería mayor estrés de conciencia. Asimismo la experiencia laboral del personal de enfermería se relaciona positiva y significativamente con la subescala de Demandas externas ($r_s = .162, p < .01$), lo que indica que a mayor experiencia laboral del personal de enfermería mayor estrés de conciencia en la subescala de Demandas externas. Con los datos anteriores se da respuesta al tercer objetivo.

Para responder el cuarto objetivo que menciona identificar la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería, se realizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, los datos se muestran en la tabla 30.

Tabla 30

Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y tabaco y estrés de conciencia en el personal de enfermería

	SCQ	Demandas externas	Demandas internas
Edad de inicio de consumo de alcohol	.135*	.165**	.042
Cantidad de bebidas	.016	.028	.047
Edad de inicio de consumo de tabaco	.029	.117	-.036
Cantidad de cigarros	.273**	.254**	.157
AUDIT	.042	.021	.095
Consumo Sensato	-.028	-.035	-.010
Consumo Dependiente	-.057	-.073	-.022
Consumo Dañino	.036	.022	.039

Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$, SCQ=Escala Estrés de Conciencia, AUDIT= Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol

En la tabla 30 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y tabaco y estrés de conciencia del personal de enfermería;

se identificó que la Edad de inicio de consumo de alcohol de los participantes se relaciona positiva y significativamente con el estrés de conciencia (SCQ) ($r_s = .135, p < .05$), lo que indica que a mayor Edad de inicio de consumo de alcohol mayor estrés de conciencia. De igual forma la Edad de inicio de consumo de alcohol y la subescala de Demandas externas se relacionan positiva y significativamente ($r_s = .165, p < .01$). No obstante no se documentó relación significativa del índice AUDIT, el consumo sensato, dependiente y dañino con el estrés de conciencia.

También se reporta una relación positiva y significativa de la Cantidad de cigarros consumidos en un día típico con el estrés de conciencia (SCQ) ($r_s = .273, p < .01$), lo que indica que a mayor estrés de conciencia mayor Consumo de cigarros en un día típico. De igual manera la Cantidad de cigarros consumidos en un día típico y la subescala de Demandas externas se relacionan positiva y significativamente ($r_s = .165, p < .01$), lo que indica que a mayor estrés de conciencia en la subescala de Demandas externas mayor Consumo de cigarros en un día típico. Con los datos presentados con anterioridad se da respuesta al cuarto objetivo.

Para dar respuesta al quinto objetivo que indica determinar el estrés de conciencia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba U de Mann-Whitney, los resultados se muestran en las tablas 31 y 32.

Tabla 31

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol

Tipo de prevalencia	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global (alguna vez en la vida)					
Si	245	22.8	21.1	2942.5	.011
No	33	16.9	15.5		
Lápsica (en el último año)					
Si	217	22.9	21.1	5285.5	.016
No	61	19.1	18.8		
Actual (en el último mes)					
Si	197	22.6	21.1	7027.5	.118
No	81	20.8	18.8		
Instantánea (en los últimos siete días)					
Si	160	21.9	20.0	9271.5	.799
No	118	22.4	21.1		

Nota: *n*=Personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico de Mann-Whitney, *p* = Valor de *p*

En la tabla 31 se observa que existen diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de alcohol Global ($U=2942.5$, $p=.011$) donde el personal que consumió alcohol alguna vez en la vida presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=22.8$, $Mdn= 21.1$) de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no ha consumido alcohol ($\bar{X}=16.9$, $Mdn= 15.5$).

Asimismo se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de alcohol en el último año ($U=5285.5$, $p=.016$), donde el personal de enfermería que consumió alcohol en el último año presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=22.9$, $Mdn= 21.1$) de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió alcohol en el último año ($\bar{X}=19.1$, $Mdn= 18.8$). Sin embargo se observa que no existen diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de alcohol actual ($U=7027.5$, $p=.118$) e instantánea ($U=9271.5$, $p=.799$).

Tabla 32

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por tipo de prevalencia de consumo de tabaco

Tipo de prevalencia	<i>N</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global (alguna vez en la vida)					
Si	128	24.6	22.2	7499.0	.002
No	150	19.9	18.8		
Lápsica (en el último año)					
Si	119	24.9	22.2	7292.5	.001
No	159	20.0	18.8		
Actual (en el último mes)					
Si	109	25.5	22.2	6828.0	.001
No	169	19.9	18.8		
Instantánea (en los últimos siete días)					
Si	91	24.6	22.2	6752.0	.005
No	187	20.8	18.8		

Nota: *n*=Personal de enfermería que consumió tabaco, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico de Mann-Whitney, *p* = Valor de *p*

En la tabla 32 se puede observar que existen diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco Global ($U=7499.0$, $p=.002$), donde el personal de enfermería que consumió tabaco alguna vez en la vida presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia ($\bar{X}=24.6$, $Mdn= 22.2$) en comparación con el personal que no ha consumido tabaco alguna vez en la vida ($\bar{X}=19.9$, $Mdn= 18.8$). Asimismo se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco en el último año ($U=7292.5$, $p=.001$), donde el personal de enfermería que consumió tabaco en el último año presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=24.9$, $Mdn= 22.2$) de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió tabaco en el último año ($\bar{X}=20.0$, $Mdn= 18.8$).

De la misma manera se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco Actual ($U=6828.0$, $p=.001$) donde el personal de enfermería que consumió tabaco en el último mes presentó

medias y medianas más altas ($\bar{X}=25.5$, $Mdn= 22.2$) de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió tabaco en el último mes ($\bar{X}=19.9$, $Mdn= 18.8$), también se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco instantánea ($U=6752.0$, $p=.005$) donde el personal de enfermería que consumió tabaco en los últimos siete días presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=24.6$, $Mdn= 22.2$) de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió tabaco en los últimos días ($\bar{X}=20.8$, $Mdn= 18.8$).

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio sobre la relación del estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería fue factible la aplicación empírica de los conceptos teóricos de Estrés de Conciencia de Glasberg (2007), de consumo de alcohol en población mexicana según De la fuente y Kershenovich (1992) y de consumo de tabaco según Tapia (2001). El estudio se realizó en una muestra aleatoria de 278 enfermeros (as) de un hospital público de tercer nivel de atención en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Respecto al perfil sociodemográfico de los participantes, se observa que el 73.4% pertenecen al sexo femenino, el 52.1% no contaba con pareja y la media de edad fue de 30.2 años. Este perfil del personal de enfermería que labora en instituciones de salud pública de tercer nivel de atención es congruente con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2014) donde se observa que en el país existen 475, 295 enfermeros (as), de este total 85 de cada 100 son mujeres con una edad promedio de 36.8 años. Asimismo los datos anteriores coinciden con lo reportado por Juárez (2007) el cual señala que en la sociedad el cuidado se ha identificado como una actividad inherente del sexo femenino.

En relación a los datos laborales se registró que el personal tenía 5.7 años en promedio laborando en el área hospitalaria donde se realizó el presente estudio, los profesionales reportaron trabajar en promedio 10.2 (DE=2.5) horas diarias. También se encontró que el 51.1% de los participantes cuenta con Licenciatura y el 36.7% con Carrera técnica, asimismo el 45.0% tiene la categoría de Licenciado en Enfermería. Los datos anteriores son similares a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2014) donde se indica que el 42.8% del personal de enfermería son Licenciados y el 31.5% Enfermeros técnicos. El incremento del

profesional de enfermería en las instituciones de salud, es producto del proceso de profesionalización de enfermería que se inicia por solicitud de la Organización Panamericana de la Salud en 1975 y en México se han empleado diversas estrategias de profesionalización desde 1968 por parte de las Instituciones de Educación Superior en Enfermería y de los Servicios de Salud, a las que enfermería se ha incorporado y mejorado su formación a nivel profesional, no obstante fue en el año 2006 estos esfuerzos fueron considerados por el Programa de Promoción de la Profesionalización del Personal de Enfermería, donde se reconoce su preparación superior y por consiguiente se cambia el puesto a nivel profesional y se mejoran grandemente las percepciones económicas (LXXII Legislatura, Cámara de Diputados, 2015).

De acuerdo con lo anterior la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) señala que la enfermería engloba la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas circunstancias, además comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal, herramientas que se adquieren durante los estudios de Licenciatura en Enfermería.

En lo que se refiere al turno de trabajo, los participantes laboran en Turno Matutino 29.9%, seguido por el Turno Vespertino 25.5%, Turno Nocturno 23.4% y Turno Piloto 21.2%, lo anterior coincide con De Melo y Ferraz (2013) donde se encontró una distribución uniforme del personal de enfermería en los diferentes turnos de trabajo de la institución hospitalaria. Con respecto a lo anterior Lopes, Marques y Mattia (2010) concluyeron que la organización del trabajo hospitalario por turnos provoca manifestaciones negativas en lo cotidiano de los trabajadores, lo que puede afectar su salud física, mental y social y con ello la posibilidad de la aparición del estrés de conciencia.

En cuanto al área laboral, se encontró que el 36.0% de los participantes laboran en áreas de hospitalización que corresponden a las áreas de pediatría, ginecología y pensionistas, donde el requerimiento del personal es mayor debido a que en esas áreas se concentra un mayor número de pacientes. Los datos anteriores son similares a los reportados por Zorrilla (2014) donde el 39.8% de los participantes laboraban en áreas de hospitalización (medicina interna, pediatría, hemodiálisis, quimioterapia, admisión hospitalaria, nefrología, aislados, valoración y estancia conjunta). Lo anterior pudiera deberse a que ambos estudios se realizaron en un institución de salud pública donde se cuenta con especialidades básicas como son medicina interna, cirugía y materno infantil.

Respecto a la edad de inicio de consumo de alcohol de los participantes se encontró que fue en promedio de 17.9 años, este dato concuerda con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) donde se señala que la edad de inicio de consumo de alcohol oscila entre los 18 a 25 años. Asimismo coincide con Almaraz (2015) donde se señala que la edad de inicio de consumo fue de 18.9 años. De igual manera los resultados coinciden con lo reportado por Zorrilla (2014) donde la edad de inicio reportada fue de 18.2 años. Estos hallazgos coinciden en estudiantes universitarios de enfermería de la República de Corea que informan edad de inicio al consumo de alcohol a los 16.52 años de edad y en la actualidad estos tienen más alta prevalencia de problemas de adicción al alcohol que aquellos que iniciaron a consumir a los 17.69 años de edad (Junghee & Sunhee, 2015).

Respecto al consumo de tabaco se encontró que la edad de inicio de los participantes fue en promedio de 18.6 años, lo cual concuerda con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) donde se señala que la edad de inicio de consumo de tabaco es a los 20.4 años. De igual manera los resultados coinciden con lo reportado por Hernández, Gallegos, Zamora y Garza (2013) donde la edad de inicio reportada por enfermeras de un hospital de el estado de Querétaro fue de 21.6 años. De igual forma coincide con el estudio de Saavedra, Ferreira y Pillon (2010) en un hospital nacional de

Lima Perú donde se reporta como edad de inicio de consumo de tabaco en personal de enfermería a los 18 años.

Sin embargo llama la atención la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco del personal de enfermería, ya que entre los 17 y 18 años de edad se ingresa a la universidad, y el enfrentarse a nuevos retos y apreciar de cerca la realidad de la salud y la enfermedad de las personas, las familias y la comunidad en general, pudiera percibir el inicio del estrés de conciencia y con ello hacer uso del alcohol y tabaco como mecanismos de afrontamiento no saludable a las nuevas demandas y exigencias de la profesión.

En relación al primer objetivo que propuso determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería. Se observa que el 88.1% consumió alcohol alguna vez en la vida, el 78.0% de los participantes consumió alcohol en el último año, el 70.8% en el último mes y el 57.5% del personal de enfermería consumió alcohol en los últimos siete días, estos datos son ligeramente mayores a los reportados por la ENA (2011) donde se menciona que el consumo de alcohol para la población de 12 a 65 años alguna vez en la vida fue de 73.3%, en el último año de 55.9% y en el último mes de 31.6% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011). Los datos reportados en el presente estudio son menores que los documentados en estudiantes de enfermería de Lugo España quienes informan una prevalencia en el último mes de 89.9% y de ellos se embriagaron un 58.4% en el último mes (Garrido-González, Bugarín- González & Machín- Fernández, 2015).

Con respecto a la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de tabaco en el personal de enfermería. Se observa que el 46.0% consumió tabaco alguna vez en la vida, el 42.8% de los participantes consumió tabaco en el último año, el 39.2% en el último mes y el 32.7% del personal de enfermería consumió tabaco en los últimos siete días, estos datos difieren a los reportados por la ENA (2011) donde se menciona

que el consumo de tabaco para la población de 18 a 65 años alguna vez en la vida fue de 23.6% , situación que llama la atención debido que en el presente estudio la proporción de alguna vez en la vida fue mayor y esto se pudiera considerar grave si se observa que estos consumidores presentaron una alta prevalencia de consumo de tabaco en los últimos siete días (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011).

Además los datos documentados en este estudio son superiores a los reportados por Pérez, Ferreira y Pillon(2010) en un hospital nacional de Lima Perú, dado que se reporta prevalencia alguna vez en la vida de consumo de tabaco de 67.1% y la prevalencia en el último mes fue de 3.0%, por lo que los autores señalan que las enfermeras reconocieron la importancia de dejar de fumar por sus consecuencias en la salud.

Asimismo llama la atención el hecho de que a pesar de los programas de prevención y de la orientación sobre las consecuencias graves del uso del cigarrillo y de la Ley General para el Control de Tabaco (2008) se presenten altas prevalencias de uso de tabaco en el personal de enfermería probablemente como una forma de lograr relajarse ante el estrés de conciencia.

Con respecto a lo anterior las prevalencias del consumo de alcohol y tabaco reportadas en el presente estudio son relevantes y representan una probable influencia negativa hacia la comunidad en general, debido a que intencionalmente o no el personal de enfermería es una influencia poderosa en los estilos de vida de la sociedad en general. De la misma manera Vargas y Villar (2008) afirman que una de las funciones primordiales del personal de enfermería es el actuar como promotor de salud, ejerciendo acciones de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

Con respecto al segundo objetivo que señala determinar los tipos de consumo de alcohol y tabaco por edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral. No se identificaron diferencias significativas en el consumo de alcohol por edad

debido a la homogeneidad de ambos grupos. Lo anterior difiere con Zorrilla (2014) quien reporta diferencias significativas entre el tipo de consumo de alcohol y la edad, donde el personal de 40 a 64 años presentó mayor consumo sensato y el personal de 22 a 39 años presentó mayor consumo dependiente. Esto probablemente se debe a que la conducta del consumo de alcohol tiene raíces multifactoriales, como sociales, económicas, medio ambientales y culturales lo cual podría estar relacionado al consumo homogéneo entre los jóvenes y adultos.

Igualmente en relación a lo anterior Ramírez, Marínez y Asúnsolo (2011) indican que el consumo de alcohol es más frecuente en la edad productiva, lo cual se traduce en alteración de la salud de los trabajadores, del rendimiento laboral, la productividad de las empresas, incumplimiento de la seguridad en la práctica laboral y genera costos económicos para las empresas y los sistemas de salud pública.

Respecto al tipo de consumo de alcohol por sexo, se presentó diferencia significativa ya que el personal del sexo femenino presentó mayor consumo sensato de alcohol (67.8%) que el personal del sexo masculino (14.7%). El consumo dependiente fue mayor en el personal del sexo masculino (33.8%) que el personal del sexo femenino (26.8%), la misma tendencia se observó para el consumo dañino, ya que el personal del sexo masculino presentó un consumo mayor de alcohol (51.5%) en relación al personal del sexo femenino (5.4%). Lo anterior coincide con Zorrilla (2014) y con Hinojosa, Alonso y Castillo (2012) quienes reportaron mayor consumo sensato para el sexo femenino y mayor consumo dependiente y dañino para el sexo masculino.

Lo anterior pudiera explicarse debido a que el consumo de alcohol es una conducta que históricamente ha tenido mayor presencia en el sexo masculino, debido a que en la cultura mexicana el hombre utiliza el consumo como medio de reforzamiento de su masculinidad, ya que su rol principal es el de hombre de autoridad, proveedor y tiene mayor libertad de elegir como utilizar su tiempo libre, mientras que para las mujeres su rol de feminidad como el mantener una actitud recta, maternal y respetable

ante la sociedad pareciera actuar como mecanismo de protección para evitar un consumo excesivo de alcohol (Maya, 2003).

Respecto al tipo de consumo de alcohol por escolaridad no se presentaron diferencias significativas debido a que los porcentajes fueron similares, estos resultados coinciden con Zorrilla (2014) quien no encontró diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol y la escolaridad. Lo anterior probablemente se deba a que la población del estudio estuvo conformada en su mayoría por Licenciados en Enfermería, sin embargo las causas del consumo de alcohol son multifactoriales y esto podría estar relacionado o no con la escolaridad de los participantes.

En relación al tipo de consumo de alcohol por categoría laboral no se identificaron diferencias significativas. Este hallazgo pudiera explicarse por la homogeneidad de los datos. No obstante en el estudio de Kenna y Wood (2004) realizado en la Universidad de Rhode Island compararon la cantidad de bebidas consumidas por mes y por categoría profesional y se observa significancia donde los Dentistas reportan más consumo de alcohol ($\bar{X}=26.78$, $DE=21.9$) seguido de las enfermeras ($\bar{X}=20.5$, $DE=18.8$) que los médicos ($\bar{X}=17.9$) y farmacéuticos ($\bar{X}=18.4$), los autores señalan que posiblemente en las enfermeras este mayor consumo sea explicado por el impacto del estrés que les genera el cuidado de los pacientes.

Respecto al tipo de consumo de alcohol y los años de experiencia laboral, no se identificaron diferencias significativas probablemente por la homogeneidad de los datos, dado que en el presente estudio la muestra estuvo compuesta en su mayoría por personal de enfermería con pocos años de experiencia laboral aunado a la gran rotación de personal de enfermería que busca mejores condiciones de trabajo lo que puede estar influyendo en los resultados encontrados.

En relación al tipo de consumo de tabaco por edad, se encontraron diferencias significativas, donde se presentó mayor proporción del tipo de fumador ocasional en el grupo de edad de 18 a 39 años (18.6%) que en el grupo de 40 a 61 años (6.4%),

asimismo se identificó que en el grupo de edad de 18 a 39 años se reportó mayor consumo diario (26.0%) que en el grupo de edad de 40 a 61 años (12.8%). Los datos anteriores coinciden con lo reportado por la ENSANUT (2012) donde se menciona que el consumo de diario de tabaco es mayor en el grupo de edad de 20 a 39 años de edad (34.3%) en comparación con el grupo de edad de 40 a 59 años (24.8%) (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

Lo anterior puede explicarse por que al inicio de la adquisición de un hábito, el consumo es mayor, además el personal de enfermería de menor edad probablemente con menos experiencia en el servicio de salud puede estar expuesto a mayor presión en el área laboral y en algunos casos escolar para los que siguen en educación continua, lo que podría generar estrés y la utilización del tabaco como medio de relajación y distracción.

Respecto al tipo de consumo de tabaco por sexo, se identificaron diferencias significativas, donde el personal de enfermería del sexo femenino presentó mayor proporción de no fumadores (61.8%) que el personal del sexo masculino (44.6%), asimismo la proporción de fumador ocasional fue más alto para el sexo femenino (17.6%) que para el personal de sexo masculino (13.5%) y respecto a los fumadores diarios y dependientes el personal del sexo masculino presentó mayor proporción de fumadores diarios (36.5%), en comparación con el personal del sexo femenino (19.1%) de la misma manera para el fumador dependiente donde el sexo masculino presentó mayor consumo dependiente (5.4%) que el personal del sexo femenino (.05%).

Estos datos son similares a los reportados por la ENA (2011) donde se reporta que el consumo de tabaco de la población de 18 a 65 años en el tipo de fumador diario los hombres presentan mayor frecuencia de consumo (15.5%) en comparación con las mujeres (5.5%) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011).

Lo anterior puede explicarse por las premisas socioculturales de género que permean en la sociedad, el consumo de tabaco en las mujeres es visto como no correcto, además que las campañas publicitarias para disminuir el uso de tabaco implementadas como notas o advertencias en las cajetillas de cigarrillos pudieran tener un efecto mayor en mujeres que en los hombres, debido a que las imágenes utilizadas tienen relación con los efectos que el tabaco puede ocasionar en las mujeres gestantes.

En relación al tipo de consumo de tabaco y la escolaridad no se identificaron diferencias significativas probablemente por la homogeneidad de los datos. Esto puede explicarse en función de lo multifactorial del consumo de tabaco, entre las cuales destacan las cuestiones sociales, culturales, laborales y psicosomáticas como el estrés el cual puede ser afrontado mediante el consumo de tabaco por el efecto corto e inmediato de relajación que este provoca y esto podría estar influenciado o no por el grado de escolaridad.

Referente al tipo de consumo de tabaco y la categoría laboral no se identificaron diferencias significativas. Lo anterior puede explicarse por qué el personal de enfermería está expuesto de manera similar a diversas situaciones laborales como lo son: exigencias de los jefes, estrés de conciencia ante el cuidado de los pacientes, peticiones de los familiares y trato diario con los compañeros, factores que podrían ser afrontadas mediante el consumo de tabaco, por ello la similitud en los tipos de consumo.

Respecto al tipo de consumo de tabaco y los años de experiencia laboral, no se identificaron diferencias significativas. Este hallazgo puede explicarse por que los datos fueron muy homogéneos y que los años de experiencia laboral fueron también homogéneos.

En cuanto al tercer objetivo que señala identificar el estrés de conciencia en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral. No se encontraron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia y la edad. Estos resultados coinciden a los encontrados por Glasberg (2008)

quien realizó un estudio en 423 enfermeras de una unidad de cuidado de primer nivel de atención en Suecia, donde el promedio de edad fue de 44.9 años y se reportó que la variable edad y el estrés de conciencia no tuvo significancia estadística. Lo anterior difiere con lo reportado por Zorrilla (2014) quien identificó diferencias significativas, donde el personal de enfermería de 22 a 39 años reportó más alto estrés de conciencia en la subescala de demandas internas que el personal de 40 a 64 años.

Sin embargo se identificó una relación positiva y significativa del estrés de conciencia total y la edad del personal de enfermería ($r_s=.129, p<.05$), asimismo la subescala de demandas externas y la edad del personal de enfermería ($r_s=.162, p<.01$) es decir las enfermeras de mayor edad registraron mayor estrés de conciencia total asimismo en la subescala de demandas externas. Estos resultados son diferentes a lo reportado por Tuveesson et. al (2012), donde reportaron una relación negativa significativa del estrés de conciencia total ($r_s=-.21, p<.10$) con la edad donde a menor edad mayor estrés de conciencia.

Lo anterior puede explicarse porque las enfermeras de mayor edad es probable tengan posiciones de mayor responsabilidad en el ámbito hospitalario además que la experiencia laboral obtenida en el cuidado de las personas les indica los posibles pronósticos en la salud del paciente, lo que puede generar un mayor estrés de conciencia, en contraste con las de menor edad, las cuales cuentan con menor experiencia laboral y posiblemente tengan puestos de menor responsabilidades. No obstante es posible que cuando el personal de enfermería de menor edad esta frente a situaciones límite donde tienen que tomar decisiones inmediatas pueden acudir a las enfermeras de mayor edad, para recibir respuesta y orientación que coadyuve a resolver estas situaciones lo cual también puede influir en la generación de estrés de conciencia en las enfermeras de mayor edad.

Referente al estrés de conciencia y el sexo, no se documentaron diferencias significativas. Estos resultados coinciden con lo reportado por Juthenberg (2010) y los

reportados por Tuveson (2012) en el personal de enfermería de Suecia donde no se identificaron diferencias significativas en el estrés de conciencia y el sexo de los participantes. Sin embargo esto difiere a los resultados encontrados por Zorrilla (2014), quien reportó que el personal femenino presentó mayor estrés de conciencia ($\bar{X}=15.0$, $Mdn=10.0$) que el personal masculino ($\bar{X}=9.3$, $Mdn=4.0$).

Los resultados antes señalados, pueden ser resultado de que las responsabilidades en el cuidado de enfermería son iguales para enfermeros del sexo masculino y femenino. Por ello hombres y mujeres se pueden enfrentar a las mismas exigencias éticas que pueden desencadenar conflictos de conciencia y con ello la aparición del estrés de conciencia (Torres & Rivas, 2010).

En relación al estrés de conciencia y la escolaridad del personal de enfermería no se presentaron diferencias significativas. Lo anterior coincide con lo reportado por Juthenberg (2010) y Tuveson (2012) donde no se identificaron diferencias significativas en el estrés de conciencia por escolaridad del personal de enfermería en sus estudios.

En cuanto al estrés de conciencia y la categoría laboral de los 278 participantes del estudio, se observó diferencia significativa, donde los enfermeros (as) que cuentan con la categoría laboral de Licenciada, especialista y administrativa presentan mayor estrés de conciencia ($\bar{X}=23.6$, $Mdn=22.2$) en comparación con la Enfermera auxiliar, técnica ($\bar{X}=20.7$, $Mdn=17.7$) y la Enfermera General ($\bar{X}=20.9$, $Mdn=18.8$).

Los resultados anteriores son afines a los reportados por Zorrilla (2014) donde se registró mayor estrés de conciencia total en personal de enfermería con categoría laboral de Licenciatura en Enfermería que en personal con categoría de Enfermería General, técnico y auxiliar. En relación a lo anterior se ha documentado que enfermeras profesionales y enfermeras auxiliares se enfrentan a desafíos éticos en su trabajo diario. Sin embargo el personal de enfermería profesional y el auxiliar y técnico tiene diferentes funciones y responsabilidades en el cuidado de las personas, por lo que las enfermeras

profesionales tienen un cuidado de mayor complejidad y están más sometidas a exigencias de la familia del paciente, lo cual puede influir en las variaciones de la percepción de estrés de conciencia (Juthenberg, 2010).

En relación al estrés de conciencia y los años de experiencia laboral no se encontraron diferencias significativas. Estos resultados coinciden con Tuveesson (2012) quien realizó un estudio en personal de enfermería que laboraba en un hospital psiquiátrico, donde se reportó que la variable años de experiencia laboral y el estrés de conciencia no obtuvieron significancia estadística.

Sin embargo se identificó una relación positiva y significativa para el índice de estrés de conciencia y los años de experiencia laboral ($r_s=.121$, $p<.05$), asimismo la subescala de demandas externas y los años de experiencia laboral del personal de enfermería ($r_s=.164$, $p<.01$), lo que indica que a más años de experiencia laboral del personal de enfermería mayor estrés de conciencia total y mayores demandas externas del servicio de salud, del profesional médico y del paciente.

Lo anterior puede explicarse porque el profesional de enfermería es particularmente afectado por laborar largas jornadas, múltiples cambios de turnos y excesiva rotación de servicios, además de brindar cuidados a pacientes con altas demandas emocionales, lo que lo hace especialmente vulnerable a presentar alteraciones del bienestar psicológico, como el estrés de conciencia (Piñeiro, 2013).

Entre tanto el personal de mayor experiencia laboral ha estado potencialmente expuesto durante mayor tiempo a situaciones estresantes como el lidiar con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, así como con las dificultades cotidianas derivadas de las relaciones con la familia, compañeros y los horarios de rotación laboral, los que constituyen factores de riesgo que pueden afectar directa o indirectamente la calidad de vida de los profesionales de enfermería (Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas & Licona, 2014).

En el cuarto objetivo se planteó identificar la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería, se identificó que existe relación positiva y significativa entre el estrés de conciencia y la edad de inicio de consumo de alcohol, por lo tanto a mayor edad de inicio de consumo de alcohol mayor estrés de conciencia. También existe una relación positiva y significativa entre el estrés de conciencia en la subescala de demandas externas y la edad de inicio de consumo de alcohol, lo que indica que a mayor edad de inicio de consumo de alcohol mayor estrés de conciencia presente en las subescala de demandas externas.

Lo anterior difiere con lo reportado por Zorrilla (2014) quien reporta que a menor edad de inicio de consumo de alcohol mayor estrés de conciencia. Lo anterior pudiera deberse a que el presente estudio fue realizado en ciudades con características culturales diferentes. No obstante no se documentó relación significativa del estrés de conciencia con el índice AUDIT y con el consumo sensato, dependiente y dañino, lo que difiere de Zorrilla (2014) quien documento relación positiva y significativa del consumo de alcohol dependiente y el estrés de conciencia.

También se reporta una relación positiva y significativa de la cantidad de cigarros consumidos en un día típico con el estrés de conciencia, lo que indica que a mayor estrés de conciencia mayor consumo de cigarros en un día típico. De igual manera la cantidad de cigarros consumidos en un día típico y la subescala demandas externas del estrés de conciencia se relacionan positiva y significativamente, por lo tanto a mayor estrés de conciencia en la subescala de demandas externas mayor consumo de cigarros en un día típico.

Los resultados anteriores son relevantes pues no existen estudios que relacionen el estrés de conciencia y el consumo de tabaco. Es importante mencionar que el personal de enfermería se encuentra mayormente expuesto a las situaciones que dan origen al estrés de conciencia, las cuales pueden persistir durante largos periodos de tiempo y generar sentimientos de culpa que pueden ser afrontados mediante mecanismos no

saludables como lo es el consumo de tabaco, al que se le atribuye socialmente expectativas de relajación, de tranquilidad que pueden estar buscando los profesionales de enfermería ante el estrés de conciencia.

En relación al quinto objetivo que señala: determinar el estrés de conciencia por tipo de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco. Se identificó que existen diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de alcohol Global, donde el personal que consumió alcohol alguna vez en la vida presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no ha consumido alcohol, asimismo se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de alcohol en el último año, donde el personal de enfermería que consumió alcohol en el último año presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió tabaco en el último año.

De la misma manera se identificó que existen diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco global, donde el personal de enfermería que consumió tabaco alguna vez en la vida presentó medias y medianas más altas en comparación con el personal que no ha consumido tabaco alguna vez en la vida, asimismo se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco en el último año, donde el personal de enfermería que consumió tabaco en el último año presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió alcohol en el último año.

Asimismo se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco actual donde el personal de enfermería que consumió tabaco en el último mes presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió tabaco en el último mes también se observaron diferencias significativas en el índice de estrés de

conciencia total y la prevalencia de consumo de tabaco instantánea donde el personal de enfermería que consumió tabaco en los últimos siete días presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia total en comparación con el personal que no consumió tabaco en los últimos días.

Lo anterior coincide con lo reportado por Martínez, Medina y Rivera (2004) quienes realizaron un estudio en 190 médicos y enfermeras de un hospital general de la Secretaría de Salud de México, donde identificaron un alto patrón de consumo de alcohol y tabaco durante el último año, del grupo con alto nivel de estrés. La enfermería es una profesión vulnerable al estrés en el trabajo, ya que viven situaciones de gran intensidad emocional, represión de sentimientos, contención de emociones y angustia, donde el enfermero (a) se enfrenta a situaciones de enfermedad, sufrimiento y muerte, asimismo estas situaciones que pueden dar origen al estrés de conciencia cuando conocen lo éticamente correcto en su actuación y pueden estar limitados en tomar decisiones cuando la vida del paciente depende de la tecnología que muchas veces se excede en no considerar la dignidad del ser humano. Este estrés de conciencia puede persistir durante largo tiempo y generar sentimientos de culpa y ansiedad, los cuales aunados a la sobrecarga de trabajo, al escaso tiempo dedicado a la familia, la presión de los compañeros y los horarios de rotación laboral, constituyen factores de riesgo que pueden afectar directa o indirectamente la calidad de vida del profesional de enfermería. Lo anterior puede ser afrontado con el consumo de alcohol y tabaco, por lo que es indispensable el desarrollo de habilidades sociales, de comunicación asertiva y habilidades intelectuales durante la formación académica de enfermería para afrontar el estrés de conciencia de forma saludable.

Conclusiones

En relación a los resultados encontrados en el presente estudio se puede concluir que, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 17.9 años con un

consumo de 4.5 copas de alcohol en un día típico. La prevalencia global (alguna vez en la vida) de consumo de alcohol en el personal de enfermería fue de 88.1%, la prevalencia lápsica (en el último año) de 78.0%, la prevalencia actual (en el último mes) de 70.8% y la prevalencia instantánea (en los últimos 7 días) de 57.5%. Respecto al consumo de tabaco la edad promedio de inicio de consumo fue de 18.6 años con un consumo de 5.2 cigarrillos en un día típico. La prevalencia global (alguna vez en la vida) de consumo de alcohol en el personal de enfermería fue de 46.0%, la prevalencia lápsica (en el último año) de 42.8%, la prevalencia actual (en el último mes) de 39.2% y la prevalencia instantánea (en los últimos 7 días) de 32.7%.

Se encontró diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol por sexo: el personal femenino presentó mayor consumo sensato de alcohol y el personal masculino presentó mayor consumo dependiente y dañino. Asimismo se observaron diferencias significativas para el tipo de consumo de tabaco y la edad, donde el personal de 18 a 39 años presentó mayor proporción de fumadores diarios que el personal de 40 a 61 años. De igual manera se encontró diferencia significativa en el tipo de consumo de tabaco por sexo: el personal femenino presentó mayor proporción de fumador ocasional y el personal masculino presentó mayor proporción de fumador dependiente.

Se documentó correlación positiva y significativa entre el índice de estrés de conciencia y la edad, se identificó que a mayor edad mayor estrés de conciencia total, los datos también muestran que a mayor edad mayor estrés de conciencia presente en la subescala de demandas externas. Asimismo se documentó correlación positiva y significativa entre el índice de estrés de conciencia y los años de experiencia laboral, se identificó que a mayor experiencia laboral mayor estrés de conciencia total, de la misma manera los datos muestran que a mayor experiencia laboral mayor estrés de conciencia presente en la subescala de demandas externas.

Se documentó correlación positiva y significativa entre el estrés de conciencia y la edad de inicio de consumo de alcohol, se identificó que a mayor edad de inicio de

consumo de alcohol mayor estrés de conciencia, los datos también muestran que a mayor edad de inicio de consumo de alcohol mayor estrés de conciencia presente en la subescala de demandas externas. También se documentó correlación positiva y significativa entre el estrés de conciencia y la cantidad de cigarros consumidos en un día típico, se identificó que a mayor estrés de conciencia mayor cantidad de cigarros consumidos en un día típico, los datos también muestran que a mayor estrés de conciencia mayor cantidad de cigarros consumidos en un día típico presente en la subescala de demandas externas. No se documentó relación significativa del índice AUDIT y el estrés de conciencia y tampoco con el consumo de alcohol sensato, dependiente y dañino de alcohol.

En cuanto al índice de estrés de conciencia por tipo de prevalencia se documentó que el personal que consumió alcohol en el último año presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia en comparación con los que no consumieron. En cuanto al índice de estrés de conciencia por el tipo de prevalencia de consumo de tabaco, se documentó que el personal que consumió tabaco en el último mes presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia en comparación con los que no consumieron, asimismo, se identificó que el personal que consumió tabaco en los últimos 7 días presentó medias y medianas más altas de estrés de conciencia en comparación con los que no consumieron.

Recomendaciones

Se recomienda replicar el estudio en personal de enfermería de una institución de salud privada, así como en estudiantes de enfermería.

Se sugiere estudiar desde la perspectiva cualitativa el significado de los factores que se atribuyen al estrés de conciencia y las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para afrontarlos.

Se recomienda desarrollar intervenciones dirigidas al personal de enfermería enfocadas al manejo del estrés de conciencia y a la reducción del consumo de alcohol y tabaco a través del uso de estrategias de afrontamiento saludables.

Se recomienda incluir en los programas de estudio de licenciatura en enfermería los conocimientos éticos y el análisis de situaciones y dilemas éticos que pueden generar estrés de conciencia.

Se recomienda incentivar a los comité de ética hospitalarios para que desarrollen programas encaminados a reducir el estrés de conciencia en el personal de enfermería.

Se sugiere continuar aplicando los instrumentos de Escala de Estrés de Conciencia (SCQ) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), debido a la confiabilidad reportada en el estudio.

Referencias

- Aguado, J., Bátiz, A., & Quintana, S. (2013). *Estrés en el personal sanitario; estado actual. Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259-275. Recuperado de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=16/07/2013-692b950334>
- Ahlin, J., Ericson, E., Eriksson, S., Noremborg, A. & Strandberg, G. (2013). Longitudinal relationships between stress of conscience and concepts of importance. *Nursing Ethics* 20(8) 927-942. doi: 10.1177/0969733013484487
- Alonso, C.M.T.J., Alonso, C.M.M., Alonso, C.B.A., Guzmán, L.A. & Araujo A.J.M. (2013). Ensayos especiales. En Domínguez M.O.H (Ed.), *Ensayos Selectos en Bioética*, Tomo II. (pp. 100-110) México, D.F.
- Almaraz, C.D. (2015). *Sensibilidad ética y su relación con el consumo de alcohol en personal de enfermería* (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Burns, N., & Grove, S. (2008). *Investigación en Enfermería*. (3ª ed.). Barcelona, España. Elsevier: Saunders.
- Cámara de Senadores de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General para el Control del Tabaco 2008; Gaceta Oficial del Senado de la República 198:115-23. Fecha de publicación: 30/05/2008
- Campa, M.T. & Cruz, R.M. (2005). Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en monterrey, México. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13(número especial), 819-26. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea09.pdf>
- Castillo, I., Torres, N., Ahumada, A., Cárdenas, K., & Licon, S. (2014). Estrés laboral en enfermería y factores asociados. *Salud univorte*, 30(1), 34-43.
- Castro, L. (2014). *Actitudes hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol en el profesional médico y de enfermería*. (Tesis de maestría inédita).

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey,
Nuevo León.

Consejo Nacional Contra las Adicciones, (CONADIC) (2011). *Lineamientos para la
prevención y atención de las adicciones en el ámbito laboral mexicano.*

Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/lineamientos.pdf>

Consejo Nacional Contra las Adicciones, (CONADIC) (2012). *Actualidades en
adicciones 2012 Consumo de alcohol y tabaco en México.* Recuperado de
<http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro4.pdf>

De la Fuente, J. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico.
Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 35, 47-51.

De Lima, G., Lerch, V., Lerch, G., Devos, E., & Silva, R. (2014). Moral distress and
burnout síndrome: are there relationships between these phenomena in nursing
workers. *Revista Latino- Americana de Enfermagem 22(1).*

De Marchi, R., Almeida, L., Oliveira, A., & Do Carmo, M. (2014). Carga horaria de
trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas de estrés.
Revista Latino- Americana de Enfermagem 22(6), 959-965.

De Melo, K., & Ferraz, E. (2013). La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en
enfermeras de un hospital de enseñanza. *Rev. Enfermería Global. 12 (29).*

Devos, E., Lerch, V., Lerch, G., Tomaschewski, J., Silva, R., & Lima, G. (2013).
Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino- Americana
de Enfermagem 21(Spec).*

Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M., & Fotherringamm, M. (2000). nQueryAdvisor
(versión 4.0) Copyright (Software estadístico para PC). Los Angeles, C: Statical
Solutions.

Escamilla, Y.S. (2009). Percepción del estrés laboral y consumo de alcohol y tabaco en
trabajadores residentes de una comunidad urbana (Tesis de maestría inédita).

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.

- Fernández, S. J. (2007). Diferentes efectos del alcohol según el sexo. *Jano*, 26 (1636), 27-32. Recuperado de :
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1636/27/1v0n1636a13098326pdf001.pdf>
- Gaceta Parlamentaria. LXII Legislatura camara de diputados. XVIII. Número 4192-II
- García, S.C. F. (2010). Percepción del estrés laboral y el consumo de alcohol en trabajadores de la salud de un hospital de la Cd. De Nuevo Laredo, Tamaulipas (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Garrido, I., Bugarin, R., & Machin, A. (2016). Consumo de Drogas en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*. 25(2).
- Glasberg, A.L. (2007). *Stress of conscience and burnout in healthcare: the danger of deadening one's conscience* (Tesis doctoral, departamento de enfermería, Umea, Suecia). Recuperado de <http://su.divaportal.org/smash/get/diva2:140236/fulltext01>
- Glasberg, A.L., Eriksson, S., & Noremborg, A. (2008). Factors associated with “stress of conscience” in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 249-258.
- Hernández, M., Hernández, Ma., Gallegos, R., Álvarez, A., Zamora, A., & Garza, B. (2013). Motivos para consumo de tabaco en profesionales de enfermería. *Revista Ciencia UAQ* 6(2), 1-12. Recuperado de:
http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v6-n2/13Articulo.pdf
- Hinojosa, L., Alonso, M. M., & Castillo, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del*

Seguro Social, 1(1), 19-25. Recuperado de

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58231406> j

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). (2014). Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2014/702825063986.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Medina-Mora, ME., Villatoro-Velázquez, JA., Fleiz-Bautista, C., Tellez-Rojo, MM., Mendoza-Alvarado, LR., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, JP., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C., & Guisa-Cruz, V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en : www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte Alcohol. Medina-Mora, ME., Villatoro-Velázquez, JA., Fleiz-Bautista, C., Tellez-Rojo, MM., Mendoza-Alvarado, LR., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, JP., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C., & Guisa-Cruz, V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en : www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte Tabaco. Reynales-Shigematsu, LM., Guerrero-López, CM., Lazcano-Ponce, E., Villatoro-Velázquez, JA., Medina-Mora, ME., Fleiz-Bautista, C., Tellez-Rojo, MM., Mendoza-Alvarado, LR., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, JP.,

Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear-Sevilla, C., & Guisa-Cruz, V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en : www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012.

Resultados por Entidad Federativa, Nuevo León. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en : encuestas.insp.mx

Juárez, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública Méx*; Vol. 49(2): 109-117.

Junghee, K., & Sunhee, P. (2015). Association between protective behavioral strategies and problema drinking among College students in the Republic of Korea. *Addictive Behaviors*. 51(2015), 171-176.

Jutheberg, C., Eroksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing sstaff in residential elder care. *Journal of Advanded Nursing* 66(8), 1708-1718. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05288.x

Kenna, G., & Wood, M. (2004). Alcohol use by healthcare professionals. *Drug and Alcohol Dependence*.75(2004), 107-116.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping [Version Adobe Digital Editions]. Recuperado de: <http://books.google.es/books>

Lopes, S.M., Marques, F.C. & Mattia R.A. (2010). El trabajo en turnos alternados y sus efectos en lo cotidiano del trabajador que beneficia granos. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18(6), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_05.pdf

- Martínez, P., Medina, M.E., & Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en el personal de la salud: algunos factores relacionados. *Salud mental*, 27(6).
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262703.pdf>
- Maya, R. (2003). Atados a estereotipos mujeres y hombres de México. Cimacnoticias.
Disponible en línea: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03mar/03030-601.html>
- National Institute on Alcohol and Alcoholism. (2009). Informe sobre: Drug Information: Alcohol. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/alcohol>
- National Institute on Drug Abuse. (2010). Serie de reportes de investigación. *Adicción al tabaco*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrtabaco.pdf>
- Organización Internacional de Trabajo (OIT, 1993). La lucha contra el consumo abusivo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo. Recuperado de http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008941/lang-es/index.htm
- Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2008) informe sobre: SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203380.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre: El efecto del alcohol sobre la salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). La organización del trabajo y el estrés.
Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Temas de salud: Enfermería. Recuperado de <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Piñeiro, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*.

- Ramírez, D., Marínez, K., & Asúnsolo, A. (2011). Abuso de alcohol en el medio laboral, factores de riesgo para el consumo, e instrumentos de valoración aplicables en la vigilancia de la salud. *Medicina y Seguridad del trabajo* 57(224) 190-209.
- Rodríguez, A., Martínez, N., Juárez, F., López, E., Carreño, S., & Medina, M. (2008). Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil. *Salud Mental*, 31(4), 291-297. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a6.pdf>
- Saarnio, R., Sarvimaki, A., Laukkala, H. & Isola, A. (2012). Stress of conscience among staff carinf for older persons in Finland. *Nursing Ethics* 19(1), 104-115. doi: 10.1177/0969733011410094.
- Saavedra, V., Ferreira, P., & Pillon, S. (2010). Tabaquismo en las enfermeras de un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18, 550-556.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/taquismo.pdf>
- Secretaría de salud y Asistencia. (SSA, 1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compit/rlgsmis.html>.
- Tapia, R. (2001). *Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. (2ª ed.). México, D.F. Manual Moderno.
- Torres, C., & Rivas, J. (2010). Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 18(3), 60-64.
- Turesson, H., Eklund, M. & Wann, H. (2012). Stress of Conscience among psychiatric nursing staff in relation to enviromental and individual factors. *Nursing Ethics*, 19(2), 208-219. doi: 10.1177/0969733011436204.
- Vargas, D., & Villar L.M. (2008). Alcohol, alcoholismo y alcohólico: concepciones y actitudes de enfermeros de servicios públicos de atención básica de salud. *Revista*

Latino-am Enfermagem, 16(1), 1-7. Recuperado de
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_07.pdf

Zorrilla, M. L. (2014). Estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería de una institución de salud (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales y de Prevalencias de Consumo de Drogas Lícitas

(CDPyPCDL)

Instrucciones: La información que usted proporcione es anónima y solo será utilizada por el investigador por lo cual le solicito su colaboración para responder lo más apegado a la realidad la siguiente Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco, la cual tiene por objetivo recoger sus datos personales y obtener información sobre su consumo de alcohol y tabaco.

Todos los resultados serán compilados en forma resumida, sin ninguna identificación de los participantes y por ningún motivo se estará evaluando o criticando su actuación con sus respuestas.

Datos Personales:

- 1) Edad: (Años Cumplidos) _____
- 2) Sexo: 0. Masculino _____ 1. Femenino _____
- 3) Estado Civil:
 1. Soltero _____ 2. Casado _____ 3. Divorciado _____
 4. Separado _____ 5. Unión Libre _____ 6. Viudo _____
- 4) Grado de Escolaridad:
 1. Carrera Técnica ____ 2. Licenciatura ____ 3. Posgrado ____ 4. Especialidad ____
 Años de Escolaridad: _____
- 5) Categoría Laboral:
 1. Auxiliar de Enfermería _____ 4. Enfermera Especialista _____
 2. Enfermera General _____ 5. Licenciada en Enfermería _____
 3. Técnica en Enfermería _____ 6. Puesto administrativo de Enfermería _____
- 6) Años de Experiencia Laboral _____
- 7) Área en la que trabaja actualmente _____
- 8) Años de Laborar en el Área actual _____
- 9) ¿Cuántas horas al día trabaja? _____
- 10) ¿Cuántos días de la semana trabaja? _____
- 11) Turno de trabajo:
 1. Matutino ____ 2. Vespertino ____ 3. Nocturno ____

II. Prevalencia de Consumo de Drogas Licitas

12) Responde con una **X** tu respuesta. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.

¿Usted ha consumido Alcohol (cerveza, tequila, vodka, bebidas preparadas, vinos, etc.)? *A que edad consumió alcohol por primera vez?	SI	NO
Alguna vez en la vida		
En los últimos 12 meses		
En los último mes		
En los últimos 7 días		

¿Usted ha consumido Tabaco (cigarros, puros, chicle de nicotina, mascado)? *A que edad consumió tabaco por primera vez?	SI	NO
Alguna vez en la vida		
En los últimos 12 meses		
En los último mes		
En los últimos 7 días		

13) En un día típico (cuando llegas a consumir) ¿Cuántas copas o bebidas alcohólicas consumes (latas, botellas de cerveza, bebidas preparadas, whiskey, vodka, vinos, ron, brandy, tequila, mezcal)? _____

A continuación, se presentan algunas preguntas sobre el consumo de tabaco. En la primera pregunta responda escribiendo el número de cigarros diarios y posteriormente en la tabla responda con una **X** en el espacio que más se apegue a su realidad.

14) Actualmente ¿En un día típico (cuando llegas a consumir), cuántos cigarros fumas? _____

	Si	No
16. ¿Has fumado menos de 100 cigarros y fumas de manera ocasional?		
17. ¿Hasta el mes pasado fumaste más de 100 cigarros y actualmente no fumas?		
18. ¿Has fumado 100 a más cigarros en tu vida y actualmente fumas todos los días?		
19. ¿Fumas todos los días y además te fumas el primer cigarro del día en un tiempo inferior a 30 minutos después de despertar?		

Apéndice B

Escala de Estrés de Conciencia (SCQ)

Instrucciones: Las preguntas en esta escala se refieren a sus sentimientos y la presencia de ciertas situaciones que ocurren durante el desempeño de su trabajo, en cada pregunta se le pedirá contestar que tan frecuente se sintió o tuvo una cierta situación, Indique con una **X** la opción que describa mejor su forma de actuar y sentir ante las siguientes situaciones. Cada pregunta consta de dos partes 1) parte A y 2) parte B, favor de contestar la parte A y la parte B conjuntamente de acuerdo a la escala.

Pregunta A / Pregunta B	0 Nunca	1 Al menos una vez	2 Más de una vez	3 Cada mes	4 Cada semana	5 Todos los días
Preguntas	0	1	2	3	4	5
1A) ¿Con qué frecuencia le falta tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita?						
1B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
2A) ¿Alguna vez se ha visto obligado a brindar atención, que le hacía sentir mal?						
2B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
3A) ¿Alguna vez ha tenido que enfrentarse a (exigencias en su trabajo con las que usted no está de acuerdo?						
3B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
4A) ¿Alguna vez ha visto que se haya insultado o lastimado a pacientes?						
4B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
5A) ¿Alguna vez ha evitado a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo?						
5B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						

Pregunta A / Pregunta B	0 Nunca	1 Al menos una vez	2 Más de una vez	3 Cada mes	4 Cada semana	5 Todos los días
----------------------------	------------	--------------------------	------------------------	------------------	---------------------	------------------------

Preguntas	0	1	2	3	4	5
6A) ¿Su vida privada es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía (le gustaría) hacerlo?						
6B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
7A) ¿Su trabajo en el cuidado de la salud es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía (le gustaría) hacerlo?						
7B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
8A) ¿Alguna vez ha sentido, que no cumple con las expectativas que los demás tienen de usted con respecto a su trabajo?						
8B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
9A) ¿Alguna vez ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar una buena atención (un buen cuidado)?						
9B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						

Glasberg et al. (2007).

Apéndice C

Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)

Solo contestar este instrumento en caso de haber consumido alcohol al menos una vez en el último año

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de alcohol, lea cuidadosamente cada una y **subraye** la respuesta que más se acerca a su realidad.

<p>1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos).</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.</p>

Apéndice D

Consentimiento Informado

Título del proyecto:

Estrés de conciencia y consumo de alcohol y tabaco en personal de enfermería de una institución de salud.

Autor del estudio: Lic. Grecia Verónica Bonilla Díaz.

Director de tesis: Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo.

Introducción:

Estamos interesados en conocer la relación que existe de estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería. El estrés de conciencia se refiere a los sentimientos que pueden surgir cuando el personal de enfermería que atienden a pacientes hospitalizados, toman decisiones contrarias a las que saben son las correctas para proporcionar un cuidado de calidad. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Lic. Grecia Verónica Bonilla Díaz, por lo que le estamos invitando a participar en esta investigación. Si usted acepta participar le solicitaremos dar respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario disponible dentro de sus actividades. Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para participar. Si usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del estudio:

El estudio pretende conocer la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería que labora en una institución de salud. Se espera que los resultados del estudio aporten información que servirá para diseñar e implementar estrategias de educación y prevención de consumo de alcohol y tabaco, así como también de estrés de conciencia en el personal de enfermería.

Descripción del estudio / procedimiento:

Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado. Los cuestionarios serán aplicados dentro del hospital en algún momento que tenga disponible sin afectar sus actividades laborales, se le protegerá cuidando en todo momento su privacidad, no identificándole por su nombre, ni dirección. Además se le informa que el participar no tendrá ninguna repercusión en su lugar de trabajo. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún problema en su área laboral. El tiempo estimado para el llenado de los cuestionarios es de aproximadamente 20 minutos.

Riesgos e inquietudes:

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Sin embargo si se siente incomodo o indispuerto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse y volver si así lo desea cuando se sienta cómodo para continuar, cabe mencionar que también en el momento que usted lo decida puede retirarse y si así lo

desea ya no regresar.

Beneficios:

No existe ningún beneficio personal al participar en el estudio, sin embargo los resultados del estudio podrán utilizarse para diseñar estrategias de prevención de estrés de conciencia y consumo de alcohol y tabaco en el personal de enfermería.

Alternativas:

La alternativa con respecto a este estudio es aceptar o rechazar su participación.

Costos:

No existe costo para usted al participar en el estudio.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, la información, opiniones o ideas que proporcione son confidenciales solamente la autora del estudio y usted tendrán acceso a ella, sus respuestas no serán reveladas ya que en el cuestionario a responder no se solicita su nombre o dirección. Si los resultados de la investigación fuesen publicados o discutidos en alguna conferencia, ninguna información estará incluida sobre su persona. Recuerde que los cuestionarios que usted conteste son anónimos y la información es confidencial, por lo cual ninguna autoridad del hospital tendrá acceso a la información proporcionada. La información será resguardada por el autor del estudio durante 12 meses al término del cual se procederá a la eliminación de las encuestas.

Derecho a retractar:

Su participación es voluntaria, la opción de participar o no, de ninguna manera afectará su relación actual o futura con su trabajo, si en cualquier momento decide no participar no se afectará esa relación.

Dudas:

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio por favor comunicarse con la responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), la cual puede ser localizada en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento

Yo acepto participar voluntariamente en esta investigación y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este documento y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque acepto participar en este estudio no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma del participante

Firma del Investigador

Testigo

Fecha

Apéndice E

Carta de Solicitud de Autorización a la Institución Hospitalaria



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FAEN
FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-047/2016

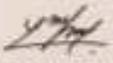
DR. MED. SANTOS GUZMÁN LÓPEZ
Director Facultad de Medicina, UANL
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante LIC. **GRECIA VERÓNICA BONILLA DIAZ** quien cursa el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos para su prueba final de su estudio de tesis titulado "Estrés de conciencia y consumo de alcohol y tabaco en personal de enfermería de una institución de salud". De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales y de Prevalencias de Consumo de Drogas Lícitas. 2) Escala de Estrés de Conciencia (SCQ) y 3) Cuestionario de Identificación de los Trastornos por uso de Alcohol (AUDIT), al personal de enfermería de 18 a 65 años de edad que asisten al Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y de Ética en Investigación de esta Facultad de Enfermería el día 05 de Noviembre de 2015. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-M-1187**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. JOSÉ E. GONZÁLEZ"
Victoria Corrales
29 ENE. 2016
RECIBIDO
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey Nuevo León, 29 de Enero de 2016



DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS
Secretario de Investigación



SECRETARÍA DE
INVESTIGACIÓN

c.c.p. archivo
VISIÓN 2020
UANL
"Educación de calidad mundial
en cooperación social"

Avda. González No. 1000 Int. C.P. 64000
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 8345041

Apéndice F

Oficio de Autorización de la Institución Hospitalaria



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO / Jefatura de Enfermería



**A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE.-**

Por medio de la presente me permito informar que el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL, no tiene ningún inconveniente en que el LIC. GRECIA VERÓNICA BONILLA DÍAZ inicie con la recolección de datos para el estudio de investigación **"ESTRÉS DE CONCIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD"**; en los diferentes departamentos y/o servicios de esta institución.

Extiendo la presente para fines y usos que los interesados convengan.

Atentamente
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, N. L. a 07 de Marzo del 2016



MA. Ma. del Carmen González Nieto
Jefe de Enfermería



JEFATURA DE ENFERMERÍA



**Visión
2020
UANL**
*Educación de clase mundial,
un compromiso social*

Av. Francisco I. Madero Pte. -sn y Av. Gonzalitos, C.P. 64460
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México.
Tel. (81) 8389 1111 ext. 3126, 2126, 3337, Tel. (81) 8346 5642

Resumen Autobiográfico

Lic. Grecia Verónica Bonilla Díaz

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: ESTRÉS DE CONCIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNSTITUCIÓN DE SALUD

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León, el 6 de Enero de 1991, hija del Sr. Abel Bonilla Castañeda y la Sra. Verónica Díaz Estrada.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el grado de Licenciada en Enfermería en el año 2013.

Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante el periodo Agosto 2014- Junio 2016. Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capitulo Tau Alpha.

E-mail: greciabonilla@hotmail.com