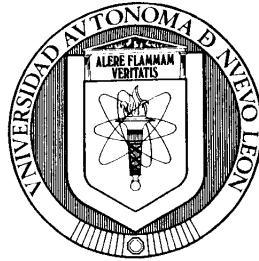


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



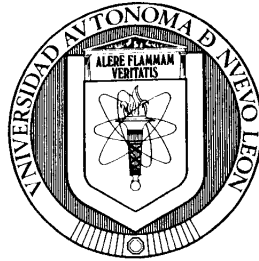
ESTRÉS LABORAL, AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Por
LIC. LAURA HINOJOSA GARCIA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

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



ESTRÉS LABORAL, AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Por

LIC. LAURA HINOJOSA GARCIA

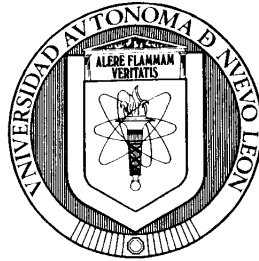
Director de Tesis

MSP. MARIA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

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



ESTRÉS LABORAL, AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Por

LIC. LAURA HINOJOSA GARCIA

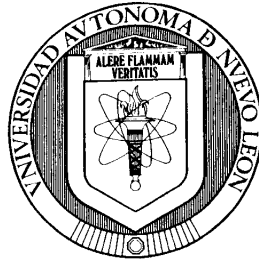
Co-Asesor de Tesis

MCE. YOLANDA CASTILLO MURAIRA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

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



ESTRÉS LABORAL, AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Por

LIC. LAURA HINOJOSA GARCIA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

ESTRÉS LABORAL, AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Aprobación de Tesis

MSP. Maria Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis

MSP. Maria Magdalena Alonso Castillo
Presidente

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar
Secretario

MCE. Yolanda Castillo Muraira
Vocal

MSP. Maria 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 la maestría.

A la MES Laura Vázquez Galindo Directora de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT por el gran apoyo y las facilidades otorgadas para realizar la maestría.

Al Dr. Gerardo García Salinas, Director Médico, al Dr. Fernando R. Céspedes Pizaña, coordinador del departamento de Enseñanza e Investigación, a la Lic. Ninfa Araujo Vega, jefe de enfermeras del Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L., por las facilidades otorgadas para la realización del trabajo de investigación.

A mis compañeros trabajadores de la salud del hospital general de Matamoros, por su entusiasta y desinteresada participación como sujetos de investigación.

A mi directora de Tesis MSP Maria Magdalena Alonso Castillo por su profesionalismo al dedicarme su valioso tiempo, paciencia, experiencia y la transmisión de su conocimiento. Gracias maestra.

A mi Co-asesora de Tesis MCE Yolanda Castillo Muraira por su colaboración en la realización de este trabajo. Gracias Yolis.

A la MCE Nora Nelly Oliva Rodríguez por su disposición y su asesoría para el análisis estadístico.

A Marco Vinicio Gómez Meza PhD, por su asesoría y aportación al presente trabajo.

Al personal administrativo de la FAEN por su gentileza, la orientación y el apoyo brindado en los trámites realizados durante el transcurso de la maestría.

A los catedráticos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León que de una u otra manera tuvieron participación en nuestra formación, gracias por compartir su experiencia y conocimientos.

Al MCE José Ignacio Vargas (padrino) por su apoyo incondicional para todo el grupo desde el primer día y por todo el tiempo que duró la maestría.

A todos mis compañeros del grupo con quienes compartí momentos gratos y con los cuales tuve la oportunidad de crecer profesionalmente.

A ti Marthita gracias por tu amistad, por tu compañía, por ayudarme cuando surgían dudas, pero sobre todo por tu lealtad.

DEDICATORIAS

A ti Dios por ser mi luz, mi guía, mi fortaleza, mi salvación y quien siempre me acompaña.

A mis padres Sr. Lucio Hinojosa G. y Sra. Carmen García de Hinojosa, quienes pusieron los cimientos y fomentaron en mí la educación y que gracias a eso hoy he podido llegar a concluir la maestría. Gracias padres.

A mi esposo Raymundo y a mi hija Laura Iveth por toda su ayuda, apoyo y comprensión en los momentos que no los atendí o acompañe por tener tareas que hacer o compromisos que cumplir. Los quiero.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Conceptual	5
Estudios Relacionados	8
Definición de Términos	13
Objetivos	15
Hipótesis	15
Capítulo II	
Metodología	16
Diseño del Estudio	16
Población	16
Muestreo y Muestra	16
Criterio de Inclusión	17
Instrumentos de Medición	17
Procedimiento de Selección y Recolección de Datos	19
Consideraciones Éticas	21
Análisis de Datos	22
Capítulo III	
Resultados	24
Estadística Descriptiva	24
Estadística Inferencial	28
Respuesta a Objetivos	31
Prueba de Hipótesis	35
Hallazgos Adicionales	39
Contenido	
Capítulo IV	

Discusión	Página
Conclusiones	
Recomendaciones	44
	47
Referencias	48
Apéndices	49
A. Cédula de Datos Personales (CDP)	
B. Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)	
C. Escala de Tensión Percibida (PSS)	54
D. Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol	55
(AUDIT)	57
E. Consentimiento Informado	58
F. Oficio de Autorización	
	60
	63

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	24
2. Distribución de frecuencias por género, estado civil y escolaridad	25
3. Características sociodemográficas: variables continuas	26
4. Consumo de alcohol por sexo	26
5. Consumo de alcohol por categoría laboral	27
6. Prueba de anormalidad para variables continuas e índices de los instrumentos	28
7. Matriz de Correlación de Spearman de las variables continuas	29
8. Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol por sexo	31
9. Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol por categoría laboral	31
10. Prueba U de Mann-Whitney para estrés laboral por sexo	32
11. Prueba U de Mann-Whitney para estrés laboral por categoría laboral	32
12. Prueba U de Mann-Whitney para autoeficacia percibida por sexo	33
13. Prueba U de Mann-Whitney para autoeficacia percibida por categoría laboral	34
14. Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol por sexo	35
15. Correlación de Spearman para estrés laboral y consumo de alcohol	35
16. Correlación de Spearman para autoeficacia percibida y consumo de alcohol	36
17. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para edad, sexo, estrés laboral, categoría laboral y autoeficacia percibida con el consumo de alcohol (AUDIT)	39
18. Efecto de las variables independientes sobre el consumo de alcohol	39
19. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para edad, sexo, estrés laboral, categoría laboral y autoeficacia percibida sobre el consumo de alcohol (procedimiento Backward)	40
20. Contribución de las variables al Modelo de Regresión Lineal Múltiple	40

21. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para edad, sexo, estrés laboral, categoría laboral y autoeficacia percibida con frecuencia y cantidad de consumo de alcohol	41
22. Efecto de las variables independientes sobre la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol	41
23. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para edad, sexo, estrés laboral, categoría laboral y autoeficacia percibida sobre frecuencia y cantidad de consumo (procedimiento Backward)	42
24. Contribución de las variables sexo y autoeficacia percibida al Modelo de Regresión Lineal Múltiple	42

Lista de Figuras

Figura		Página
1.	Diagrama de dispersión para frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y autoeficacia percibida	37
2.	Efecto de autoeficacia percibida para sexo masculino y femenino con consumo de alcohol	38

RESUMEN

Laura Hinojosa García
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre, 2007

Título del Estudio: Estrés laboral, Autoeficacia percibida y Consumo de Alcohol en Trabajadores de la Salud.

Número de páginas:

Candidato para obtener el grado de Maestría
en Ciencias de Enfermería con Énfasis en
Salud Comunitaria.

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método del estudio: El propósito del estudio fue conocer la relación que existe del estrés laboral y la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Los conceptos que guiaron el estudio fueron estrés laboral de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), autoeficacia percibida de Bandura (1999) y el consumo de alcohol según De la Fuente y Kershenobich (1992). El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler 1999). El muestreo fue probabilístico estratificado por sexo (masculino y femenino) y categoría laboral (profesional y no profesional), con asignación proporcional al tamaño de cada estrato. El tamaño de la muestra ($n= 167$) se estimó con un 95% de nivel de confianza (significancia de .05) para una correlación alternativa bilateral de .20 y una potencia de .90, se obtuvo una muestra de 167 sujetos. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y tres instrumentos; Escala de Tensión Percibida (PSS), Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) y el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT). Los instrumentos utilizados mostraron consistencia interna aceptable. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para prueba de hipótesis.

Contribución y Conclusiones: el estudio permitió verificar empíricamente la relación de los conceptos utilizados en el estudio. Se encontró diferencia significativa de consumo de alcohol en relación al sexo ($U = 1776.50, p < .001$) reportando mas alto consumo los trabajadores del sexo masculino ($\bar{X} = 15.16, Mdn = 10.00$), que en las trabajadoras del sexo femenino ($\bar{X} = 5.50, Mdn = 2.50$). En cuanto al consumo de alcohol por categoría laboral se encontró diferencia significativa ($U = 1776.50, p < .001$) reportando que los profesionales de la salud tienen menor consumo de alcohol ($\bar{X} = 6.29, Mdn = 2.50$) que los no profesionales ($\bar{X} = 14.47, Mdn = 7.50$). En relación con la edad se encontró relación negativa y significativa con el consumo de alcohol ($r_s = -.161, p = .03$). De igual modo la escolaridad se relacionó negativa y significativamente con el consumo de alcohol ($r_s = -.18, p = .001$). En cuanto a la autoeficacia percibida, se reportó diferencia significativa de la autoeficacia percibida por sexo ($U = 2097.50, p < .001$); de igual modo se observó diferencia significativa de la autoeficacia percibida por categoría laboral ($U = 2209.50, p < .001$). El estrés laboral mostró relación positiva y significativa con el consumo de alcohol ($r_s = -.27, p = .001$).

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de alcohol excesivo es un problema de salud pública en la sociedad mexicana, debido a sus consecuencias sociales, económicas, productivas, familiares y de salud. Además este consumo de alcohol está asociado con violencia familiar, riñas en las calles, accidentes y muertes violentas (Morales-García et al., 2002).

El alcohol es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural está influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos. Su consumo excesivo se asocia de forma directa e indirecta con las principales causas de mortalidad en México en la población adulta, en el grupo de edad de 30 a 59 años el 16.5% de las defunciones son ocasionadas por enfermedades del hígado y el 14.4% por accidentes, causas atribuibles al consumo de alcohol (Tapia, 2001; Secretaría de Salud, 2005).

En los registros de Tránsito y Vialidad de la Ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas durante el año 2005 de 3164 accidentes ocurridos, 706 de ellos (22.3%) tuvieron como causa el consumo de alcohol, lo que indica que el consumo de alcohol en esta localidad fronteriza se ha convertido en un problema de salud pública y de seguridad vial (Departamento de Tránsito y Vialidad, 2005).

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 2002 reportó en la población adulta un 72.2% de hombres que residen en área urbana y un 42.7% de la población de mujeres de esta misma área consumió alcohol en los doce meses previos a la encuesta; mientras que en el área rural los porcentajes fueron de 18.9 y 9.9% en hombres y mujeres respectivamente. De este mismo grupo 44.4% de la población urbana y 62.7% de la población rural reportaron ser abstemios, con una razón de 2 mujeres por cada varón. El patrón de consumo moderado alto (consumo mensual de 5 copas o más por ocasión) en los varones residentes del área urbana fue de 16.9% y el consuetudinario que es el consumo de 5 copas o más al menos una vez por semana fue de 12.4%, en tanto que

entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de 5 copas por ocasión 4.8%. Cabe mencionar que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas residentes del área urbana que consumieron bajo este patrón.

Uno de los factores que se observa afecta directamente el consumo de alcohol es el tipo de trabajo de los individuos. Se ha encontrado que el tipo de ocupación que desempeña el individuo está asociado con los niveles de consumo de alcohol. Existen algunas ocupaciones como transportista, manejador de materiales, trabajadores de servicio y trabajadores de la construcción las cuales han reportado más alto consumo de alcohol (Tapia, 2001).

El trabajador percibe que el consumo de alcohol funciona como un favorecedor del trabajo, como reductor de la tensión y como forma de superación del estrés. Blane y Leonard (1987) establecieron una hipótesis que señala que la gente consume alcohol para reducir la tensión efectuando la primera asociación entre estrés y consumo de alcohol. Frone (1999) señaló que los problemas de consumo en los trabajadores ocurren por rutinización, desinterés de trabajo y largas jornadas de trabajo que provocan estrés laboral, indicando que el consumo de alcohol puede ser una respuesta de afrontamiento a factores estresantes presentes en el entorno del trabajo o derivados del desempeño laboral.

Sosa (2003) por su parte señala que los trabajadores de la salud con baja autoeficacia percibida y grandes presiones laborales tienen más alto consumo de alcohol dañino y dependiente; la autora señala además que probablemente puede estar asociado el consumo de alcohol con estrés laboral generado por largas jornadas de trabajo de doble turno para incrementar los ingresos económicos en el personal de la salud. En su estudio se destaca la importancia de estudiar la relación del estrés laboral y el consumo de alcohol en trabajadores de la salud en virtud de que este consumo puede afectar seriamente el desempeño laboral y el cuidado de la salud de los pacientes.

Algunos estudios han documentado la prevalencia del consumo de alcohol en trabajadores de la salud como el estudio sobre consumo de alcohol en 907 enfermeras clínicas de un hospital del Sur de Taiwán el cual reveló que de un 3 a 8% de las enfermeras consumen alcohol de manera regular. Además en 190 médicos residentes de la

Cd. de México se encontró que el 65% son consumidores de alcohol y de ellos 41.2% son bebedores frecuentes, aunado a lo anterior en la Cd. de Nuevo Laredo Tamaulipas se encontró que el 40% del personal profesional de salud consume alcohol de forma dependiente y dañina (Martínez, Medina & Rivera, 2004; Sosa, 2003; Yan-Yan & Pan, 2001).

Un estudio realizado en la ciudad de México por Maya (2002) encontró que existe diferencia significativa en el consumo de alcohol de acuerdo al tipo de personal de salud; el personal de apoyo registró más alto consumo dañino de alcohol con respecto al personal profesional. Además el consumo de alcohol fue mayor en hombres que en mujeres. El autor ha sugerido la necesidad de profundizar en esta temática en virtud de los riesgos que implica este consumo en el desempeño de su trabajo.

El Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC (1999) refiere que un 18% de las personas perdieron el trabajo por problemas de abuso de alcohol, un 1.7% han reducido sus actividades laborales por esta misma causa, un 11.4% tiene incapacidad por consumo excesivo, un 4.6% es dependiente al alcohol, 1% no ha tenido ascenso laboral a causa de la bebida y uno de cada 10 hombres reportan problemas laborales por consumo de alcohol.

Los problemas en el trabajo por consumo de alcohol se reflejan en ausentismo, bajo rendimiento, desmoralización en el trabajo, accidentes, patologías asociadas al consumo, lo cual se traduce en altos costos económicos por pérdida de productividad por lo que la Organización Internacional del Trabajo [OIT, 2006] reconoce el estudio de esta temática como una prioridad de investigación y de acción. De igual forma Tapia y Meneses (1992) indican que la investigación en trabajadores de la salud es limitada y señalan a este problema como una prioridad que debe ser investigada por sus grandes consecuencias en la salud y bienestar de los trabajadores de la salud y de sus pacientes.

Es importante señalar que con frecuencia el trabajador no percibe su baja autoeficacia para controlar situaciones de tentación y de riesgo para el consumo de alcohol, entre estas situaciones se encuentra el estrés laboral lo que puede incrementar dicho consumo. Mientras más consuma en cantidad y frecuencia, más bajo nivel de

confianza tiene el trabajador para manejar situaciones de alto riesgo (Skuttle, 1999). Las creencias o percepciones de autoeficacia percibida tienen un rol único en el estudio de las conductas adictivas; dado que puede influir o afectar la elección de la conducta a resistir la tentación, de iniciar o incrementar dicho hábito (Marlat, Berr & Quigley, 1999).

Estudios en trabajadores de la salud han mostrado que a mayor autoeficacia percibida menor es el consumo de alcohol. Sin embargo en estos estudios se ha indicado la necesidad de incorporar el estrés laboral como un factor que puede ampliar la comprensión ó explicación de la conducta. En razón de ello y en virtud de que el contexto laboral puede modificar la percepción de los trabajadores sobre la variable estrés laboral, además de que el consumo de alcohol también puede variar según el contexto donde viven los individuos, se considera relevante el estudio en la Cd. de H. Matamoros Tamaulipas, ciudad que por su situación geográfica en la frontera con Estados Unidos la disponibilidad del alcohol es mayor en razón de los bajos costos y la movilidad de los individuos en las dos fronteras, factores que generan una cultura de mayor permisividad social de esta conducta.

En la experiencia personal de la autora del estudio se ha observado que el personal profesional consume alcohol de forma importante, refiriendo que esta sustancia les ayuda a reducir el estrés laboral, además que ellos perciben alta capacidad para reducir su consumo en caso de que así lo decidan. Por lo anterior el propósito del estudio fue identificar el efecto del estrés laboral y la autoeficacia percibida en el consumo de alcohol en trabajadores de la salud de la Cd. de Matamoros Tamaulipas, para lo cuál se realizó un estudio descriptivo.

En un futuro los resultados podrán ser útiles para establecer programas de enfermería para la prevención y reducción de esta conducta adictiva en trabajadores de la salud. Además, el estudio contribuye en ampliar el conocimiento científico de los conceptos estrés laboral y autoeficacia percibida en un grupo poblacional diferente a los que se han estudiado.

Marco Conceptual

Los conceptos que guiaron el presente estudio son el de estrés laboral percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), autoeficacia percibida de Bandura (1999) y el consumo de alcohol según De la Fuente y Kershenobich (1992).

Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), señalan que el estrés laboral se refiere a una relación particular entre la persona y el medio ambiente caracterizado por un conjunto de emociones, sentimientos, pensamientos y dificultades que experimenta el individuo como resultado de la evaluación que realiza sobre la percepción de las demandas y exigencias laborales y de su capacidad para afrontar y atender dichas demandas. Dentro de esta concepción, el estrés se diferencia principalmente de otros estados por su especificidad, está determinado por circunstancias amenazantes particulares del medio ambiente y es una condición con límites temporales que afectan al individuo, ya que existen factores ambientales generadores de estrés como son aspectos de la organización del trabajo, tareas y actividades del trabajador, así como el desempeño personal en el trabajo y relaciones laborales.

La percepción del estrés laboral puede ser influida por tres posibles factores que lo generan: el entorno social y laboral, la manera como la persona percibe el entorno y la percepción de los propios recursos de la persona para enfrentar las demandas. Los factores ambientales y la percepción que el sujeto tenga de las demandas en el trabajo y la falta de recursos para enfrentar dichas demandas son elementos desencadenantes del estrés laboral (Cohen et al., 1983).

El vivir bajo situaciones estresantes suele asociarse a una reducción de la salud y a un incremento de conductas no saludables como el consumo de alcohol y otras drogas. Estas conductas son estrategias o mecanismos de afrontamiento nocivos, el sujeto puede percibir que libera el estrés; pero el efecto en el sujeto no ayuda a reducir el estrés sino al contrario, puede presentar problemas de adicción. El estrés se ha correlacionado con el alcoholismo (Linsky, Murray, Haratani & Hemmi, 1993), con el abuso de alcohol (Cole, Tucker & Friedman, 1990), la bebida excesiva (Wilsnack, Klassen, Schur & Wilsnack,

1991), la dependencia y problemas de salud derivados del consumo de alcohol (Jhonson & Pandina, 1993; Welte & Mirand, 1995).

En relación con la autoeficacia percibida esta se define como las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras; para el presente estudio se considera la autoeficacia de resistencia la cual hace referencia a la confianza percibida para resistir el consumo de alcohol ante las presiones de amigos, del trabajo, o cuando se cursan estados de depresión, de angustia, preocupación y estrés laboral.

Las personas luchan por ejercer control sobre los sucesos que afectan sus vidas, en este caso corresponde a el control de una conducta negativa como es el consumo de alcohol; al ejercer influencia en esferas sobre las que imponen cierto control los individuos son más capaces de hacer realidad los futuros deseados y de evitar los indeseables. La capacidad para producir resultados valiosos y para prevenir los indeseables proporciona poderosos incentivos para el desarrollo y el ejercicio del control personal o autoeficacia (Bandura, 1999).

Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas y contribuyen significativamente a la motivación y a los logros humanos; estas pueden desarrollarse a través de diferentes fuentes fundamentales de influencia como son las experiencias de dominio, las experiencias vicarias, persuasión social y estados psicológicos y emocionales Bandura, (1986).

Dichas creencias regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos fundamentales: los cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos. De este modo las personas con un alto sentido de eficacia visualizan los escenarios de éxito que aportan pautas y apoyo positivo para la ejecución, en contraste las que dudan de su eficacia visualizan escenarios de fracaso y meditan sobre todas las cosas que podrían salirles mal. Un sentido bajo de eficacia para ejercer control genera depresión y ansiedad, los niveles de automerecimiento que las personas se imponen y juzgan que no podrán alcanzar, les conducen a ataques de depresión (Bandura, 1999).

La autoeficacia percibida desempeña un rol único en el área de las conductas adictivas, estas creencias influyen tanto sobre el desarrollo inicial de los hábitos adictivos como sobre el proceso de modificación de conducta que conlleva al cese de tales hábitos y al mantenimiento de la abstinencia. En este sentido, Bandura (1999) identifica cinco tipos de autoeficacia en la modificación de la conducta adictiva los cuales son autoeficacia de resistencia, de reducción del mal, de acción, de manejo y la autoeficacia de recuperación.

En el presente estudio se consideró solo la autoeficacia de resistencia, la cual hace referencia a la propia habilidad percibida para resistirse a las presiones de beber, ya sea por presiones sociales o de trabajo como el estrés laboral o por cursar estados de angustia o depresión. En síntesis la autoeficacia de resistencia es la capacidad de resistir consumir alcohol ante las presiones interpersonales y las tentaciones intrapersonales.

El consumo de alcohol es un estilo de vida que tiene efectos en la salud física, mental y social del individuo. Las consecuencias dependen de la cantidad y frecuencia con que se consume la droga. El alcohol es una sustancia química de la cual no existe necesidad fisiológica por el organismo, sin embargo produce adicción dependiendo de la edad de inicio de la ingesta, de la frecuencia y de la dosis (Tapia, 2001).

El tipo de alcohol que esta presente en las bebidas alcohólicas es el etanol, las equivalencias de esta sustancia indican que una copa de alcohol (etanol) equivale aproximadamente a una lata de cerveza de 350 ml. o una copa de vino de 120 ml. o 30 ml. de whisky. El organismo tarda de 60 a 90 minutos para metabolizar esa cantidad de alcohol, eliminando los efectos centrales de la bebida alcohólica sobre el sistema nervioso central (Tapia, 2001).

En relación a los criterios de clasificación de los tipos de consumo de alcohol, en México se han clasificado de la siguiente forma: el consumo sensato cuando el consumo es de 40 gr. no más de tres veces por semana (4 bebidas estándar) en los varones y 20 gr. no más de tres veces por semana (2 bebidas estándar) en las mujeres; el consumo dependiente es cuando se ingieren de 4 a 9 copas por ocasión en los varones y de 3 a 5 copas por ocasión en las mujeres, dejando de realizar actividad por el consumo de alcohol y el consumo dañino ocurre cuando se ingieren en un día típico 6 o más copas en las

mujeres y de 10 o más copas en los hombres, además de que amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber (De la Fuente & Kershenobich, 1992).

El que existan criterios diferentes de tipo de consumo de alcohol por género después de controlar peso y talla obedece al hecho de que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes de alcohol. Esto se debe, a la diferencia en la actividad de enzimas contenidas en el tejido del estómago, que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo; esta enzima es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer. También tiene la mujer una proporción mayor de grasa que de agua en el organismo, y debido a que el alcohol es más soluble en el agua que en la grasa, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino (Tapia, 2001).

Estudios Relacionados

Los estudios se presentan en primer lugar los relacionados a estrés laboral, posteriormente los de autoeficacia percibida y finalmente los estudios de consumo de alcohol en trabajadores.

Young (2004) al estudiar la composición de género de ocupación y el consumo de alcohol en 11,783 mujeres trabajadoras de una industria en Chicago, Illinois encontró que el ingreso económico del hogar ($\beta = .012, p < .05$), la edad ($\beta = -.009, p < .001$) y la percepción de estrés en el último año ($\beta = 0.152, p < .001$) tuvieron efecto con el consumo de alcohol en el último año.

Zhang y Snizek (2003) estudiaron la ocupación, características de trabajo y el consumo de alcohol y otras drogas en 7,477 trabajadores de tiempo completo de ocho ocupaciones en el estado de Virginia en Norteamérica encontrando que el salario económico en el trabajo incrementó la probabilidad de consumo de alcohol ($F 1.26 [1.03, 1.55], p < .05$), de igual modo la falta de seguridad en el trabajo incrementó los niveles de estrés y esto elevó la probabilidad de consumo de alcohol ($F 0.77 [0.61, 0.98], p < .05$).

San José, Mheen, Oers, Mackenbach y Garretsen (2000) al estudiar las condiciones adversas y estresantes de trabajo y uso de alcohol en hombres y mujeres de una población de Eindhoven, Holanda encontraron que aquellos que reportaron condiciones físicas de trabajo altamente peligrosas y estresantes tenían mas probabilidad de beber en exceso que aquellos que reportaron condiciones físicas de trabajo menos peligrosas y menos estresantes (diferencia de proporciones de 1.46 para hombres y 1.97 para mujeres). Las altas demandas en el trabajo también se relacionaron con una probabilidad significativamente mayor de reportar bebida excesiva entre las mujeres (diferencia de proporción de 2.30 y 1.26). Las condiciones físicas de trabajo altamente peligrosas y estresantes entre las mujeres estaban positivamente asociadas con la bebida excesiva (diferencia de proporción de 1.68 y 1.62). Demostrando con esto que las condiciones adversas y estresantes de trabajo se asocian con altos niveles de consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres.

Martínez, Medina y Rivera (2004) al estudiar el consumo de alcohol y drogas en personal de salud de la Cd. de México, encontraron que el 65% de la muestra total reportaron ser consumidores de alcohol; de estos el 74.5% pertenece al sexo masculino y 25.5% al sexo femenino. Los patrones de consumo indicaron que 41.2% de los consumidores son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12.9% bebedores leves. El análisis estadístico indicó altos niveles de estrés en 16.4% de los sujetos, observándose que el 9.9% de los sujetos son de sexo masculino y 6.6% de sexo femenino. Asimismo, se encontró que el patrón de consumo alto de alcohol durante el último año, en el grupo con alto nivel de estrés, fue de 42.1% y en los sujetos con consumo de alcohol moderado y leve fue de 57.9% por lo cuál se determinó que existe una asociación significativa entre el nivel de estrés laboral y consumo de alcohol ($p < .05$).

Carreño, Medina, Martínez, Juárez y Vázquez (2006) estudiaron el estrés laboral y el clima organizacional y su relación con el consumo excesivo de alcohol y el uso de sustancias psicoactivas en una muestra de 277 trabajadores, todos varones de una industria textil de la Ciudad de México, se utilizaron el instrumento AUDIT para evaluar el consumo de alcohol y la escala de estrés laboral desarrollada por los autores del

estudio, los resultados indicaron que el 14.2% de los obreros presentaron alto nivel de estrés, entre las principales fuentes de estrés referidas por el total de los trabajadores fueron: tener que luchar por salir adelante en el trabajo (87.6%), tener demasiado trabajo que hacer (60.5%), ocurren accidentes si no se tiene cuidado (51.6%). Los problemas laborales identificados fué invertir mas tiempo de lo normal en actividades laborales (24.1%), le han llamado la atención por errores en su desempeño (21%), siente que no alcanza a entregar su trabajo con calidad (18%) y un 10% ha sufrido lesiones por el desempeño de su trabajo. En relación con el consumo de alcohol el 61.7% consumió en el último año, en relación al AUDIT el 64.2% tiene consumo sensato, 26.5% consumo dependiente y un 5.3% consumo dañino. Finalmente se encontró una relación positiva y significativa entre estrés laboral y consumo de alcohol ($r = .22, p < .001$).

Pérez (2004) estudió el estrés laboral y consumo de alcohol en 194 trabajadores residentes de una comunidad de Monterrey Nuevo León encontrando una correlación positiva y significativa entre el estrés laboral y la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol ($r_s = .324, p < .001$), con el consumo dependiente ($r_s = .408, p < .001$) y con el consumo dañino ($r_s = .260, p < .001$). Encontró además diferencia significativa de consumo de alcohol por sexo ($U = 1441.5, p < .001$), siendo más alto el consumo en trabajadores del sexo masculino ($\bar{X} = 22.98$) que en trabajadores del sexo femenino ($\bar{X} = 8.58$).

En relación a la autoeficacia percibida Skutle (1999) realizó un estudio sobre la relación entre las expectativas de autoeficacia, la gravedad del abuso y los beneficios psicológicos obtenidos del alcoholismo en población norteamericana y reportó que la gravedad del abuso estuvo significativamente asociado con las subescalas de autoeficacia ($F [2.201]$ de 4.5, $p < .05$ a 8.7, $p < .001$). El análisis de correlación demostró que los alcohólicos graves tenían significativamente menos confianza en afrontar situaciones de alto riesgo de tentación para el consumo de alcohol.

Maya (2002) estudió la autoeficacia percibida y consumo de alcohol en 156 trabajadores de salud en la Cd. de México y encontró diferencia significativa por sexo

($U = 661.5, p < .01$) reportando más alto consumo el personal de salud de sexo masculino ($\bar{X} = 6.76, Mdn = 4.0$) que el sexo femenino ($\bar{X} = 2.14, Mdn = 2.0$). De igual forma encontró diferencia significativa del consumo de alcohol por ocupación ($U = 2117.0, p = .03$) siendo mayor el consumo en personal de apoyo ($\bar{X} = 5.37, Mdn = 2.0$) que en personal profesional ($\bar{X} = 2.72, Mdn = 1.8$). Además se reportó diferencia significativa de la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol ($H = 24.09, p < .01$) reportándose mayor autoeficacia percibida en los consumidores sensatos ($\bar{X} = 91.4, Mdn = 95.9$) que en los trabajadores con consumo dependiente ($\bar{X} = 84.4, Mdn = 89.7$) y en el consumo dañino ($\bar{X} = 69.4, Mdn = 73.8$).

Sosa (2003) al estudiar la autoeficacia percibida y consumo de alcohol en 168 trabajadores de la salud de Nuevo Laredo Tamaulipas, encontró diferencia significativa por sexo ($U = 1870.5, p < .001$) reportando más alto consumo en el personal de salud de sexo masculino ($\bar{X} = 17.6, Mdn = 12.5$) que en el sexo femenino ($\bar{X} = 8.8, Mdn = 5.0$). De igual forma encontró diferencia significativa del consumo de alcohol por ocupación ($U = 1345.5, p < .001$) siendo mayor el consumo en personal de apoyo ($\bar{X} = 21.8, Mdn = 17.5$) que en personal profesional ($\bar{X} = 9.97, Mdn = 7.5$). Además reportó diferencia negativa y significativa de la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol ($r_s = -.50, p < .001$), lo cual sustenta que a mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol en los trabajadores de la salud.

Resendiz (2004) estudió la autoeficacia percibida y consumo de alcohol en 204 trabajadores de una industria en Cd. Madero Tamaulipas y encontró diferencias significativas de consumo de alcohol dependiente según ocupación ($U = 4301.50, p < .01$) fue más alto el consumo en trabajadores obreros ($\bar{X} = 7.18$) que en personal administrativo ($\bar{X} = 3.02$). En relación a la autoeficacia percibida encontró relación negativa y significativa de la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol ($r = -.69, p < .001$) indicando que a menor autoeficacia percibida mayor consumo de alcohol.

Vargas, Moreno y Alonso (2005) estudiaron los patrones de consumo de alcohol en trabajadores industriales mexicanos encontrando que el 61.3% de la muestra total

mostraba un consumo sensato, el 23.4% consumo dependiente y el 15.3% consumo dañino; de igual modo se encontraron diferencias significativas del consumo por categoría laboral ($\chi^2 = 7.08, p < .05$), el patrón de consumo dependiente y sensato fue significativamente más alto para los obreros (26.9% - 62.4%) que para los trabajadores administrativos (12.9% - 58.0%); sin embargo el consumo dañino fue más alto para los administrativos (29.1%) que para los trabajadores obreros (10.7%). En cuanto al sexo y el consumo de alcohol se obtuvieron diferencias significativas ($\chi^2 = 38.77, p < .05$) siendo más alto el consumo dependiente y dañino en los hombres (40.0%, 29.1%) respectivamente en comparación con las mujeres (10.2%, 4.3%).

Campa y Do Carmo (2005) estudiaron el consumo de alcohol en trabajadores de una Industria encontrando que el mayor porcentaje de consumidores de alcohol se hallaba en el grupo de operarios con un 50.9%, en contraste con el grupo de empleados que reportó un 19.4% de consumidores; el 46.5% de los trabajadores de la industria reportaron tener un consumo dependiente y el 55% de ellos un consumo dañino. El consumo de alcohol fue mayor en los operarios del sexo masculino (85.6%) comparado con el sexo femenino (14.4%).

Cortaza y Alonso (2007) estudiaron el consumo de alcohol en trabajadores de una industria petroquímica al sur de Veracruz, la muestra fue de 219 trabajadores y se utilizó la escala AUDIT para medir consumo de alcohol, los resultados mostraron que existen diferencias significativas del consumo de alcohol por sexo ($U = 4333.50, p < .01$) reportando una mediana más alta de consumo para los hombres ($Mdn = 25.0$), que para las mujeres ($Mdn = 8.3$). En relación a la ocupación, el estudio mostró que los trabajadores obreros tienen más alto consumo de alcohol que los trabajadores administrativos ($U = 4333.50, p < .01$) encontrando medianas más altas de consumo en obreros ($Mdn = 15.0$), que en los administrativos ($Mdn = 7.5$), así mismo se encontró efecto significativo de la escolaridad e ingreso con el consumo de alcohol en los trabajadores ($F_{(6,212)} = 5.56, p < .01$) con un 12.0% de varianza explicada. Se encontró que las variables que contribuyen al modelo son la escolaridad ($t = -2.75, p < .01$), el ingreso económico ($t = 2.31, p < .02$) y el sexo ($t = -3.18, p < .01$).

De acuerdo a la literatura revisada se puede sintetizar que el estrés laboral se ha asociado positivamente con el consumo de alcohol; la autoeficacia percibida ha reportado relación inversa con el consumo de alcohol es decir a menor autoeficacia percibida mayor consumo de alcohol. En relación con el tipo de consumo de alcohol se ha observado que las mayores proporciones de consumo son para el sexo masculino en comparación con el femenino. En cuanto a la ocupación se ha reportado que los profesionales de la salud consumen en menor cantidad que el personal de apoyo sin embargo, en grupos de trabajadores de maquiladoras estas diferencias han mostrado algunas inconsistencias como el hecho de que el personal profesional y de la gerencia tienen más alto consumo de alcohol dañino que los trabajadores obreros (Cortaza & Alonso 2007; Martínez, Medina & Rivera 2004; Maya 2002; Pérez 2004; Resendiz 2004; Sosa 2003; Vargas, Moreno & Alonso 2005; Young 2004; Zhang & Snizek 2003).

Definición de Términos

Los términos que a continuación se presentan corresponden a las variables de estudio, los factores sociodemográficos son las características de las personas, incluyen las de tipo biológico como son la edad y sexo y las de tipo sociocultural que comprende escolaridad y categoría laboral.

La edad corresponde a los años cumplidos de la persona.

El sexo es la entidad biológica que diferencia al hombre de la mujer (masculino-femenino).

La escolaridad son los años cursados de educación formal referidos por el trabajador.

La categoría laboral es la actividad que desempeña el trabajador en la institución de salud. Se incluyen la categoría profesional de salud donde se consideran médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y químicos, y la no profesional conformada por personal administrativo y personal de servicios generales en el cuál se incluye intendencia, mantenimiento, dietología y asistente de farmacia.

Estrés laboral son las emociones, sentimientos, pensamientos y dificultades que tiene el trabajador derivadas de su percepción de las demandas laborales y su capacidad para satisfacer o enfrentar dichas demandas.

La autoeficacia percibida es la confianza del trabajador de la salud para resistir el consumo de alcohol en situaciones de tentación. Las situaciones tienen fuentes de tentación que son intrapersonales que incluyen estados emocionales negativos, estados físicos negativos y control personal y la interpersonal que incluye problemas sociales y estrés en el trabajo, presión social para beber y estados emocionales.

Consumo de alcohol es la ingesta de alcohol que tienen los trabajadores de la salud en relación a frecuencia y cantidad, clasificándose como sensato, dependiente y dañino.

Consumo sensato es la ingesta de no más de 20 gr. de etanol equivalente a dos bebidas estándar por ocasión de consumo no más de tres veces por semana en las mujeres y 40 gr. de etanol equivalente a 4 bebidas estándar por ocasión de consumo no más de tres veces por semana en los varones. Una bebida estándar tiene una concentración aproximada de 12 a 14 gr. de alcohol y sus equivalentes son una cerveza de 12 oz., 2 oz. de vino ó 1.5 oz. de destilados.

Consumo dependiente equivale a consumir en un día típico de tres a cinco copas en mujeres y de cinco a nueve copas en los varones, además de haber dejado de realizar alguna actividad a causa del alcohol.

Consumo dañino equivale a consumir en un día típico de seis a más copas en mujeres y de diez a más copas en los varones y que sus amigos, familiares o personal de salud le han manifestado preocupación por su forma de beber.

Objetivos

1. Determinar los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de la salud.
2. Determinar la percepción de estrés laboral por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de la salud.
3. Determinar la percepción de autoeficacia percibida por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de la salud.

Hipótesis

- H1 Los trabajadores de la salud del sexo masculino tienen más alto consumo de alcohol que los del sexo femenino.
- H2 A mayor percepción de estrés laboral mayor consumo de alcohol en trabajadores de la salud
- H3 A mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol en trabajadores de la salud

Capítulo II

Metodología

El presente apartado comprende el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, instrumentos de medición, procedimientos de selección y recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño de este estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, descriptivo porque observa, describe y documenta el consumo de alcohol en trabajadores de la salud tal y como ocurre de manera natural. Correlacional porque se relacionan las variables estrés laboral y autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud (Polit & Hungler, 1999).

Población

Para este estudio la población estuvo integrada por trabajadores de un Hospital General del sector salud de la Ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas. Los trabajadores que se incluyen corresponden a dos categorías de acuerdo a su ocupación: la profesional en la cuál se incluyeron médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y químicos, y la no profesional conformada por personal administrativo y personal de servicios generales en el cual se incluye intendencia, mantenimiento, dietología y asistente de farmacia.

El total de la población estuvo integrada por 590 trabajadores correspondiendo 390 a profesionales de la salud de los cuales 109 fueron varones y 281 mujeres. Los trabajadores no profesionales fueron 200 correspondiendo 109 a trabajadores del sexo masculino y 91 al sexo femenino.

Muestreo y Muestra

Se utilizó un muestreo probabilístico y estratificado por asignación proporcional al tamaño de cada estrato; considerándose cuatro grupos: dos correspondientes a la categoría

laboral (profesional y no profesional) y dos correspondientes al sexo (masculino y femenino). La muestra se obtuvo para una prueba de correlación a través del paquete estadístico nQuery Advisor 4.0 (Elshoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2004) estimada para un 95 % de nivel de confianza, un nivel de significancia de .05, con una potencia de .90 para una correlación alternativa bilateral de .20, obteniéndose un total de la muestra de 167 sujetos. La muestra se asignó en forma proporcional para los cuatro estratos de la siguiente forma: personal profesional masculino 31, personal profesional femenino 79, personal no profesional masculino 31 y personal no profesional femenino 26. La selección de los sujetos fue en forma aleatoria dentro de cada estrato de acuerdo con la asignación proporcional.

Criterio de Inclusión

Trabajadores que admitieron haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez en el último año.

Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizaron una Cédula de Datos Personales (CDP) y tres instrumentos. La CDP incluyó siete reactivos sobre datos biológicos y socioculturales los cuales incluyen edad, sexo, estado civil, años de escolaridad, formación académica, categoría laboral e ingreso económico (Apéndice A).

En relación a los instrumentos, el primero que se utilizó fue el Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) de Annis y Graham (1987), el cual mide la confianza de que tan segura se siente la persona de resistir la tentación de consumo de alcohol, está integrado por 39 reactivos, los cuales tienen una escala de respuesta del 1 al 6; donde 1 se refiere a seguro que no podría resistir la tentación de consumo de alcohol hasta 6 que indica que es seguro que sí podría resistir la tentación de consumo de alcohol. Incluye dos subescalas la intrapersonal y la interpersonal; la primera subescala comprende las preguntas 1 al 3, 7 al 13, del 17 al 23, del 27 al 33 y del 36 al 39, esta incluye cinco

categorías: estados emocionales negativos, estados físicos negativos, estados emocionales positivos, impulsos y tentaciones y prueba de control personal. La subescala interpersonal comprende las preguntas 4 al 6, 14 a la 16, de la 24 a la 26 y de la 34 a la 35 y abarca tres categorías: problemas sociales y estrés en el trabajo, presión social para beber, y estados emocionales placenteros con los demás. Los valores oscilan entre 39 y 234 puntos, lo que significa que a mayor puntaje mayor autoeficacia percibida, es decir mayor confianza de resistir la tentación de consumo de alcohol. Para este estudio se convirtió el puntaje en índice de 0 a 100.

Este instrumento reportó por los autores (Annis y Graham, 1987) un Alpha de Cronbach de .97 en alcohólicos y no alcohólicos de Norteamérica. Además el instrumento ha sido aplicado en trabajadores de la salud en Ciudad de México y en Nuevo Laredo Tamaulipas reportándose un Alpha de Cronbach de .96 y .98 respectivamente (Maya, 2002; Sosa, 2003) (Apéndice B).

El segundo instrumento que se utilizó fue la Escala de Tensión Percibida (PSS), diseñada por Cohen et al. (1983), para medir el grado en el cual los acontecimientos y circunstancias del trabajo son percibidas como estresantes, la escala está conformada por 14 reactivos. Las calificaciones del PSS se obtienen invirtiendo las calificaciones de los siete ítems positivos a negativos. Las preguntas 4, 5, 6, 7, 9,10 y 13 son los ítems señalados positivamente que requieren conversión. Presenta cinco opciones de respuesta que van desde nunca con valor 1, casi nunca con valor 2, algunas veces con valor 3, frecuentemente con valor 4 y siempre con valor 5. La escala total tiene un valor mínimo de 14 y máximo de 70 puntos, lo que significa que a mayor puntuación mayor estrés. Estos reactivos se transformaron en índice con valor de cero a cien.

La escala fue diseñada para su utilización en población general y puede usarse también en población específica. Se aplicó por los autores en sujetos preuniversitarios (n = 114) de la Universidad de Oregon; reportando un Alpha de Cronbach de .86, de igual modo fue utilizado en una muestra heterogénea de 440 adultos españoles para medir las propiedades psicométricas de la escala demostrando un Alpha de Cronbach de .81

(Remor, 2006), y en residentes de una comunidad en Monterrey N. L. reportando un Alpha de Cronbach de .87 (Pérez, 2004) (Apéndice C).

El tercer instrumento que se utilizó corresponde al cuestionario de Identificación de Desordenes por uso de Alcohol (AUDIT) de De la Fuente y Kershenobich (1992), el cual consta de diez reactivos que examinan el uso de alcohol durante los últimos doce meses y sus consecuencias. Consta de tres dominios, los reactivos del 1 al 3 determinan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol; los reactivos del 4 al 6, exploran la posibilidad de que exista dependencia al alcohol y los reactivos del 7 al 10 exploran el consumo dañino de alcohol. La escala oscila de 0 a 40 puntos, donde a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol. Si se obtiene un valor de 1 a 3 se considera un consumo sin riesgo (consumo sensato), si se obtienen de 4 a 7 puntos se tiene problemas con el consumo (consumo dependiente) y si se registran de 8 a 40 puntos se considera un consumo con riesgo elevado o consumo dañino. Los autores de este instrumento reportaron una sensibilidad de 80% y una especificidad de 89%.

El AUDIT ha sido utilizado en trabajadores industriales en Monterrey Nuevo León, en trabajadores de la salud en Nuevo Laredo Tamaulipas, en trabajadores de la salud en la Ciudad de México D. F. y en trabajadores de la industria maquiladora de Matamoros Tamaulipas. En estos estudios se ha reportado un Alpha de Cronbach que oscila de .83 a .87 (Campa y Docarmo, 2005; Resendiz, 2004; Maya, 2002 & Vargas, Moreno y Alonso, 2005) (Apéndice D).

Procedimiento de Selección y Recolección de Datos

Antes de iniciar el estudio se contó con la autorización de las Comisiones de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; además se obtuvo la autorización de los directivos de un Hospital General del sector salud de la Cd. de H. Matamoros, Tamaulipas, para realizar el estudio.

Para la selección de los participantes se contó con los listados oficiales de la institución, a partir de ellos se realizó la selección aleatoria de la muestra tomando en

cuenta cada uno de los cuatro estratos definidos. Para esta selección se consideró la tabla de números aleatorios; antes de iniciar la recolección, se aseguró que el participante cumpliera con el criterio de inclusión, es decir que hubiera consumido alcohol al menos una vez en el último año, de no contar con este criterio se seleccionó el siguiente participante conforme a la lista oficial de trabajadores y la tabla de números aleatorios; esto ocurrió con cuatro trabajadores. A los trabajadores seleccionados se les abordó en el turno y horario más conveniente para ellos.

El personal de enfermería fue abordado a la hora de salida y se aplicaron los instrumentos en un aula de educación continua en forma individual a fin de cuidar el anonimato y que se encontrara cómodamente sentado para contestar los cuestionarios; al personal médico se le solicitó su participación al término de la visita médica, o bien al término de la consulta externa, para ello también se acudió al aula asignada por la dirección del hospital, los cuestionarios fueron autoaplicables y se cuidó que estuvieran cómodamente sentados en el espacio. En el caso de los trabajadores de apoyo, se solicitó su participación al término de su jornada de trabajo utilizando también el aula asignada.

Antes de iniciar la recolección de datos la autora del estudio explicó a cada trabajador seleccionado el propósito de la investigación, se le solicitó su participación voluntaria mediante el consentimiento informado por escrito, se hizo de su conocimiento que la información sería confidencial, respetándose el anonimato. Se le indicó que si no deseaba participar, se respetaría su decisión lo cual no repercutiría en su situación laboral, después de aceptar colaborar en el estudio el participante firmó el consentimiento informado. Posterior a ello se le entregó la cédula de datos personales y los tres instrumentos en un sobre cerrado para que procediera con el llenado, permaneciendo la autora a una distancia prudente con el propósito de respetar su libertad para contestar, se estuvo accesible para aclarar preguntas o dudas que se presentaran.

Al término de la recolección de datos se les indicó que volvieran a guardar los instrumentos en el sobre, el cual fue depositado en una caja forrada que se ubicó al frente del aula, por último se le agradeció su participación en el estudio.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en el área de la salud, Título II Capítulo I (Secretaría de Salud, 1987). De acuerdo con el Artículo 13 se respetó la dignidad de los sujetos mediante un trato respetuoso y profesional y la protección de sus derechos humanos; como el estudio fue investigación en seres humanos conforme a lo establecido en el Artículo 14 (fracción V, VII Y VIII) se ajustó a principios científicos y éticos, se contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y con la autorización del titular de la institución de salud donde se realizó el estudio.

De acuerdo con el Artículo 16 se protegió la privacidad del individuo sujeto a investigación cuidando que contestara los cuestionarios en un lugar separado de su área de trabajo, conforme al Artículo 17 (fracción II). Se consideró que se trata de una investigación de riesgo mínimo, ya que aunque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes, se abordaron aspectos emocionales y de su conducta que eventualmente pudieran producir emociones negativas, de ser así se podría suspender la recolección de datos en ese momento, pudiendo continuar con la recolección en otro momento si el participante así lo hubiera decidido; situación que no se presentó en el estudio.

Se contó con el consentimiento informado (Apéndice E) por escrito del participante el cual recibió una explicación clara y completa sobre justificación y objetivos de la investigación, de que su participación consistía en el llenado de una cédula de datos personales y tres cuestionarios autoaplicables, de los beneficios que se obtendrían, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta acerca de los procedimientos, la seguridad de que no se identificaría al sujeto y que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y que tendría la libertad de retirar su consentimiento informado cuando así lo deseara (Artículo 21, fracción I, II, IV, VI, VII Y VIII).

Por tratarse de una investigación que se realizó en grupos subordinados se consideró lo relacionado al Capítulo V, Artículo 58, (fracción I y II), respetando su decisión de participación o no en el estudio, se informó que podría retirar su consentimiento en el momento en que lo decidiera sin que esto afectara su situación laboral. Por último se garantizó a los participantes la seguridad de que los resultados de la investigación no serían utilizados en su perjuicio y estos solo serían presentados en forma general y nunca de manera personal. Los cuestionarios serán resguardados por la autora por un período de doce meses y posteriormente serán destruidos.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos de la recolección fueron procesados a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0. Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial; para la estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Se obtuvieron índices para la escala y subescalas de los instrumentos de Confianza Situacional de Annis y Graham (1987), Escala de Tensión Percibida de Cohen et al. (1983) y para el cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol de De la Fuente y Kershenobich (1992). Se determinó la confiabilidad de los instrumentos por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach y se calculó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para decidir el uso de estadística paramétrica o no paramétrica; en virtud de que las variables continuas del estudio mostraron no normalidad en su distribución se decidió el uso de estadística no paramétrica.

Para dar respuesta a los objetivos se procedió de la siguiente manera: el primer objetivo que señala determinar los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de salud, se utilizó la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney, para el segundo objetivo que señala determinar la percepción de estrés laboral por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de la salud se utilizó de igual forma U de Mann-Whitney; finalmente para el objetivo tercero que indica determinar la percepción de autoeficacia percibida por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de

la salud se utilizó U de Mann-Whitney debido a que los datos no mostraron normalidad en su distribución.

Para verificar las hipótesis de estudio se procedió de la siguiente forma, para responder a la primera hipótesis que señala los trabajadores de la salud del sexo masculino tienen más alto consumo de alcohol que los del sexo femenino se utilizó U de Mann-Whitney , para la segunda hipótesis que señala a mayor percepción de estrés laboral mayor consumo de alcohol en trabajadores de la salud y para la tercera hipótesis que señala a mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol en trabajadores de la salud se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados del estudio estrés laboral, autoeficacia percibida y consumo de alcohol en 167 trabajadores de la salud de un hospital general del sector salud del área de la frontera norte del país. Los datos se ordenan de la siguiente forma: primeramente la estadística descriptiva la cual incluye consistencia interna de los instrumentos y datos sociodemográficos de las variables.

Para la estadística inferencial se obtuvieron índices, prueba de normalidad, matriz de correlación de las variables de estudio y finalmente la prueba de hipótesis.

Estadística Descriptiva

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	<i>n</i>	No de reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de Tensión Percibida (PSS)	14	1 al 14	.84
Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)	39	1 al 39	.97
Intrapersonal	28	1 al 3, 7 al 13, 17 al 23, 27 al 33, 36 al 39	.96
Interpersonal	11	4 al 6, 14 a 16, 24 a 26, 34 a 35	.93
AUDIT	10	1 al 10	.89
Frecuencia y Cantidad	3	1 al 3	.86
Consumo Dependiente	3	4 al 6	.82
Consumo Dañino	4	7 al 10	.82

Fuente: PSS, SCQ, AUDIT

n = 167

En la tabla 1 se observa que los instrumentos utilizados en el estudio reportaron consistencia interna aceptable (Silva, 2004).

Tabla 2

Distribución de frecuencias por género, estado civil y escolaridad

Variable sociodemográficas	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	105	62.9
Masculino	62	37.1
Estado civil		
Soltero	31	18.6
Casados, Unión Libre	114	68.2
Divorciado, Separado	18	10.7
Viudo	4	2.4
Escolaridad		
Primaria	7	4.2
Secundaria	29	17.4
Preparatoria, Carrera Técnica	21	12.5
Profesional, Posgrado	110	65.8
Categoría Laboral		
Médico	30	18.0
Enfermera	71	42.5
Trabajador Social	4	2.4
Químico	5	3.0
Administrativo	32	19.2
Servicios de Apoyo e Intendencia	25	15.0

Fuente: CDP

n = 167

La tabla 2 informa que el 62.9% de la muestra corresponde al sexo femenino, el 65.8% son profesionales en relación a la categoría laboral; estos datos corresponden a los criterios definidos en la selección de la muestra. En relación al estado civil la mayor proporción son casados, seguidos de soltero. De acuerdo a la escolaridad el mayor porcentaje es para el nivel de profesional y posgrado.

Tabla 3

Características sociodemográficas: variables continuas

Variable	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad	40.00	40.00	9.54	22	67
Escolaridad	14.14	14.00	4.46	2	27
Ingreso Económico Quincenal	4864.97	4000.0	2802.95	1200.00	15000.00

Fuente: CDP

 $n = 167$

En la tabla 3 se reporta que la media de edad fue de 40 años ($DE = 9.54$), la media de escolaridad fue de 14.14 años ($DE = 4.46$), finalmente el ingreso económico quincenal percibido obtuvo una media de 4.864.97 pesos ($DE = 2802.95$).

Tabla 4

Consumo de alcohol por sexo

Sexo	Tipo de Consumo de Alcohol					
	Sensato		Dependiente		Dañino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Masculino	27	43.5	19	29.0	17	27.4
Femenino	88	83.8	15	14.3	2	1.9

Fuente: CDP, AUDIT

 $(\chi^2 35.77, p < .001)$ $n = 167$

En la tabla 4 se observa que de acuerdo al tipo de consumo de alcohol los trabajadores del sexo masculino presentan mayor proporción de consumo dañino, seguido del consumo dependiente; mientras que en el sexo femenino existe mayor proporción de consumo sensato; estas diferencias del tipo de consumo por sexo fueron significativas ($\chi^2 35.77, p < .001$).

Tabla 5

Consumo de alcohol por categoría laboral

Categoría Laboral	Tipo de Consumo de Alcohol					
	Sensato		Dependiente		Dañino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Profesional	86	78.2	20	18.2	4	3.6
No Profesional	29	50.9	13	22.8	15	26.3

Fuente: CDP, AUDIT $(\chi^2 21.44, p < .001)$ $n = 167$

La tabla 5 muestra que de acuerdo al tipo de consumo de alcohol por categoría laboral, la mayor proporción de consumo dañino es para la categoría de los no profesionales, mientras que en los profesionales la mayor proporción corresponde al consumo sensato. Estas diferencias fueron significativas ($\chi^2 21.44, p < .001$).

Estadística Inferencial

Tabla 6

Prueba de normalidad para variables continuas e índices de los instrumentos

Variable	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>KS-Z</i>	Valor de <i>p</i>
Edad	40.00	40.00	9.54	22	67	.58	.889
Escolaridad	14.14	14.00	4.46	2	27	1.97	.001
Ingreso Económico	4864.97	4000.00	2802.95	1200.00	15000.00	1.72	.005
Índice de Estrés Laboral (PSS)	26.92	26.78	13.74	.00	57.14	.78	.561
Índice de Autoeficacia Percibida (SCQ)	90.14	96.41	14.55	28.21	100.00	3.21	.000
Índice de Subescala Intrapersonal	88.85	95.00	15.51	27.14	100.00	3.05	.000
Índice de Subescala Interpersonal	93.42	100.00	13.38	25.45	100.00	4.02	.000
Índice AUDIT	9.08	5.00	11.17	2.50	65.00	3.58	.000
Índice Frecuencia y Cantidad	22.00	16.66	17.92	8.33	100.00	3.25	.000
Índice Consumo Dependiente	2.49	.00	9.12	.00	75.00	6.30	.000
Índice Consumo Dañino	4.34	.00	12.64	.00	75.00	6.18	.000

Fuente: CDP, PSS, SCQ, AUDIT

n = 167

En la tabla 6 se observa que la Escala de Tensión Percibida reportó una media de 26.92, (DE = 13.74), el Cuestionario de Confianza Situacional reportó una media de 90.14, (DE = 14.55), finalmente en la Escala Audit se encontró una media de 9.08 (DE = 11.17). En relación con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov se encontró que solo la edad y la Escala de Tensión Percibida mostraron normalidad y el resto de las variables reportaron no normalidad en la distribución, en razón de ello se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis inferencial.

Tabla 7

Matriz de Correlación de Spearman de las variables continuas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Edad	1										
Años de Escolaridad	.008 .918	1									
Ingreso Económico	.295 .000	.692 .000	1								
Indice AUDIT	-.161 .038	-.184 .017	-.200 .010	1							
Indice Frec. y Cantidad	-.161 .038	-.152 .049	-.167 .031	.971 .000	1						
Indice Consumo Dependiente	-.061 .431	-.246 .001	-.244 .001	.544 .000	.435 .000	1					
Indice Consumo Dañino	-.014 .860	-.177 .022	-.192 .013	.630 .000	.496 .000	.730 .000	1				
Indice Estrés Laboral	-.162 .037	-.122 .116	-.166 .032	.277 .000	.246 .001	.313 .000	.301 .000	1			
Indice Autoefi- cacia Percibida	.141 .069	.153 .048	.212 .006	-.642 .000	-.610 .000	-.487 .000	-.453 .000	-.357 .000	1		
Indice Subescala Intrapersonal	.144 .064	.147 .058	.202 .009	-.638 .000	-.608 .000	-.487 .000	-.450 .000	-.359 .000	.998 .000	1	
Indice Subescala Interpersonal	.079 .312	.235 .002	.290 .000	-.639 .000	-.603 .000	-.468 .000	-.457 .000	-.278 .000	.877 .000	.854 .000	1

Fuente: CDP, PSS, SCQ, AUDIT

n= 167

El valor superior corresponde al Coeficiente de Correlación, el valor inferior es valor de *p*.

La tabla 7 muestra la correlación bivariada de Spearman. Se puede observar que la edad se correlaciona negativamente con el índice Audit ($r_s = -.161, p = .03$), con la frecuencia y cantidad de consumo ($r_s = -.061, p = .03$) y con el estrés laboral ($r_s = -.162, p = .03$).

En relación a los años de escolaridad, se observa que existe relación negativa y significativa con el índice Audit ($r_s = -.184, p = .01$), con frecuencia y cantidad de consumo ($r_s = -.152, p = .04$), con el consumo dependiente de alcohol ($r_s = -.246, p = .001$) y con el consumo dañino de alcohol ($r_s = -.177, p = .02$). Además se observó relación positiva y significativa con la autoeficacia percibida ($r_s = .153, p = .04$).

En cuanto al ingreso económico quincenal se documentó relación negativa y significativa con el índice Audit ($r_s = -.200, p = .01$), con frecuencia y cantidad de consumo de alcohol ($r_s = -.67, p = .03$), con el consumo dependiente ($r_s = -.244, p = .001$) y con el consumo dañino de alcohol ($r_s = -.192, p = .01$). También se obtuvo relación negativa y significativa del ingreso económico con el estrés laboral ($r_s = -.166, p = .03$). Además se encontró relación positiva y significativa de los años de escolaridad y la autoeficacia percibida ($r_s = -.153, p = .04$).

Los Coeficientes de Correlación de Spearman de las variables de Audit, Autoeficacia percibida y Estrés laboral se comentan en las hipótesis de estudio (ver tablas 15 y 16).

A continuación se presenta la respuesta a objetivos e hipótesis del estudio.

Respuesta a Objetivos

Objetivo 1

Tabla 8

Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol por sexo

Variable		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	U de Mann-Whitney	Valor de <i>p</i>
Sexo	Femenino	105	5.50	2.50	1776.5	.001
	Masculino	62	15.16	10.00		

Fuente: CDP, AUDIT

n = 167

Para dar respuesta al objetivo uno que señala determinar el consumo de alcohol por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de la salud. La tabla 8 muestra que existe diferencia significativa en el consumo de alcohol (índice AUDIT.) por sexo ($U = 1776.50, p < .001$), siendo mas alto el consumo en el sexo masculino ($\bar{X} = 15.16, Mdn = 10.00$), que en el femenino ($\bar{X} = 5.50, Mdn = 2.50$).

Tabla 9

Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol por categoría laboral

Variable		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	U de Mann-Whitney	Valor de <i>p</i>
Categoría Laboral	Profesional	110	6.29	2.50	2012.5	.001
	No Profesional	57	14.47	7.50		

Fuente: CDP, AUDIT

n = 167

Además para responder a este objetivo se reporta diferencia significativa de la categoría laboral ($U = 2012.50, p < .001$) y consumo de alcohol (índice AUDIT.), siendo mas alto el consumo en el personal no profesional ($\bar{X} = 14.47, Mdn = 7.50$) que en el

profesional ($\bar{X} = 6.29$, $Mdn = 2.50$). Respecto a la edad y el consumo de alcohol la tabla 7 reporta que existe relación negativa y significativa del consumo de alcohol con la edad ($r_s = -.161$, $p = .03$), es decir a menor edad mayor consumo de alcohol, de esta forma se responde al primer objetivo.

Objetivo 2

Tabla 10

Prueba U de Mann-Whitney para estrés laboral por sexo

Variable		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	U de Mann-Whitney	Valor de <i>p</i>
Sexo	Masculino	62	28.36	28.57	2894.0	.231
	Femenino	105	26.07	25.00		

Fuente: CDP, PSS

n = 167

Para responder al objetivo número dos que señala determinar la percepción de estrés laboral por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de la salud se presentan las tablas 10 y 11. La tabla 10 muestra que no existe diferencia significativa del estrés laboral por sexo ($p > .05$), observándose las medias y medianas mas altas en el sexo masculino ($\bar{X} = 28.36$, $Mdn = 28.57$), seguido del grupo femenino ($\bar{X} = 26.07$, $Mdn = 25.00$).

Tabla 11

Prueba U de Mann-Whitney para estrés laboral por categoría laboral

Variable		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	U de Mann-Whitney	Valor de <i>p</i>
Categoría Laboral	Profesionales	110	25.92	25.00	2725.5	.167
	No Profesionales	57	28.85	28.57		

Fuente: CDP, PSS

n = 167

Además se observa en la tabla 11 que no existe diferencia significativa del estrés laboral por categoría laboral ($p > .05$), reportándose las medias y medianas muy similares en el grupo de los no profesionales ($\bar{X} = 28.85$, $Mdn = 28.57$), y los profesionales de la salud ($\bar{X} = 25.92$, $Mdn = 25.00$). Finalmente en la tabla 7 se observa relación negativa y significativa del estrés laboral y la edad ($r_s = -.162$, $p = .03$), es decir a menor edad mayor estrés laboral; de esta forma se responde al segundo objetivo.

Objetivo 3

Tabla 12

Prueba U de Mann-Whitney para autoeficacia percibida por sexo

Variable		n	\bar{X}	Mdn	U de Mann-Whitney	Valor de p
Sexo	Femenino	105	94.16	98.97	2097.5	.001
	Masculino	62	83.32	92.30		

Fuente: CDP, SCQ

$n = 167$

Para responder al objetivo tres que indica determinar la percepción de autoeficacia percibida por edad, sexo y categoría laboral en trabajadores de la salud se presenta la tabla 12 donde se observa que existe diferencia significativa de la autoeficacia percibida por sexo ($U = 2097.50$, $p < .001$), siendo esta mas alta en mujeres ($\bar{X} = 94.16$, $Mdn = 98.97$) que en hombres ($\bar{X} = 83.32$, $Mdn = 92.30$).

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney para autoeficacia percibida por categoría laboral

Variable		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	U de Mann-Whitney	Valor de <i>p</i>
Categoría Laboral	Profesional	110	93.83	98.20	2209.0	.001
	No Profesional	57	83.02	90.76		

Fuente: CDP, SCQ

n = 167

La tabla 13 documenta que existe diferencia significativa de la autoeficacia percibida por categoría laboral ($U = 2209.00$, $p < .001$), presentándose mas alta la autoeficacia en el grupo de profesionales de la salud ($\bar{X} = 93.83$, $Mdn = 98.20$) que en el personal no profesional ($\bar{X} = 83.02$, $Mdn = 90.76$). Finalmente en la tabla 7 se reporta que no existe relación significativa de la edad con la autoeficacia percibida ($p > .05$) de esta forma se responde al objetivo tres.

Prueba de Hipótesis

Tabla 14

Prueba U de Mann-Whitney para consumo de alcohol por sexo

Variable		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	U de Mann-Whitney	Valor de <i>p</i>
Sexo	Femenino	105	5.50	2.50	1776.5	.001
	Masculino	62	15.16	10.00		

Fuente: CDP, AUDIT

n = 167

Para verificar la hipótesis 1 que señala que los trabajadores de la salud del sexo masculino tienen más alto consumo de alcohol que los del sexo femenino se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, observándose que existe diferencia significativa del consumo de alcohol en los trabajadores de acuerdo al sexo ($U = 1776.50$, $p < .001$), siendo más alto el consumo en el sexo masculino ($\bar{X} = 15.16$, $Mdn = 10.00$), que en el femenino ($\bar{X} = 5.50$, $Mdn = 2.50$), por lo cual se acepta la hipótesis de investigación.

Tabla 15

Correlación de Spearman para estrés laboral con consumo de alcohol

	Consumo de Alcohol	Frecuencia y Cantidad	Consumo Dependiente	Consumo Dañino
Estrés Laboral	.277 (.001)	.246 (.001)	.313 (.001)	.301 (.001)

Fuente: PSS, AUDIT

n = 167

Para dar respuesta a la hipótesis 2 que indica que a mayor percepción de estrés laboral mayor consumo de alcohol en trabajadores de la salud se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, observándose que el consumo de alcohol, la frecuencia y cantidad de consumo, el consumo dependiente y el consumo dañino se correlacionan

positiva y significativamente con el estrés laboral, por lo cual se acepta la hipótesis dos de investigación.

Tabla 16

Correlación de Spearman para autoeficacia percibida y consumo de alcohol.

	Consumo de Alcohol Índice AUDIT	Frecuencia y Cantidad	Consumo Dependiente	Consumo Dañino
Autoeficacia Percibida	-.642 (.001)	-.610 (.001)	-.487 (.001)	-.453 (.001)

Fuente: SCQ, AUDIT

$n = 167$

Para comprobar la hipótesis 3 que señala que a mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol en trabajadores de la salud se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, observándose que la autoeficacia percibida se correlaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol, con frecuencia y cantidad, con el consumo dependiente y el consumo dañino, lo que significa que a menor autoeficacia percibida mayor es el consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Por lo anterior se sustenta la hipótesis tres de investigación.

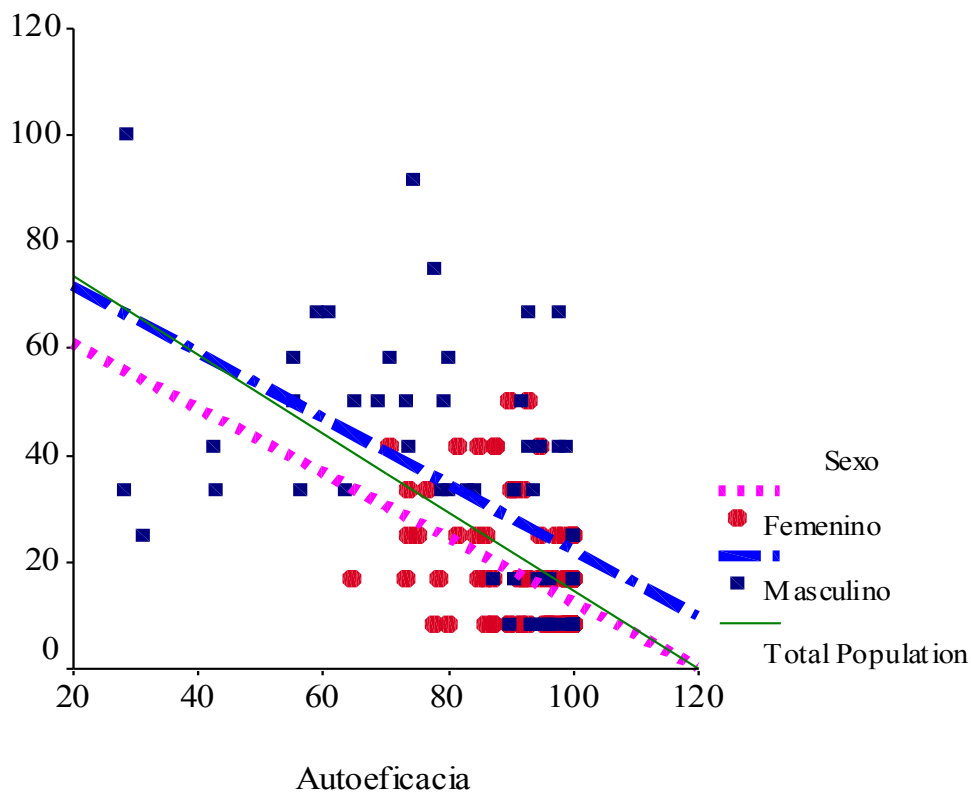


Figura 1 Diagrama de dispersión para frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y autoeficacia percibida.

En la figura 1 se observa en relación a la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol es mayor para el sexo masculino y con menor autoeficacia percibida en comparación con el sexo femenino que se observa menor frecuencia y cantidad de consumo y mayor autoeficacia percibida; lo que indica que al disminuir la autoeficacia percibida se incrementa la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol.

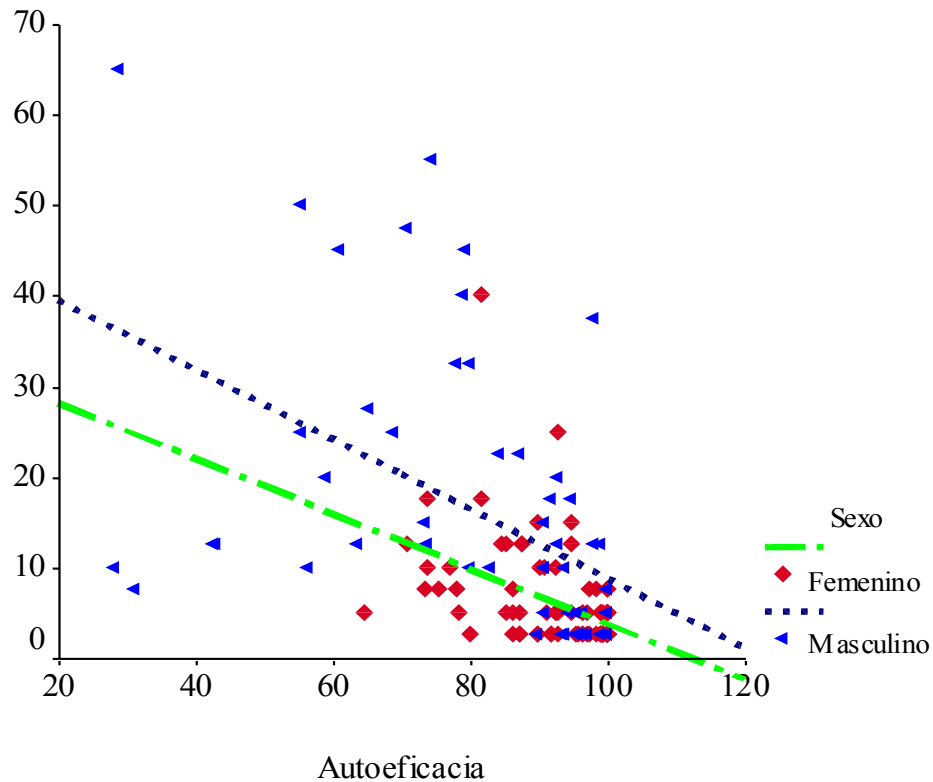


Figura 2 Efecto de autoeficacia percibida para sexo masculino y femenino con consumo de alcohol.

En esta figura se observa que el personal de sexo masculino tiene mayor consumo de alcohol que las trabajadoras del sexo femenino y que a medida que la autoeficacia percibida es más alta el consumo de alcohol disminuye.

A continuación se presentan los hallazgos adicionales, las tablas de regresión lineal múltiple para explicar el consumo de alcohol, así como las tablas del efecto de las variables independientes sobre este consumo.

Hallazgos Adicionales

Tabla 17

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para edad, sexo, estrés laboral, categoría laboral y autoeficacia percibida con el consumo de alcohol (AUDIT).

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor de p
Regresión	8707.433	5	1741.487	23.346	.000
Residual	12009.558	161	74.594		

Fuente: CDP, PSS, SCQ, AUDIT

 $R^2_{\text{ajustada}} = 40\%$ $n = 167$

Tabla 18

Efecto de las variables independientes sobre el consumo de alcohol

Variable	Coeficiente no Estandarizado		t	Valor de p
	β	Error Estándar		
(Constante)	34.602	6899	5.016	.000
Edad	.02724	.072	.378	.706
Sexo	-5.282	1.515	-3.485	.001
Categoría Laboral	3.186	1.524	2.091	.038
Estrés Laboral	.153	.052	2.955	.004
Autoeficacia Percibida	-.293	.054	-5.413	.000

Fuente: CDP, PSS, SCQ, AUDIT

 $n = 167$

En la tabla 17 se aprecia el modelo de edad, sexo, categoría laboral, estrés laboral y autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol, es significativo ($F_{5, 161} = 23,346, p < .000$), con un 40% de varianza explicada. En la tabla 18 se observa el efecto de cada variable en el modelo, donde el sexo, la categoría laboral, el estrés laboral y la autoeficacia percibida fueron las variables predictoras del consumo de alcohol.

Posteriormente se aplicó el procedimiento de eliminación de variables Backward (hacia atrás) para conocer las variables que tienen mayor contribución en el modelo, manteniéndose el sexo, categoría laboral, estrés laboral y autoeficacia percibida en el modelo que predicen el consumo de alcohol ($F_{7,116} = 2930$, $p < .000$). La varianza explicada se mantuvo en un 40%, esto se observa en las tablas 19 y 20.

Tabla 19

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para edad, sexo, estrés laboral, categoría laboral y autoeficacia percibida sobre el consumo de alcohol (procedimiento Backward)

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor de p
Regresión	8696.433	4	2174.200	29.302	.001
Residual	12009.991	162	74.199		

Fuente: CDP, PSS, SCQ, AUDIT

 $R^2_{ajustada} = 40\%$ $n = 167$

Tabla 20

Contribución de las variables al Modelo de Regresión Lineal Múltiple

Variable	Coeficiente no Estandarizado		t	Valor de p
	β	Error Estándar		
(Constante)	35.677	6.267	5.693	.000
Sexo	-5.361	1.497	-3.582	.000
Categoría Laboral	3.195	1.520	2.103	.037
Estrés Laboral	.150	.051	2.939	.004
Autoeficacia Percibida	-.290	.054	-5.418	.000

Fuente: CDP, PSS, SCQ

 $n = 167$

Tabla 21

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para edad, sexo, estrés laboral, categoría laboral y autoeficacia percibida con frecuencia y cantidad de consumo de alcohol

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor de p
Regresión	23253.999	5	4650.800	24.868	.001
Residual	30110.106	161	187.019		

Fuente: CDP, PSS, SCQ, AUDIT

 R^2 ajustada = 41% $n = 167$

Tabla 22

Efecto de las variables independientes sobre la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol

Variable	Coeficiente no Estandarizado		t	Valor de p
	β	Error Estándar		
(Constante)	79.905	10.924	7.315	.000
Edad	-.06739	.114	-.590	.556
Sexo	-9.540	2.400	-3.976	.000
Categoría Laboral	4.140	2.413	1.716	.088
Estrés Laboral	.112	.082	1.377	.171
Autoeficacia Percibida	-.535	.086	-6.252	.000

Fuente: CDP, PSS, SCQ, AUDIT

 $n = 167$

Posteriormente se ajustó el modelo de regresión lineal para las variables independientes de edad, sexo, categoría laboral, estrés laboral y autoeficacia percibida con la variable dependiente frecuencia y cantidad de consumo. Este modelo en general fue significativo ($F_{5, 161} = 24,86$, $p < .001$), con un 41% de varianza explicada. Las variables

que contribuyeron a explicar el modelo fueron sexo y autoeficacia percibida (ver tablas 21 y 22).

Tabla 23

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para edad, sexo, estrés laboral, categoría laboral y autoeficacia percibida sobre frecuencia y cantidad de consumo (procedimiento Backward)

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor de p
Regresión	22240.769	2	11120.385	58,59	.000
Residual	31123.336	164	189.776		

Fuente: CDP, PSS, SCQ, AUDIT

$R^2_{ajustada} = 41\%$

$n = 167$

Tabla 24

Contribución de las variables sexo y auteficacia percibida al modelo de Regresión Lineal Múltiple

Variable	Coeficiente no Estandarizado		t	Valor de p
	β	Error Estándar		
(Constante)	93.563	-.831	13.697	.000
Sexo	-9.840	2.366	-4.159	.000
Autoeficacia Percibida	-.616	.079	-7.819	.000

Fuente: CDP, SCQ

$n = 167$

Finalmente se utilizó el procedimiento Backward (eliminación de variables hacia atrás) para confirmar las variables que explican el modelo ($F_{2164} = 58.59, p < .001$) con un 41% de varianza explicada. Se observa además que las variables sexo y autoeficacia

percibida se mantienen como predictoras de la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol (ver tablas 23 y 24).

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio permitió verificar empíricamente la relación de los conceptos Autoeficacia Percibida, Estrés laboral y Consumo de Alcohol en 167 trabajadores de la Salud (profesionales y no profesionales) de una institución del sector salud ubicado en la frontera norte de México.

Los trabajadores de la salud del sexo masculino presentaron mayor consumo de alcohol que los trabajadores del sexo femenino; esto concuerda con lo reportado por Cortaza y Alonso (2007) quienes encontraron más alto consumo de alcohol en los varones que en las mujeres trabajadoras de una industria petroquímica del sur de Veracruz. Sosa en el 2003 y Vargas, Moreno y Alonso (2005), encontraron hallazgos similares en trabajadores de la salud y de una industria maquiladora de la frontera norte de México. De acuerdo con Tapia (2001) estas diferencias del consumo de alcohol entre los hombres y las mujeres dependen de las normas sociales, las cuales son más estrictas para las mujeres que para los hombres; en los varones esta conducta es una práctica aceptada y avalada socialmente y en la mayoría de los casos reforzada en el medio laboral donde los hombres tienen como parte de su desempeño múltiples actividades sociales y culturales donde el consumo de alcohol es un vínculo de socialización.

Se documentó en el presente estudio respecto al consumo de alcohol por categoría laboral que los profesionales de la salud tienen un menor consumo que los trabajadores no profesionales, esto concuerda con lo reportado por Sosa (2003) en trabajadores de la salud de la frontera norte; además Tapia en el (2001) explica que el consumo de alcohol varía conforme a la actividad laboral que desempeña la persona. Además estas diferencias también se pueden explicar en términos del contexto y la cultura en donde viven los trabajadores; en razón de ello, el hecho de que los trabajadores vivan en la frontera norte los involucra en una mezcla de culturas entre las dos fronteras de México y Estados Unidos donde el alcohol se convierte en un vínculo de recreación y de convivencia, esta conducta se repite, se aprende y se reproduce generalmente entre los no profesionales. En

tanto el personal profesional cuenta con distintas estrategias para la recreación y convivencia, además de que probablemente su educación en el área de la salud sea un factor de autocontrol dado que conoce los efectos de las sustancias en el organismo.

En relación con la edad se encontró en el estudio relación negativa y significativa con el consumo de alcohol, es decir a menor edad mayor consumo de alcohol. Esto concuerda con lo reportado por Tapia (2001) así como en la última Encuesta Nacional de Adicciones (2002) donde se explica que el más alto consumo de alcohol ocurre cinco años después de haber iniciado con esta práctica, la cual se mantiene con cifras elevadas hasta por diez años, es decir entre los 20 y 35 años se presenta el más alto consumo de alcohol y a partir de los 40 años ocurre un descenso en el consumo.

Un dato importante es que la escolaridad se relacionó negativa y significativamente con el consumo de alcohol de tal forma que a menor escolaridad se presentó mayor consumo de alcohol. Esto coincide con lo reportado por López (1998) en pacientes captados en salas de urgencias quien encontró una relación inversa entre los años de escolaridad y el consumo de alcohol, igualmente Vargas, Moreno y Alonso (2005) en trabajadores de una industria maquiladora.

No se encontró diferencia significativa del estrés laboral por sexo y categoría laboral, probablemente este hallazgo se deba a que la escala utilizada es muy general y no esta evaluando el estrés derivado de la actividad que se desarrolla dentro de una institución hospitalaria, o tal vez están acostumbrados a un manejo alto de estrés, lo cual les parece inherente y normal a su actividad. Sin embargo si se presentó relación negativa y significativa con la edad lo cual se explica probablemente que al tener menor edad experimentan mayor estrés laboral por contar con menor experiencia como trabajador de la salud.

En relación a la autoeficacia percibida las mujeres reportaron mayor autoeficacia percibida para resistir la tentación del consumo de alcohol que los hombres, esto se puede explicar de acuerdo con lo señalado por Romero, Gómez y Medina-Mora (1996) y por Alonso, Caulfield y Gómez (2005) quienes señalan que la mujer mexicana al tener como premisas socioculturales el ser una buena madre y un buen ejemplo para sus hijos ellas

cuentan o desarrollan diversas estrategias para afrontar la tentación del consumo y tienen un mayor control de sus conductas por su responsabilidad del cuidado de los hijos.

La autoeficacia percibida fue más alta en los profesionales de la salud que en los no profesionales, esto fue similar a lo encontrado por Alonso y Esparza (2003) en una intervención breve para reducción de consumo de alcohol, donde se observó que las personas con educación superior y profesional percibían mayor autoeficacia para resistir la tentación de consumo. Probablemente esto se deba a que los profesionales de la salud han desarrollado distintas estrategias y cuentan con recursos internos suficientes para resistir la tentación de consumo de alcohol.

No se encontró relación significativa de la edad con la autoeficacia percibida, probablemente este concepto tiene una mayor explicación en relación con los procesos cognitivos y socialización con la edad.

El estrés laboral mostró relación positiva y significativa con el consumo de alcohol, esto concuerda con lo reportado por Cooper et. al. (1994), con Pérez (2004) y con Vasse et al. (1998) quienes encontraron que a medida que aumenta el estrés laboral se incrementa el consumo de alcohol; probablemente la explicación de esta asociación en los participantes de este estudio es la utilización del alcohol como mecanismo de afrontamiento al estrés laboral. Estos hallazgos permitieron explicar que el consumo de alcohol tiene un propósito; es decir tiene una orientación o por motivos positivos como socializar o bien afrontar estados y experiencias negativas como en este caso el estrés laboral Cox y Klinger (1988).

En relación a la autoeficacia percibida se encontró relación negativa y significativa con el consumo de alcohol, esto concuerda con lo reportado por Alonso y Esparza (2003), Skuttle (1999) y Bandura (1999) quienes señalaron que la autoeficacia percibida produce una mayor resistencia en los individuos para enfrentar múltiples situaciones de tentación al consumo, además de que esta autoeficacia es un predictor de los programas de reducción del consumo de alcohol.

Adicionalmente se encontró que el sexo, la categoría laboral, el estrés laboral y la autoeficacia percibida fueron predictores del consumo de alcohol; esto concuerda con lo

reportado por Skuttle (1999) quien señala que estos factores pueden tener un mayor peso para explicar el consumo de alcohol. También Marlatt, Bear y Quigley (1999) señalan que la categoría laboral, la autoeficacia percibida y el sexo son factores determinantes en las conductas adictivas como el consumo de alcohol.

Finalmente el sexo y la autoeficacia percibida fueron predictores de la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, lo cual coincide con lo señalado por Marlatt (1999) quien indica que la autoeficacia percibida es la variable con mayor fuerza y que ha resultado ser la más efectiva en el control de las conductas adictivas.

Conclusiones

Se encontraron diferencias significativas de la edad y el consumo de alcohol; siendo mayor el consumo en el grupo de edad de 36 a 50 años, seguido del grupo de 20 a 35 años.

Los trabajadores de la salud del sexo masculino reportaron más alto consumo de alcohol que los trabajadores del sexo femenino; estas diferencias fueron significativas.

Los profesionales de la salud reportaron menor consumo de alcohol que los trabajadores no profesionales, estas diferencias fueron significativas.

Los profesionales de la salud tuvieron más alto consumo de alcohol de tipo sensato que los trabajadores no profesionales; el consumo dependiente y dañino fue más alto en los no profesionales que en los profesionales de la salud.

Las trabajadoras de la salud del sexo femenino reportaron más alto consumo de alcohol sensato que los varones, mientras que los trabajadores del sexo masculino tuvieron más alto consumo de tipo dependiente y dañino que las mujeres.

No se encontraron diferencias significativas del estrés laboral por sexo y categoría laboral.

La edad mostró relación inversa con el estrés laboral.

La autoeficacia percibida mostró diferencia significativa por sexo y categoría laboral, sin embargo no se observó significancia por grupo de edad.

Se encontró relación positiva y significativa del estrés laboral y consumo de alcohol, con frecuencia y cantidad, consumo dependiente y consumo dañino.

Se documentó relación negativa y significativa de la autoeficacia percibida y consumo de alcohol, frecuencia y cantidad, consumo dependiente y consumo dañino.

Los instrumentos utilizados en el estudio como Escala de Tensión (PSS), Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) y Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) mostraron consistencia interna aceptable.

Recomendaciones

Profundizar cualitativamente en el estrés laboral de acuerdo al sexo, y categoría laboral en virtud de los resultados obtenidos.

Realizar una replica del estudio en grupos de trabajadores no profesionales, para identificar si estos hallazgos se presentan en trabajadores de otras áreas.

Llevar a cabo estudios de intervención para la prevención y reducción del consumo de alcohol en trabajadores de la salud, considerando la autoeficacia percibida y el estrés laboral como variables independientes.

Continuar utilizando los instrumentos Escala de Tensión Percibida, Cuestionario de Confianza Situacional y Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol.

Referencias

- Alonso, Caulfied & Gómez (2005). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey Nuevo León, México, *Revista Latín Enfermagen*, 13, 1155.
- Alonso, C. M. M. & Esparza, A. S. (2003). Prevención de accidentes relacionado al consumo de alcohol por intervención breve. *Desarrollo científico de enfermería*, 11, 6-11.
- Annis, H. & Graham, J. (1987) Cuestionario de Confianza Situacional. *Addiction research foundation*. Toronto, Canadá.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and action: a social cognitive theory*. Englewood: EdCliff Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao, España: Editorial Desclee de Brouwer.
- Blane, H. T. & Leonard, K. E. (1987). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. Guilford Press. New York.
- Campa, M. T. J., DoCarmo, C. R. M. L. (2005). Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en Monterrey, México. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13, 819-826.
- Carreño, G. S., Medina, M. ME., Martínez, V. N., Juárez, G. F., Vázquez, P. L. (2006). Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. *Revista de Salud Mental*, 29.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). Una medida global de estrés percibido. *Journal de Salud y Conducta Social*, 24, 385-396.
- Cole, G., Tucker, L. & Friedman, G. (1990). Relationship among measures of alcohol drinking behavior: life-events and perceived stress. *Psychology Repport*, 67, 587-591.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (1999). Encuesta nacional sobre adicciones: alcohol. México. .Recuperado de <http://www.conadic.gob.mx> el 20 de Septiembre de 2006.

- Cooper, M., Peirce, R., Russell, M. & Frone, M. R. (1994). Relationship of financial strain and psychosocial resources to alcohol use and abuse: the mediating role of negative affect and drinking motives. *Journal of health and social behavior*, 35, 291-308.
- Cortaza, L. & Alonso, C. M. (2007) Afecto y consumo de alcohol en trabajadores de la industria petroquímica. *Revista de salud mental, alcohol y drogas*, 3, 1.
- Cox, M. & Kingler, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of abnormal psychology*, 97, 168-180.
- De La Fuente, J. R. & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Departamento de Tránsito y Vialidad (2005). Accidentes de Tránsito. H. Matamoros Tamaulipas, México.
- Elshoff, D. J., Dixon, J. W., Crede, M. K. & Fotheringham, N. (2004). nQuery Advisor Versión 4.0 [Software de cómputo]
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). recuperado de <http://www.inegi.gob.mx> el 14 de Octubre de 2006.
- Frone, M. R., (1999). Work Stress and Alcohol Use. *Alcohol Research and Health*, 23(4), 284-291.
- Johnson, V. & Pandina, R. J. (1993). A longitudinal examination of the relationships among stress, coping strategies, and problems associated with alcohol use. *Alcoholim: Clinical and Experimental Research*, 17, 696-702.
- Linsky, A. S., Murray, A. S., Haratani, T. & Hemmi, T. (1993). Stressful events, stressful conditions and alcohol problems in the United States: A partial test of Bales theory. *The Journal Studies on Alcohol*, 46, 72-80.
- López, J. (1998). Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. *Revista de Salud Pública de México*, 40, 487-493.
- Marlatt, G. A., Bear, J. S. & Quigley, L. A. (1999). Autoeficacia y conducta adictiva. En Bandura. New York: Cambridge University Press.

- Martínez, L. P., Medina, M. ME., Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, 27, 17-27.
- Maya, M. (2002). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León, México.
- Morales-García, J. I. C., Fernández-Gárate, I. H., Tudón-Garcés, H., Escobedo-De La Peña, J., Zárate-Aguilar, A. & Madrazo-Navarro, M. (2002). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 44(2), 113-121.
- Organización Internacional del Trabajo. (2006). recuperado de <http://www.oit.org.pe/portal/index.php> el 10 de Octubre de 2006.
- Pérez, F. M. (2004). Estrés laboral y consumo de alcohol en trabajadores residentes de una comunidad. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud, México.: McGraw-Hill.
- Remor, E. (2006). Propiedades Psicométricas de una versión Española de la Escala de Estrés Percibido *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93.
- Resendiz, G. E. (2004). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la industria petroquímica. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.
- Romero, M. P., Gómez, C., Medina-Mora, M.E. (1996). *Trabajo presentado en el grupo de consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia, del 18 al 20 de Noviembre, Montevideo, Uruguay.*
- San José, B., Van de Mheen, H., Van Oers, J.A.M., Mackenbach, J.P., Garretsen, H.F.L. (2000). Condiciones adversas de trabajo y uso de alcohol en hombres y mujeres. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1207-1213.
- Secretaría de Salud, (2005). Dirección General de Epidemiología *Encuesta Nacional Sobre Adicciones: Alcohol*, 1-75.

- Secretaría de Salud (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. México: Editorial Porrúa.
- Silva, Rodríguez A. (2004). *Métodos Cuantitativos en Psicología*. México: Editorial Trillas.
- Skutle, A. (1999). La relación entre expectativas de autoeficacia, la gravedad del abuso del alcohol y los beneficios psicológicos obtenidos del alcoholismo. *Conductas Adictivas*, 24 (1), 87-98.
- Sosa, B. M. R. (2003). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León, México.
- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México D. F.: Editorial Manual Moderno.
- Tapia, C. & Meneses, R. (1992). El consumo de alcohol entre médicos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 35(2), 58-62.
- Vargas, M. J. I., Moreno, S. E. & Alonso, C. M. M. (2005). Patrones de consumo de alcohol en trabajadores industriales mexicanos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 5(2), 109-120.
- Vasse, R. M., Nijhuis, F. J. N. & Kok, G. (1998). Association between work stresses, alcohol consumption and sickness absense. *Addiction*, 93(2), 231-241.
- Welte, J. W. & Mirand, A. L. (1995). Drinking behavior and risk factors related to the workplace: implication for research and prevention. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 201-220.
- Wilsnack, S. C., Klassen, A. D., Schur, B. E., Wilsnack, R. W. (1991). Predicting onset and chronicity of women's problems drinking: a five year longitudinal analysis. *Am Public Health*, 81, 305-317.
- Yan, M. S., Yan, M. J., & Pan, S. M. (2001). Prevalence and correlatos of substance use among clinical nurses in Kachsiung City. *Journal of Medical Science*, 17 (5), 261-269.

Young, I. C. (2004). Gender composition of occupation and industry and working women's alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*.

Zhang, Z., Snizek, W.E. (2003). Ocupación, características de trabajo, y el consumo de alcohol y otras drogas. *Proquest Psychology Journals*, 31, 4-27.

Apéndice A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

Cuestionario No. _____.

Cedula de Datos Personales (CDP).

INSTRUCCIONES: a fin de realizar un estudio, solicito su colaboración para contestar las preguntas de la siguiente cedula de datos personales y de tres cuestionarios de acuerdo a su consideración personal, para lo cual deberá elegir solamente un respuesta para cada pregunta. La información que se obtenga será de carácter confidencial. Agradezco su colaboración.

DATOS PERSONALES:

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad (años cumplidos) _____

Estado Civil: soltero _____ casado _____ divorciado _____

 separado _____ unión libre _____ viudo _____

Años de Escolaridad: _____

Formación Académica: Primaria _____ Secundaria y/o Carrera Téc. _____

 Preparatoria y/o profesional _____ Postgrado _____

Categoría Laboral:

Medico (a) _____ Administrativo _____

Enfermera (o) _____ Servicios Apoyo _____

Trabajadora (or) social _____ Intendencia _____

Química (o) _____

Ingreso Económico Quincenal: _____.

Apéndice B

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)

Cuestionario No. _____

INSTRUCCIONES: por favor lea las preguntas cuidadosamente y marque con una X la respuesta que mas se acerque a su caso. Después de cada pregunta agregue la frase: "Estoy seguro que resisto tomar alcohol". Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

"ESTOY SEGURO QUE RESISTO TOMAR ALCOHOL"	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
1. Si yo siento que estoy deprimido						
2. Si hubo peleas en casa						
3. Si tuve problemas para dormir						
4. Si tuve una discusión con un amigo						
5. Si creo que a otras personas no les caigo bien						
6. Si me siento seguro y relajado						
7. Si salí con amigos y ellos fueron a tomar en Un bar						
8. Si me siento bien en una fiesta, pero deseo Sentirme mejor						
9. Si me acuerdo del rico sabor que tiene la Bebida						
10. Si yo me convengo de que puedo tomar con limite						
11. Si yo creo que las cosas no me van a salir bien						
12. Si otras personas interfieren con mis planes						
13. Si me siento mareado y quiero sentirme Alerta						
14. Si tuve problemas con otras personas en el Trabajo						
15. Si no me siento bien con la presencia de alguien						
16. Si todo va saliendo bien						
17. Si estoy en una fiesta y otras personas están Ingeriendo alcohol						
18. Si quiero celebrar con un amigo						
19. Si paso por enfrente de una tienda de venta De licor						

“ESTOY SEGURO QUE RESISTO TOMAR ALCOHOL”	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
20. Si me estoy preguntando si puedo vencer la Tentación de no ingerir alcohol y siento que Puedo probarme con un trago						
21. Si me siento enojado con relación a los Resultados que estoy obteniendo						
22. Si siento que me están menospreciando						
23. Si me siento con nauseas						
24. Si las presiones están aumentando en el Trabajo debido a mi supervisor						
25. Si alguien me critica						
26. Si me siento satisfecho con algo que yo Realice						
27. Si estoy a gusto con un buen amigo y me Quiero sentir mejor						
28. Si voy a un restaurante y las personas que Van conmigo piden una bebida						
29. Si me encuentro inesperadamente una Botella de mi bebida favorita						
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago No causa problemas						
31. Si no se lo que debo hacer						
32. Si me siento con muchas presiones Familiares						
33. Si siento pesadez estomacal						
34. Si no me llevo bien con mis compañeros en El trabajo						
35. Si las personas a mi alrededor me hacen Sentir tensionado						
36. Si salí con amigos y quiero disfrutar mas						
37. Si conozco a un amigo o amiga y el o ella Me sugieren tomar una bebida						
38. Si de repente siento la necesidad de tomar						
39. Si yo quiero probar a mi mismo que puedo Tomar varios tragos y no emborracharme						

Annis y Graham (1987)

Apéndice C
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

Escala de Tensión Percibida (PSS)

INSTRUCCIONES: Las preguntas en esta escala son acerca de sus pensamientos y sentimientos durante el último mes. Para cada caso, se le pedirá indicar que tan frecuentemente se sintió o pensó de cierta forma. Aunque algunas preguntas son muy parecidas existen diferencias entre ellas y cada pregunta debe responderse por separado. Por favor marque con una X la respuesta que mas indique su forma de sentir y pensar de acuerdo con las siguientes opciones:

1= Nunca 2= Casi nunca 3= Algunas veces 4= Frecuentemente 5= Siempre.

1	En el último mes. ¿Con que frecuencia se ha sentido molesto por algo que pasó inesperadamente en su trabajo?	1	2	3	4	5
2	En el último mes. ¿Con que frecuencia he sentido que era incapaz de controlar las cosas importantes en mi vida o que tienen más valor para mi vida?	1	2	3	4	5
3	En el último mes ¿Con que frecuencia se ha sentido nervioso y/o estresado?	1	2	3	4	5
4	En el último mes ¿Con que frecuencia ha sentido que ha manejado exitosamente los problemas en su trabajo?	1	2	3	4	5
5	En el último mes ¿Con que frecuencia ha sentido que enfrentaba con efectividad los cambios importantes que estaban ocurriendo en su trabajo?	1	2	3	4	5
6	En el último mes ¿Con que frecuencia se sintió seguro acerca de su capacidad para manejar sus problemas personales?	1	2	3	4	5
7	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que las cosas iban bien?	1	2	3	4	5
8	En el último mes ¿Con que frecuencia se dio cuenta de que no podía manejar todas las cosas que tenia que hacer en su trabajo?	1	2	3	4	5
9	En el último mes ¿Con que frecuencia ha sido capaz de controlar las cosas que le irritan o enojan en su trabajo?	1	2	3	4	5
10	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que usted tenia bajo control las cosas en su trabajo?	1	2	3	4	5
11	En el último mes ¿Con que frecuencia se ha enojado por cosas que le ocurrieron que estaban fuera de su control?	1	2	3	4	5
12	En el último mes ¿Con que frecuencia se encontró usted pensando en cosas que pudo haber hecho?	1	2	3	4	5
13	En el último mes ¿Con que frecuencia pudo dominar la manera en que usa su tiempo?	1	2	3	4	5
14	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que las dificultades se iban acumulando hasta un punto que usted no podía superarlas?	1	2	3	4	5

Apéndice D

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION*Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT)*

Cuestionario No. ____.

INSTRUCCIONES: Por favor lea lentamente cada una de las siguientes preguntas y conteste cada una de ellas, marcando la respuesta que considere sea la más adecuada para su caso. La información que se le solicita es totalmente confidencial.

1. ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?
0 = Nunca
1 = Una vez al mes o menos
2 = Dos o cuatro veces al mes
3 = Dos o tres veces por semana
4 = Cuatro o mas veces por semana.

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?
0 = 1 ó 2
1 = 3 ó 4
2 = 5 ó 6
3 = 7 a 9
4 = 10 ó más.

3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión?
0 = Nunca
1 = Menos de una vez al mes
2 = Mensualmente
3 = Semanalmente
4 = Diario o casi diario.

4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?
0 = Nunca
1 = Menos de una vez al mes
2 = Mensualmente
3 = Semanalmente
4 = Diario o casi diario

5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?
0 = Nunca
1 = Menos de una vez al mes
2 = Mensualmente
3 = Semanalmente
4 = Diario o casi diario.

6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente, después de haber bebido en exceso en el día anterior?
0 = Nunca
1 = Menos de una vez al mes
2 = Mensualmente
3 = Semanalmente
4 = Diario o casi diario.

7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?
0 = Nunca
1 = Menos de una vez al mes
2 = Mensualmente
3 = Semanalmente
4 = Diario o casi diario.

8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pensado cuando estuvo bebiendo?
0 = Nunca
1 = Menos de una vez al mes
2 = Mensualmente
3 = Semanalmente
4 = Diario o casi diario.

9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?
0 = No
2 = Si, pero no en el último año
4 = Si, en el último año.

10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?
0 = No
2 = Si, pero no en el último año
4 = Si, en el último año.

Apéndice E

Consentimiento Informado

Título del Estudio:

Estrés laboral, Autoeficacia Percibida y Consumo de Alcohol en Trabajadores de la Salud

Introducción y Propósito

En los últimos años el consumo de alcohol se ha convertido en un problema social y de salud pública generalizado en toda la sociedad mexicana, además se ha observado relación entre este consumo y el estrés laboral. Por ello, se le invita a usted a formar parte del estudio sobre estrés laboral, autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud, la información será utilizada exclusivamente con fines académicos. El propósito del presente estudio es identificar el estrés laboral y la autoeficacia percibida y su relación con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud.

La información que se obtendrá es referente a datos personales, el cuestionario de Confianza Situacional de Annis y Graham, el cuestionario de Tensión Percibida de Cohen et al y por último el cuestionario sobre Identificación de Trastornos sobre Uso de Alcohol de De la Fuente y Kershenobich. La información que usted proporcione solo se utilizará por una servidora para elaborar la tesis para obtener el grado en Maestría en Ciencias de Enfermería. En un futuro esta información puede ser útil para establecer programas de enfermería para la prevención y reducción de esta conducta adictiva en trabajadores de la salud.

Procedimientos

Usted fue seleccionado al azar para participar en el estudio, los instrumentos son anónimos, por lo cual no necesito su nombre ni su domicilio, la encuesta se llevara a cabo solo si usted lo autoriza y se requieren de 15 a 20 minutos de tiempo y se realizara en un lugar cómodo y con privacidad.

Riesgos

Este estudio se considera de riesgo mínimo porque se indagan aspectos de la conducta en el consumo de alcohol y el estrés laboral, tales interrogantes pueden generar eventualmente emociones en los participantes, por ello, se estará alerta para detectar algún estado emocional; si esto se presentara inmediatamente se preguntara al participante si desea continuar, suspender o dar por terminada la encuesta.

Beneficios

Los beneficios del estudio para la sociedad son a largo plazo Usted no tendrá un beneficio inmediato.

Participación Voluntaria/Abandono

Previa a esta información que le he explicado, el que usted desee formar parte de este estudio será su libre decisión y es voluntario. Además, si usted decide no participar, esta decisión no tiene ninguna sanción o consecuencia en su trabajo, ni existirá por parte del investigador ningún acto contrario al profesional, usted seguirá contando con sus derechos como persona.

Preguntas

Si usted tiene algunas dudas, comentarios o quejas le proporciono los datos de mi asesor o profesor. Puede comunicarse a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la UANL al teléfono 8348-1847 o al correo electrónico maalonso@fe.uanl.mx con la Maestra en Salud Publica Maria Magdalena Alonso C.

Confidencialidad

La información que usted nos proporcione es anónima. Es decir, que el investigador no puede relacionar a una persona con la información obtenida. Además la accesibilidad a los datos solo la tendrá el autor del estudio.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION

La Lic. Laura Hinojosa García me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

fecha

Firma, nombre y datos del autor del estudio
En caso de dudas, puede comunicarse con la
Lic. Laura Hinojosa García tel 8681-267575
e-mail laura2hg@yahoo.com.mx.

Fecha

Firma y nombre del primer testigo

Fecha

Firma y nombre del segundo testigo

Fecha

Apéndice F

Oficio de Autorización



DEPENDENCIA HOSPITAL GENERAL

"DR. ALFREDO PUMAREJO"

MESA JEFAT. ENFERMERASEXPEDIENTE CORRESPONDENCIA

No. 586 /07

H. Matamoros, Tam., 11 de Junio del 2007
 ASUNTO: El que se indica

M. S. P. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO
 SUB DIRECTOR DE POSGRADO E INVESTIGACION
 UANL

Me permito comunicarle que en atención a su oficio enviado a ésta Dirección a mi cargo, no tenemos ningún inconveniente para que la LIC. ENF. LAURA HINOJOSA GARCIA, realice su proyecto de investigación en nuestra Institución, en el tiempo y espacios que considere convenientes para ello.

No habiendo otro asunto me permito extenderle mi saludo cordial y a la vez quedo de Ustedes.

ATENTAMENTE
 SUFRAGIO EFECTIVO NO REELECCION



DR. GERARDO GARCIA SALINAS
 DIRECTOR

Hospital General de Matamoros
 Calle Canales y Roberto F. Garcia # 800
 C.P. 87360 Col. Lucero
 Tel. (868) 816-15-00 y 813-16-15

En **TAMAULIPAS**
Avanzamos

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Lic. Enf. Laura Hinojosa García

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: ESTRÉS LABORAL, AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE
ALCOHOL EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Área de Estudio: Salud Comunitaria.

Biografía: Nacida en H. Matamoros Tamaulipas, el 20 de Mayo de 1960, hija del Sr.
Lucio Hinojosa García y la Sra. Ma. del Carmen García Fernández.

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad
Autónoma de Tamaulipas como Enfermera General en 1978, curso complementario de
Licenciatura en Enfermería en la Universidad Regional Miguel Hidalgo de Madero
Tamaulipas en 1998. Curso posbásico de Administración de los Servicios de Enfermería
en 1999.

Experiencia Profesional: Enfermera en el Hospital General de Matamoros de 1979 a la
fecha. Docente de Medio Tiempo en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros
UAT del 2004 a la fecha.

E-mail: laura2hg@yahoo.com.mx