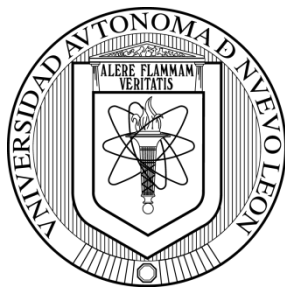


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTRÉS LABORAL, AUTOTRASCENDENCIA Y BIENESTAR FÍSICO EN
MUJERES CONSUMIDORAS Y NO CONSUMIDORAS DE ALCOHOL Y
BENZODIACEPINAS

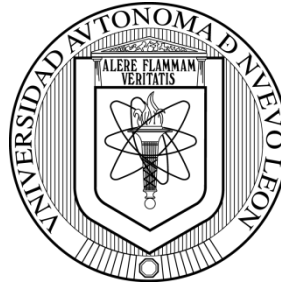
Por

ME. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2024

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



ESTRÉS LABORAL, AUTOTRASCENDENCIA Y BIENESTAR FÍSICO EN
MUJERES CONSUMIDORAS Y NO CONSUMIDORAS DE ALCOHOL Y
BENZODIACEPINAS

Por

ME. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

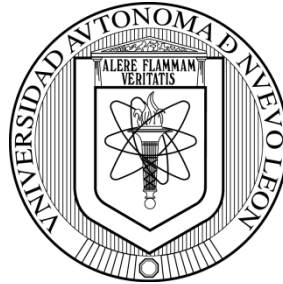
Director de Tesis

DRA. NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ GARCÍA

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2024

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



ESTRÉS LABORAL, AUTOTRASCENDENCIA Y BIENESTAR FÍSICO EN
MUJERES CONSUMIDORAS Y NO CONSUMIDORAS DE ALCOHOL Y
BENZODIACEPINAS

Por

ME. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

Director de Tesis y Asesor Externo Nacional

Profesor de la Universidad Veracruzana

DRA. LINDA AZUCENA RODRÍGUEZ PUENTE

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2024

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



ESTRÉS LABORAL, AUTOTRASCENDENCIA Y BIENESTAR FÍSICO EN
MUJERES CONSUMIDORAS Y NO CONSUMIDORAS DE ALCOHOL Y
BENZODIACEPINAS

Por

ME. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

Co-asesor Externo Internacional

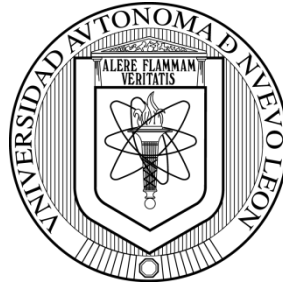
Profesor de la Universidad de Sevilla

DR. JOAQUÍN SALVADOR LIMA RODRÍGUEZ

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2024

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



ESTRÉS LABORAL, AUTOTRASCENDENCIA Y BIENESTAR FÍSICO EN
MUJERES CONSUMIDORAS Y NO CONSUMIDORAS DE ALCOHOL Y
BENZODIACEPINAS

Por

ME. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2024

ESTRÉS LABORAL, AUTOTRASCENDENCIA Y BIENESTAR FÍSICO EN
MUJERES CONSUMIDORAS Y NO CONSUMIDORAS DE ALCOHOL Y
BENZODIACEPINAS

Aprobación de Tesis

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Director de Tesis

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Presidente

Dra. Karla Selene López García
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
1er. Vocal

Dra. Linda Azucena Rodríguez Puente
2do. Vocal

Dr. Joaquín Salvador Lima Rodríguez
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	13
Teoría de la Autotrascendencia	14
Derivación de Teoría	17
Sub-estructuración Teórica para el Modelo Explicativo de Estrés Laboral, Autotrascendencia y Bienestar Físico en Mujeres Consumidoras y No Consumidoras de Alcohol y Benzodiazepinas	17
Estudios Relacionados	35
Definición de Términos	64
Objetivo General	67
Objetivos Específicos	67
Hipótesis	68
Capítulo II	
Metodología	69
Diseño del Estudio	69
Población, Muestreo y Muestra	69
Instrumentos de Medición	70
Proceso de Recolección de Datos	75
Consideraciones Éticas	77
Plan de Análisis de Datos	78
Capítulo III	
Resultados	
Consistencia Interna de los Instrumentos	81
Estadística Descriptiva	82

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Estadística Inferencial	107
Capítulo IV	
Discusión	140
Conclusiones	154
Recomendaciones	158
Limitaciones	159
Referencias	160
Apéndices	196
A. Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiacepinas	197
B. Inventario de Estrés Laboral (SPS)	199
C. Escala de Perspectiva Espiritualidad	202
D. Inventario de Cociente Emocional (EQ-I: short)	203
E. Cuestionario de Autopercepción del Estado de Salud Familiar	205
F. Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT)	207
G. Consentimiento Informado	208
H. Análisis Factorial de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)	211
I. Análisis Factorial de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT)	213

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	81
2. Características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, religión, categoría laboral)	82
3. Frecuencias y proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Presión del trabajo	84
4. Frecuencia y proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Falta de apoyo social	86
5. Frecuencia y proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Factores organizacionales	87
6. Frecuencia y proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Falta de realización laboral	88
7. Frecuencias y proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: Prácticas espirituales	89
8. Frecuencias y proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: Creencias espirituales	90
9. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Inteligencia Emocional: Factor intrapersonal	92
10. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Inteligencia Emocional: Factor interpersonal	93
11. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Inteligencia Emocional: Factor adaptabilidad	95
12. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Inteligencia Emocional: Factor gestión del estrés	96

Lista de Tablas

Tabla	Página
13. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Inteligencia Emocional: Factor estado de ánimo	97
14. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar: Clima familiar	99
15. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar: Integridad familiar	100
16. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar: Funcionamiento familiar	101
17. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar: Resistencia familiar	102
18. Frecuencias y proporciones del Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar: Afrontamiento familiar	103
19. Frecuencias y proporciones de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT: Consumo sensato	104
20. Frecuencias y proporciones de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT: Consumo dependiente	105
21. Frecuencias y proporciones de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT: Consumo dañino	106
22. Medias y Medianas de las variables continuas, numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors	107
23. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol	109

Lista de Tablas

Tabla	Página
24. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de benzodiacepinas	110
25. Frecuencias y porcentajes por tipo de consumo de alcohol de acuerdo con la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT	110
26. Bienestar – No Bienestar	111
27. Estrés laboral en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiacepinas en el último año	112
28. Espiritualidad en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiacepinas en el último año	113
29. Inteligencia emocional en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiacepinas en el último año	113
30. Apoyo familiar en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiacepinas en el último año	114
31. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol en el último año por grupo de edad	115
32. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de benzodiacepinas en el último año por grupo de edad	116
33. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiacepinas en el último año por grupo de edad	117
34. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol en el último año por nivel educativo	118
35. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de benzodiacepinas en el último año por nivel educativo	119

Lista de Tablas

Tabla	Página
36. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por nivel educativo	120
37. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol en el último año por estado civil	121
38. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en el último año por estado civil	122
39. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por estado civil	123
40. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol en el último año por religión	124
41. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en el último año por religión	125
42. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por religión	126
43. Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables estrés laboral, espiritualidad e inteligencia emocional	127
44. Modelo de Regresión Logística de la espiritualidad y la inteligencia emocional y el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica)	127

Lista de Tablas

Tabla	Página
45. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la espiritualidad y la inteligencia emocional sobre el estrés laboral y su efecto en el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica)	129
46. Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en mujeres trabajadoras	131
47. Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en mujeres trabajadoras	136
48. Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en mujeres trabajadoras	138

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de la Autotrascendencia	13
2. Primera proposición derivada	29
3. Segunda proposición derivada	29
4. Tercera proposición derivada	30
5. Cuarta proposición derivada	31
6. Substracción Conceptual-Teórico-Empírica	32
7. Relación entre los conceptos y proposiciones (Bienestar físico)	33
8. Relación entre los conceptos y proposiciones (No bienestar físico)	34
9. Espiritualidad e inteligencia emocional como predictores del bienestar	128
10. Espiritualidad e inteligencia emocional y su efecto sobre el estrés laboral	130
11. La edad (factores personales) y su efecto sobre el bienestar	134
12. Efecto del estrés laboral sobre el bienestar	134
13. Efecto de la autotrascendencia y los factores contextuales sobre el bienestar	135
14. Efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar	137
15. Modelo final, efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar	139

Agradecimientos

Agradezco encarecidamente a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la gran oportunidad de cursar el Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería; el incorporarme a este programa me ha dado la posibilidad de adquirir conocimientos y experiencias que además de contribuir a mi formación serán de invaluable apoyo en mi actividad profesional.

Mi agradecimiento a las autoridades de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México por las facilidades y apoyo para que pudiera incorporarme al Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en especial a la Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales, Directora de la Facultad.

Agradezco Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca recibida para la realización de los estudios del Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Un especial agradecimiento a la Dra. Nora Angélica Armendáriz García por aceptar ser mi Directora de Tesis en un momento complejo en mi trayectoria como estudiante del DCE, le agradezco el haberme orientado y haber compartido sin cortapisa sus vastos conocimientos y experiencias que me han permitido llegar a este momento de invaluable crecimiento profesional.

Agradezco a la Dra. Linda Azucena Rodríguez Puente por acompañarme a lo largo del Programa de Doctorado y orientarme con sus conocimientos y experiencias.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo mi profundo agradecimiento por su tiempo y sabios consejos que me apoyaron en la dirección del presente estudio.

A la Dra. Karla Selene López García por compartir sus conocimientos y experiencias para el logro de este estudio.

Agradezco al Dr. Joaquín Salvador Lima Rodríguez por su aceptación en el asesoramiento del presente estudio y porque siempre se mostró generoso en sus aportaciones, las cuales contribuyeron al presente logro.

Gracias al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza por su invaluable asesoría estadística y por su gentileza para compartir sus conocimientos.

Mi especial agradecimiento y reconocimiento a la Dra. Raquel Benavides Torres por su orientación y apoyo durante mi estadía en el programa y porque siempre tuvo el consejo oportuno para contribuir a mi formación.

Agradezco a las mujeres participantes del estudio por su generosidad para aportar la información que conforma la presente investigación.

Agradezco a mis compañeras y compañeros de generación por su valiosa amistad y haberme permitido el disfrute de su compañía, de sus conocimientos, experiencias y por avanzar juntos en el aprendizaje. Mi admiración por su esfuerzo, dedicación y compromiso; gracias por incluirme en su grupo a Adriana Mayela Cárdenas, Alberto González Flores, Beatriz Espinosa Rivera, Carmen Ivette Hernández Vergara, Jesús Ramón Aranda Ibarra, Paola Alexandra Zepeda Ríos, María Elena Rivera Pérez y Yarisbeth Quezada Ramírez.

Dedicatoria

Con todo el amor acumulado durante estos años, dedico este logro a mis padres el Sr. Antonio González Juárez y la Sra. Josefina Ramírez García por su ejemplo constante de trabajo, dedicación, disciplina y responsabilidad.

A mis hijos Marco, Julio y Fernanda porque me han acompañado a lo largo de este periodo de formación que ha resultado un verdadero disfrute y ustedes me han brindado su invaluable apoyo, solidaridad, motivación y enormes muestras de amor. Espero que este logro también sea un aliciente para orientar su vida personal y profesional.

A mi muy querido esposo por su enorme sabiduría para encontrarse siempre en los momentos más oportunos, por esperarme de cada viaje de retos y desafíos; por sus valiosas muestras de amor, motivación y comprensión.

Finalmente a mis hermanos y hermanas por su apoyo incondicional, por ese amor fraterno que nos ha unido y que es la base de la armonía de nuestra familia; gracias por cuidar de mi familia y por acompañarme en este recorrido.

Resumen

ME. Patricia González Ramírez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Septiembre, 2024

Título del Estudio: ESTRÉS LABORAL, AUTOTRASCENDENCIA Y BIENESTAR FÍSICO EN MUJERES CONSUMIDORAS Y NO CONSUMIDORAS DE ALCOHOL Y BENZODIACEPINAS

Número de Páginas: 210

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: Determinar la capacidad explicativa del Modelo de estrés laboral, autotrascendencia y bienestar físico en mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas. Estudio con diseño descriptivo, cuantitativo, correlacional y predictivo de comprobación de modelo. Muestreo de tipo probabilístico, aleatorio simple 1 en 3, en una población de 440 mujeres de una institución de educación superior, organismo público de la Ciudad de México.

El tamaño de la muestra fue determinado por el paquete estadístico nQuery Advisor 7.0, con un nivel de confianza del 95%, un límite de estimación de .04, para un enfoque conservador de 50%, un efecto de diseño de .09 para una muestra total de 228 mujeres trabajadoras mayores de 18 años. El criterio de exclusión fue que las participantes hubieran regresado de periodo sabático, vacaciones adicionales o licencia médica antes de 30 días al momento del llenado de los instrumentos. En la colecta de la información se utilizó una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas (CDPHCAB); además se utilizaron otros cinco instrumentos: el Inventario de Estrés Laboral desarrollada por Spielberger y Vagg (1999) en la adaptación para población Latina ($\alpha = .96$) de Marrero et al. (2011). La Escala de Perspectiva Espiritual de Reed en 1986 ($\alpha = .92$); el Inventario de Cociente Emocional -I:Short de Bar-On del 2002 ($\alpha = .77$); Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar de Lima et al. del 2012 ($\alpha = .94$) y la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol por De la Fuente & Kershenobich en 1992 ($\alpha = .83$). El análisis realizado fue a través de estadística descriptiva e inferencial. Se aplicó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar normalidad de las variables del estudio. Se identificaron variables con distribución normal y no normal por lo cual se realizaron pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas.

Contribuciones y conclusiones: La media de edad de las participantes fue de 41.2 años ($DE = 14.5$), el número de años escolares cursados se encontró en una media de 16.8 años ($DE = 3.8$); la edad de inicio del consumo de alcohol fue de 18.5 ($DE = 2.2$), la cantidad de bebidas consumidas en un día típico se identificó en 2.7 ($DE = 1.7$), para la edad de inicio del consumo de benzodiazepinas, la edad se encontró en 29.5 años ($DE = 7.0$), la cantidad de benzodiazepinas en un día típico se encontró en 1.7 ($DE = .70$). En cuanto al índice de estrés laboral se identificó una

media de 42.2 ($DE = 14.5$), el índice de espiritualidad se identificó con una media de 62.5 ($DE = 26.9$), el índice de inteligencia emocional presentó una media de 50.19 ($DE = 14.4$), el índice de autopercepción del estado de salud familiar presentó una media de 74.6 ($DE = 15.2$). En cuanto a la identificación de desórdenes por uso de alcohol, se reportó una media de 3.7 ($DE = 5.8$). En relación al primer objetivo se observó que el 96.5% de las participantes alguna vez habían consumido alcohol y el 78.9% lo había consumido en el último año; el 10.5% de las participantes refirió el consumo alguna vez en la vida de benzodiazepinas y el 6.1% lo refirió en el último año; el consumo sensato de alcohol se reportó en un 65.6%, consumo dependiente de alcohol en 21.1% y consumo de riesgo o dañino en 13.3%.

Referente al segundo objetivo se identificó diferencia significativa entre el estrés laboral y el consumo de alcohol y benzodiazepinas ($U = 3814.5, p < .001$), las medias y medianas más altas de estrés laboral se encuentran en las mujeres que consumen alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 48.1, Mdn = 49.0, DE = 15.6$) en comparación con quienes no consumen alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 39.8, Mdn = 39.5, DE = 18.4$). Al respecto del tercer objetivo, se observó diferencia significativa en la espiritualidad de las participantes que consumen y no consumen alcohol y benzodiazepinas ($U = 6349.0, p = .014$), donde las medias y medianas más altas de espiritualidad se encuentran en las mujeres que no consumen alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 64.9, Mdn = 70.0, DE = 23.5$), en comparación con las mujeres que consumen alcohol y benzodiazepinas, la espiritualidad reporta medias y medianas menores ($\bar{X} = 56.4; Mdn = 60.0, DE = 24.3$). En relación con el objetivo cuatro se observó diferencia significativa en la inteligencia emocional de las participantes que presentaron consumo y no consumo ($t = 4050.5, p = .012$), donde las medias y medianas más altas de inteligencia emocional se encuentran en las mujeres que consumen alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 52.3, Mdn = 52.4, DE = 8.6$) en comparación de quienes no consumen alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 49.3, Mdn = 49.0, DE = 7.4$).

En el objetivo cinco se encontró que existe diferencia significativa en el apoyo familiar de quienes presentan el consumo y no consumo ($U = 7503.5, p < .001$), donde las medias y medianas más altas de apoyo familiar se encuentran en las mujeres que presentan no consumo de alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 78.1, Mdn = 80.9, DE = 13.8$) en comparación de quienes presentan consumo de alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 65.7, Mdn = 66.0, DE = 17.1$). Al respecto del objetivo seis se observó que existen diferencias significativas entre el consumo de alcohol por grupo de edad ($\chi^2 = 41.59; p < .001$), se presenta mayor proporción de prevalencia consumo de alcohol en el último año en las mujeres trabajadoras en edades de 19 a 29 años (50%), seguido de las mujeres trabajadoras en edades de 30 a 39 años (41.9%) y en el grupo de edad de 40 a 49 años (14.6%). Se identificó que no existe diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de benzodiazepinas en el último año por grupo de edad ($\chi^2 = 4.4; p = .345$). Se observaron diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por grupo de edad ($\chi^2 = 37.2; p < .001$), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras en edades de 19 a 29 años (50%), seguido de las mujeres en edades de 30 a 39 años (41.9%) y en el grupo de edad de 40 a 49 años (14.6%), con menor frecuencia en el grupo de 50 a 59

años (11.8%). Se encontraron diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de alcohol en el último año por nivel educativo ($\chi^2 = 14.9$; $p < .011$), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras según el nivel educativo de secundaria y educación técnica (35.7%), seguido de las mujeres trabajadoras que reportaron nivel educativo de preparatoria (35.5%) y en el grupo de mujeres trabajadoras con nivel educativo profesional (34.6%). No se presentaron diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de benzodiazepinas en el último año por nivel educativo ($\chi^2 = 4.46$; $p = .484$). Se presentan diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por nivel educativo ($\chi^2 = 14.21$; $p = .014$), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras en el nivel educativo de secundaria (42.9%), seguido de las mujeres trabajadoras con nivel educativo técnico (35.7%) y de preparatoria (35.5%), mientras que las mujeres trabajadoras con nivel educativo profesional también presentan una proporción importante (34.6%).

Se observaron diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de alcohol en el último año por estado civil ($\chi^2 = 9.63$; $p = .047$), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras con estado civil solteras (35.7%), seguido en menor proporción de las mujeres trabajadoras con estado civil divorciadas (33.3%), las mujeres trabajadoras viudas (30%) y en escasa proporción en las mujeres trabajadoras con estado civil unión libre (19.4%), mientras que la más baja proporción la presentan las mujeres casadas (15.4%). No se identificaron diferencias significativas entre el consumo de benzodiazepinas en el último año por estado civil ($\chi^2 = 3.31$; $p = .507$). Se identificaron diferencias significativas entre la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por estado civil ($\chi^2 = 11.06$; $p = .026$), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras con estado civil divorciadas (37.5%), seguido de las mujeres trabajadoras con estado civil solteras en una menor proporción (36.7%) y de las mujeres trabajadoras viudas (30%). Se presentaron diferencias significativas entre el consumo de alcohol en el último año por religión ($\chi^2 = 16.64$; $p = .002$), se presentó mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras que no tienen ninguna religión (57.1%), seguido de las mujeres trabajadoras Testigos de Jehová (50%). No se observaron diferencias significativas entre el consumo de benzodiazepinas en el último año por estado civil ($\chi^2 = 8.38$; $p = .078$). Se identificaron diferencias significativas entre el consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por religión ($\chi^2 = 19.01$; $p < .001$), se presentó mayor proporción de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras que no tienen religión (60.7%), seguido de la mujeres trabajadoras Testigos de Jehová y las mujeres trabajadoras que indicaron pertenecer a otra religión (50%). Respecto a la primer hipótesis se observó que el estrés laboral presentó una relación negativa con la espiritualidad ($r = -.111$, $p = .093$); se identificó una relación positiva entre el estrés laboral y la inteligencia emocional ($r = .161$, $p = .015$). En cuanto a la hipótesis dos se identificó que existe un efecto de la espiritualidad ($\chi^2 = 12.640$, $p = .002$) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica), con una varianza del 7.8%, la variable espiritualidad tiende a la significancia ($\beta = .015$, $p = .019$), aumentando la probabilidad de bienestar físico

($OR = 1.015$, $IC\ 95\% [1.002, 1.027]$, $p < .001$), así también la variable inteligencia emocional ($OR = .914$, $IC\ 95\% [.914, .988]$, $p < .001$). En la hipótesis número tres se encontró efecto significativo ($F = 3.55$, $p = .030$), el cual explicó el 3.1% de la varianza. Se observó que la inteligencia emocional tiene una relación directa con el estrés laboral ($\beta = .147$, $p = .026$). Con respecto a la espiritualidad, no se observó un efecto significativo con el estrés laboral. Al respecto del objetivo general, se obtuvieron cinco modelos de los cuales se presentan el Modelo 1 y el Modelo 5. En el primer Modelo se observó que existe un efecto de los factores personales y contextuales ($\chi^2 = 92.772$, $p < .001$) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica), con una varianza del 48.1%, la variable edad es significativa ($\beta = .096$, $p < .001$), aumentando la probabilidad de bienestar físico ($OR = 1.100$, $IC\ 95\% [1.051, 1.152]$). Así también la variable apoyo familiar presenta significancia ($\beta = .030$, $p = .021$), ($OR = 1.030$, $IC = 95\% [1.004, 1.056]$). El Modelo cinco ($\chi^2 = -1.705$, $p = .192$), explica el 42.9% de la varianza, la edad ($OR = 1.096$, $IC\ 95\% [1.057, 1.136]$, $p < .001$), y el apoyo familiar ($OR = 1.040$, $IC\ 95\% [1.017, 1.064]$, $p < .01$) son las variables que reportan efecto significativo y aumentan la probabilidad de bienestar. Se llevó a cabo el método Backward para obtener el Modelo Final ($\chi^2 = 75.566$, $p < .001$), el cual explica el 41.5% de la varianza, se presenta efecto significativo de los factores personales, la edad ($OR = 1.099$, $IC\ 95\% [1.060, 1.139]$, $p < .001$), existe efecto significativo de los factores contextuales, el apoyo familiar ($OR = 1.043$, $IC\ 95\% [1.020, 1.067]$, $p < .001$).

Se recomienda que estos hallazgos puedan servir de base para estudios más amplios con diseños mixtos y a su vez estos resultados sean la base para el diseño futuro de programas e intervenciones de enfermería o multiprofesionales para limitar el estrés laboral y el consumo de alcohol y benzodiazepinas.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de drogas es una problemática de orden social que se constituye en una prioridad de salud pública (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODOC], 2017). El consumo de alcohol y drogas médicas como las benzodiazepinas, se ha incrementado en las mujeres en los últimos años (Hirschtritt et al., 2020).

Es importante resaltar que el papel de la mujer en la actualidad ha cambiado y se caracteriza en que las mujeres incursionan en el ámbito laboral, sin dejar a un lado las labores domésticas y familiares que estas conllevan (Liu et al., 2019). Aunado a lo anterior el ámbito laboral exige a las mujeres un trabajo que es sub valorado, por tal motivo la trabajadora que percibe una remuneración económica debe realizar su labor con la mejor calidad posible y cumplir satisfactoriamente con las expectativas de la sociedad. Lo anterior predispone a las mujeres a la presencia de estrés laboral, ansiedad, entre otros trastornos, lo cual podría influir en la presencia de consumo de alcohol o benzodiazepinas como forma de afrontamiento ante esta situación (Akerstrom et al., 2023; Dobson et al., 2018; Pachito et al., 2021).

Se estima que a nivel mundial existen alrededor de 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol y se destaca que, la prevalencia en consumo excesivo y episódico más alta se encuentra en la Región de las Américas, hasta con 5.1% (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). A pesar de que la prevalencia de consumo actual de alcohol es mayor en hombres que en mujeres, el número de mujeres que consume alcohol ha aumentado en todo el mundo.

En México, el 77.3% de la población total de 18 a 65 años, ha consumido alcohol alguna vez en la vida, de los cuales el 67.3% corresponden a las mujeres y de este grupo poblacional, el 41.3% ha consumido alcohol en el último año (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], 2017). Así mismo, el consumo de

alcohol en el último mes en las mujeres mostró un aumento significativo del 5% pasando del 21.2% en el 2011 al 26.2% en el año 2016. De igual forma, el consumo diario en esta población mostró un aumento significativo del 1%, pasando de 0.2% en el año 2011 a 1.2% para el año 2016 (INPRFM, 2017). En otros estudios realizados en México también se ha identificado este incremento en el consumo, presentando prevalencias superiores a las reportadas por la ENCODAT (Barrera et al., 2022; López et al., 2020).

Respecto al consumo de benzodiazepinas no se identificaron estadísticas específicas a nivel internacional de esta sustancia, sin embargo de acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODOC] en el año 2018, se estimó que alrededor de 269 millones de personas a nivel mundial consumieron algún tipo de drogas (dentro de las que se encuentran las benzodiazepinas) en el año anterior, lo que representa un incremento aproximado del 30% en relación con el año 2009. Así mismo, más de 35 millones de personas experimentan consecuencias por el consumo de estas sustancias. En el último decenio, el impacto nocivo de drogas ha aumentado, según el parámetro de los Años de Vida Ajustados en términos de Discapacidad [AVAD], que permite calcular el número de años de vida sana perdidos por discapacidad y muerte prematura. El número total de AVAD atribuidos al consumo de drogas aumentó en un 17% entre 2007 y 2018 (UNODOC, 2020).

En la mayoría de los países se ha registrado un aumento del consumo no médico de fármacos controlados tales como las benzodiazepinas. De estas sustancias, el alprazolam y diazepam se encuentran entre los diez fármacos que causan mayor predisposición a la muerte a causa de sobredosis (UNODOC, 2018). En las etapas de las que se compone el comercio de fármacos existe el riesgo de que estos se desvíen de su uso adecuado (el tratamiento médico) hacia su consumo con fines no médicos (Peng et al., 2022). Las muertes por sobredosis relacionadas con las benzodiazepinas en los Estados Unidos de Norte América se incrementaron, pasando de 1,135 en el año 1999 a

11,537 en 2017, disminuyeron a 9,711 en 2019; y entre los años 2019 a 2021 nuevamente se elevaron hasta 12,499 (National Institute on Drug Abuse [NIH], 2023).

En España, en un estudio realizado en el año 2014, en una muestra de 13,005 participantes de entre 16 y 64 años, mostró una prevalencia de consumo de benzodiazepinas en el último mes de 6.5% en las mujeres y del 3.3% en los hombres, lo que señala que la prevalencia fue doblemente mayor en las mujeres (Collel et al., 2014). Así mismo, un estudio más reciente realizado en ese mismo país mostró que el 7.4% de un total de 3,087 mujeres de entre 22 y 70 años, consume benzodiazepinas y este consumo se presentó significativamente mayor en el grupo de 50 a 70 años (Matud et al., 2017).

Pocos estudios respecto al consumo de benzodiazepinas se han realizado en población mexicana, uno de ellos se llevó a cabo en una muestra de 107 participantes y en la cual el 72% correspondía al sexo femenino, con una mediana de edad de 67 años. El objetivo del estudio fue evaluar los principales factores asociados a la presencia de dependencia a benzodiazepinas en pacientes con diagnóstico de insomnio. Encontraron que los tipos de benzodiazepinas más utilizadas fueron el clonazepam (84%) y el alprazolam (4.7%) en la indicación del tratamiento por insomnio, en la población citada se identificó dependencia del 54% (Maravillas et al., 2023).

El efecto negativo del consumo de alcohol se puede presentar en las mujeres desde distintos enfoques como el biológico, psicológico y social. En relación a las consecuencias a nivel biológico se puede identificar que a nivel mundial en el año 2016 se estimó que 0.7 millones de mujeres murieron por causas relacionadas con el consumo de alcohol y se perdieron 26.1 millones de Años de Vida Ajustados en términos de Discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Otro aspecto importante que se determina son las principales causas de mortalidad relacionadas de forma directa e indirecta con el consumo de alcohol, entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares (Masip & Germa, 2019), las enfermedades digestivas y

neurológicas (Planas et al., 2017), el cáncer de mama (Peña et al., 2017) y los traumatismos (Cheryl et al., 2018).

En las mujeres, el daño físico que ocasiona el consumo de alcohol se relaciona con las diferencias biológicas que las hacen más vulnerables a presentar mayor alteración (Míguez & Permuy, 2017). El organismo de la mujer es considerablemente diferente en cuanto a masa corporal, agua y composición que en el hombre, por lo que, ante una cantidad de consumo de alcohol similar, los niveles de concentración de alcohol en la sangre pueden ser más altos por un periodo más largo. Aunado a lo anterior, su hígado produce menos alcohol deshidrogenasa [ADH], enzima que cataliza la reacción oxidativa de alcohol, por lo que la eliminación del organismo requiere de tiempo prolongado (OPS, 2021).

El consumo de alcohol en las mujeres produce alteraciones psicológicas ya que se asocia con aumento en los sentimientos de estrés, soledad, desesperanza, angustia emocional, cambios en el estado de ánimo con tendencia a la depresión (Jeong et al., 2019; Thompson et al., 2021). Existen riesgos del comportamiento y de orden social que se relacionan con el consumo de alcohol y que afectan específicamente a las mujeres; presentan mayores daños relacionados con el consumo de alcohol, entre los que se encuentran problemas afectivos, respuestas emocionales negativas a situaciones de estrés, rechazo social, falta de oportunidades y exceso de responsabilidades. Las mujeres que ingieren alcohol en exceso también se ven afectadas por el estigma social que influye en su experiencia de adicción o proceso de recuperación (Davey, 2021; Espinosa & Castellanos, 2018; MacKenzie et al., 2019; OPS, 2021).

En cuanto a las consecuencias sociales del consumo de alcohol en las mujeres se ha identificado el comportamiento errático, conducir bajo efectos del alcohol, la agresión sexual, la violencia de pareja, problemas financieros, endeudamiento, las mujeres que ingieren alcohol suelen ser criticadas por sus familiares e hijos, se incrementan los problemas al interior de la familia que se acompañan de peleas. Suele presentarse

desempleo y consumo de otras sustancias (Sohrab, 2022; Swati et al., 2023; Wilsnack et al., 2018).

Las benzodiacepinas tienen un uso con fundamento terapéutico, se prescribe como ansiolítico (51.3%), como medicamento hipnótico en el 40.9% y en menor proporción (7.8%) como relajante muscular (Barrios & Mateos, 2020). Sin embargo, también pueden ocasionar tolerancia y posteriormente dependencia física y psicológica ante un consumo por tiempo prolongado, sin seguimiento, en ocasiones sin prescripción médica (UNODOC, 2017). El uso de drogas a largo plazo puede ocasionar cambios en otros sistemas químicos y circuitos del cerebro afectando las funciones de aprendizaje, capacidad de tomar decisiones, criterio, estrés, memoria y comportamiento (Soyka et al., 2023).

Aunado a lo anterior, el consumo de benzodiacepinas conlleva cambios en los circuitos de interconexión en el cerebro. En primer lugar, dentro de los efectos no deseados de las benzodiacepinas se presenta disminución de las capacidades mentales, del estado de alerta, se presenta somnolencia, aletargamiento y obnubilación. En segundo término, al llegar al consumo crónico de las benzodiacepinas con fines no médicos, además de las alteraciones mentales, suele ocurrir la dependencia física y psicológica (UNODOC, 2017).

Un fármaco sedante en dosis terapéutica produce grado variable de sedación, somnolencia y laxitud; en dosis altas los efectos que produce son cierta depresión respiratoria y cardiovascular. Los hipnóticos generan somnolencia, facilitan el inicio y conservación del sueño que se asemeja en sus características electroencefalográficas al sueño natural, y del cual el receptor puede despertar fácilmente (Mihic et al., 2019).

La tolerancia a los efectos de los sedantes e hipnóticos se desarrolla rápidamente y se requieren dosis cada vez mayores para sostener el mismo nivel de efecto. Es posible desarrollar dependencia a los sedantes e hipnóticos con el uso crónico, sin importar la frecuencia o la dosis con la que se consuman estas drogas. En un estudio realizado en

España (Barrios & Mateos, 2020), el uso de estos medicamentos se prescribió para las mujeres como ansiolítico en el 51.8%. La mayoría de los pacientes (72.2%) siempre toman la dosis prescrita, mientras que el 19.1% toma la dosis que considera conveniente por ser un tratamiento de larga duración y conocer los efectos de este. Así mismo, entre los efectos más frecuentes se encontró la dependencia (37.4%) y la tolerancia a estos medicamentos en 43.5%.

Entre los efectos psicológicos que se presentan ante el consumo de benzodiazepinas se han encontrado efectos cognitivos y conductuales, la presencia de deterioro cognitivo y en algunos casos demencia, incremento del estado de ansiedad, incluso ideación suicida (Domínguez et al., 2016; Rojas et al., 2019). En los aspectos sociales que acompañan el consumo de benzodiazepinas están los accidentes en vehículos de motor, la irritabilidad, agresión, ansiedad a pesar del tratamiento (Ates & Turan, 2022; García et al., 2021).

El consumo de benzodiazepinas sin prescripción en las mujeres puede actuar como un mecanismo para enfrentar el estrés laboral que se origina por distintos factores, tales como la sobrecarga de trabajo, el ser solteras, tener mala salud auto percibida y precariedad en el apoyo social (Collel et al., 2014). Así mismo, ejercer el rol de proveedor para el sustento familiar puede contribuir a experimentar mayor presión familiar, alteración emocional y disminución de sus prácticas de autocuidado (Valdivia et al., 2015).

Cuando se consumen benzodiazepinas por la experiencia o sentimientos provocados, se considera un uso indebido de estos medicamentos, lo cual se considera de riesgo si se mezclan con el alcohol sin la orientación profesional (NIH, 2018, 2020). La interacción entre el consumo de alcohol y algunos medicamentos incrementa el riesgo de reacciones adversas, se genera una reacción química que deriva en secuelas imprevistas ocasionando la presencia de mareo, vómito, adormecimiento, hemorragia y en caso extremo paro respiratorio (Salazar & Pimentel, 2003).

El consumo de alcohol y benzodiazepinas en esta población es preocupante debido a las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales (Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas [ICDA], 2019). Respecto al aspecto biológico es importante mencionar que las mujeres presentan mayor sensibilidad a los efectos de los fármacos, importante riesgo de dependencia y susceptibilidad a la recaída (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2019). Desde lo psicológico, se ha encontrado la presencia de tolerancia que se caracteriza por la necesidad de consumir cantidades mayores de alcohol para lograr la intoxicación o el efecto deseado, además del consumo frecuente de alcohol, el consumo de benzodiazepinas para aliviar o prevenir la aparición de síntomas de abstinencia (Nehring et al., 2023).

En el ámbito social, el consumo de alcohol y benzodiazepinas conlleva a la incapacidad de cumplir con las responsabilidades del trabajo, escuela o el hogar, problemas personales o interpersonales persistentes o recurrentes; reducción de las actividades sociales, ocupacionales o del trabajo. En otros casos se presenta la discriminación y/o estigmatización hacia las personas que consumen alcohol u otras sustancias incluso en los centros de atención a la salud; lo que disminuye la posibilidad de acercamiento a la búsqueda de cuidado o seguimiento (Farrugia et al., 2020; Nehring et al., 2023).

Existen factores que se relacionan con el consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres, entre los que se encuentran, vivir en zonas urbanas, el presentar mayor edad laboral, edad avanzada, uso de otras sustancias, la presencia de comorbilidades, estados de ansiedad, insomnio y el estrés laboral (Airagnes et al., 2019; Taipale et al., 2020; Tevik et al., 2019). El estrés laboral puede ser generado por la tensión excesiva en el entorno del empleo, la exposición a la sobrecarga de trabajo, la exigencia en la entrega de productos, la falta de apoyo social y los horarios extenuantes que potencializan el malestar. Lo anterior, aunado a los múltiples roles que desempeñan las mujeres a lo largo de su vida, mismos que han sido relacionados con el uso de mecanismos de

afrontamiento como el consumo de alcohol y drogas médicas (Collel et al., 2016; Gaviraghi et al., 2016; Valdivia et al., 2015).

Los aspectos biológicos, psicológicos y sociales propios de las mujeres las predisponen a presentar estrés y trastornos del estado anímico. Cabe señalar que las mujeres tienen mayor activación del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal (HPA) en respuesta al estrés. Además, desde el aspecto psicológico, las mujeres tienen estrategias conductuales específicas para hacer frente a la exposición al estrés, las cuales están influenciadas por los estrógenos (Grissom & Bhatnagar, 2009; Herman et al., 2016; Khan et al., 2013; Luque et al., 2018).

En el contexto actual, la necesidad de contar con un ingreso económico para el apoyo de los gastos en el hogar, los cambios en los estilos de vida personal y profesional contribuyen al estrés en las mujeres. El estrés se manifiesta como aumento de la frecuencia cardíaca, ansiedad, preocupación excesiva, irritabilidad, agotamiento emocional, sentimientos de frustración, depresión e insatisfacción con la vida familiar y laboral; limitación en la atención y percepción; otras manifestaciones son las conductas impulsivas, la agresividad y la posibilidad de errar en las acciones propias del trabajo. Dichas manifestaciones son las que hacen vulnerables a las mujeres al consumo de alcohol y benzodiazepinas (American Psychiatric Association, [APA], 2014; MacKenzie et al., 2019; OMS, 2008; Shanker, 2020).

Por otra parte, se han identificado distintos recursos que pueden actuar como factores de protección al consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres, tales como la espiritualidad (De Souza et al., 2014; Díaz & Muñoz, 2016; Zerbetto et al., 2017), la inteligencia emocional (Espada et al., 2018; González et al., 2020; Villarreal et al., 2020), el apoyo familiar (Espada et al., 2018; Mulic et al., 2017), el nivel educativo (Sánchez et al., 2021), la religión (Barry et al., 2019), mismas que han sido utilizadas por las mujeres para disminuir el estrés laboral (Páez & Castaño, 2019; Ramos, 2017),

además de la edad y el estado civil que también pueden considerarse factores protectores (Daigre et al., 2022; Kendler et al., 2016).

Al abordar las variables tales como la espiritualidad, inteligencia emocional, apoyo familiar, nivel educativo, religión, edad, estado civil, estrés laboral, consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres, la Teoría de la Autotrascendencia (Reed, 2018) puede ayudar a explicar las variables asociadas a esta conducta de consumo y no consumo ya que su aplicación en situaciones de vulnerabilidad en mujeres ha mostrado su influencia en el bienestar a través de prácticas espirituales y la inteligencia (Guerrero & Lara, 2017; Ruiz, 2021; Sierra & Montalvo, 2012).

Ante situaciones de estrés laboral, la persona hace uso de recursos de afrontamiento como la espiritualidad que emerge de las experiencias y que de acuerdo con el significado que le sea depositada, puede ser contemplada como un mecanismo que coadyuva en un momento crítico que incremente la sensación de vulnerabilidad (Perera, 2018). La espiritualidad se refiere a la propensión a dar significado a través de un sentido de relación con dimensiones que trascienden el yo, de tal manera que potencian y no restan valor al individuo. Esta relación puede experimentarse de forma (intrapersonal) como una conexión dentro de uno mismo; (interpersonal) en el contexto de los demás y del entorno natural y (transpersonal) se refiere a un sentido de relación con lo invisible, Dios, o un poder superior al yo y los recursos ordinarios (Reed, 1992).

La espiritualidad se manifiesta a través de la conexión, que va más allá de las estructuras de la existencia de lo cotidiano, para dotar a lo ordinario de un sentido y significado extraordinario (Reed, 1992). En relación con lo anterior, distintos estudios llevados a cabo con personas mayores de 18 años, en su mayoría mujeres, en el norte y sur de América señalan que, las creencias y las prácticas espirituales tales como el asistir a la iglesia, se relacionan con un menor riesgo de consumir alcohol y benzodiazepinas. Así mismo, la probabilidad de consumo de estas sustancias es menor en las mujeres que practican la espiritualidad (Barbosa et al., 2022; Borders & Booth, 2013).

Otro recurso utilizado como capacidad de la persona para hacer frente a diferentes situaciones de conflicto es la inteligencia emocional. Esta es definida como las aptitudes para reconocer y regular las emociones del propio individuo y en otras personas; considera cuatro grandes campos, conciencia de uno mismo, autogestión, conciencia social y gestión de las relaciones (Goleman, 2013). La inteligencia emocional se refiere a la capacidad de adquirir conocimientos y utilizarlos en situaciones novedosas, tiene que ver con la curiosidad, adaptación, razonamiento, solución de problemas, el percibir, asimilar, favoreciendo el crecimiento emocional e intelectual, desarrollo de habilidades de planeamiento, organización y analíticas (Nespereira & Campuzano 2017; Ordoñez et al., 2021; Ramos, 2017).

La inteligencia emocional está relacionada con el estrés laboral y, en concreto, la comprensión de los propios estados emocionales influye en la realización personal; los profesionales con mayor estabilidad laboral muestran mejor capacidad para sentir y expresar sus sentimientos, tienen un manejo adecuado de sus emociones, interpretan objetivamente las situaciones y hacen interacciones positivas con otras personas (Ramos, 2017). Dukes et al. (2022) en una investigación realizada con una muestra del 38.5 % de mujeres en una ciudad de Estados Unidos encontraron que la autonomía, la orientación y el control se correlacionaron negativamente con el consumo de alcohol, la intención de consumir y la confianza para el no consumo.

Respecto a la familia, ésta se concibe como fuente generadora de seguridad emocional para cada uno de sus integrantes; es un eje conductor para la adopción de conductas saludables. En el núcleo familiar se recibe y proporciona apoyo específico y personalizado (Feinberg et al., 2022). El apoyo familiar se contempla como la base para el desarrollo de la personalidad, el autoconcepto, los valores y las habilidades de comunicación; tiene un rol decisivo y es en sentido estricto el soporte para afrontar el cambio comportamental en el consumo de alcohol y drogas, se concibe como el

elemento central en la prevención de dichas sustancias (Cid-Monckton & Pedrao, 2011; Pinzón, 2019).

Entre los factores protectores para el no consumo de alcohol y drogas, se ha encontrado que el apoyo familiar, y las condiciones del entorno ayudan a la persona (Simón et al., 2020). El matrimonio y tener hijos tiene un efecto que desalienta el consumo del alcohol (Kerr – Correa et al., 2007). La inteligencia emocional, es también un factor protector para el no consumo de alcohol, además del apoyo familiar, el nivel educativo, la religión y la edad ya que influyen positivamente en el desarrollo cognitivo y apoyan la toma de decisiones en la prevención del consumo de alcohol (Lavado et al., 2015). A mayor falta de apoyo familiar, se incrementa la posibilidad del consumo de sustancias (Arias et al., 2019).

De acuerdo con las metas de enfermería enfocadas al bienestar de las personas, existe un interés especial por conocer los factores que influyen para incrementar o limitar el consumo de alcohol y benzodiacepinas en mujeres que trabajan y reciben una remuneración económica. Se ha realizado el presente estudio con la finalidad de poder en el futuro desarrollar intervenciones específicas de enfermería que contribuyan y fortalezcan los factores que se identifiquen como protectores y que su naturaleza limite a aquellos que generen riesgo.

Debido a lo anterior, es necesaria la integración de teoría a la práctica, lo cual es fundamental dada la complejidad del fenómeno de estudio. Sin embargo, hasta el momento son escasos los estudios que abordan los factores determinantes del consumo y no consumo de alcohol y benzodiacepinas en las mujeres trabajadoras. Por ello, se considera que existe un vacío de conocimientos que explique la conducta del consumo de alcohol y drogas médicas a fin de que se establezcan en un futuro, intervenciones de cuidado en el área de prevención, reducción y abandono del consumo de alcohol y benzodiacepinas en mujeres trabajadoras.

La revisión de literatura permite identificar que son escasos los modelos o teorías de enfermería utilizadas específicamente del consumo de drogas lícitas. Por ello, en este estudio se buscó desarrollar y comprobar un modelo con una estructura integral que brinde un abordaje holístico de las diferentes esferas del ser humano y que permitan explicar los factores del consumo y no consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres que trabajan y reciben una remuneración económica. Por tal motivo, el presente estudio desarrolló un modelo explicativo a través de la aplicación de la Teoría de la Autotrascendencia de Reed (2018).

La Teoría de Autotrascendencia propone un modelo que permite a la enfermería actuar como una ciencia humana y del desarrollo, es decir que enfermería puede abordar la capacidad interna de los seres humanos para lograr la salud, el bienestar y su desarrollo continuo. Esta teoría postula que cada persona es capaz de encontrar recursos en sí mismo; una base espiritual puede ser aplicada en la práctica, y la espiritualidad se percibe como fuerza, orientación, conexión, un sistema de creencias, como promoción de la salud y apoyo en la realización de la práctica (Cavendish et al., 2004).

De acuerdo con lo anterior, la autotrascendencia es un recurso que facilita la integración de elementos complejos y conflictos de vivir, envejecer y morir, así como los eventos de salud a los que se enfrentan las mujeres tales como el estrés. De esta forma, la autotrascendencia puede ayudar a las personas a reunir estrategias que le permitan mantener el bienestar y un sentido de plenitud durante las situaciones de vulnerabilidad a lo largo de su vida.

Con base a lo antes señalado, se considera necesario abordar el fenómeno del consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres que trabajan y reciben una remuneración económica. Con la aplicación de un modelo desde la perspectiva de enfermería, es posible explicar la relación entre las variables que intervienen en el fenómeno del consumo de drogas, ya que las teorías y modelos proporcionan orientación para la práctica diaria y sirven para guiar la investigación y ampliar el conocimiento que

contribuya a la ciencia (Smith & Liehr, 2018). El desarrollo del estudio se contempla como una fuente potencial de información, que contribuye a la profundización y comprensión del problema de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras.

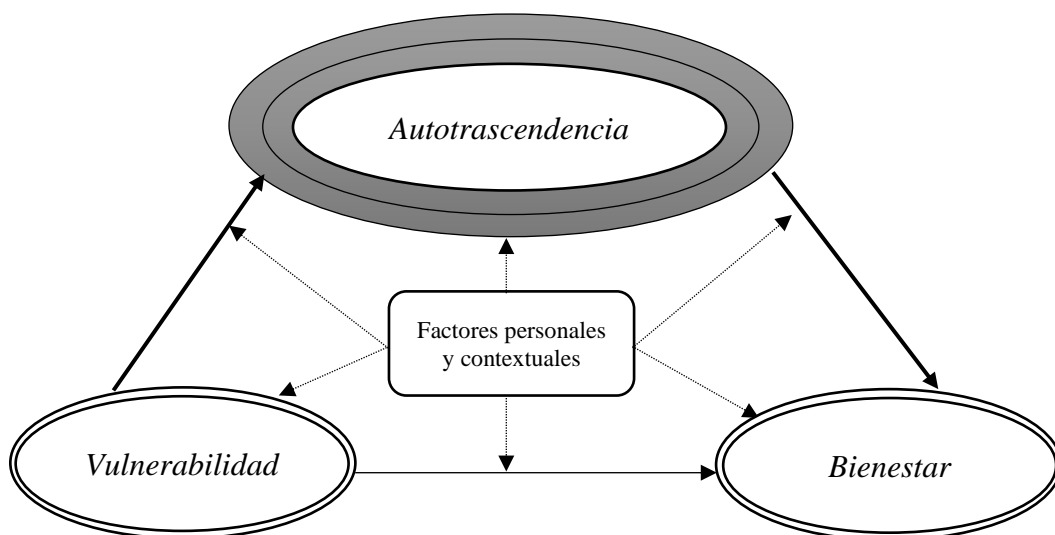
Por lo anteriormente expuesto, el propósito del presente estudio es determinar la capacidad explicativa del Modelo de estrés laboral, autotrascendencia y bienestar físico en mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas.

Marco Teórico

Como sustento del presente estudio, se utilizó la Teoría de Autotrascendencia (Reed, 2018), ya que ofrece los fundamentos para predecir el bienestar. Dicha teoría fue desarrollada con el propósito de proporcionar un marco para la investigación y la práctica en la promoción del bienestar de la persona en etapas trascendentales de la vida, se enfoca en los procesos de salud y su entorno. La Teoría de la Autotrascendencia se conforma de conceptos principales como la vulnerabilidad, autotrascendencia, bienestar, además de los factores personales y contextuales (Figura 1).

Figura 1

Teoría de Autotrascendencia (Reed, 2018)



Teoría de la Autotrascendencia

La Teoría de la Autotrascendencia ha sido aplicada en las diferentes etapas evolutivas de la persona con la particularidad de abordar momentos complejos que desencadenan en vulnerabilidad y exposición a la alteración en la percepción del bienestar (Blanco et al., 2019; Díaz & Muñoz, 2016; Kourouma et al., 2020).

Esta teoría se basa en dos supuestos principales. Primero, se establece que los seres humanos son seres integrales con su medio ambiente, tal como lo postula Rogers (1970, 1980, 1994), señaló que los seres humanos son “pandimensionales” y coexisten al medio ambiente y con conciencia más allá de las dimensiones físicas y temporales. El segundo supuesto en que se apoya la teoría refiere que, la autotrascendencia es una característica humana que exige expresión, es un aspecto inherente a la persona que le impulsa a modificar su estado por otro que le genere una perspectiva diferente de su papel y es un imperativo del desarrollo, el razonamiento abstracto en los niños y adolescentes y el duelo en aquellos que han pasado por un evento de pérdida (Reed, 2018).

Los conceptos clave de la Teoría de Autotrascendencia son la autotrascendencia, la vulnerabilidad, el bienestar y los factores personales y contextuales. La autotrascendencia como concepto principal de la teoría, se refiere a la capacidad de la persona para ampliar su potencialidad de mejora y los auto límites de manera intrapersonal (hacia la mayor consciencia de la propia filosofía, los valores y los sueños), interpersonal (para relacionarse con los demás y el entorno), temporal (para integrar el pasado y el futuro de una manera que tenga sentido para el presente) y transpersonal para conectar con dimensiones más allá del mundo típicamente observable (Reed, 2018).

La autotrascendencia es una característica de la madurez del desarrollo de la persona en términos de una mayor consciencia del entorno y una orientación hacia perspectivas más amplias sobre la vida. La madurez permite un razonamiento

pragmático, espiritual y tolerante, lo que favorece mayor conciencia para afrontar eventos tales como la muerte. Esta conciencia amplía la perspectiva de los contextos sociales y temporales que posibilitan la respuesta acerca de la vida en su integración al contexto moral, social e histórico. De lo anteriormente mencionado se desprende la apreciación particular que la persona tiene de su entorno, de sí mismo y por ende de aquellas creencias en que se apoya (Reed, 2018).

El bienestar es el segundo concepto que conforma esta teoría. Se refiere al bienestar como la sensación de sentirse completo y sano de acuerdo con los propios criterios de integridad y salud. Cabe señalar que, el bienestar tiene una relación directa con las experiencias positivas que promueven la salud, está influenciado por la percepción particular del individuo, de los indicadores que lo integran y la forma en la cual se manifiesta en su estilo de vida (Reed, 2018).

Algunos indicadores de bienestar son la satisfacción de la vida, el autoconcepto positivo, la esperanza, la felicidad, la moral, el autocuidado y el sentido de la vida. El bienestar se concibe como resultado de la autotranscendencia, con particular sentido y significancia para la persona en acuerdo con su propia experiencia, contexto y lo que para ella sean factores determinantes para sentirse en plenitud (Reed, 2018).

La vulnerabilidad es el tercer concepto clave de la Teoría de Autotranscendencia; implica la conciencia de la mortalidad personal o el riesgo para el propio bienestar. La experiencia de acontecimientos vitales difíciles que en una respuesta positiva encamina el esfuerzo de la persona hacia un sentido renovado de la identidad y que ayuda a la expresión de capacidades para sobresalir de una situación delicada como pudiera ser una enfermedad grave o crónica, la discapacidad, el envejecimiento o la crianza de los hijos, entre otros.

La vulnerabilidad se origina a través de las experiencias de vida transformando las pérdidas y dificultades en acciones que fortalecen los recursos personales de afrontamiento a situaciones complejas; permite adoptar comportamientos que

contribuyen a incrementar el bienestar. Entre los conceptos antes mencionados existe una relación que deriva en la forma en cómo se experimente tanto el bienestar, como la vulnerabilidad y su efecto en la autotranscendencia (Reed 2018).

La interacción entre los factores personales y contextuales influyen y se relacionan directamente con la vulnerabilidad o la autotranscendencia y entre la autotranscendencia y el bienestar, dichos factores pueden influir en el proceso para lograr el bienestar. Entre los factores personales se encuentran la edad, el sexo, la capacidad cognitiva, el estado de salud, los acontecimientos vitales significativos del pasado, las creencias personales y el apoyo familiar. Estos factores pueden aumentar o disminuir la fuerza de las tres variables principales (vulnerabilidad, autotranscendencia y bienestar) y sus relaciones (Reed, 2018).

En este sentido, la relación entre los conceptos se expresa a través del modelo de la Teoría de la Autotranscendencia (Figura 1), mismo que se conforma de cuatro conjuntos básicos de relaciones. En primer lugar, existe una relación entre la experiencia de vulnerabilidad y la autotranscendencia, de modo que el aumento en los niveles de vulnerabilidad provocados por situaciones específicas, tales como la consciencia de mortalidad, enfermedad grave o crónica, discapacidad, el envejecimiento e incluso la crianza de los hijos (Reed, 2018) influye en el aumento de los niveles de autotranscendencia. Así mismo, la relación entre la vulnerabilidad y la autotranscendencia puede ser moderada por los factores personales y contextuales, especialmente con niveles altos de vulnerabilidad.

La segunda relación es entre la autotranscendencia y el bienestar, se trata de una relación directa y positiva. En tercer lugar, la autotranscendencia funciona como un mediador entre la experiencia de vulnerabilidad y el bienestar. La autotranscendencia puede mediar los efectos de vulnerabilidad experimentada (como enfermedad, angustia, falta de optimismo, esperanza o poder, la incertidumbre o la ansiedad por la muerte) en el bienestar. La autotranscendencia puede ser un proceso subyacente que explique cómo

es posible el bienestar en situaciones difíciles o de riesgo para la vida que las personas soportan.

La cuarta y última proposición señala que, los factores personales y contextuales también pueden desempeñar un papel en este proceso de bienestar. Una amplia variedad de factores personales y contextuales con sus interacciones pueden moderar o influir en el proceso de autotranscendencia en relación con el bienestar. Estos factores pueden aumentar o disminuir la fuerza de las variables clave (vulnerabilidad, autotranscendencia, y bienestar) y sus relaciones. De acuerdo con lo propuesto por Pamela Reed (2018), la edad avanzada o la educación pueden potenciar la relación entre la autotranscendencia y el bienestar (Figura 1).

La Teoría de la Autotranscendencia ha sido aplicada en situaciones diversas de vulnerabilidad en las mujeres, donde los fenómenos que expresan la autotranscendencia son la espiritualidad, la inteligencia emocional, el apoyo familiar y los factores personales y contextuales como moderadores que intervienen para potenciar el bienestar en el cuidado integral de la persona (Blanco et al., 2019; Galvis & Pérez, 2011).

La autotranscendencia se ha relacionado con el bienestar espiritual que experimentan las mujeres en diversas situaciones difíciles de toma de decisiones, o de enfermedades graves tales como el cáncer, ya que interviene en la expansión intrapersonal e incrementa la confianza y la satisfacción con la vida (Fiske, 2019; Thomas et al., 2010).

Con base al orden señalado, a continuación, se presenta la técnica de subestructuración realizada para generar el modelo propuesto a partir de la Teoría de Autotranscendencia.

Sub-estructuración Teórica para el Modelo de Estrés Laboral, Autotranscendencia y Bienestar Físico en Mujeres Consumidoras y No Consumidoras de Alcohol y Benzodiazepinas

La técnica de sub-estructuración teórica es una estrategia que permite identificar las variables principales, las relaciones existentes, analizar los niveles de abstracción entre ellas y evaluar la congruencia entre el sistema teórico y operacional en un diseño de investigación (Dulock & Holzemer, 1991).

Para desarrollar el Modelo de estrés laboral, autotrascendencia y bienestar físico en mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas, en el cual se incluyen los conceptos principales de la teoría (autotrascendencia, vulnerabilidad, bienestar y los factores personales y contextuales), se siguieron los cuatro pasos propuestos por Dulock y Holzemer (1991). El primer paso, consiste en identificar y aislar los conceptos principales, el segundo paso indica especificar las relaciones entre los conceptos, mientras que el tercer paso consiste en ordenar jerárquicamente los conceptos por nivel de abstracción y, por último, el cuarto paso consiste en la representación de las relaciones entre las variables.

El presente estudio tiene como base la Teoría de la Autotrascendencia (Reed, 2009). Los conceptos clave de la teoría son la autotrascendencia, el bienestar y la vulnerabilidad, mismos que dan sustento a la estructuración. Dicha teoría se consideró apropiada para este estudio, ya que facilitó la comprensión del proceso de madurez de las personas y la importancia del bienestar ante una situación de vulnerabilidad. Para este caso la situación de vulnerabilidad que experimentan las mujeres trabajadoras fue el estrés laboral. A continuación, se presentan los dos primeros pasos de la técnica de sub-estructuración teórica (identificar, aislar los conceptos y especificar las relaciones entre estos).

Vulnerabilidad (Estrés Laboral).

La vulnerabilidad, se refiere a la conciencia de la mortalidad personal o el riesgo para el propio bienestar (Reed, 2018). Para el presente estudio, la vulnerabilidad se consideró como el estrés laboral en las mujeres cuya ocupación les exige un esfuerzo adicional, mayor demanda de tiempo, les genera agotamiento físico y mental. Además

de que las jornadas laborales les resultan extensas; lo que puede resultar en niveles elevados de estrés y situaciones conflictivas (Musarella & Disacacciatti, 2020). Sin embargo, cuando a la jornada laboral remunerada se suman la competencia en el espacio de trabajo, los quehaceres de la casa y el cuidado de los hijos, las mujeres presentan como respuesta estrés (Shanker, 2020).

En un esfuerzo por adaptarse a las condiciones de su entorno laboral las mujeres trabajadoras presentan un desequilibrio entre la vida laboral y personal. Las cargas de trabajo desafiantes tanto en su lugar de trabajo como en el hogar pueden afectar la salud mental y física, con frecuencia debido a la desigualdad en las tareas domésticas con la pareja lo que se refleja en la armonía conyugal. La carga de trabajo también afecta el compromiso laboral, lo que repercute en el crecimiento profesional. La salud de las mujeres puede verse más afectada que la de los hombres debido a su doble jornada con los cuidados no remunerados (Naaz et al., 2020).

Distintos estudios señalan que, el estrés laboral puede motivar a una mujer al consumo de sustancias como el alcohol y las benzodiazepinas (Airagnes et al., 2019; Collel et al., 2014; Londoño et al., 2017). El estrés laboral es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias observadas, los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias (Organización Internacional del Trabajo, [OIT], 2016). De acuerdo con Marrero et al. (2018), el estrés laboral, se define como el conjunto de condiciones que se producen en el organismo, tanto en la esfera física como psicológica, individual y grupal, como consecuencia de las exigencias originadas en el trabajo que superan las capacidades de respuesta y de adaptación del sujeto.

El estrés laboral, puede provocar múltiples afecciones a la salud de las mujeres tales como enfermedades cardiovasculares, presión arterial alta, ansiedad, irritabilidad, reducción de la atención y percepción, además de conductas impulsivas (Pagés & Piras, 2010; OIT, 2016; Waheed et al., 2020) y el consumo de drogas. Así mismo, se ha

documentado ante situaciones de estrés laboral, la práctica de la espiritualidad (Aazami et al., 2015; Murphy et al., 2021) y la inteligencia emocional (Molero et al., 2019; Nespereira & Vázquez, 2017; Páez & Castaño, 2019) ya que, dichos recursos pueden servir como medios para trascender y lograr el bienestar.

Para fines de este estudio, se definió la vulnerabilidad como el estrés laboral, debido a las situaciones a las que se enfrentan las mujeres en su vida diaria. La vulnerabilidad, es la condición personal y actual de estar en riesgo de consumir alcohol y benzodiazepinas. Se consideró como el estrés laboral y se midió a través del Job Stress Survey (JSS) Inventario de Estrés Laboral, diseñado por Vagg y Spielberger (1999) en la versión adaptada a la población trabajadora de un país latino (Marrero et al., 2011) se utilizó para evaluar las fuentes genéricas de estrés laboral a las que se encuentran expuestos los varones y mujeres empleados en una amplia variedad de contextos laborales.

Autotrascendencia (Espiritualidad e Inteligencia Emocional)

La autotrascendencia se refiere a la capacidad de la persona para ampliar su potencialidad de mejora y los autolimites (Reed, 2018) intrapersonales (hacia una mayor conciencia de la filosofía, valores y sueños de cada uno), interpersonales (para relacionarse con otros y su ambiente), temporal (para integrar el pasado y el futuro en una forma que tenga sentido para el presente) y transpersonales (para conectar con dimensiones más allá del típico mundo discernible como la espiritualidad).

Autotrascendencia es una característica de la madurez de desarrollo en términos de una mejor conciencia del medio ambiente y una orientación hacia amplias perspectivas sobre la vida (Reed, 2008).

En el presente estudio se consideró la autotrascendencia transpersonal (para conectar con dimensiones más allá del mundo típicamente observable), como la espiritualidad que corresponde a la ampliación de los auto límites y a las dimensiones superiores al “yo” sin quitar valor al individuo. Reed (1987) define la espiritualidad

como la perspectiva personal y los comportamientos que expresan sentido de pertenencia (relación) a una dimensión trascendente o a algo más grande que si mismo.

Desde esta perspectiva espiritual, conceptos como “orar” y “Ser Supremo” son significativos para la construcción de este constructo. Aunque el término religiosidad ha sido usado para la operacionalización de la espiritualidad, varios autores mencionan que éstos pueden o no incluir una participación particular religiosa. Específicamente dentro de los indicadores de la espiritualidad se encuentran la oración, significado a la vida, lectura y contemplación, sentido de cercanía a un Ser Supremo, interacción con otros y otras experiencias que puedan reflejar interacción o participación espiritual (Reed, 1987).

La literatura señala que, la espiritualidad ha sido relacionada como un elemento que contribuye al bienestar mental y físico de las personas (Dankulincova et al., 2018; Silva et al., 2022) y ha sido abordada desde dos perspectivas: la primera se enfoca en la religión, religiosidad, prácticas y compromisos religiosos, que han sido definidos como la participación en prácticas, creencias, actitudes y sentimientos que están asociados a una comunidad de fe organizada; la segunda reconstruye la espiritualidad dentro de las disciplinas sociales, con una visión de Dios que incluye los valores y los principios que dan sentido y propósito a la vida (Galanter, 2006).

La espiritualidad proporciona recursos para afrontar el estrés laboral, puede aumentar la frecuencia de las emociones positivas y reducir la probabilidad de que el estrés provoque trastornos emocionales como la depresión, ansiedad y el abuso de sustancias. Las prácticas religiosas incluyen creencias fuertemente arraigadas que dan sentido a las circunstancias difíciles de la vida y proporcionan un propósito en la vida. Una visión optimista del mundo que puede implicar la existencia de una fuerza trascendental personal (Koenig, 2012).

La vulnerabilidad que se experimenta en el consumo de alcohol puede disminuir con la realización de prácticas espirituales y el apego a la religión, mejora el bienestar

físico, tiene efecto positivo en la adopción de conductas de consumo de bajo riesgo (Díaz & Muñoz, 2016). La espiritualidad se relaciona con las mejores decisiones en tiempos difíciles, se fortalece el propósito de vida (Rivera et al., 2015).

Las mujeres que asisten a los servicios religiosos al menos una vez al mes tienen más probabilidades de disminuir el consumo de alcohol y drogas (Doolittle et al., 2021), de igual forma, las mujeres que pertenecen a un grupo religioso y acuden a él de manera frecuente tienen menor probabilidad de consumir alcohol o drogas en una proporción de 3 veces a 1 (Ramírez et al., 2020).

La autotrascendencia intrapersonal (hacia la mayor consciencia de la propia filosofía, los valores y los sueños), se consideró como la inteligencia emocional, ya que apoya a la persona a ampliar sus propios límites y aclarar sus conocimientos y habilidades dentro del ámbito emocional y social, factores que influyen en la capacidad del ser humano para afrontar las demandas que se le presenten (Schutte & Malouff, 2011).

De acuerdo con el modelo teórico de habilidades emocionales de Salovey y Mayer (1990) se considera que la inteligencia emocional tiene fundamento en el uso adaptativo de las emociones de manera que el individuo pueda solucionar problemas y adaptarse de forma eficaz al medio que le rodea. Según este modelo, la inteligencia emocional está conformada por cuatro elementos o habilidades: a) percepción emocional, b) facilitación o asimilación emocional, c) comprensión emocional y d) regulación emocional (Mayer & Salovey, 1997; Salovey & Mayer, 1990).

Berrocal y Ramos (2004) adaptaron el modelo de inteligencia emocional americano de Salovey y Mayer (1990) al contexto español. En esta versión los componentes se integran de la siguiente manera: atención emocional, claridad y reparación emocionales. La atención emocional es el estado de alerta que permite reconocer aspectos fisiológicos, cognitivos y afectivos de la experiencia de una emoción

y la habilidad que permite decodificar las señales emocionales como la voz, expresión facial y movimiento corporal.

La claridad emocional tiene como función el discriminar el repertorio de señales emocionales para etiquetar emociones y agrupar los sentimientos en categorías. Es una habilidad anticipatoria y reflexiva cuando genera el reconocimiento de las causas del estado anímico y la predicción de futuros comportamientos como consecuencia de las emociones, comprendiendo sus significados. La reparación emocional no excluye la experimentación de emociones negativas, sino que implica la experiencia emocional positiva y negativa para seleccionar el valor utilitario de estas y así – ante eventos problemáticos – lograr la modulación de las negativas y la intensificación de las positivas (Fernández-Berrocal & Extremera, 2004).

La inteligencia emocional tiene relación con el estrés laboral y, de manera específica, la comprensión de los propios estados emocionales influye en la realización personal. Por lo que, los profesionales con mayor estabilidad laboral muestran una mejor capacidad para sentir y expresar sus sentimientos, lo que disminuye el estrés que experimentan en el área laboral (Nespereira & Vázquez, 2017).

Por lo anterior, para este estudio la autotrascendencia fue concebida como la capacidad de ampliar los límites transpersonales (espiritualidad) e intrapersonales (inteligencia emocional) para no consumir alcohol o tener un consumo sensato y en el caso de las benzodiacepinas no consumir o consumir con indicación médica. La autotrascendencia incluye los conceptos espiritualidad, medido a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986) y la inteligencia emocional, medido a través del Inventario de Cociente Emocional (EQ-I) (Bar-On, 2002).

Bienestar Físico (No Consumo de Alcohol, Consumo Sensato de Alcohol, No Consumo de Benzodiacepinas o Consumo de Benzodiacepinas con receta médica) y No Bienestar Físico (Consumo de Alcohol dependiente o dañino o consumo de Benzodiacepinas sin receta médica).

El bienestar se refiere a la sensación de sentirse completo y sano de acuerdo con los propios criterios de integridad y salud (Reed, 2018). Para el presente estudio se consideró el bienestar físico como el no consumo de alcohol, el consumo sensato de alcohol, el no consumo del consumo de benzodiazepinas o el consumo de benzodiazepinas con receta médica; para el no bienestar físico se considera el consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiazepinas sin receta médica.

El consumo de alcohol y drogas de alto riesgo afecta no solamente la salud física, sino también la salud social y la salud mental en comparación con el consumo de bajo riesgo, donde se experimenta mayor satisfacción con la vida y mejor estado de bienestar físico y mental (Solbjorg et al., 2019). En cuanto a la prevalencia de consumo, esta hace referencia a los índices que consideran a la población que reporta al menos la ingesta de una copa de alcohol en distintas temporalidades. La ingesta de alcohol se contempla de acuerdo con el momento de su consumo, por lo que señala alguna vez en la vida (prevalencia global), en el último año (prevalencia lápsica), en los últimos 30 días (prevalencia actual) y en los últimos siete días también considerada como prevalencia instantánea (INPRFM, 2017).

El consumo sensato de alcohol se concibe como la ausencia de síntomas derivados de este. Se identificó el tipo de consumo a través de la Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) que explora la frecuencia y cantidad del consumo, la posibilidad de que exista dependencia y el consumo excesivo (De la Fuente & Kershenovich, 1992).

El alcohol es una droga lícita la cual posee etanol o alcohol etílico que es la sustancia adictiva en las bebidas alcohólicas causante de la dependencia física y psíquica, es una de las drogas más adictivas, causando alteraciones metabólicas, fisiológicas y de la conducta debido a la acción depresora que causa sobre el sistema nervioso central, y que ocasionan múltiples repercusiones personales, sociales y económicas (OMS, 2002).

El consumo de alcohol es una conducta no saludable, según la Norma Oficial Mexicana [NOM-028-SSA-2-1999] para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones, el consumo de alcohol se evaluó en función de la frecuencia y cantidad. Una bebida alcohólica estándar es aquella que contiene alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen, y se clasifican en fermentadas y destiladas [NOM-028-SSA-2-1999].

Existen criterios para clasificar el consumo de alcohol los cuales están en función del género, y estas diferencias ocurren por las condiciones fisiológicas, y metabólicas del hombre y la mujer. Para metabolizar el alcohol existen dos enzimas hepáticas: la enzima alcohol-deshidrogenasa (ADH) y el citocromo P450IIE1(CYP2E1). Las mujeres metabolizan el alcohol de forma diferente debido a que presentan menor cantidad de enzimas AHD, mayor cantidad de lípidos y menor cantidad de líquidos que los hombres, situación que ocasiona una mayor concentración de alcohol en la sangre aun cuando ingieren la misma cantidad que los hombres (Briñez-Horta, 2001).

De la Fuente & Kershenobich (1992), establecieron para la población de México la clasificación de consumo sensato (sin riesgo), dependiente (de riesgo) y dañino (perjudicial) de acuerdo con la cantidad y frecuencia de consumo y la diferencia de sexo. El consumo sensato o sin riesgo para las mujeres se ha considerado como la ingesta de dos bebidas estándar no más de tres veces por semana. El consumo dependiente o de riesgo para las mujeres se considera de tres a cinco bebidas por ocasión, además de dejar de realizar actividades cotidianas a causa del consumo. El consumo dañino o perjudicial es la ingesta de seis o más bebidas para las mujeres, además de que sus familiares o personal de salud le hayan manifestado su preocupación por su forma de beber alcohol.

El consumo de benzodiazepinas se identifica como problema de acuerdo con la presencia del fuerte e irresistible deseo de ingerir la droga, incapacidad para controlar el consumo y la cantidad ingerida que genera tiempo desproporcionado dedicado a

actividades con la droga (Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas [NITTUD], 2017).

El bienestar en la persona se identificó por el no consumo de benzodiazepinas; el no consumo indebido de los medicamentos recetados que ocurre cuando una persona toma un medicamento en formas o dosis diferentes a las recetadas, o bien, toma el medicamento de otra persona (incluso si es por un problema médico legítimo, como un dolor, por ejemplo). Por otro lado, los depresores del sistema nervioso central – entre los que se encuentran los fármacos tranquilizantes, sedantes e hipnóticos – son sustancias que pueden enlentecer la actividad cerebral (NIH, 2020).

Es posible que el uso de medicamentos del tipo ansiolítico indique una estrategia para mantener a las mujeres trabajadoras en servicio, a pesar de algún problema físico o psicológico. En un estudio realizado en población de hombres y mujeres en una región española, posterior al análisis descriptivo del consumo de hipnosedantes, se examinó la asociación entre su consumo y los factores de estrés relacionado con el trabajo mediante regresión logística ajustando por las covariables y estratificando por sexo. Establecieron la bondad de ajuste mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow; encontraron que la prevalencia de consumo de hipnosedantes en el último mes fue del doble en las mujeres 6.5% que en los hombres 3.3%. Respecto a las variables de estrés laboral, se observó mayor consumo de hipnosedantes en las mujeres que reportaron condiciones ambientales nocivas, mayores cargas de trabajo y nivel alto de falta de apoyo social (Collel et al., 2014).

Factores Contextuales (Apoyo Familiar).

Los factores contextuales interactúan en el proceso de autotrascendencia y el bienestar. Para este estudio, se consideró el apoyo familiar como un factor contextual que puede favorecer en las mujeres el logro de bienestar cuando atraviesan por situaciones de estrés laboral.

En la sociedad mexicana, la familia se concibe como el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el espacio en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización (INEGI, 2013). El logro de sus funciones se atribuye a la salud como recurso de la unidad familiar; la salud se desarrolla a través de la interacción y capacidades en armonía de cada uno de los integrantes, así como los recursos físicos, sociales, emocionales, económicos y médicos del grupo familiar. La salud familiar promueve el sentido de pertenencia y la capacidad de desarrollo, adaptación y el cuidado de sus integrantes (Weiss et al., 2020). La salud familiar se manifiesta en el apoyo que proporcionan y reciben sus miembros, además se determina por su capacidad de funcionamiento en un contexto específico y es posible de medirse a través de la autopercepción de salud familiar con las dimensiones que la conforman entre ellas el apoyo familiar (Lima et al., 2012).

La familia ayuda a fortalecer el bienestar mental a través de contemplar aspectos positivos de la vida, situaciones de mayor disfrute o que proporcionen placer, en lugar de centrarse en aspectos negativos (McCann & Lubman, 2017). La integración de la familia determina las posibilidades de la persona para sentirse integrado al grupo, tiene que ver con el vínculo emocional entre los miembros, se aborda la cercanía emocional, las coaliciones, el tiempo, espacio, amistades, la toma de decisiones (Costa, 2009).

El apoyo familiar como estrategia de afrontamiento que resulta de la salud familiar se ha identificado que, puede estar relacionado con el no consumo de sustancias como el alcohol y las benzodiazepinas en las mujeres (Espada et al., 2018; Gunn & Samuels, 2018; Mulic et al., 2017). Estudios muestran que, las mujeres que perciben el apoyo familiar, a través de la interacción y motivación consumen menos alcohol y benzodiazepinas (Cid-Monckton & Pedrao, 2011; Pinzón, 2019). Por lo anterior, para este estudio el factor contextual es el apoyo familiar, medido a través del instrumento de

Autopercepción del Estado de Salud Familiar, mismo que entre las dimensiones que lo conforman aborda el apoyo familiar (Lima et al., 2012).

Factores Personales (Nivel Educativo, Estado Civil, Edad, Religión).

Con base en lo antes señalado, existen factores personales que interaccionan e influyen en el proceso de autotrascendencia y bienestar, entre los que se encuentran la edad, sexo, la habilidad cognitiva, la religión y el estado de salud. Los factores personales pueden aumentar o disminuir la fuerza de las tres variables clave de la Teoría de la Autotrascendencia y sus relaciones. En el estudio que se llevó a cabo se contempló la edad, como factor que predice el perfil de consumo o los conocimientos relativos al consumo (Khamis et al., 2022; Scholz et al., 2029); el nivel educativo, cuando es menor predispone a la presencia de afecciones a las finanzas, al trabajo y el riesgo de lesiones, con la consecuente ingesta de alcohol y benzodiazepinas (Gomes et al., 2018; Mulia & Bensley, 2020).

Por otro lado, el estado civil, el matrimonio y el tener hijos tienen efectos protectores en el uso del alcohol y drogas (Kerr – Correa et al., 2007; Pinelo et al., 2022) así también, la religión influye en la percepción y actitud de la persona al consumo de alcohol y benzodiazepinas (Clements & Cyphers, 2019; Kerr – Correa et al., 2007; Khamis et al., 2022; Koenig, 2012).

Los factores anteriormente señalados pueden influir en el consumo de alcohol y benzodiazepinas y también pueden fungir como factores protectores para evitar el consumo de estas sustancias (Moreno et al., 2020; Tseng et al., 2018). Estos factores personales, se midieron a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas (CDPHCAB).

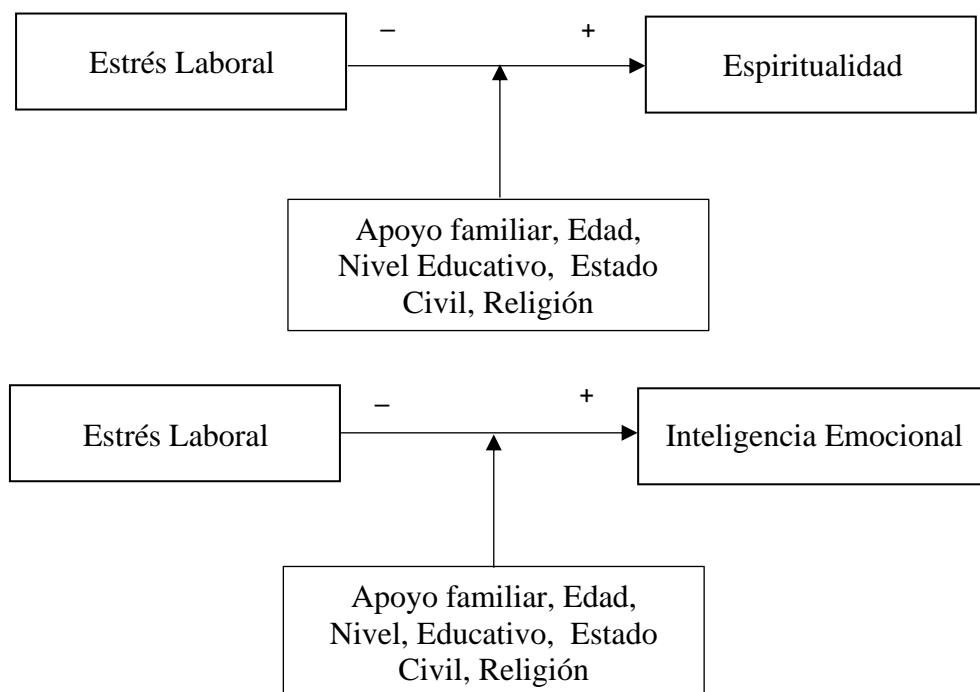
En continuidad con la sub-estructuración teórica, en lo que corresponde a la identificación y clasificación de las proposiciones, la Teoría de la Autotrascendencia refiere conceptos y declaraciones filosóficas sobre la autotrascendencia, el bienestar y la

vulnerabilidad. En esta investigación las proposiciones derivadas de la sub-estructuración teórica son las siguientes:

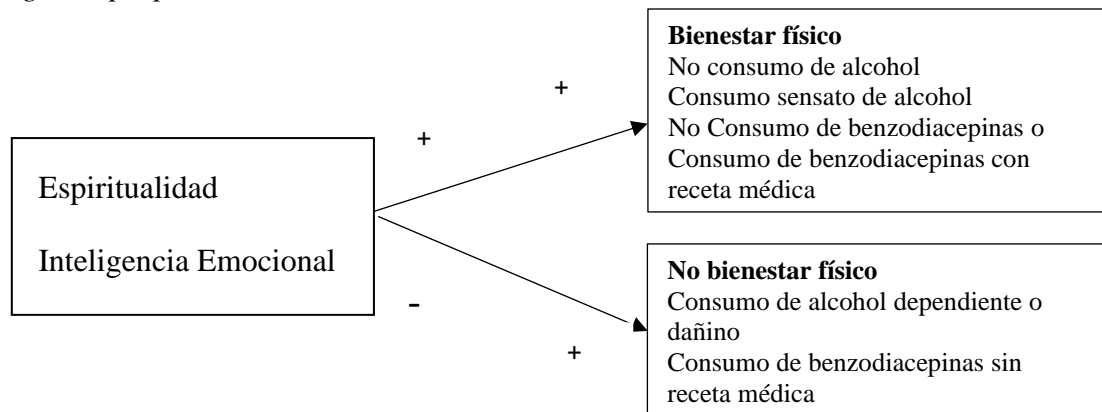
La primera proposición derivada indica que el estrés laboral tiene asociación positiva con la espiritualidad y la inteligencia emocional. Esta relación puede ser moderada por los factores personales y contextuales (Figura 2).

Figura 2

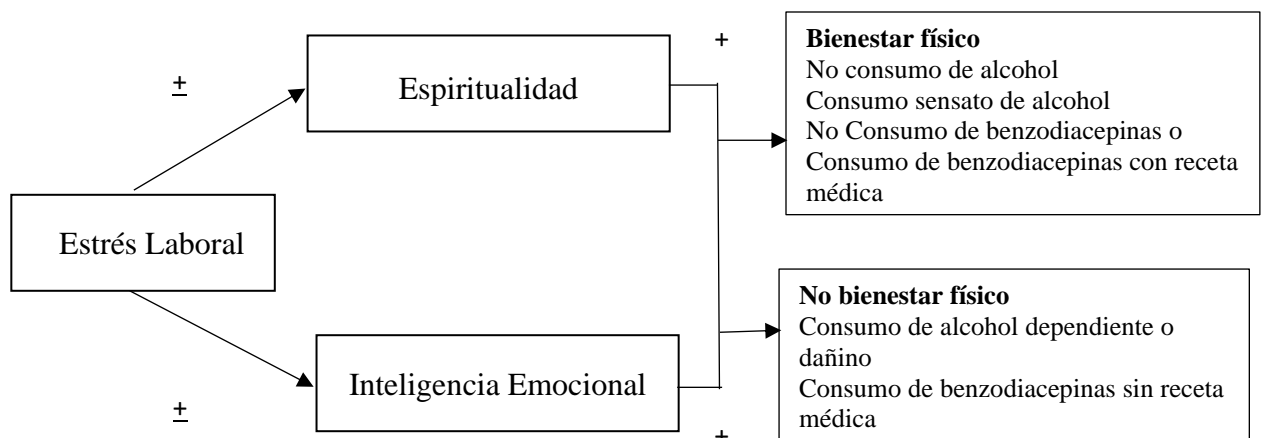
Primera proposición derivada



La segunda proposición derivada declara que existe una relación positiva de la espiritualidad y la inteligencia emocional con el bienestar físico (no consumo y el consumo sensato de alcohol, el no consumo de benzodiazepinas y el consumo con prescripción médica) y con el no bienestar físico (Figura 3).

Figura 3*Segunda proposición derivada*

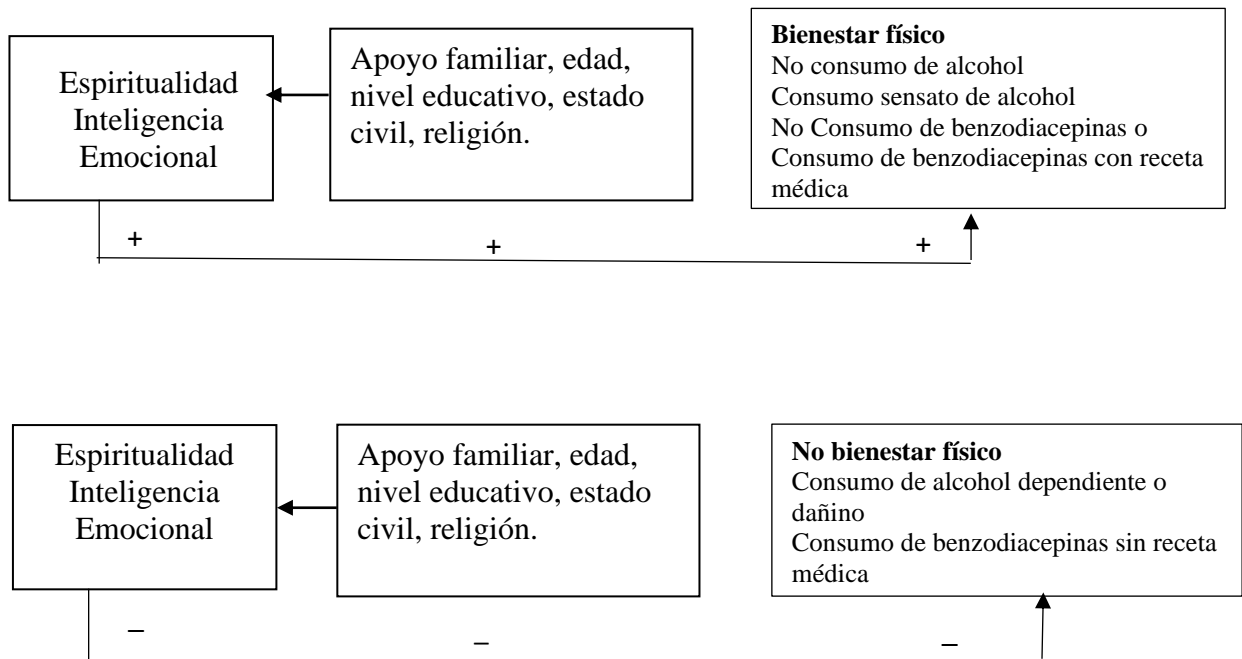
Como siguiente proposición la presencia de espiritualidad e inteligencia emocional tienen un rol mediador positivo entre el estrés laboral y el bienestar físico (no consumo, consumo sensato de alcohol y consumo de benzodiazepinas con prescripción médica). La ausencia de espiritualidad e inteligencia emocional tienen un rol mediador negativo que favorece el no bienestar físico consumo de alcohol, consumo de benzodiazepinas sin prescripción médica (Figura 4).

Figura 4*Tercera proposición derivada*

Como cuarta proposición derivada (Figura 5), el apoyo familiar, la edad, el nivel educativo, la ocupación, el estado civil y la religión moderan e influyen en la relación entre la espiritualidad y la inteligencia emocional con el bienestar y con el no bienestar físico.

Figura 5

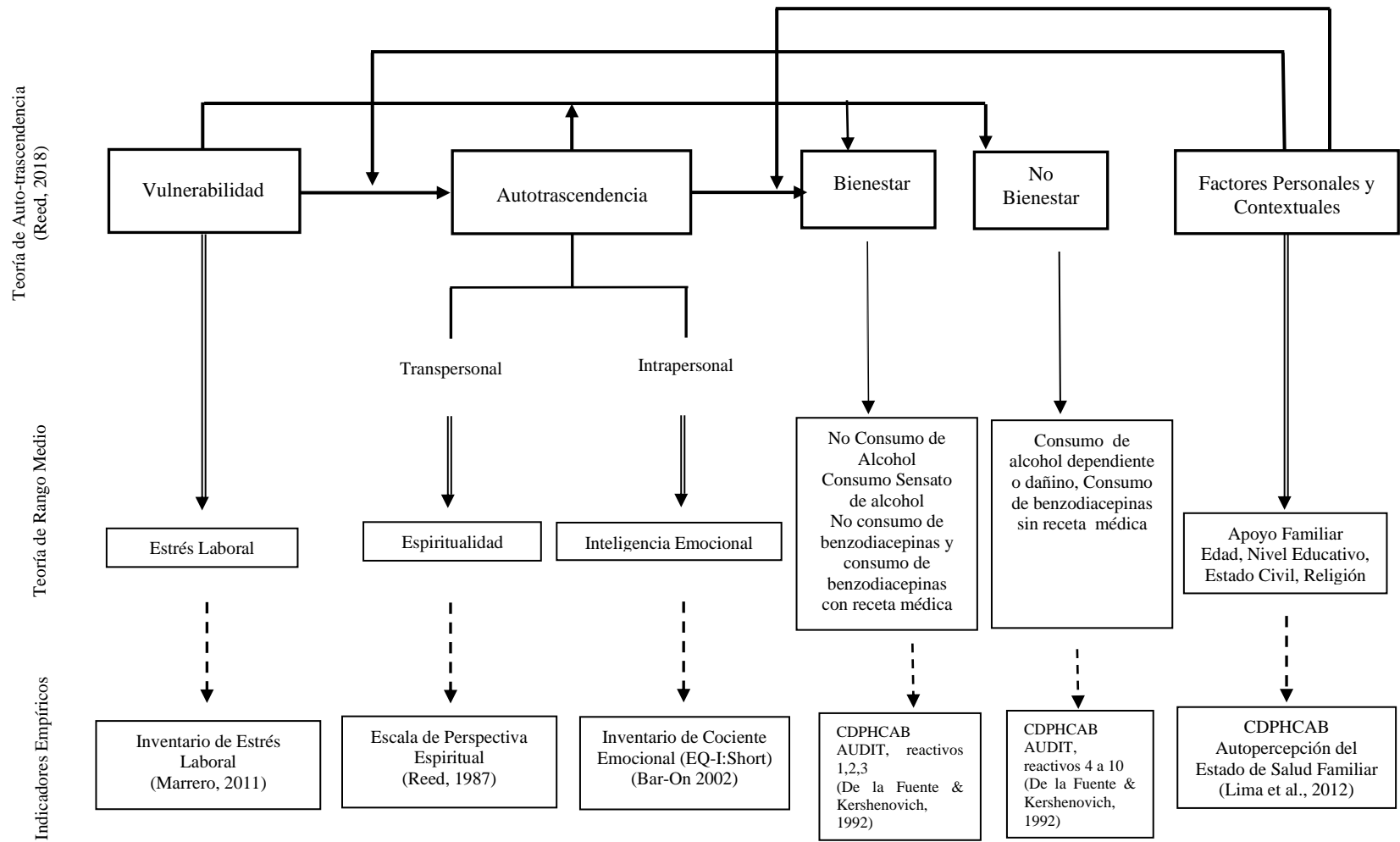
Cuarta proposición derivada



De acuerdo con Dulock y Holzemer (1991) el tercer paso consiste en ordenar jerárquicamente los conceptos de acuerdo con su nivel de abstracción, por lo que se realizó la Substracción Conceptual – Teórico – Empírica (CTE) descrita por Fawcett (2006).

Figura 6

Substracción Conceptual Teórico Empírica



Por último, el cuarto paso consiste en la representación de la relación entre las variables. Como se observa en la Figura 7, existe asociación entre el estrés laboral con la espiritualidad y la inteligencia emocional, esta relación puede ser moderada por los factores personales y contextuales. Así mismo, existe asociación de la espiritualidad y la inteligencia emocional con el no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas y consumo con prescripción médica.

La espiritualidad y la inteligencia emocional tienen un rol mediador entre el estrés laboral y el no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol y el no consumo de benzodiazepinas y el consumo con prescripción médica. Por último, el apoyo familiar, la edad, el nivel educativo, la ocupación, el estado civil y la religión moderan e influyen en la relación entre la espiritualidad y la inteligencia emocional con el no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, el no consumo de benzodiazepinas y el consumo con receta médica.

Figura 7

Relaciones entre los conceptos de las proposiciones

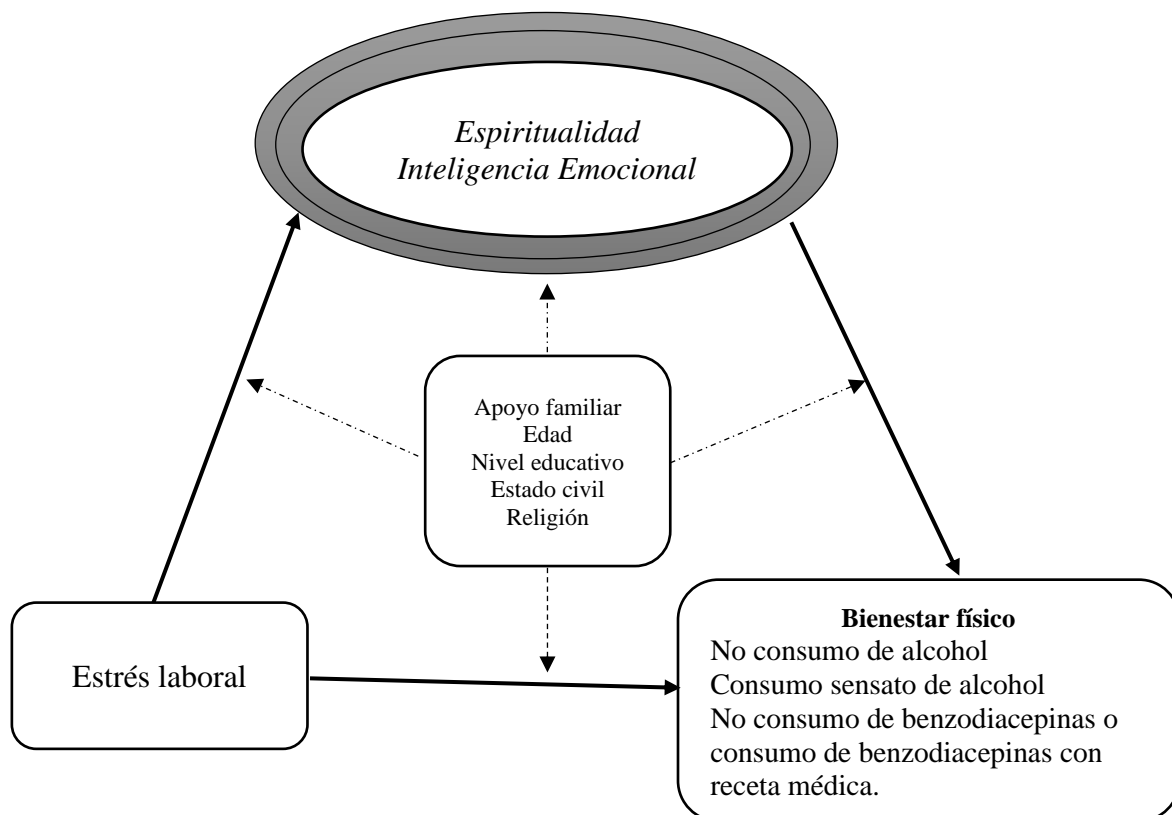
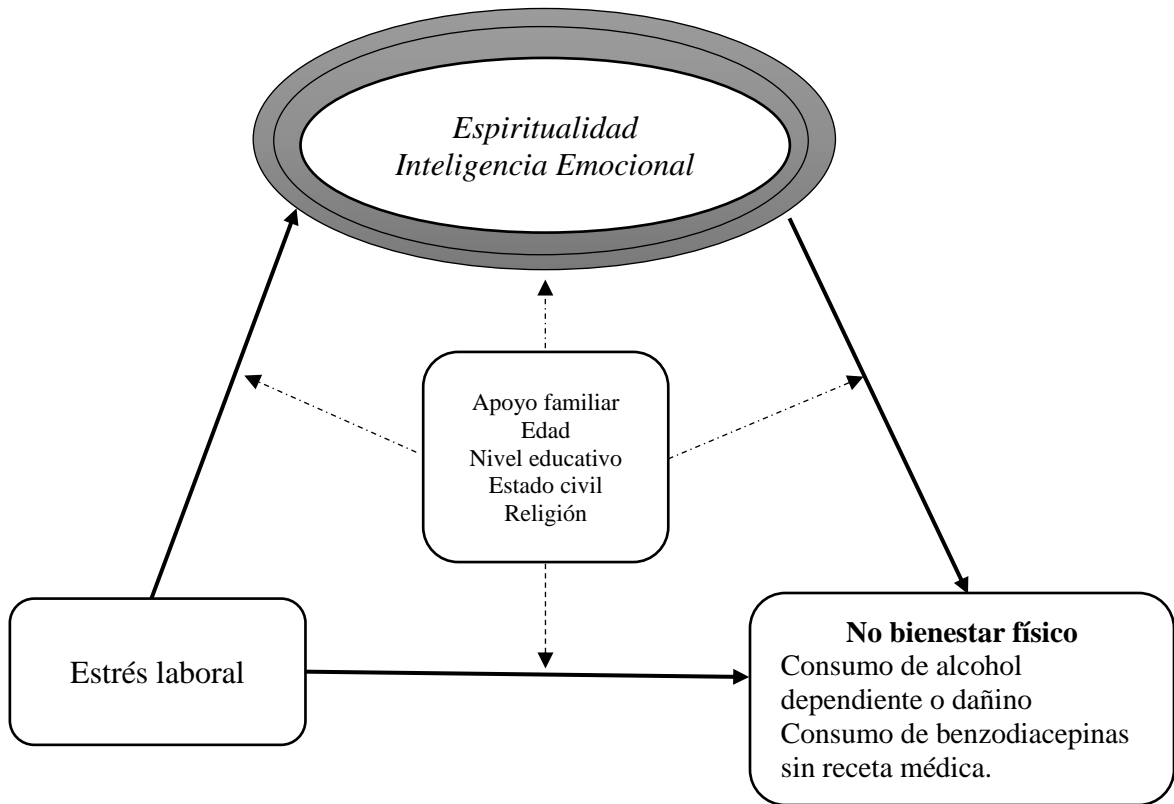


Figura 8

Relaciones entre los conceptos de las proposiciones



Los factores personales y contextuales moderan la presencia del No bienestar físico (consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiazepinas sin receta médica) cuando se presenta menor espiritualidad e inteligencia emocional.

Estudios Relacionados

Esta sección corresponde a los estudios de investigación en relación con las variables que guiaron el presente estudio. Se muestran en orden de las proposiciones propuestas.

Estrés Laboral - Espiritualidad

Aazami et al. (2015) realizaron una investigación en Malasia, con el objetivo de examinar el papel mediador de las estrategias de afrontamiento conductual en la asociación entre el conflicto de trabajo/familia y el malestar psicológico. Se realizó un estudio con diseño descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 429 mujeres trabajadoras del servicio público, mayores de 18 años, seleccionadas a través de un muestreo aleatorio simple. Se utilizó el Cuestionario de Conflicto Trabajo/Familia para medir el conflicto entre roles y el Inventario Breve COPE para examinar las estrategias conductuales de afrontamiento. Los resultados muestran que la estrategia de afrontamiento más utilizada por las mujeres fue la religión / espiritualidad ($\bar{X} = 4.77$; $DE = 1.42$). Así mismo, el conflicto de trabajo se asoció positivamente con el afrontamiento adaptativo que incluye la espiritualidad ($r_s = .10$, $p < .05$).

Murphy et al. (2021), realizaron un estudio en Estados Unidos, con el objetivo de explorar, describir y comprender cómo los trabajadores de salud usan su espiritualidad para afrontar el estrés laboral, mantener el bienestar espiritual y continuar trabajando. Se utilizó un diseño mixto con triangulación de resultados. La población estuvo conformada por 2,602 trabajadores de la salud, la muestra total para el análisis cuantitativo fue de 130 participantes de los cuales 127 (97.7%) fueron mujeres. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido (Cohen et al., 1983) para evaluar el estrés y la Prueba de Salud Espiritual y Orientación de Vida (Fisher's, 2010) para medir el bienestar espiritual.

Los resultados cuantitativos del estudio mostraron que la religión católica tuvo mayor afiliación entre los participantes (33.8%) y la mayoría presentó nivel moderado (63.1%) a alto (30.8%) de espiritualidad, niveles moderados de estrés

($\bar{X} = 15.75$, $DE = 5.99$) y puntajes altos ($\bar{X} = 74.56$, $DE = 10.73$) de bienestar espiritual. Así mismo, se encontró una relación negativa y significativa entre el estrés y el bienestar espiritual ($r = -.221$, $p = .011$), lo que indica que a menor estrés, mayor bienestar espiritual.

Chirico et al. (2020) llevaron a cabo un estudio controlado y aleatorizado con aplicación de intervención en población trabajadora de una región de Italia; utilizaron la oración como estrategia para prevenir el agotamiento laboral; con la conformación de dos grupos ($n = 25$) tratamiento con oración y ($n = 25$) grupo control. Los investigadores proporcionaron dos sesiones de entrenamiento de 30 minutos por semana durante 2 meses. Midieron la satisfacción laboral, el bienestar y síntomas de agotamiento. En los resultados identificaron la disminución en los niveles de agotamiento que pasaron de 16.80 a 4.92 ($p < .001$). En cuanto a la despersonalización, esta disminuyó de 3.72 a 0.60 ($p < .001$); el deterioro psicológico se modificó de 10.08 a 2.04 ($p < .001$). Encontraron un incremento en la satisfacción laboral de 45.96 a 77.00 ($p < .001$).

Con los resultados anteriores se deduce que las mujeres que trabajan y presentan estrés cotidiano en su espacio laboral, utilizaban como estrategia de afrontamiento la religión/espiritualidad, para mantener el bienestar y continuar con su actividad laboral (Aazami, 2015; Chirico et al., 2020; Murphy, 2021).

Estrés laboral – Inteligencia Emocional

Molero et al. (2019) realizaron un estudio en España con el objetivo de describir la relación entre la autoeficacia, la inteligencia emocional con el estrés percibido. Se llevó a cabo un estudio con diseño descriptivo correlacional y predictivo en trabajadores de la salud. Utilizaron el instrumento de Estrés Percibido de Levenstein y la Encuesta Breve de Inteligencia Emocional, en una muestra de 1,777 participantes, de los cuales el 85.4% eran mujeres, seleccionados de manera aleatoria. Los resultados muestran que la aceptación del acoso social se correlacionó negativa y significativamente con la inteligencia intrapersonal ($r_s = -.240$, $p < .001$); inteligencia interpersonal

($r_s = -.230, p < .001$); manejo del estrés y aceptación del acoso social ($r_s = -.450, p < .001$). El componente irritabilidad, fatiga, tensión se correlacionó negativamente con todas las dimensiones de inteligencia emocional: intrapersonal ($r_s = -.220, p < .001$).

Páez y Castaño (2019) llevaron a cabo una investigación de corte transversal, analítica con el objetivo de indagar sobre la ubicación laboral y la relación entre calidad de vida laboral percibida, inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento del estrés en una población de 1,245 trabajadores de Colombia, de las áreas de psicología, medicina, comunicación, leyes, ingeniería, publicidad, educación, economía, administración. La muestra estuvo conformada por 149 participantes de los cuales el 63.1% eran mujeres. La edad de los trabajadores fue de entre 20 y 35 años.

Los resultados muestran que el nivel de comprensión de inteligencia emocional se asocia de forma positiva ($\chi^2 = 2.78, p = .016$) con la percepción de calidad de vida donde quienes presentaron excelente comprensión de inteligencia emocional muestran mayor proporción de calidad profesional (82.8%) en comparación con quienes tienen una adecuada comprensión de la inteligencia emocional (61.1%).

Nespereira y Vázquez (2017) realizaron un estudio en España, con el objetivo de determinar los niveles de estrés e identificar si existe relación entre la inteligencia emocional (IE) y el estrés laboral en trabajadores del área de la salud. Se realizó un estudio observacional y transversal en una muestra de 60 mujeres con un promedio de edad de 45.3 años ($DE = 8.01$). Los resultados muestran que, las participantes obtuvieron una puntuación de inteligencia emocional de 22.87 ($DE = 5.61$) en atención emocional entendida como la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada. En la valoración del estrés laboral, las mujeres participantes mostraron puntuaciones totales medias entre los 22.11 puntos. El síntoma que presenta valores más altos es la despersonalización ($\bar{X} = 8.14, DE = 2.23$), seguida de la realización profesional ($\bar{X} = 7.28, DE = 2.39$) y el cansancio emocional ($\bar{X} = 6.69, DE = 2.83$). Los

factores considerados por las profesionales como más estresantes son organización ($\bar{X} = 10.11$, $DE = 1.87$), seguido de características del trabajo ($\bar{X} = 8.64$, $DE = 1.80$) y monotonía ($\bar{X} = 6.39$, $DE = 2.16$).

La situación laboral se correlaciona positivamente con la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada ($r_s = .27$, $p = .033$). Las profesionales que obtuvieron puntuaciones dentro de los rangos de normalidad en los factores de inteligencia emocional mostraron evaluaciones inferiores en las dimensiones del estrés laboral y viceversa, observándose una relación no significativa entre situación laboral y realización ($r_s = .27$, $p = .320$), así mismo la situación laboral con la organización ($r_s = .31$, $p = .014$).

En estudio correlacional realizado por Abdulaziz et al. (2022) con el objetivo de investigar la relación entre la inteligencia emocional de los profesionales de enfermería y su desempeño laboral con el papel mediador del estrés laboral, en un hospital de Arabia Saudita contaron con una muestra por conveniencia de 391 enfermeros y enfermeras. Los datos se colectaron a través de tres cuestionarios autoadministrados, de ellos uno era un auto reporte de inteligencia emocional, el segundo correspondía a los datos sociodemográficos de las participantes y el último era una escala de seis dimensiones de desempeño laboral.

En los resultados encontraron que el 72.1% eran mujeres, el 76.2% tenían edades entre los 31 a 40 años. El 57% tenía experiencia clínica de 2 a 10 años; el 30.7% contaba con antigüedad de 11 a 20 años y el 62.4% tenía grado de licenciatura. Encontraron asociación positiva entre la inteligencia emocional y el desempeño laboral ($\beta = .69$, $p < .001$; $R^2 = .483$). Identificaron un fuerte efecto negativo en la percepción del estrés ($\beta = -.54$, $p < .001$; $R^2 = .286$). En sus conclusiones refieren que si las enfermeras disminuyen su percepción de estrés ocupacional, su desempeño laboral se incrementa.

Los estudios anteriores muestran que el estrés que presentan las mujeres en sus lugares de trabajo se relaciona con la organización, las características de la actividad a realizar, la monotonía y las competencias que se les exigen; suelen presentar irritabilidad, fatiga, tensión emocional, sensaciones que disminuyen su calidad de vida. Como medida para disminuir el estrés que perciben, se identifica la inteligencia emocional, la cual tiene relación con la formación recibida (Abdulaziz et al., 2022; Molero et al., 2019; Nespereira & Vázquez, 2017; Páez & Castaño, 2019).

Espiritualidad – Consumo de alcohol

Zanetti et al. (2019) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia alguna vez en la vida y en los últimos tres meses del uso de alcohol y drogas entre universitarios del área de las ciencias sociales y de la salud de Brasil, además evaluar la asociación entre el consumo de alcohol con la importancia de la religión/espiritualidad. Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de 275 participantes, de los cuales el 68% eran mujeres. Los resultados muestran que el 87.2% de las mujeres había consumido alcohol alguna vez en la vida y el 81.3% lo había consumido en los últimos tres meses. En relación con la importancia de la religión, se observó que existe asociación significativa entre quienes la consideran muy importante y el consumo de alcohol alguna vez en la vida ($\chi^2 = 82.6, p < .001$).

En la relación entre la espiritualidad, el consumo de alcohol y drogas médicas Díaz y Muñoz (2016) realizaron un estudio en una ciudad de Colombia con el objetivo de demostrar las relaciones entre vulnerabilidad, autotrascendencia y bienestar en la población joven adulta y el efecto de cada una de estas variables en la adopción de conductas de consumo de bajo riesgo. Se llevó a cabo un estudio transversal y correlacional en una muestra de 499 participantes de entre 18 y 25 años. Los resultados muestran un efecto negativo entre la vulnerabilidad al consumo de alcohol y la trascendencia espiritual ($\beta = - .123, p = .025$) lo que indica que a mayor vulnerabilidad

al consumo, la trascendencia espiritual disminuye; así mismo, se observó un efecto positivo entre la trascendencia espiritual y el bienestar psicosocial ($\beta = .482, p < .001$).

Lee et al. (2017) realizaron un estudio longitudinal con mujeres mexicano-americanas con el objetivo de indagar la asociación entre la aculturación, los valores culturales, el estrés aculturativo y los autoesquemas relacionados con el consumo de alcohol y consumo excesivo de alcohol. La muestra se conformó por 477 mujeres universitarias; en los valores culturales midieron la espiritualidad mediante una Escala de Experiencia Espiritual Diaria. En sus resultados identificaron que una mayor espiritualidad predijo la ausencia de consumo excesivo de alcohol en comparación con aquellas mujeres que tenían un esquema de bebedoras referido como de menor espiritualidad ($X^2 = 17.8, p < .001$).

Yáñez et al. (2018), realizaron un estudio con el objetivo de identificar la relación entre la espiritualidad, autotrascendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Trabajaron con una muestra aleatoria, simple, estratificada con un nivel de confiabilidad del 95% y un nivel significancia de 0.05 en 300 jóvenes de dos Universidades del Norte de México. Utilizaron la escala de auto trascendencia de Pamela Reed en 1986 y para la espiritualidad utilizaron el cuestionario de Narsin y Dining, así como para medir el consumo de alcohol utilizaron el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT).

En los resultados encontraron que el 45.7% pertenecía al sexo femenino, con un promedio de edad de 19.6 años ($DE = 1.7$), el 57.3% se encontraba trabajando. Al respecto de las prácticas religiosas, un 60% de los entrevistados refiere el ejercicio de una religión, el 76.6% profesa la religión católica. Sus resultados mostraron que los jóvenes reportan que el día que beben normalmente consumen un promedio de 5.1 bebidas por ocasión ($DE = 4.0$). De acuerdo con la clasificación de tipo de consumo del AUDIT, se reporta un no consumo en el 37.3%, seguido del consumo sensato con un

25%, el consumo dependiente con un 20.3% y finalmente un 17.3% de la muestra presentó consumo dañino.

Los resultados muestran una relación positiva estadísticamente significativa entre los dominios de la espiritualidad entre sí ($r = .312, p < .001$) así también entre autotranscendencia y la espiritualidad ($r = .401, p < .001$). También encontraron que los participantes que no tenían prácticas espirituales mostraban mayor dependencia de consumo de alcohol ($\chi^2 = 11.96, p < .001$).

Dutra et al. (2021) llevaron a cabo un estudio observacional con el objetivo de identificar el patrón de consumo de mujeres usuarias de un servicio de Atención Primaria de Salud, en una región de Brasil. Examinaron la asociación entre los patrones de consumo de sustancias y las variables de la muestra (raza o etnia, estado civil, religión, ocupación, ingresos familiares o clase social), misma que se conformó por 561 mujeres. Utilizaron el test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol, un cuestionario con preguntas sociodemográficas, clínicas y conductuales para la colecta de los datos. Para verificar la asociación de patrones de consumo de alcohol de las mujeres, realizaron una regresión logística univariante, utilizando el test de correlación de Kendall para las variaciones numéricas y el test de Kruskal - Wallis para observar diferencias entre los grupos.

En los resultados encontraron que el promedio de edad de las mujeres era de 43 años ($DE = 15.3$); en las características de comportamiento, el 3.6% usaron drogas ilícitas; la mayoría de las mujeres declaró un consumo de alcohol de bajo riesgo o abstinencia, zona I del AUDIT 86.6%; en la zona II, con un patrón de consumo de riesgo, se encontraba el 9.6% de las entrevistadas; el consumo compatible con el uso perjudicial de las bebidas, zona III del AUDIT estaba en 1.2%; el 2.5% de la muestra consumía con probabilidad de dependencia de la sustancia, zona IV del AUDIT.

En la relación entre los patrones de consumo de alcohol y la variable edad encontraron ($OR = .97; IC 95\%, [0.96, 0.99], p < .001$), no tener pareja

($OR = 1.31$; IC 95% [1, 1.72], $p < .05$), consumo de tabaco

($OR = 2.01$; IC 95% [1.50, 2.70], $p < .001$), consumo de otras drogas

($OR = 1.76$; IC 95% [1.12, 2.77], $p < .001$).

Williams et al. (2020) realizaron un estudio cuantitativo con una muestra de 868 estudiantes de medicina, donde el 57% eran mujeres, con el objetivo de examinar el vínculo entre la espiritualidad y el uso de sustancias entre estudiantes de medicina. En sus resultados encontraron que el 31% de la muestra se identificó como espiritual y 242 estudiantes (27.9%) informaron prácticas espirituales formales. Demostraron una relación inversa entre el nivel de espiritualidad y el consumo de sustancias, tabaco ($\chi^2 = 21.64$, $p < .001$), alcohol ($\chi^2 = 37.50$, $p < .001$), mariguana ($\chi^2 = 54.34$, $p < .001$).

De los hallazgos que anteriormente se presentaron se concluye que en las mujeres que consumen alcohol para afrontar el estrés que presentan por el trabajo realizado, las prácticas espirituales les apoyan a obtener bienestar psicosocial. Las conductas espirituales están relacionadas con las decisiones que se toman en tiempos difíciles; el creer en Dios o en un poder superior a uno mismo contribuye a tener un propósito en la vida (Díaz & Muñoz, 2016; Dutra, 2021; Rivera et al., 2015; Williams et al., 2022; Yáñez et al., 2018; Zanetti, 2019).

Espiritualidad – Consumo de Benzodiacepinas

Doolittle et al. (2021) realizaron un estudio de cohorte observacional con el objetivo de examinar la relación longitudinal entre la frecuencia en la asistencia a los servicios espirituales y el riesgo de muerte a largo plazo en una gran muestra con diversidad étnica y geográfica en una población de los Estados Unidos. La información se recopiló de 2002 a 2012 con todos los participantes que dieron respuesta a la pregunta sobre la frecuencia con la que asistían a los servicios religiosos.

El abuso de sustancias se midió a través de preguntas acerca de fumar cigarrillos, consumo de alcohol, drogas en el último año; edad, raza/etnia, sexo, la educación, los

ingresos, estado civil y apoyo social. Se indagó información de hepatitis, VIH, ingesta de retrovirales y enfermedad renal. Las preguntas específicas que se realizaron fueron ¿Es usted miembro oficial de una iglesia u otro lugar de culto? ¿En qué medida se considera religioso? ¿Con qué frecuencia reza? y ¿Qué importancia tiene la religión para usted?

En el estudio se hizo seguimiento a 3,685 pacientes; los resultados muestran que en comparación con los que asisten a servicios religiosos menos de una vez al mes, quienes asisten al menos una vez tienen más probabilidades de tener algún estudio universitario (73% vs 69%, $\chi^2 = 3.39$, $p = .030$), tener algún tipo de apoyo social (80% vs 75%, $\chi^2 = 10.05$, $p = .002$), tener depresión (20% vs 24%, $\chi^2 = 9.32$, $p = .004$), consumo de alcohol no saludable en el último año (35% vs 39%, $\chi^2 = 7.63$, $p = .006$), consumo de drogas en el último año (27% vs 31%, $\chi^2 = 6.71$, $p < .001$), consumo de estimulantes (4% frente a 5%, $\chi^2 = 6.47$, $p = .011$), consumo de opioides (8% vs 11%, $\chi^2 = 7.21$, $p = .007$).

Ramírez et al. (2020) llevaron a cabo un estudio transversal, con el objetivo de evaluar las relaciones entre atención plena disposicional, espiritualidad y religión, su papel como factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas, además de analizar las diferencias entre las puntuaciones de atención plena y espiritualidad entre consumidores y no consumidores de sustancias entre los diferentes grupos religiosos espirituales. La muestra estaba compuesta por 473 estudiantes de los cuales el 62.2% correspondía a mujeres y tenían un promedio de edad de 16.28 años ($DE = 0.91$); aplicaron una ficha sociodemográfica, la escala de Atención Consciente (MAAS) y el Cuestionario de Espiritualidad (SQ).

En los resultados, el 70% de los participantes se identificó como católico, casi la mitad de la muestra informó consumo actual de alcohol 45.3%, mientras que el 80.6 % nunca había consumido tabaco, ni drogas ilegales 83.3%. Las puntuaciones en

espiritualidad se correlacionaron de manera positiva y significativa con una fuerza débil con el hecho de profesar una religión ($r = .120, p < .05$). Se encontraron asociaciones inversas estadísticamente significativas entre el hecho de profesar una religión con el consumo de alcohol ($r = -.075, p = .010$) y drogas ilegales ($r = -.058, p < .001$).

De acuerdo con el modelo de predicción de consumo de alcohol, la pertenencia a la religión fue la principal variable predictora de consumo actuando de manera inversa, lo que significa que los individuos que pertenecían formalmente a una religión reducían la probabilidad de haber consumido alcohol $1/.561 = 1.7$ veces (OR) a comparación de quienes no pertenecían a una. Con respecto al consumo de drogas ilegales, la pertenencia a una religión también actuaba inversamente, reduciendo la probabilidad de consumo con una razón de aproximadamente 3 veces a 1 ($Exp(B) = .323; OR = 1/.323 = 3.09; p < .001$).

Tam et al. (2019) realizaron un estudio con ecuaciones estructurales, la muestra incluyó 1,052 estudiantes universitarios de los Estados Unidos. El objetivo fue explorar la relación entre el estrés percibido, los síntomas psiquiátricos, la resiliencia y la prevalencia del uso no médico de medicamentos recetados. Entre los datos que encontraron fue que el 68.7% de la muestra correspondía al género femenino, la edad promedio osciló en los 19.8 años. A través de encuestas anónimas indagaron el estrés percibido, los síntomas psiquiátricos (depresión y ansiedad social), la resiliencia (tenacidad, tolerancia, aceptación, control y espiritualidad) y la ingesta de opioides, sedantes, ansiolíticos y estimulantes.

En los resultados identificaron que la resiliencia, la ansiedad y la depresión mediaron los efectos del estrés percibido en la toma de medicamentos no recetados. El 24% de los participantes reportaron el consumo de medicamentos con receta y con fines no médicos. Los medicamentos más utilizados fueron los del tipo de los estimulantes (16.2%), ansiolíticos (9.6%), opioides (6.8%) y sedantes (1.9%) en la correlación de Pearson identificaron relaciones estadísticamente significativas entre el estrés percibido,

resiliencia y ansiedad y depresión. Estrés percibido y depresión ($r = .576, p < .004$), estrés y ansiedad ($r = .431, p < .004$), espiritualidad y consumo de ansiolíticos ($r = -.103, p < .004$). La resiliencia fue significativa y negativamente correlacionada con la ansiedad y la depresión ($r = -.40, p < .001$) y con el consumo de medicamentos recetados con fines no médicos ($r = -.23, p < .001$).

Los resultados anteriores muestran que las estrategias de afrontamiento son necesarias en situaciones difíciles, entre ellas se encuentran la espiritualidad y la pertenencia a grupos religiosos, dichas estrategias reducen la probabilidad de consumir drogas legales e ilegales. La espiritualidad y la religión se consideran factores protectores para las personas que consumen alcohol o sustancias psicoactivas (Doolittle, 2021; Ramírez et al., 2020; Tam et al., 2019).

Inteligencia Emocional – Consumo de Benzodiacepinas

Para el caso de la inteligencia emocional y el consumo de alcohol y drogas médicas, Villarreal et al. (2020) realizaron un estudio transversal de casos y controles, con el objetivo de analizar la relación entre la inteligencia emocional (IE) y el estrés percibido en un grupo de consumidores de alcohol y drogas médicas en comparación con un grupo de no consumidores. La muestra se conformó por un grupo de 35 adultos dependientes a las drogas y 35 adultos sin problemas de consumo, en un rango de edad de 18 a 61 años, de un Centro de Rehabilitación en México.

Sus resultados indicaron que la IE se correlaciona de forma negativa con el estrés percibido durante el último año ($r = -.317, p = .010$); encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio; para la IE se reportó una diferencia ($U = -3.918, p < .001[425.97, 477.74]$), indicando que el grupo control tenía mayor IE que el grupo de consumidores. Se encontró que el grupo control tuvo mayores puntuaciones en el componente intrapersonal ($U = -3.292, p < .001[112.94, 124.43]$). Las diferencias del componente interpersonal mostraron que el grupo control tuvo mayores puntuaciones en comparación con el grupo de consumidores

($U = -3.534, p < .001[65.86, 72.94]$). En el componente manejo del estrés, el grupo de consumo obtuvo menores puntuaciones que el grupo control ($U = -2.626, p = .009[58.40, 67.26]$). Con los resultados anteriores concluyen que la IE es inferior en los adultos del grupo consumo con alto estrés.

Espada et al. (2018) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de analizar la relación entre el afrontamiento basado en el apoyo social y la depresión, en referencia al consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Del total de la muestra de la provincia de Alicante, el 46.2% eran mujeres adolescentes; se analizaron las diferencias por género y la edad. Se observaron diferencias en cuanto a la frecuencia de consumo de cannabis ($t = 4.150, p < .001$), donde los varones tenían un mayor consumo, más de dos puntos en comparación con las mujeres. Las mujeres informaron de un mayor uso de mecanismos de afrontamiento ($t = -7.320, p < .001$).

Bagusat et al. (2018) realizaron un estudio transversal en población de Alemania con el objetivo de investigar la relación entre la neuro mejora farmacológica y la resiliencia. La muestra se conformó por 1,128 personas mayores de 18 años. Colectaron la información a través de entrevistas estructuradas y la aplicación de un instrumento autoadministrado. En los resultados identificaron el uso de medicamentos estimulantes sin indicación médica en un 4.3%; estimulantes ilícitos, uso del 10.2% y moduladores del estado de ánimo con 20.3%. El motivo que se informó para el uso de medicamentos recetados estimulantes o moduladores del estado de ánimo fue el hacer frente a situaciones estresantes.

El estrés percibido aumentó el riesgo del uso de medicamentos estimulantes ($OR = 2.86; IC\ 95\%[1.49, 5.46], p < .01$); encontraron que la capacidad para recuperarse del estrés disminuyó el riesgo de usar cualquier sustancia para la neuro mejora, en especial los medicamentos indicados como moduladores del estado de ánimo ($OR = .62; IC\ 95\%[.47, .81], p < .01$).

Con los hallazgos de los autores antes citados se concluye que la inteligencia emocional como mecanismo de afrontamiento ante situaciones en que las personas perciben estrés tiene relación negativa con la frecuencia en el consumo de drogas, reduce la depresión y contribuye a la búsqueda de apoyo social (Bagusat et al., 2018; Espada et al., 2018; Villarreal et al., 2020).

Inteligencia Emocional – Consumo de Alcohol

Lucke et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de examinar la relación entre la desregulación emocional y el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes universitarios de una comunidad norteamericana; la muestra consistió en 619 participantes, la cual se distribuyó en dos grupos: usuarios solamente de alcohol y usuarios de alcohol y drogas; en la muestra el 70% fueron mujeres. Los participantes contestaron instrumentos que aportaron información acerca de características sociodemográficas, desregulación emocional, consumo de alcohol y problemas, consumo de marihuana y problemas, además de motivos para el consumo de alcohol y marihuana.

En los resultados se encontró que los consumidores de solamente alcohol fueron 307 personas (49.6%). La disfunción en la regulación emocional se relacionó significativamente con los motivos de afrontamiento y mejora con los problemas relacionados con el alcohol ($r_s = .36, p < .05$). El consumo de alcohol y los problemas se relacionaron entre sí ($r_s = .45, p < .05$) y las interrelaciones entre los motivos de afrontamiento y mejora del consumo y problemas también fueron significativos; la relación entre afrontamiento y mejora tuvo el coeficiente de ($r_s = .95, p < .05$) entre afrontamiento y problemas con el consumo de alcohol ($r_s = .47, p < .05$) la relación entre afrontamiento y consumo de alcohol ($r_s = .55, p < .05$) todas con valores $p < .05$. Para la muestra dual de consumidores de alcohol y marihuana, con un total de 241, la disfunción en la regulación emocional se relacionó con los motivos de mejora ($r_s = 0.15, p < .05$), pero no con el consumo de alcohol ($r_s = - .01, p < .05$). Concluyen la

importancia de llevar a cabo intervenciones en la enseñanza de habilidades de regulación de las emociones adaptativas para ser utilizadas como alternativas al uso de sustancias.

Stamates et al. (2022) llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de examinar las asociaciones entre la impulsividad, motivos de afrontamiento, consumo y problemas con el consumo de alcohol, la muestra incluyó 87 participantes, de los cuales 47 eran mujeres. Se contestó una encuesta sobre impulsividad y conductas de consumo de alcohol, además se llevó a cabo una revisión de evaluaciones repetidas de consumo. Las personas con mayor impulsividad informaron mayores problemas y consumo de alcohol ($r = .23, p < .001$).

González et al. (2019) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de analizar el papel predictivo de la Inteligencia Emocional de rasgo y la Inteligencia Emocional habilidad según el modelo propuesto por Mayer y Salovey (1997) con respecto a ser consumidor de alcohol (no serlo) la frecuencia de consumo, las borracheras, la participación en grupos de consumo en la calle (botellones) y la embriaguez. La muestra se compuso por 844 estudiantes españoles en edades de 12 a 16 años, de los cuales el 51.8% correspondió al grupo de mujeres.

Se realizaron análisis descriptivos y de correlación, se construyeron modelos de regresión logística binaria para predecir las variables dependientes del consumo de alcohol en función de los factores de la IE de rasgo y habilidad. En los resultados identificaron que 4 de cada 10 adolescentes (40.8 %) bebían alcohol y lo hacían de forma periódica en los últimos doce meses. Aproximadamente 7 de cada 10 (67.4 %) consumidores bebieron mucho durante seis días o más en el último mes. Casi 6 de cada 10 consumidores participaron en grupos de beber en la calle una o más veces al mes durante el último año (58.5 %). Se encontraron relaciones negativas significativas entre las variables de IE de rasgo y habilidad y el consumo de alcohol, con la excepción de atención a los propios sentimientos que correlacionó de forma significativa y directa.

Entre las correlaciones negativas más significativas se encontró la percepción emocional y el consumo de alcohol ocasional ($r = -.401, p < .01$); la atención a los propios sentimientos y el consumo de alcohol durante el último año ($r = .326, p < .01$) así como el consumo intensivo de alcohol en el último mes ($r = .308, p < .01$), la reparación emocional y el consumo de alcohol en la calle durante el año ($r = -.265, p < .01$) y consumo excesivo al año ($r = -.423, p < .01$).

Derivado de lo anterior se puede afirmar que la inteligencia emocional como forma de afrontamiento que incluye los factores de percepción emocional, claridad emocional, reparación emocional, autoestima y asertividad se asoció de manera significativa e inversamente con las conductas de consumo de alcohol (González et al., 2021; González et al., 2019; Lucke, 2021; Stamatou et al., 2022).

Estrés Laboral – Consumo de Alcohol

Güilgüiruca et al. (2020) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar si la identificación con grupos de trabajo con normas desfavorables y favorables de consumo de alcohol modera la relación entre las demandas del trabajo y el consumo de alcohol en trabajadores. Con una muestra de 1,143 personas, de los cuales el 64.2% de los participantes eran hombres y 35.8% mujeres. Edad promedio de 43 años, fluctuando entre 18 y 65 años, en una empresa de telecomunicaciones de una población chilena. El 69.7% culminó estudios universitarios y/o técnicos, el 11.4% desarrolló estudios de posgrado y el 18.9% presentó estudios técnicos y universitarios incompletos. El promedio de antigüedad laboral fue de 11.8 años ($DE = 7.0$) la jornada de trabajo predominante fue la diurna 60.6%.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio, donde se propuso un modelo de cuatro factores, el cual considera el consumo de alcohol del trabajador, la demanda laboral, identidad con el grupo de trabajo y la norma descriptiva de consumo de alcohol del grupo de trabajo; los ítems presentaron adecuadas cargas factoriales en sus respectivos factores (cargas $\geq 0.55, p < .001$). Los resultados muestran dos efectos de

interacción que explican significativamente el consumo de alcohol de los trabajadores. El primero corresponde al efecto de moderación, representado por la interacción significativa entre las demandas laborales, la identificación con el grupo de trabajo y la norma descriptiva de consumo de alcohol del grupo de trabajo. Como variables predictoras del consumo de alcohol ($\beta = .030$; IC 95% [.002, .049], $p = .030$).

El segundo efecto muestra la moderación simple entre la identificación con el grupo de trabajo y la norma descriptiva de consumo de alcohol como predictoras del consumo de alcohol de los trabajadores ($\beta = .090$; IC 95% [.007, .183], $p = .030$).

Se observa que la relación entre las demandas laborales y el consumo de alcohol es amortiguada cuando existe una alta identificación con el grupo de trabajo y este grupo representa una norma desfavorable del consumo de alcohol ($\beta = .080$; IC 95% [- .1600 a - .0024], $p = .040$). En segundo lugar, en lo que corresponde a la relación entre las demandas laborales y el consumo de alcohol, se ve amplificado cuando existe alta identificación con el grupo de trabajo y este presenta normas favorables al consumo de alcohol ($\beta = .170$; IC 95% [.300, .322], $p < .01$).

Finalmente, la baja identificación con el grupo de trabajo no desempeñó un efecto moderador en la relación entre demandas laborales y consumo de alcohol en ninguna de las dos condiciones: norma de consumo desfavorable ($\beta = -.010$; IC 95% [- .087, .050], $p = .600$) y favorable ($\beta = .000$; IC 95% [- .100, .104], $p = .990$).

Salomao et al. (2015) realizaron una investigación de cohorte transversal, con el objetivo de identificar la asociación de la sintomatología depresiva con variables sociodemográficas, exposición y dimensiones del estrés laboral. Conformaron una muestra de 1,239 trabajadores de la categoría técnico-administrativa de una universidad pública del interior de Sao Paulo. Utilizaron un cuestionario de datos sociodemográficos, el Inventario de Depresión, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Cuestionario de

Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) y la Escala de Estrés Laboral.

En sus resultados encontraron que el 54.9% de la muestra eran mujeres en edades comprendidas entre los 40 a 49 años; 40.5% tenían estudios superiores; 51% practicaban una religión; 93.6% estaban casados; 66.4% tenían hijos y el 45.9% había trabajado hasta 10 años. En cuanto a los aspectos psicosociales del trabajo, medido por las dimensiones del estrés laboral, los funcionarios informaron trabajar bajo demandas psicológicas bajas 53.9 %; tenía un alto control sobre el trabajo realizado 58.1% y el 42.2% tuvo alto apoyo social.

Tras la combinación de las demandas psicológicas y el control en el trabajo, las dimensiones observadas entre los funcionarios fueron 18.7% en trabajo de alta tensión, el 23.0% en trabajo pasivo, el 27.4% en el trabajo activo y el 30.9% en el trabajo de baja tensión. Según la exposición al estrés laboral, la muestra reflejaba en su mayoría, una exposición de nivel medio 50.4%, sin embargo, el 18.7% tenía niveles considerados de alta exposición al estrés laboral.

A la pregunta de las condiciones de salud, el 13.2% cumplía con los criterios de consumo problemático de alcohol y el 6.6% informó de problemas experimentados por el consumo de bebidas alcohólicas. Fue estadísticamente significativo para las variables de exigencias psicológicas en el trabajo ($OR = 1.04$; IC 95% [1.00,1.08], $p = .043$) y el consumo problemático de alcohol auto declarado ($OR = 2.88$; IC 95% [1.69, 4.92], $p < .001$).

Estas variables se incluyeron en un análisis de regresión logística múltiple, además de las que tenían una ($p < .020$), los siguientes factores mostraron ser estadísticamente significativos para presentar estados de depresión: ansiedad ($OR = 5.97$; IC 95% [4.14, 8.60], $p < .001$) y los problemas auto declarados de consumo de alcohol ($OR = 2.76$; IC 95% [1.51, 5.04], $p < .001$).

Frone (2016) en estudio realizado encontró que la gente considera que un posible medio para reducir la fatiga laboral y recuperar la energía perdida es automedicarse con alcohol por su efecto estimulante. Con una muestra de 2,975 participantes de 48 regiones contiguas al Distrito de Columbia en los Estados Unidos y en edades entre los 18 y 65 años y con el objetivo de probar dos procesos que explican cómo y para quien la exposición al estrés laboral está relacionada con el consumo de alcohol. Sus resultados mostraron una media de edad de los participantes de 41 años; el 47 % de los participantes eran mujeres; el 83% trabajaban en profesiones de oficina y el 17% pertenecía al grupo de obreros; los participantes trabajaban una media de 41 horas por semana.

Los resultados mostraron que la exposición a estresores del trabajo se relacionaba positivamente con la fatiga laboral ($\beta = 0.70, p < .001$) que la exposición al estrés laboral se relacionaba positivamente con el consumo excesivo de alcohol ($\beta = .13, p < .05$) tanto en hombres como en mujeres que tenían grandes expectativas de reducción de la tensión con la automedicación de alcohol.

Pachito et al. (2021) en estudio que tenía como objetivo revisar sistemáticamente y meta analizar las estimaciones del efecto del estrés laboral (tres categorías: 41 - 48, 49 - 54, ≥ 55 h/semana) en comparación con la exposición a las horas de trabajo estándar (35 - 40 h/semana), sobre el consumo de alcohol, el consumo de riesgo (tres resultados; prevalencia, incidencia y mortalidad) realizaron búsquedas en las fuentes de datos potenciales; en los criterios de elección de los estudios, incluyeron personas en edad de trabajar (≥ 15 años) de la economía formal e informal en cualquier Estado miembro de la OMS y/o de la OIT. En sus resultados, catorce estudios de cohortes cumplieron los criterios de inclusión, con un total de 104,599 participantes de los cuales 52,107 eran mujeres.

Sus resultados hicieron evidente que en comparación con trabajar 35 – 40 h/semana, la exposición a trabajar 41 - 48 h/semana aumentó el consumo de alcohol en

10.4 g/semana. La exposición para trabajar 49 - 54 h/semana aumentó el consumo de alcohol en 17.69 g/semana. La exposición al trabajo (>55 h/semana aumentó el consumo de alcohol en 16.29 g/semana). Trabajar 49-54 h/semana no aumentó el riesgo de desarrollar un consumo de riesgo (Pachito et al., 2021).

Los estudios anteriores muestran que el consumo de alcohol y el consumo excesivo es utilizado para reducir el estrés que provocan las exigencias psicológicas en el trabajo, el control que se percibe y la fatiga laboral. El consumo problemático de alcohol es un medio para reducir la fatiga laboral y recuperar la energía perdida ante largas jornadas de trabajo (Frone, 2016; Güilgüiruca et al., 2021; Pachito et al., 2021; Salomao et al., 2015).

Estrés Laboral – Consumo de Benzodiazepinas

Valdivia et al. (2015) realizaron un estudio con mujeres de una población de México, en edades de 25 a 45 años y de las cuales el 12.2 % presentó estrés; quienes además desempeñaban el rol de proveedores para el sustento familiar, mismo que puede ser el origen de la alteración de la estabilidad emocional. Encontraron en sus resultados el consumo de diazepam por día, semana y mes de 54% y 100% en las mujeres. Del total de las mujeres del estudio, 69.7% conoce los cambios ante la no ingesta del medicamento, por lo que se incrementan sus posibilidades de auto cuidado.

Londoño et al. (2017) llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de describir el riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, las variables asociadas a su consumo en personal de enfermería de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de Medellín. Con una muestra de 157 de profesionales de la salud, ejecutaron un análisis bivariado.

En los resultados identificaron que la media de edad fue de 32 años, el 55.4% manifestó que su trabajo le genera estrés y es mayor esta frecuencia en el servicio de urgencias y en profesionales de enfermería. Para mejorar su estado de ánimo, el personal recurrió a dialogar con sus compañeros 82.8%, dialogar con su familia 73.2%, realizar

actividades lúdicas 60.5%, consumir psicofármacos para calmar el estrés 3.8%, consumir sustancias psicoactivas 3.2% y el 12.7% prefiere quedarse callado.

En los servicios de mayor estrés el 5.7% del personal consumió sustancias psicoactivas y el 4.5% consumió psicofármacos para contrarrestar el estrés, a diferencia de otros servicios en los que el consumo de psicofármacos fue del 2.9%. Se encontró además que el personal había consumido alguna vez en su vida una sustancia psicoactiva. El personal en el servicio de mayor estrés consumió sedantes sin indicación médica 2.3%, sedantes con indicación médica 3.4%, e hipnóticos 1.1%. En el consumo de drogas lícitas, el mayor consumo corresponde al alcohol en un 65% ($n = 102$); de los consumidores de alcohol 73 personas respondieron el test de CAGE y se encontró que el 93.2% era bebedor social (no dependiente) 5% tenía consumo de riesgo y 1.4% consumo perjudicial. El 8.3% del personal de cirugía tenía consumo de riesgo y el 2.6% del personal del servicio de urgencias realizaba un consumo perjudicial.

Collel et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de explorar la prevalencia de consumo de ansiolíticos y somníferos (hipnosedantes) en una muestra de la población ocupada de España, además de evaluar su asociación con factores de estrés relacionados con el trabajo. Con datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007 se analizó la distribución del consumo de hipnosedantes en el último mes entre la población ocupada de 16 a 64 años ($n = 13,005$).

En sus resultados la prevalencia de consumo de hipnosedantes en el último mes fue el doble en las mujeres 6.5% que en los hombres 3.3%. En ambos sexos el consumo se dobló entre los mayores respecto a los más jóvenes 10.2% en las mujeres y 5.5% en hombres mayores de 45 años y se cuadruplicó entre los que reportaron mala salud, consumieron hipnosedantes 18.9% en mujeres y 11% en hombres.

Respecto al estrés laboral, se observó un mayor consumo en las mujeres que reportaron altas condiciones ambientales nocivas, mayor carga de trabajo y nivel alto de falta de apoyo social. En la regresión logística ajustada por años de residencia, mostró

que el consumo de hipnosedantes era ($OR = 1.71$; $IC95\% [1.34, 2.17]$, $p < .001$) en las mujeres de 45 a 64 años que entre las de menor edad y ($OR = 4.38$; $IC95\% [3.38, 5.67]$, $p < .001$) en las que reportaron mala salud, respecto a las que reportaron buena salud. Respecto al estrés laboral el consumo fue más probable entre las mujeres que reportaron un nivel moderado en la dimensión precariedad moderada ($OR = 1.43$; $IC95\% [1.03, 1.99]$, $p < .05$).

Airagnes et al. (2019) realizaron un estudio en población francesa, para examinar si la exposición laboral estresante al público podría estar asociada con el consumo de benzodiazepinas a largo plazo. De los participantes incluidos entre 2012 y 2016 en la cohorte francesa (CONSTANCES), 13,934 hombres y 19,261 mujeres, en edades de 18 a 69 años. Declararon una exposición laboral al público y calificaron la frecuencia de la exposición estresante. Se examinó el uso de benzodiazepinas a largo plazo, a través de registros administrativos de reembolso de medicamentos en alrededor de 22 centros de cribado sanitario. Se utilizaron los datos de los participantes incluidos de febrero de 2012 hasta septiembre de 2016 y que tenían un trabajo que incluía contacto físico o telefónico con el público.

Dentro de este grupo el 98% respondió a la evaluación de la frecuencia de exposición laboral estresante, a los participantes se les hizo la siguiente pregunta: ¿Vive usted situaciones estresantes en sus relaciones con el público? Elegían entre 4 posibles respuestas: 1) Nunca o casi nunca, 2) Rara vez, 3) A menudo, 4) Siempre o casi siempre. La tensión laboral se midió con el desequilibrio esfuerzo-recompensa. Uso prolongado de benzodiazepinas, una de las características de la cohorte CONSTANCES es su vinculación sistemática con el SNIIRAM (Sistema Nacional de Información Inter-Regímenes).

Las recetas de todas las benzodiazepinas con autorización de comercialización se extrajeron de la base, las benzodiazepinas fueron Clonazepam, Clordiazepóxido, Oxazepam, Clorazepato, Lorazepam, Boromazepam, Clobazam, Prazepam, Alprazolam,

Nordazepam. Los resultados reportaron que, de un total de 13,934 hombres y 19,261 mujeres, 306 hombres y 624 mujeres habían consumido benzodiazepinas a largo plazo de 2009 a 2014. Las mujeres tenían mayor riesgo de uso prolongado de benzodiazepinas que los hombres con un ($OR = 1.5$; IC 95% [1.3, 1.7], $p < .05$).

El uso prolongado de benzodiazepinas se asoció con la exposición laboral estresante al público tanto en hombres como en mujeres ($OR = 2.2$; IC 95% [1.7, 2.76], $p < .001$) y ($OR = 1.6$; IC 95% [1.3, 1.8], $p < .001$). Las asociaciones proporcionaron estimaciones de efecto similares en los análisis multivariantes y se encontró interacción entre el género y la exposición e interacción estresante al público ($Wald X^2 = 4.09$, $p = .043$) al buscar una relación dosis respuesta encontraron que tanto “frecuentemente” como “siempre o casi siempre” se asociaron con mayor riesgo de uso prolongado de benzodiazepinas y con elevación de las OR tras la frecuencia de exposición hasta ($OR = 2.3$; IC 95% [1.5, 3.6], $p < .001$); ($OR = 1.7$; IC 95% [1.3, 2.1], $p < .001$) y ($OR = 2.5$; IC 95% [1.8, 3.4], $p < .001$) en hombres y mujeres, respectivamente.

Gil et al. (2020) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de consumo de psicofármacos en Andalucía y conocer los factores de riesgo asociados al consumo de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos desagregados por sexo. Hicieron un análisis descriptivo y multivariante a partir de la Encuesta Andaluza de Salud 2016 realizada a personas mayores de 16 años no institucionalizadas con un tamaño de la muestra de 6,569 personas (3,231 hombres y 3,338 participantes mujeres).

En sus resultados encontraron que el 50.8% de la muestra correspondía a las mujeres, en cuanto al consumo de hipnóticos y antidepresivos, las mujeres triplicaron las frecuencias de consumo en el rango de 45 a 64 años. El consumo de hipnóticos en mujeres menores de 44 años y de antidepresivos en las mayores de 65 fue cuatro veces superior a los varones. La polimedicación psiquiátrica aumentó con la edad, tanto en mujeres como en hombres. El 4.8% (6.8% mujeres vs 2.8% hombres) de la población

andaluza entre 45 y 64 años consumía dos o más psicofármacos. Para las personas mayores de 65 años este consumo alcanzó su máximo, donde el 6.4% (10.5% de las mujeres vs 2.1% de los hombres) consumía dos o más tipos de psicofármacos.

En lo que corresponde a los factores de riesgo asociados, encontraron que las mujeres tenían 2.28 veces más probabilidad de consumir algún tipo de psicofármaco que los hombres ($OR = 2.28$; IC 95% [1.96, 2.67], $p < .05$). Las mujeres presentaron 2.11 veces más probabilidad de consumir ansiolíticos ($OR = 2.11$; IC 95% [1.69, 2.62], $p < .05$) y 2.69 veces más probabilidad de consumir hipnóticos ($OR = 2.69$; IC 95% [2.11, 3.43], $p < .05$) y 3.01 veces más probabilidad de consumir antidepresivos ($OR = 3.01$, IC 95% [2.32, 3.90], $p < .05$). En el consumo de ansiolíticos tener más de 65 años aumentó 1.5 veces la probabilidad de consumo en las mujeres, casi dos veces en los hombres y padecer dolor crónico que no le impedía llevar a cabo sus actividades cotidianas, aumentó más de 5 veces la probabilidad en ambos sexos.

En las mujeres tener estudios secundarios multiplicó por tres la probabilidad de consumir ansiolíticos frente a tener estudios superiores ($OR = 3.10$; IC 95% [1.47, 6.54], $p < .05$). En el caso de los antidepresivos se detectó en las mujeres que tener más de 45 años ($OR = 2.19$; IC 95% [1.05, 3.44], $p < .05$) y tener niveles de estudios primarios duplicó la probabilidad de consumo ($OR = 1.90$; IC 95% [1.05, 3.44], $p < .05$).

Lima et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de conocer los factores relacionados con la calidad de vida y salud en trabajadores en un colegio universitario de Brasil, se desarrolló una investigación con la aplicación de una encuesta epidemiológica, un cuestionario autoadministrado y datos clínicos. Se estudiaron la categoría en el trabajo, las horas de trabajo, la carga de trabajo semanal y el número de trabajos, además de la exposición al estrés en el trabajo. En los resultados encontraron

que 74.5% eran mujeres, la edad media fue de 38 años ($DE = 12.4$), en la escolaridad 53.8% habían completado estudios superiores; el 50.9% vivían sin pareja, 50.9% no tenía hijos; 50.9% tenía la categoría de profesor y 49.1% tenía la categoría de empleado de apoyo.

La media de carga de trabajo semanal encontrada fue de 33 horas ($DE = 0.5$) con 59.4% personas por encima de este valor, la mayoría de los trabajadores (73.6%) declararon pensar en el trabajo durante sus tiempos de descanso. En cuanto a los hábitos de vida (92.5%) refirieron que no fumaban y solo el 58.5% declararon no consumir bebidas alcohólicas. Sobre el estrés auto declarado 61.3% de los profesionales reportaron estar poco estresados. En el análisis bivariado, entre la variable estrés y aspectos sociodemográficos, laborales y de salud, se observó asociación entre ser soltero y realizar trabajo activo ($p = .040$), tener más de un vínculo laboral y llevar a cabo trabajo pasivo ($p = .047$), la sospecha de trastorno mental se presentó en el 22.6% de los trabajadores.

Vidal et al. (2020), en estudio llevado a cabo en una población de médicos residentes de la Ciudad de México, con el objetivo de comparar la frecuencia de psicopatología en médicos durante el periodo de residencia de acuerdo con las características clínicas y sociodemográficas. Realizaron un estudio transversal con una muestra de 644 médicos, de los cuales, el 56.6% de la muestra fueron mujeres con una media de edad de 29 y un rango de 24 – 48 años. Para la colecta de la información aplicaron los siguientes instrumentos, el Syntom Check List 90 Revised (SCL-90r), Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Plutchik Suicide Risk Scale, Occupational Stress Instrument for Physicians, adicionalmente realizaron algunas preguntas de respuestas dicotómicas.

Entre los participantes el 56.6% informó de un trastorno psiquiátrico y de este grupo, el 41.5% estaba en tratamiento, el 8.1% informó de una historia de intento de suicidio, de los cuales el 32.4% lo intentó durante la residencia, la mayor frecuencia

corresponde a las mujeres 23.5%. Al comparar el riesgo de psicopatología y psicopatología severa, presentaron puntuaciones significativamente mayores en la Escala de Estrés laboral ($OR = 102.7$; IC 95% [96.1, 109.4], $p < .001$), ($OR = 40$; IC 95% [28.2, 53.2], $p < .001$).

Con base en lo anterior se deduce que el consumo de hipnosedantes, psicofármacos, entre los que se encuentran las benzodiazepinas en las mujeres se incrementa con las exigencias del trabajo, la carga laboral, la exposición a la atención personal de usuarios de servicio, horas prolongadas de trabajo, actividad laboral estresante, la edad avanzada y el bajo nivel educativo. El consumo de ansiolíticos y sedantes responde a la necesidad de mejorar el estado de ánimo, disminuir el estrés y evitar la sensación de salud inadecuada (Airagnes et al., 2019; Collel et al., 2014; Gil et al., 2020; Lima et al., 2021; Londoño et al., 2017; Valdivia et al., 2015; Vidal et al., 2020).

Factores personales – Consumo de alcohol

Kautz – Turnbull et al. (2021) realizaron un estudio de cohorte prospectivo con mujeres en el oeste de Ucrania con el objetivo de examinar el efecto de la influencia de la pareja sobre el consumo materno de alcohol y los síntomas depresivos. El consumo de alcohol se evaluó mediante informe materno en el momento de la elegibilidad de las participantes, durante el embarazo con una línea del tiempo y al final del tercer trimestre con el reporte de número de onzas de alcohol consumidas. Sus resultados mostraron que a mayor influencia de la pareja había menor presencia de síntomas de depresión ($\beta = -.31$, $p < .001$), igual relación con el consumo de alcohol ($\beta = -.21$, $p = .04$).

Smith y Gibson (2019) realizaron un estudio comparativo entre parejas de gemelos de una población norteamericana, para comprobar si la tensión y el apoyo del matrimonio se encontraban asociados con el consumo reciente de alcohol. En el estudio midieron el consumo de alcohol con una escala continua de cinco autoinformes. En los

resultados encontraron que la duración del matrimonio se asociaba negativamente con el consumo de alcohol ($b = -.007, p < .01$).

Jang et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el efecto moderador del estado civil en la asociación entre el consumo de sustancias en 6,638 adultos jóvenes norteamericanos que dieron respuesta con respecto al consumo de alcohol. Sus resultados mostraron que tener > 2 consumos excesivos episódicos de alcohol se asociaban significativamente con menores probabilidades de estar casado a los 29/30 años ($OR = 0.82$; $IC_{95\%}[0.87, 1.01]$, $p < .05$). Estar casado a la edad de 29/30 años, en comparación con no haber estado casado nunca, se asoció con menores probabilidades de presentar desorden por consumo de alcohol a la edad de 35 años ($OR = 0.65$; $[0.62, 0.68]$, $p < .05$). El estado civil fue un mediador significativo; no estar casado a los 29/30 años mostró elevadas probabilidades de presentar desorden por consumo de alcohol ($OR = 2.33$; $[2.20, 2.47]$, $p < .05$).

Kendler et al. (2016) llevaron a cabo un estudio correlacional con una muestra de 72,252 participantes de una comunidad sueca, su objetivo fue aclarar la relación entre el matrimonio y el riesgo de trastorno por consumo de alcohol. Los resultados mostraron una edad promedio de 27 años. Entre los resultados identificaron que las mujeres mostraron que la asociación inversa entre el estar casado y el riesgo de trastorno por consumo de alcohol se presentó con mayor frecuencia con un cociente de riesgos instantáneos de ($OR = .27$, $IC_{95\%} [0.26, 0.28]$, $p < .001$).

McAloney et al. (2022) realizaron un estudio longitudinal en una población del Reino Unido, con el objetivo de explorar los cambios auto informados en el consumo de alcohol en el tercer mes del confinamiento en el Reino Unido, estudiaron la asociación de factores sociodemográficos y la preocupación relacionada con el COVID -19. Aplicaron una encuesta en redes sociales logrando una muestra de 1,268 participantes el 70.1% eran mujeres en edades de 18 a 84 años ($M = 35.06$, $DE = 13.04$). En los resultados encontraron que el tener hijos ($\chi^2 = 20.294$; $p < .001[19.9, 42.3]$) percibir

ingresos por encima del promedio ($\chi^2 = 16.827, p = < .001[38.1, 33.3]$), se asociaron con menor probabilidad de mayor consumo de alcohol. En comparación con el resto de la muestra las personas en edad de 18 a 24 años tenían más de 3 veces mayor probabilidad de aumentar el consumo de alcohol ($\chi^2 = 91.644, p < .001[51.1, 25.0]$).

Kim et al. (2022) realizaron un estudio en población coreana con el objetivo de explorar la asociación entre el inicio temprano del consumo de alcohol y el abuso del alcohol en la edad adulta. La muestra se compuso por 16,829 personas de las cuales 8 435 eran mujeres, aplicaron la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición en el periodo de 2016 a 2019. Utilizaron el instrumento AUDIT para identificar trastornos por consumo de alcohol; agruparon las edades en que se inició el consumo de alcohol en cuatro categorías: menores de 16 años, de 16 a 18 años; 19 a 23 años y mayores de 24 años. Para determinar la asociación entre el abuso actual del alcohol y la edad de inicio utilizaron regresión logística. En los resultados encontraron que tenían mayores probabilidades de una puntuación superior a 8 en el AUDIT aquellas personas que iniciaron su consumo antes de los 16 años, en comparación con quienes iniciaron el consumo después de los 24 años ($OR = 2.50$ IC 95% [1.97, 3.17], $p < .001$) en el caso de los hombres y en las mujeres ($OR = 1.66$, IC 95% [1.8, 2.33], $p < .001$).

Cortaza et al. (2022) realizaron un estudio descriptivo transversal en población de jóvenes estudiantes de enfermería en México. El objetivo fue identificar el consumo de alcohol entre estudiantes de enfermería de una universidad de la región de Veracruz. La muestra se encontró representada por 260 estudiantes de enfermería. Recolectaron la información a través de una ficha de datos sociodemográficos y el Cuestionario para Identificar Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT).

Encontraron en sus resultados que el 74.6% eran mujeres con una media de edad de 20.4 años y que el 64.6% de los estudiantes habían bebido al menos una vez en la vida, la edad de inicio de consumo que reportaron fue de 16.3 años. Identificaron hábito de bebida de bajo riesgo en el 59.6% de los estudiantes, hábito de bebida de alto riesgo

en el 4.6% de la muestra y se encontró consumo dependiente en el 0.4%. Entre las razones para beber que reportaron los estudiantes fue probarlo (73.2%). Se encontró relación entre el semestre que cursaban los estudiantes con la edad y el consumo con la familia y con los amigos ($r = .116, p < .01$).

Entre los factores personales que influyen en el consumo o no de alcohol se encuentra el estado civil; las parejas que mantienen una relación estable y duradera tienen menos probabilidades de consumo de alcohol. El tener hijos y un ingreso económico estable que satisface las necesidades de la familia predice un menor consumo de alcohol, así también la edad temprana en el inicio del consumo de alcohol predispone al consumo excesivo o de riesgo y la percepción de que el abuso en el consumo es una práctica social normalizada (Busto et al., 2021; Cortaza et al., 2022; Fernández et al., 2019; Jang et al., 2018; Kautz – Turnbull, 2021; Kendler et al., 2016; Kim et al., 2022; McAloney et al., 2022; Smith & Gibson, 2019).

Factores personales – Consumo de drogas

Nevárez et al. (2021) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de identificar las principales características y variables socioeconómicas asociadas al consumo de drogas ilegales en población mexicana. Utilizaron la información de la Encuesta Nacional de Drogas 2016 – 2017. La muestra se conformó de 56,877 participantes en edades de 12 a 65 años. En sus resultados encontraron que el 75.3% reportó consumo de drogas alguna vez en la vida; las personas de mayor edad, con mayor nivel educativo ($OR = 1.69$; IC 95% [1.50, 1.89]), con pareja ($OR = 0.85$; IC 95% [0.80, 0.90]) y en periodo de crianza de los hijos ($OR = 0.78$, IC 95% [0.73, 0.83]) tienen menos probabilidad de tener consumo reciente de drogas.

López et al. (2018) llevaron a cabo un estudio en población española con personas en atención primaria empleando la herramienta ASSIST (Alcohol, Smoking and Substances Involvement Screening Test). La muestra estuvo compuesta por 441

participantes con edad promedio de 51.3 años. En relación con la edad, el grupo de personas con detección positiva para el consumo de drogas tenía un promedio de edad de 47.1 años, mientras que las personas con promedio de 56.8 años no presentaban riesgo de consumo. Los participantes con bajo nivel socioeconómico presentaron consumo positivo para al menos una sustancia (74.1%) en comparación con el nivel socioeconómico alto (0.8%). En cuanto a los años de escolaridad identificaron riesgo en las personas con menos años de escolaridad.

En un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, realizado en población española con el objetivo de conocer el consumo de medicamentos de venta libre, el tipo de medicamentos de venta libre consumidos y la identificación de los grupos de población que tienen mayor riesgo de consumo de medicamentos de venta libre. El tamaño de la muestra fue de 727 personas. El 75.1% de los participantes eran mujeres, el grupo de edad con mayor representación contaba con 25 años (39.9%). Del total de la muestra, 284 personas tenían estudios universitarios completos o se encontraban terminándolos. El 60.8% se clasificó en un nivel socioeconómico bajo-medio y el 74.5% pertenecía a la población urbana. Se encontró que el 57.1% de las mujeres consumieron más medicamentos de venta libre que los hombres, situación que se observó influenciada por factores como edades entre 56 y 70 años (83.3%); sin educación formal (69.6%); el 28.4% tomaba medicamentos sin receta médica porque conocía la acción del fármaco. Se identificó el 39.2% en el consumo habitual de drogas en mujeres (Sánchez et al., 2021).

Con los anteriores resultados se deriva que dentro de los factores personales, el nivel educativo alto, así como la estabilidad económica con ingresos altos y encontrarse con una pareja estable y en periodo de la crianza de los hijos disminuye la probabilidad en el consumo de drogas (López et al., 2018; Nevárez et al., 2021; Sánchez et al., 2021).

Definición de Términos

A continuación, se presenta la definición de las variables del estudio realizado.

Edad

Para el presente estudio se consideró la edad como el número de años de vida cumplidos de las mujeres trabajadoras al momento de la recolección de los datos, y expresado por la participante.

Nivel Educativo

Se refiere al grado académico alcanzado por las mujeres trabajadoras. La clasificación se realizó ubicándolas en educación primaria, secundaria, preparatoria, educación técnica, profesional y de posgrado. Así mismo, se contempló el número de años cursados.

Categoría laboral

La categoría laboral es el puesto que ocupó la mujer trabajadora en la organización al momento en que se recabó la información:

Manual y/o de intendencia

Personal de apoyo

Personal administrativo

Profesora de asignatura

Técnica académica

Profesora de tiempo completo

Funcionaria

Estado Civil

El estado civil se refiere a la situación de convivencia expresada por las mujeres trabajadoras y se clasificó para el presente estudio como, soltera, casada, en unión libre, separada, divorciada y viuda.

Religión

La religión que la mujer declaró profesar al momento de la entrevista y se clasificó en: Católica, Cristiana, Testigos de Jehová, ninguna religión u otra religión.

La información correspondiente a las variables sociodemográficas se registró a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas.

Estrés Laboral

El estrés laboral es la respuesta de las mujeres con relación a la intensidad y frecuencia de condiciones negativas en el área laboral tales como sobre carga en el trabajo, falta de oportunidades, realización de trabajo en horario libre, entre otras. Se midió a través del Inventario de Estrés Laboral (Marrero, 2011).

Espiritualidad

La espiritualidad es la experiencia interna que tiene la mujer y que se hace evidente a través de la autoconciencia, las prácticas espirituales, las creencias y las necesidades espirituales, como leer materiales espirituales, hacer meditación, considerar la espiritualidad como una guía para tomar decisiones. Se midió a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986).

Inteligencia Emocional

La inteligencia emocional es el conjunto de conocimientos y habilidades emocionales y sociales que influyen en la capacidad general para afrontar de forma efectiva y positiva las demandas del entorno de la mujer trabajadora. Se compone de cinco elementos: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad o ajuste, manejo de estrés y estado de ánimo. Se midió la atención a los sentimientos (nivel de creencia sobre la focalización emocional); claridad emocional (percepción subjetiva sobre las propias emociones; reparación de las emociones (creencia de poder interrumpir y regular los estados emocionales negativos y potenciar los positivos). La inteligencia emocional, se midió con el Inventario de Inteligencia Emocional (EQ-I: Short) (Bar-On, 2002).

Apoyo Familiar

El apoyo familiar se consideró como estrategia de afrontamiento de la salud familiar en función del acompañamiento que percibe la mujer por los diferentes miembros de su familia nuclear o compuesta. Se utilizó el Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar (Lima et al., 2012).

Bienestar Físico (No Consumo de Alcohol, Consumo Sensato de Alcohol, No consumo de benzodiazepinas o Consumo de Benzodiazepinas con Receta Médica)

El bienestar físico considera al no consumo de alcohol se refiere a la no ingesta de bebidas alcohólicas o al consumo sensato o de bajo riesgo de alcohol (consumo de una bebida alcohólica por ocasión y a la no presencia de síntomas derivados del consumo de alcohol). Así mismo se incluyó como bienestar el no consumo de benzodiazepinas (no ingesta de este medicamento), o el consumo de benzodiazepinas con prescripción médica. Ingesta de medicamentos tales como Valium, Xanax, Halción, Ativan con prescripción médica en dosis y presentación específica. Estas variables fueron evaluadas a través de la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas, además se consideraron los reactivos 1 al 3 del Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (Babor et al., 1989; De la Fuente & Kershenobich, 1992).

No Bienestar Físico (Consumo de Alcohol Dependiente o Dañino, Consumo de Benzodiazepinas sin Receta Médica)

El consumo dependiente o de riesgo para las mujeres se refiere a la ingesta de tres a cinco bebidas por ocasión, además de dejar de realizar actividades cotidianas a causa del consumo.

El consumo de alcohol dañino se refiere a la ingesta de seis o más bebidas para las mujeres, además de que sus familiares o personal de salud le hayan manifestado su preocupación por su forma de beber alcohol.

El consumo de benzodiazepinas se refiere a la ingesta de medicamentos tales como Valium, Xanax, Halción, Ativan sin contar con una Prescripción Médica. Se evaluó de acuerdo con lo referido de no contar con prescripción médica y se registró en la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas.

Así mismo, se consideraron las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, último mes y última semana del consumo de alcohol y benzodiazepinas; se incorporaron los reactivos del 4 al 10 de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol. Estas variables se midieron con la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas y la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol [AUDIT] (Babor et al.,1989; De la Fuente & Kershenobich, 1992).

Objetivo General

Determinar la capacidad de predicción del Modelo Explicativo de Estrés Laboral, Autotrascendencia y Bienestar Físico en Mujeres Consumidoras y No Consumidoras de Alcohol y Benzodiazepinas.

Objetivos Específicos

1. Identificar la prevalencia y tipo de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras.
2. Determinar el estrés laboral en mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas.
3. Determinar la espiritualidad en mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas.
4. Determinar la inteligencia emocional en mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas.
5. Determinar el apoyo familiar en mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas.

6. Identificar los factores personales (edad, nivel educativo, estado civil, religión) en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas.

Hipótesis

1. El estrés laboral está asociado de forma positiva con la espiritualidad y la inteligencia emocional.
2. A mayor espiritualidad e inteligencia emocional mayor bienestar (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica).
3. La espiritualidad e inteligencia emocional moderan negativamente el estrés laboral y este tiene un efecto positivo en el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica).

Capítulo II

Metodología

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

Diseño de Estudio

El presente estudio tuvo un diseño descriptivo, cuantitativo, correlacional y predictivo de comprobación de modelo, ya que el propósito del estudio fue proponer un modelo explicativo en el que las variables predicen la conducta de consumo y no consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras (Grove et al., 2015). Se midió la relación entre las variables estrés laboral, la espiritualidad, inteligencia emocional, apoyo familiar, características sociodemográficas, no consumo de alcohol, el consumo sensato de alcohol y el no consumo de benzodiazepinas.

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por 440 mujeres trabajadoras mayores de 18 años que laboraban en una institución educativa pública de nivel superior de la Ciudad de México y que al momento de la entrevista tenían por lo menos 3 meses en el puesto de trabajo actual. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático simple de 1 en 3. El tamaño de la muestra fue determinado mediante el paquete estadístico nQueryAdvisor 7.0 (Elashoff, 2007), con un nivel de confianza del 95%, con un límite de estimación de .04, para un enfoque conservador de 50% ($p=q=1/2$), un efecto de diseño de .09, para una muestra total de 228 participantes.

Criterios de Exclusión

Haber regresado de periodo sabático, vacaciones adicionales o licencia médica, antes de 30 días.

Instrumentos de Medición

En este apartado se describen los instrumentos de medición que se utilizaron para la recolección de información. Se aplicó una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas (CDPHCAB, Apéndice A) y cinco instrumentos. 1) el Inventario de Estrés Laboral (IEL, Apéndice B), 2) la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS, Apéndice C), 3) el Inventario de Cociente Emocional versión corta ([EQ-I], Bar-On, 2002, Apéndice D), 4) el Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar (Apéndice E) y 5) Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT, Apéndice F).

La Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas (CDPHCAB) se conformó de 2 apartados. En el primer apartado se indagó sobre los datos personales tales como la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, el puesto laboral y la religión. En el segundo apartado se preguntó el historial y las prevalencias (global, lápsica, actual e instantánea) del consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres.

Para medir el estrés laboral, se utilizó la Encuesta de Estrés Laboral (JSS) desarrollada por Spielberger y Vagg en 1999 para evaluar las fuentes genéricas de estrés laboral experimentadas por hombres y mujeres, mayores de 18 años en entornos empresariales, industriales y educativos (Apéndice B). Para la aplicación en este estudio se utilizó la adaptación a población latina, de Marrero et al. (2011).

La versión en español está conformada por la escala intensidad y la escala frecuencia, cada ítem en la subescala intensidad se responde del número 1 al 9 para indicar cuando el evento laboral es más o menos estresante, tomando en cuenta la cantidad de energía y tiempo que necesita para enfrentarlo, en comparación con el punto de corte que corresponde al número 5 que es el promedio de grado de estrés. La subescala frecuencia se mide de 0 a 9, puntuación que indica la frecuencia de ocurrencia de los eventos estresantes en el trabajo.

La escala intensidad contiene las subescalas presión en el trabajo (2a, 4a, 5a, 9a, 11a, 20a, 23a, 24a, 25a y 27a) para esta subescala la puntuación mínima es 10 y la máxima 90, por lo que al presentarse una puntuación mayor de 45 indica una intensa presión en el trabajo; falta de apoyo social (6a, 10a, 17a, 28a, 29a), la puntuación considerada como mínima es 5, mientras que la máxima es 45, puntuaciones por arriba de 25 expresan mayor falta de apoyo social. En la subescala factores organizacionales (1a, 7a, 12a, 13a, 14a, 15a, 16a, 18a, 21a, 22a, 26a, 30a) en la cual, la mínima puntuación es 12 y la máxima es 108 puntos, puntuaciones por arriba de 54 se consideran falta de organización en el trabajo.

La subescala denominada falta de realización profesional reúne los reactivos 3a, 8a, 19a; una puntuación mayor de 15 indica intensidad en la falta de realización profesional en el trabajo.

La escala frecuencia se mide 0 a 9 y a su vez contiene la subescala presión en el trabajo que incluye: 2b, 4b, 5b, 9b, 11b, 20b, 23b, 24b, 25b y 27b, evalúan la experiencia negativa, una puntuación mayor de 42 expresa que la persona con frecuencia tiene presión en el trabajo. Los ítems 6b, 10b, 17b, 28b, y 29b manifiestan en la subescala falta de apoyo social, por lo que al obtenerse una puntuación mayor de 19 indica que la persona experimenta frecuentemente falta de apoyo social en el trabajo. En cuanto a la subescala falta de organización, los ítems que la conforman son 1b, 7b, 12b, 13b, 14b, 15b, 16b, 18b, 21b, 22b, 26b y 30b, una puntuación por arriba de 42 indica la falta de organización en el trabajo.

Con respecto a la subescala falta de realización profesional, cuando la puntuación de los ítems 3b, 8b y 19b es mayor que 12 manifiesta la frecuencia con la que la persona frecuentemente experimenta falta de realización profesional en el trabajo. Cabe señalar que este instrumento ha sido utilizado en Cuba y en población mexicana (Marrero et al., 2011; Reyes et al., 2017) donde ha mostrado Alphas de Cronbach que van de entre .85 a .93, las cuales se consideran aceptables.

La Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), elaborada por Reed en 1987 para población norteamericana (Apéndice C), mide un conocimiento de sí mismo, a un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo. El instrumento se basa en la conceptualización de espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos donde se aumenta la conciencia de la mortalidad. La escala consta de 10 enunciados que se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, donde a mayor puntaje mayor espiritualidad.

El instrumento consta de una subescala denominada prácticas espirituales (reactivos del 1 al 4), y otra subescala denominada creencias espirituales (del 5 al 10); ambas se califican en un rango de 1 a 6, para un puntaje total de 24 la primera subescala y 36 la segunda. Las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) nunca, 2) menos de una vez al año, 3) más o menos una vez al año, 4) más o menos una vez al mes, 5) más o menos una vez a la semana y 6) más o menos una vez al día. Las preguntas del 5 al 10 son respondidas de la siguiente manera: 1) extremadamente en desacuerdo, 2) desacuerdo, 3) en desacuerdo más que en acuerdo, 4) de acuerdo más que en desacuerdo, 5) de acuerdo y 6) extremadamente de acuerdo. Se obtuvieron índices de cada subescala y de la escala en general, donde a mayor puntaje mayor es el índice de espiritualidad.

La escala original mostró un Alpha de Cronbach de .90 (Reed, 1987) con una muestra de 300 personas en población norteamericana; en un estudio utilizando la Escala de Perspectiva Espiritual con una muestra de 223 estudiantes universitarios latinos y no latinos, Campesino, Belyea y Schwartz (2009) obtuvieron un Alpha de Cronbach de .89 para la población latina y .94 para los universitarios no latinos. En otro estudio con población latina y con el objetivo de determinar el bienestar espiritual y su relación con variables demográficas en profesionales dentro de un área de cuidados intensivos y se obtuvo un Alpha de Cronbach de .82 (Ruíz, 2021).

La Inteligencia Emocional (Apéndice D) se midió a través del Inventario de Cociente Emocional (EQ-I) (Bar-On, 2002). El modelo de Bar-On (1997, 2000, 2002), describe una sección transversal de competencias emocionales y sociales interrelacionadas con habilidades y facilitadores que impactan el comportamiento inteligente. En su versión corta, el EQ-I, tiene por objetivo identificar el grado en el que se presentan los componentes emocionales y sociales en la conducta, mediante el auto reporte, el cual se utilizó en este estudio.

La versión corta del EQ-I (Bar-On, 2002), se validó en población norteamericana está compuesta de 51 reactivos, el instrumento se divide en cinco factores generales: 1) el factor intrapersonal evalúa las habilidades de autoconciencia emocional, autoestima personal, asertividad, auto actualización e independencia (ítems 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 44, 48, 50); 2) el interpersonal comprende las subescalas de empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social (ítems 2, 8, 14, 20, 25, 32, 38, 43, 47, 51); 3) la adaptabilidad, incluye las habilidades de solución de problemas, comprobación de la realidad y flexibilidad (ítems 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41); 4) la gestión del estrés, compuesta por las subescalas de tolerancia al estrés y control de impulsos (ítems 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 45) y factor 5) estado de ánimo, integrada por las sub escalas de felicidad y optimismo (ítems 1, 7, 13, 19, 26, 31, 37, 42, 46, 49).

El instrumento cuenta además con una escala de impresión positiva y un índice de inconsistencia como medidas de validez (6, 12, 18, 24, 30, 36). Se presenta con una escala tipo Likert de 5 puntos que va de los extremos “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”; la suma de todos los reactivos (incluidos los reactivos con valor negativo 3, 4, 8, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 26, 27, 28, 33, 34, 37, 39, 40, 44, 45, 48, 49, 50), excepto los de la escala de impresión positiva, muestra la puntuación total, de esta manera, el puntaje puede variar entre 45 y 225 y cuanto mayor sea el puntaje más alta será la inteligencia emocional; la versión corta ha sido validada al español por López-Zafra et al. (2014) en población de estudiantes universitarios de diferentes provincias de

España. En población latina (Lima, Perú) se validó la versión corta del instrumento por Ugarriza (2001) obteniendo un Alpha de Cronbach total de .93.

La versión corta reporta niveles de consistencia interna aceptables ($\alpha = 0.70$), (Bar-On, 2002). En un estudio realizado en población mexicana, el instrumento mostró un Alpha de Cronbach de .93 (Villarreal et al., 2020).

El apoyo familiar (Apéndice E), se midió a través del instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar de Lima et al. (2012) desarrollado para población hispana. Este instrumento consta de 42 reactivos con cinco subescalas que evalúan: 1) clima familiar (ítems 1-9), 2) integridad familiar (ítems 10 - 17), 3) funcionamiento familiar (ítems 18 - 26), 4) resistencia familiar (ítem 27 - 36) y 5) afrontamiento familiar (ítems 37 - 42). El instrumento se administra en forma de escala con tres opciones de respuesta: casi nunca (0), a veces (1) y casi siempre (2), donde a mayor puntaje se considera mayor apoyo familiar.

La escala original, mostró una consistencia interna de $\alpha = 0.79$ (Lima et al., 2012). En un estudio realizado en España por Lima et al. (2021), mostró un Alpha de Cronbach de 0.97. Así mismo, Laguado & Caballero (2016) llevaron a cabo una investigación en población colombiana, donde mostró un Alpha de Cronbach de 0.89.

El último instrumento es la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol [AUDIT] (Apéndice F), desarrollado por la OMS (1982) y validado para la población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992). La escala evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Se encuentra conformada por 10 reactivos, en los cuales del uno al tres se indica la cantidad y frecuencia de consumo y determina el consumo sensato (sin riesgo), los reactivos del cuatro al seis determinan el consumo dependiente (de riesgo) y del siete a diez determinan el consumo dañino (perjudicial).

Los resultados oscilan de cero a cuarenta puntos, la calificación de uno a tres puntos se considera consumo sensato (sin riesgo), el resultado de cuatro a siete puntos

tiene connotación de consumo dependiente (de riesgo) y el reporte de ocho a más puntos se concibe como consumo dañino (perjudicial).

Los autores reportaron una sensibilidad del 80% y una especificidad de 95% (De la Fuente & Kershenobich, 1992). Este instrumento fue utilizado en población mexicana donde se reportó un Alpha de Cronbach de 0.80 (Almaraz & Alonso, 2016).

Proceso de Recolección de Datos

Para llevar a cabo la recolección de los datos, se solicitó la aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez obtenida la aprobación, el investigador se puso en contacto con las autoridades de la institución educativa donde laboran las participantes para explicar los objetivos del estudio. Así mismo, se solicitó la autorización por escrito al Comité de Ética e Investigación de la institución.

Una vez obtenida la autorización, se solicitó una lista de las trabajadoras en cada una de las categorías laborales de la institución. Posteriormente, se contactó personalmente en sus áreas de trabajo con cada una de las mujeres que fueron seleccionadas y se les invitó a participar. A aquellas personas que aceptaron participar, se les informó sobre el lugar, los días y horarios en los que se llevaría a cabo el llenado de los instrumentos. Para ello se tomó en cuenta la disponibilidad de las participantes para adaptar la aplicación a sus horarios específicos.

Se requirió de un área determinada aislada del ruido y de otros espacios para respetar la confidencialidad y anonimato de las participantes, para llevar a cabo la recolección de los datos. Por lo cual, se solicitó un aula a las autoridades de la institución y se realizó la programación de días y horarios para ser proporcionada a las participantes sin que se afectara su horario laboral. El aula contó con espacio para máximo 20 personas con adecuada iluminación y ventilación, para que cada participante se situara a una distancia considerable y se asegurara la privacidad. Así mismo, se consideraron en todo momento las indicaciones sanitarias por pandemia de COVID-19.

El investigador principal procedió a la recolección de los datos. Una vez iniciado el procedimiento, el autor principal, explicó los objetivos del estudio nuevamente a las participantes y proporcionó el consentimiento informado. Se les pidió a las trabajadoras que leyeran y en caso de aceptar, firmaran el consentimiento informado, el cual señalaba la no existencia de ningún riesgo relacionado con la participación de la trabajadora en el estudio. Así mismo, a quienes no aceptaron participar, se les agradeció y se informó que su decisión no afectaría su situación en la institución; en este caso se encontró solo una participante que decidió no participar por considerar que la información a proporcionar era confidencial.

Una vez firmado el consentimiento, se les proporcionaron los instrumentos en un sobre amarillo en el siguiente orden: 1) Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas, 2) Inventario de Estrés Laboral, 3) Escala de Perspectiva Espiritual, 4) el Inventario de Cociente Emocional, 5) Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar y 6) la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol, haciendo énfasis en la confidencialidad en el manejo de la información.

Una vez concluido el llenado de los instrumentos, se les pidió a las participantes que los guardaran en el sobre amarillo cerrado y lo depositarán en una caja forrada que posteriormente se cerró y que se encontraba localizada al final del aula. Así mismo, se les informó que, los cuestionarios serían resguardados por el autor principal del estudio por un periodo de 2 años y posteriormente, serían destruidos. Por último, se les agradeció su participación en el estudio a las trabajadoras y las autoridades de la institución.

Cuando alguna de las trabajadoras decidió no continuar con el llenado de los instrumentos, se le agradeció su participación; se le indicó que no habría repercusión en su estatus laboral y se cancelaron las respuestas hasta el avance en que decidió interrumpir su participación, situación que se presentó en una sola ocasión. Durante el

llenado de los instrumentos, una de las participantes presentó cierta reacción emotiva, se le invitó a salir del aula, se le preguntó si requería ser acompañada en ese momento y si tenía la necesidad de ser escuchada, el investigador principal permaneció con ella durante el tiempo necesario. Cuando la incomodidad desapareció, se invitó a la participante a continuar con el llenado de los instrumentos.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987) en su última reforma publicada en 2014, en el cual se establece que, para el desarrollo de investigación en salud, se deben contemplar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos, en los artículos que a continuación se mencionan.

Se consideró lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe permanecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo que se respetó la decisión de las mujeres a participar o no en la investigación; además de ser tratadas de forma profesional y cordial. Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones I, V, VI, VII, VIII y IX el desarrollo de la investigación se llevó a cabo de acuerdo con los principios científicos y éticos que la justifican. Posterior a la autorización de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de las autoridades y el Comité de Ética de la institución sede, se llevó a cabo el estudio.

De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 16, se establece la protección a la privacidad de las participantes, para lo cual se contó con un espacio designado por las autoridades de la institución, donde la participante se encontró en completa libertad de contestar sin ser observada por sus compañeras. Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio es considerado de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención sobre variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los

participantes. Sin embargo, se utilizaron instrumentos que podrían causar emociones negativas, por lo que se tuvo prevista la suspensión temporal de la recolección de los datos, para retomarse cuando el participante lo decidiera.

Para que el consentimiento informado tuviera validez, se acató lo estipulado en el Capítulo I, Artículo 20 y 21 en sus Fracciones I, III, VI, VII y VIII. En la Fracción VI se garantizó a la participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información; de acuerdo con la Fracción VII, se informó a la participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición en la institución; y en la Fracción VIII se protegerá la confidencialidad y el anonimato del sujeto al no identificarlo por su nombre.

De acuerdo con lo anterior, se consideró lo expuesto en el Artículo 22 correspondiente a la formulación del consentimiento informado en sus Fracciones I, II y III, a fin de cumplir con los requisitos de su enunciación. Se respetó lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57 y 58 que señalan que las participantes son un grupo subordinado, por ser mujeres trabajadoras de una institución. La participación fue voluntaria y no estuvo influenciada por ninguna autoridad de la institución, además, se garantizó que los resultados no serían utilizados para causarles algún prejuicio ya que se mostrarán de forma general y no individualmente.

Plan de Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 25.0 para Windows (Arbuckle, 2009). Primeramente, se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach. Posteriormente, se obtuvo estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas se realizó mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. Para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas se aplicó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, donde se

identificó que algunos de los datos presentaron distribución normal y otros distribución no normal, por tal motivo se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para dar respuesta a los objetivos e hipótesis.

Para responder al objetivo general que señala determinar la capacidad de predicción del Modelo Explicativo de Estrés Laboral, Autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre Bienestar Físico en Mujeres se utilizó un Modelo de Regresión Logística.

Para responder al objetivo uno que propone identificar la prevalencia y tipo de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras se analizó a través de frecuencias, proporciones y estimación puntual con Intervalos de Confianza al 95%. Para los objetivos dos, tres y cinco que establecen determinar el estrés laboral, espiritualidad y el apoyo familiar en mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, para responder el objetivo cuatro de la diferencia de inteligencia emocional en mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas se utilizó la prueba t de Student.

Para dar respuesta al objetivo seis que menciona identificar los factores personales (edad, nivel educativo, estado civil, religión) en las mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras, se utilizó la prueba Chi Cuadrada de Pearson, debido a que las variables son categóricas.

En cuanto a la hipótesis 1, que hace referencia a que el estrés laboral está asociado de forma positiva con la espiritualidad y la inteligencia emocional. Se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, debido a que no se presentó distribución normal en las variables que incluye la hipótesis 1.

Respecto a la hipótesis 2 que refiere que a mayor espiritualidad e inteligencia emocional mayor bienestar (no consumo de alcohol y benzodiazepinas), el análisis de esta hipótesis se realizó a través de un Modelo de Regresión Logística.

En las hipótesis tres que establece que la espiritualidad e inteligencia emocional moderan negativamente el estrés laboral y este tiene un efecto positivo en el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato, no consumo de benzodiazepinas y consumo con prescripción médica) se utilizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para su análisis.

Cabe mencionar que para medir el bienestar se identificaron algunos criterios, entre ellos el que las participantes nunca en su vida hubieran consumido alcohol, posteriormente se identificó a las participantes que mencionaron consumo sensato de alcohol y no consumo de benzodiazepinas o el consumo de benzodiazepinas con receta médica todo esto en el último año. Para llevar a cabo la medición del no bienestar, se contemplaron los criterios tales como que las participantes reportaran consumo de alcohol dependiente o dañino, además que las mujeres informaran consumo de benzodiazepinas sin contar con receta médica en el último año. Posteriormente se creó una nueva variable donde se clasificaron el bienestar y no bienestar, una vez que las participantes cumplían con cada uno de los criterios mencionados anteriormente.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio, se muestra la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y del historial de consumo de alcohol y benzodiazepinas. Posteriormente se presenta la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Consistencia Interna de los Instrumentos

Instrumento/Subescala	<i>n</i>	No. de		α
		reactivos	Reactivos	
Inventario de Estrés Laboral	228 ^a	60	1 al 60	.96
Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)	228 ^a	10	1 al 10	.92
Prácticas Espirituales	228 ^a	4	1 al 4	.85
Creencias Espirituales	228 ^a	6	5 al 10	.92
Inventario de Cociente Emocional (EQ-I:Short)	228 ^a	51	1-51	.77
Cuestionario de Autopercepción del Estado de Salud Familiar	228 ^a	42	1- 42	.94
Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT)	180 ^b	10	1-10	.83
Consumo sensato	180 ^b	3	1- 3	.75
Consumo dependiente	180 ^b	3	4 - 6	.65
Consumo dañino	180 ^b	4	7- 10	.62

Nota: ^a*n* = muestra total; ^b*n* = consumidores de alcohol en el último año; α = Alpha de Cronbach.

En la tabla 1 se hace referencia a la consistencia interna de los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio, el Inventario de Estrés Laboral mostró un Alpha de Cronbach de .96, la Escala de Perspectiva Espiritual presentó un Alpha de Cronbach de .92. En el Inventario de Cociente Emocional se obtuvo un Alpha de Cronbach de .77; el Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar mostró un Alpha de Cronbach de .94. La Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) mostró un Alpha de Cronbach de .83, mientras que en la subescala de consumo sensato de alcohol el Alpha encontrado fue de .75; en la subescala del consumo de alcohol dependiente, el Alpha de Cronbach fue de .65 y finalmente la subescala de consumo dañino de alcohol reportó un Alpha de .62. Cómo se observa los instrumentos en general reportaron confiabilidad aceptable (Corral, 2009) no así la subescala de consumo dependiente y consumo dañino que obtuvieron menos de .70 de Alpha de Cronbach probablemente por el número limitado de consumidores de alcohol.

Estadística Descriptiva

Para conocer las características de la población de estudio se procedió a la realización de estadística descriptiva.

Tabla 2

Características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, religión, categoría laboral)

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
19 - 25 años	27	11.8
26 - 30 años	28	12.2
31 - 35 años	36	15.8
36 - 40 años	30	13.2
41 - 45 años	20	8.8
46 - 50 años	19	8.4
51 - 55 años	30	13.2
56 - 60 años	21	9.2
60 - 70 años	17	7.4

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

Tabla 2

Características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, religión, categoría laboral)

Variable	<i>f</i>	%
Estado civil		
Soltera	98	43.0
Casada	65	28.5
Unión libre	31	13.6
Divorciada	24	10.5
Viuda	10	4.4
Nivel Educativo		
Primaria	1	0.4
Secundaria	14	6.2
Preparatoria	31	13.5
Técnica	28	12.2
Licenciatura	81	35.5
Posgrado	73	32.2
Religión		
Católica	181	79.4
Cristiana	15	6.6
Testigo de Jehová	2	0.8
Otra	2	0.8
Ninguna	28	12.4
Categoría laboral		
Manual y/o de intendencia	16	7.0
Personal de apoyo	21	9.2
Personal administrativo	69	30.3
Profesora de asignatura	92	40.4
Técnica académica	6	2.6
Profesora de tiempo completo	15	6.6
Funcionaria	9	3.9

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; n = 228.

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de las participantes, el 43% de las mujeres refieren que su estado civil es de solteras; el 35.5% de las participantes realizaron estudios de licenciatura y el 32.2% cuenta con estudios de posgrado; el 79.4% profesa la religión católica y el 40.4% ocupa la categoría laboral de profesora de asignatura.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos utilizados en el presente estudio, tales como el Inventario de Estrés laboral (JSS), Escala de Perspectiva Espiritual de Reed, Inventario de Inteligencia Emocional (EQ-I:Short), Instrumento de Autopercepción del Estado de Salud Familiar, y la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT).

Tabla 3

Frecuencias y Proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Presión en el trabajo

Presión en el trabajo	Nivel de Estrés					
	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
2a. Tengo que realizar trabajos en mi tiempo libre	87	38.2	81	35.5	60	26.3
4a. Me asignan tareas nuevas muy a menudo	101	44.3	90	39.5	37	16.2
5a. Tengo compañeros de trabajo que no cumplen con sus funciones	83	36.4	66	28.9	79	34.7
9a. Tengo que realizar tareas que no están en mi contenido de trabajo	113	49.6	63	27.6	52	22.8
11a. Cada vez me asignan más responsabilidades	100	43.9	79	34.6	49	21.5
20a. Competencia por el ascenso	84	36.8	72	31.6	72	31.6
23a. Me interrumpen con frecuencia	114	50.0	74	32.5	40	17.5

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; n = 228.

Tabla 3

Frecuencias y Proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Presión en el trabajo (Continuación)

Presión en el trabajo	Nivel de Estrés					
	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
24a. Cambio frecuente de actividades aburridas a otras con mucha exigencia	129	56.6	77	33.8	22	9.6
25a. Papeleo excesivo	118	51.8	57	25.0	53	23.2
27a. Insuficiente tiempo para receso y almuerzo	108	47.4	67	29.4	53	23.2

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; n = 228.

La tabla 3 muestra los datos descriptivos de la subescala presión en el trabajo de la escala de estrés laboral – intensidad, al respecto de si tienen que realizar trabajos en su tiempo libre, el 61.8% refiere niveles medios y altos de estrés. Así mismo se identificó que el 63.6% presentó niveles medios y altos de estrés cuando mencionan que tienen compañeros que no cumplen con sus funciones. Por otro lado, también es importante mencionar que el 63.2% indicó estrés medio y alto por la competencia por el ascenso. Cabe mencionar que cuando se cuestiona acerca del papeleo excesivo el 51.8% refiere niveles bajos de estrés; al respecto de si cuenta con insuficiente tiempo para el receso y almuerzo, el 52.6% refirió niveles medios y altos de estrés.

Tabla 4

Frecuencias y Proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Falta de Apoyo

Social

Falta de Apoyo Social	Nivel de Estrés					
	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
6a. No cuento con el apoyo de mi jefe	126	55.3	55	24.1	47	20.6
10a. La calidad de los equipos es pobre o inadecuada	115	50.4	73	32.1	40	17.5
17a. Insultos personales entre colegas	140	61.4	45	19.7	43	18.9
28a. Tengo con frecuencia que cubrir el trabajo de otro empleado	134	58.8	54	23.7	40	17.5
29a. Compañeros de trabajo poco motivados	93	40.8	67	29.4	68	29.8

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 4 se presentan los datos descriptivos correspondientes a las frecuencias y proporciones del inventario de estrés laboral de la subescala falta de apoyo social; el 50.4% presentó nivel bajo de estrés cuando se le preguntó si la calidad de los equipos es pobre o inadecuada. Ante la pregunta de si hay insultos personales entre colegas el 61.4% presentó un nivel bajo de estrés; referente a si tenían que cubrir con frecuencia el trabajo de otro empleado, el 58.8% presentó nivel bajo de estrés; referente a si sus compañeros de trabajo estaban poco motivados, el 59.2% mostró niveles medios a altos de estrés.

Tabla 5*Frecuencias y Proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Factores**organizacionales*

Factores organizacionales	Nivel de Estrés					
	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1a. Me asignan tareas con las que estoy en desacuerdo	90	39.5	88	38.6	50	21.9
7a. Hay mal manejo de las situaciones de crisis	95	41.7	75	32.9	58	25.4
12a. Tengo periodos de inactividad	147	64.5	59	25.9	22	9.6
13a. Confronto dificultades con los jefes	130	57.0	67	29.4	31	13.6
14a. Experimento actitudes negativas hacia la institución	158	69.3	51	22.4	19	8.3
15a. El personal es insuficiente para cumplir con las tareas	109	47.8	67	29.4	52	22.8
16a. Ante situaciones críticas se toman decisiones sin analizar con detenimiento	102	44.7	75	32.9	51	22.4
18a. Falta de participación de los trabajadores para establecer políticas	100	43.9	68	29.8	60	26.3
21a. Supervisión inadecuada o insuficiente	99	43.4	72	31.6	57	25.0
22a. Ruido en el puesto de trabajo	115	50.4	72	31.6	41	18.0
26a. Metas de cumplimiento excesivas	104	45.6	80	35.1	44	19.3
30a. Conflicto con otros departamentos	134	58.8	49	21.5	45	19.7

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 5 se presentan los resultados de la subescala factores organizacionales de la escala intensidad; donde los participantes expresaron que cuando se les asignan tareas con las que se encuentra en desacuerdo el 60.5% mostró niveles medios a altos de estrés. El 58.3% refirió niveles medios a altos de estrés cuando se cuestiona acerca de si hay mal manejo de las situaciones de crisis; al respecto de si tiene periodos de inactividad, el 64.5% presentó niveles bajos de estrés. El 57% mostró un nivel bajo de estrés en lo referente a si confrontó dificultades con los jefes; el 69.3% presentó niveles bajos de estrés al respecto de si experimentó actitudes negativas hacia la institución; el 47.8% presentó niveles bajos de estrés en la pregunta al respecto de si el personal es insuficiente para cumplir con las tareas.

El 44.7% mostró niveles bajos de estrés sobre si ante situaciones críticas se toman decisiones sin analizarlas con detenimiento; un 43.9% señaló un nivel bajo de estrés sobre la falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones para establecer políticas. El 56.6% mostró niveles medios a altos de estrés acerca de si existe supervisión inadecuada o insuficiente; el 50.4% presentó nivel bajo de estrés sobre la presencia de ruido en el puesto de trabajo. El 52.2% señaló niveles que van de medio a alto acerca de metas de cumplimiento excesivo; respecto a conflictos en otros departamentos el 58.8 % mostró un nivel bajo de estrés.

Tabla 6

Frecuencias y Proporciones del Inventario de Estrés Laboral (JSS) Falta de Realización Laboral

Falta de Realización Laboral	Nivel de Estrés					
	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3a. Me faltan oportunidades para desarrollarme profesionalmente	107	46.9	70	30.7	51	22.4
8a. Tengo falta de reconocimiento por el buen trabajo realizado	111	48.7	68	29.8	49	21.5
19a. Salario insuficiente	82	36.0	56	24.5	90	39.5

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 6 se muestran los resultados descriptivos de la sub escala falta de realización laboral, al respecto de si le faltan oportunidades para desarrollarse profesionalmente, el 53.1% señaló niveles medios a altos de estrés, mientras que en lo correspondiente a si tiene falta de reconocimiento por el buen trabajo realizado, el 51.3% presentó niveles medios a altos de estrés. Un dato relevante corresponde al caso de si considera su salario insuficiente, el 39.5% presentó alto nivel de estrés.

Tabla 7

Frecuencias y Proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: Prácticas Espirituales

Prácticas Espirituales	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos de una vez al	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la	Más o menos una vez al día
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?	31 (13.6)	33 (14.5)	21 (9.2)	57 (25.0)	48 (21.0)	38 (16.7)
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?	38 (16.7)	28 (12.3)	28 (12.3)	53 (23.2)	46 (20.2)	35 (15.3)
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?	42 (18.4)	43 (18.9)	44 (19.3)	44 (19.3)	34 (14.9)	21 (9.2)
4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?	24 (10.5)	19 (8.3)	10 (4.4)	35 (15.4)	44 (19.3)	96 (42.1)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 7 se presentan los resultados descriptivos correspondientes a las frecuencias y proporciones de la escala de perspectiva espiritual de Reed en la subescala de prácticas espirituales, acerca de que cuando se encuentra hablando con su familia cuantas veces menciona usted asuntos espirituales, el 25% señaló que más o menos una vez al mes. Al respecto de cuantas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales, el 23.2% refirió que lo hace más o menos una vez al mes.

Con respecto a cuantas veces la participante reza en privado o hace meditación el 42.1% señaló que lo hace más o menos una vez al día, mientras que el 19.3% de las mujeres participantes refirió que lo hace más o menos una vez a la semana.

Tabla 8

Frecuencias y Proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: Creencias Espirituales

Creencias espirituales	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
Creencias Espirituales	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad	9 (3.9)	12 (5.3)	15 (6.6)	23 (10.1)	110 (48.2)	59 (25.9)
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria	16 (7.0)	28 (12.3)	21 (9.2)	41 (18.0)	80 (35.1)	42 (18.4)
7. Sus creencias espirituales son una parte importante en su vida	13 (5.7)	17 (7.5)	16 (7.0)	39 (17.1)	92 (40.3)	51 (22.4)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

Tabla 8

Frecuencias y Proporciones de la Escala de Perspectiva Espiritual de Reed: Creencias Espirituales (Continuación)

Creencias espirituales	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
Creencias Espirituales	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria	18 (7.9)	18 (7.9)	9 (3.9)	40 (17.5)	88 (38.6)	55 (24.2)
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida	15 (6.7)	29 (12.8)	21 (9.3)	30 (13.2)	79 (34.6)	54 (23.4)
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida	19 (8.3)	32 (14.0)	27 (11.8)	30 (13.2)	72 (31.6)	48 (21.1)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 8 se muestran los datos descriptivos de la escala de perspectiva espiritual de Reed (2018) en la subescala de las creencias espirituales, respecto a que el perdón es una parte importante de su espiritualidad, el 48.2% de las participantes indicó estar de acuerdo. Con respecto a si sus creencias espirituales son una parte importante en su vida, el 40.3% de las mujeres participantes indicó estar de acuerdo. Así mismo, acerca de si frecuentemente se siente muy cerca de Dios o a un “poder más grande” en

momentos importantes de su vida diaria, el 38.6% de las mujeres señaló estar de acuerdo.

Tabla 9

Frecuencias y Proporciones de Inteligencia Emocional: Factor Intrapersonal

Reactivo	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
3. No puedo expresar mis ideas a otros	53 (23.2)	58 (25.4)	69 (30.3)	30 (13.2)	18 (7.9)
9. Prefiero que otros tomen decisiones por mí	138 (60.5)	50 (21.9)	22 (9.6)	13 (5.7)	5 (2.3)
15. Me cuesta entender cómo me siento	72 (31.6)	54 (23.7)	57 (25.0)	26 (11.4)	19 (8.3)
21. En los últimos años he logrado poco (nada)	98 (43.0)	51 (22.4)	39 (17.1)	26 (11.4)	14 (6.1)
27. Es difícil para mí tomar decisiones por mi cuenta	120 (52.6)	49 (21.5)	41 (18.0)	13 (5.7)	5 (2.2)
33. Es difícil expresar mis sentimientos íntimos	62 (27.2)	41 (18.0)	56 (24.6)	45 (19.7)	24 (10.5)
39. Soy más seguidora que líder	54 (23.7)	48 (21.1)	77 (33.7)	36 (15.8)	13 (5.7)
44. Otros piensan que me falta asertividad (forma de expresar lo que se piensa o quiere de manera clara y respetuosa)	68 (29.8)	59 (25.9)	50 (21.9)	34 (14.9)	17 (7.5)
48. Es difícil para mí describir mis sentimientos	69 (30.3)	45 (19.7)	63 (27.6)	28 (12.3)	23 (10.1)
50. Es difícil para mí defender mis derechos	85 (37.3)	50 (21.9)	43 (18.9)	34 (14.9)	16 (7.0)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

La tabla 9 muestra los datos descriptivos del inventario de inteligencia emocional (EQ-I:Short), en la subescala correspondiente al factor intrapersonal, referente a que la participante no puede expresar sus ideas a otros el 30.3% indicó que rara vez es su caso. Al respecto de si prefiere que otros tomen decisiones por ella, el 60.5% indicó que rara vez o nunca es su caso. En cuanto a que si en los últimos años ha logrado poco (nada), el 43% indicó que rara vez o nunca es su caso. Con respecto a si es difícil tomar decisiones por su cuenta, el 52.6% indicó que rara vez o nunca es su caso y referente a si es difícil defender sus derechos, el 37.3% indicó que rara vez o nunca es su caso.

Tabla 10

Frecuencias y Proporciones de Inteligencia Emocional: Factor Interpersonal

Factor interpersonal	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
2. Me gusta ayudar a las personas	0.0 (0.0)	6 (2.6)	37 (16.3)	75 (32.9)	110 (48.2)
8. No puedo entender cómo se sienten otras personas	62 (27.2)	73 (32.0)	56 (24.6)	26 (11.4)	11 (4.8)
14. Soy buena para comprender cómo se sienten otras personas	15 (6.6)	15 (6.6)	57 (25.0)	83 (36.4)	58 (25.4)
20. Mis amigos pueden decirme cosas íntimas (personales) sobre ellos mismos	11 (4.8)	10 (4.5)	22 (9.6)	68 (29.8)	117 (51.3)
25. Me importa lo que les pase a otras personas	16 (7.1)	15 (6.6)	63 (27.6)	68 (29.8)	66 (28.9)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

Tabla 10*Frecuencias y Proporciones de Inteligencia Emocional: Factor Interpersonal**(Continuación)*

Factor interpersonal	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
32. Mis relaciones cercanas significan mucho para mí y para mis amigos	9 (3.9)	7 (3.2)	29 (12.7)	73 (32.0)	110 (48.2)
38. Puedo respetar a los demás	7 (3.1)	10 (4.4)	18 (7.9)	60 (26.3)	133 (58.3)
43. Soy sensible al sentimiento de los demás	8 (3.5)	15 (6.6)	50 (21.9)	78 (34.2)	77 (33.8)
47. Tengo buenas relaciones con los demás	7 (3.1)	5 (2.1)	41 (18.0)	95 (41.7)	80 (35.1)
51. La gente piensa que soy sensible	35 (15.4)	35 (15.4)	66 (28.9)	50 (21.9)	42 (18.4)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 10 se presentan los datos descriptivos de la subescala correspondiente al factor interpersonal, sobre si le gusta ayudar a las personas, el 48.2% de las mujeres participantes indicó que con mucha frecuencia o siempre es su caso. Al respecto de si sus amigos pueden decirle cosas íntimas (personales) sobre ellos mismos, el 51.3% de las mujeres indicó que con mucha frecuencia o siempre es su caso y referente a si sus relaciones cercanas significan mucho para ella y para sus amigos, el 48.2% de las mujeres señaló que con mucha frecuencia o siempre es su caso. Al respecto de si puede respetar a los demás, el 58.3% indicó que con mucha frecuencia o siempre es su caso.

A continuación se presentan las frecuencias y proporciones correspondientes a la inteligencia emocional en la dimensión del factor adaptabilidad.

Tabla 11*Frecuencias y Proporciones de Inteligencia Emocional: Factor Adaptabilidad*

Factor adaptabilidad	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucho frecuencia o siempre es mi caso
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
5. Mi enfoque para superar las dificultades es avanzar paso a paso	3 (1.2)	15 (6.6)	51 (22.4)	92 (40.4)	67 (29.4)
11. Trato de ver las cosas como realmente son, sin fantasear y soñar despierto sobre ellas	18 (7.8)	20 (8.8)	35 (15.4)	87 (38.2)	68 (29.8)
17. Cuando me enfrento a una situación difícil, me gusta recopilar toda la información que pueda sobre ella	18 (7.9)	13 (5.7)	62 (27.2)	76 (33.3)	59 (25.9)
23. Me gusta obtener una visión general de un problema antes de intentar resolverlo	12 (5.3)	16 (7.0)	60 (26.3)	84 (36.8)	56 (24.6)
29. Cuando enfrento un problema, lo primero que hago es parar y pensar	18 (7.9)	17 (7.4)	64 (28.1)	78 (34.2)	51 (22.4)
35. Cuando trato de resolver un problema, miro cada posibilidad y decido la mejor manera de resolverlo	10 (4.4)	15 (6.6)	55 (24.1)	86 (37.7)	62 (27.2)
41. Al manejar situaciones que surgen, trato de pensar en todos los enfoques que pueda	18 (7.9)	15 (6.5)	56 (24.6)	85 (37.3)	54 (23.7)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 11 se presentan los datos descriptivos de la sub escala factor adaptabilidad, cuando a las participantes se les cuestiona sobre si su enfoque para superar las dificultades es avanzar paso a paso, el 40.4% indicó que muchas veces es su caso, y resalta también que el 37.7% indicó que muchas veces es su caso acerca de que cuando tratan de resolver un problema, miran cada posibilidad y deciden la mejor manera de resolverlo; con respecto a si al manejar situaciones que surgen, trata de pensar en todos los enfoques que pueda, el 37.3% indicó que muchas veces es su caso.

Tabla 12

Frecuencias y Proporciones de Inteligencia Emocional: Factor Gestión del Estrés

Factor gestión del estrés	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
4. Es un problema controlar mi ira	87 (38.2)	69 (30.3)	50 (21.9)	14 (6.1)	8 (3.5)
10. Mi impulsividad (apresuramiento) crea problemas	88 (38.6)	78 (34.2)	40 (17.5)	14 (6.2)	8 (3.5)
16. Siento que es difícil para mí controlar mi ansiedad	70 (30.7)	50 (21.9)	67 (29.4)	22 (9.6)	19 (8.4)
22. Tiendo a explotar con ira fácilmente	101 (44.3)	65 (28.5)	37 (16.2)	17 (7.5)	8 (3.5)
28. Tengo impulsos fuertes que son difíciles de controlar	134 (58.8)	49 (21.5)	30 (13.2)	5 (2.1)	10 (4.4)
34. Soy impulsiva (apresurada)	77 (33.8)	52 (22.8)	60 (26.3)	25 (11.0)	14 (6.1)
40. Tengo mal genio	65 (28.5)	67 (29.4)	56 (24.6)	23 (10.1)	17 (7.4)
45. Estoy impaciente	78 (34.2)	56 (24.6)	55 (24.1)	23 (10.1)	16 (7.0)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 12 se presentan los datos descriptivos de la subescala gestión del estrés, sobre si su impulsividad (apresuramiento) crea problemas, el 38.6% refirió que rara vez o nunca es su caso; al respecto de si tiende a explotar con ira fácilmente, el 44.3% indicó que rara vez o nunca es su caso, y en lo que corresponde a si tiene impulsos fuertes que son difíciles de controlar, el 58.8% indicó que rara vez o nunca es su caso.

Tabla 13

Frecuencias y Proporciones de Inteligencia Emocional: Factor Estado de Ánimo

Estado de ánimo	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con muchas frecuencia o siempre es mi caso
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
1. Soy una persona bastante alegre	0.0 (0.0)	4 (1.7)	67 (29.4)	82 (36.0)	75 (32.9)
7. Me siento segura de mí misma en la mayoría de las situaciones	8 (3.6)	22 (9.6)	51 (22.4)	76 (33.3)	71 (31.1)
13. Creo que puedo estar al tanto de las situaciones difíciles	7 (3.0)	15 (6.6)	59 (25.9)	95 (41.7)	52 (22.8)
19. Soy optimista sobre la mayoría de las cosas que hago	3 (1.3)	5 (2.2)	44 (19.3)	91 (39.9)	85 (37.3)
26. Es difícil para mí disfrutar la vida	111 (48.7)	50 (21.9)	40 (17.5)	17 (7.5)	10 (4.4)
31. Estoy satisfecha con mi vida	9 (3.9)	7 (3.1)	47 (20.6)	72 (31.6)	93 (40.8)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

Tabla 13

*Frecuencias y Proporciones de Inteligencia Emocional: Factor Estado de Ánimo
(Continuación)*

Estado de ánimo	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucho frecuencia o siempre es mi caso
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
37. Me deprimó	74 (32.5)	63 (27.6)	45 (19.7)	27 (11.8)	19 (8.4)
42. Por lo general, espero que todo salga bien, a pesar de los retrasos ocasionales	6 (2.6)	15 (6.6)	47 (20.6)	99 (43.4)	61 (26.8)
46. Creo en mi capacidad para manejar la mayoría de los problemas molestos	16 (7.0)	12 (5.3)	58 (25.4)	73 (32.0)	69 (30.3)
49. Antes de comenzar algo nuevo, generalmente siento que voy a fallar	83 (36.4)	62 (27.2)	46 (20.2)	25 (11.0)	12 (5.2)

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

La tabla 13 presenta los datos descriptivos de la subescala factor estado de ánimo, sobre si cree que puede estar al tanto de las situaciones difíciles, el 41.7% expresó que muchas veces es su caso, mientras que, referente a si es optimista sobre la mayoría de las cosas que hace, el 39.9% refirió que muchas veces es su caso. Al respecto de si le es difícil disfrutar de la vida, el 48.7% de las mujeres señaló que rara vez o nunca es su caso, el 21.9% indicó que pocas veces es su caso. Y acerca de si está satisfecha con su vida, el 40.8% señaló que con mucha frecuencia o siempre.

Tabla 14

Frecuencias y Proporciones de Autopercepción del Estado de Salud Familiar: Clima Familiar

Clima Familiar	Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Las cosas se hacen de forma establecida	16	7.0	108	47.4	104	45.6
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas	12	5.3	107	46.9	109	47.8
3. Tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal	7	3.1	68	29.8	153	67.1
4. El dinero se administra de manera cuidadosa	12	5.3	71	31.1	145	63.6
5. Se valora la realización de actividades intelectuales	17	7.5	73	32.0	138	60.5
6. Acudimos a actividades culturales	59	25.9	118	51.8	51	22.4
7. Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor	15	6.6	88	38.6	125	54.8
8. Nos sentimos comprendidos por los demás	27	11.8	12	5.1	80	35.1
9. Cuando tengo un problema puedo comentarlo	18	7.9	75	32.9	135	59.2

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 14 se presentan los datos descriptivos del instrumento de autopercepción del estado de salud familiar en la subescala clima familiar, al respecto de si tienen ideas muy precisas de lo que está bien o mal, el 67.1% indicó que casi siempre. Referente a si el dinero se administra de manera cuidadosa, el 63.6% indicó que casi siempre y al respecto de si se valora la realización de actividades intelectuales, el 60.5% refirió que casi siempre; acerca de si cuando tiene un problema pueden comentarlo, el 59.2% señaló que casi siempre.

Tabla 15

*Frecuencias y Proporciones de Autopercepción del Estado de Salud Familiar:
Integridad Familiar*

Integridad Familiar	Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
10. Nos apoyamos realmente los unos a los otros	14	6.2	68	29.8	146	64.0
11. Nos ayudamos los unos a los otros	10	4.4	66	28.9	152	66.7
12. Realmente nos llevamos bien unos con otros	7	3.0	100	43.9	121	53.1
13. Confiamos los unos en los otros	18	7.9	76	33.3	134	58.8
14. Tenemos mucho espíritu de grupo	35	15.4	97	42.5	96	42.1
15. En las decisiones importantes participamos todos	17	7.4	74	32.5	137	60.1
16. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo	27	11.9	86	37.7	115	50.4
17. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia	5	2.2	43	18.9	180	78.9

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; n = 228.

En la tabla 15 se presentan los datos descriptivos de la subescala integridad familiar, al respecto de si se apoyan realmente los unos a los otros, el 64% indicó que casi siempre; referente a si se ayudan los unos a los otros, el 66.7% refirió que casi siempre. Con respecto a si en las decisiones importantes participan todos, el 60.1% indicó que casi siempre y al respecto de si se sienten orgullosos de su familia, el 78.9% refirió que casi siempre.

Tabla 16

Frecuencias y Proporciones de Autopercepción del Estado de Salud Familiar:

Funcionamiento Familiar

Funcionamiento familiar	Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
18. Cada uno cumple sus obligaciones	6	2.6	96	42.1	126	55.3
19. Cada cual tiene claro lo que debe hacer	3	1.4	84	36.8	141	61.8
20. Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas	11	4.8	92	40.4	125	54.8
21. Nos comunicamos sin rodeos	17	7.5	94	41.2	117	51.3
22. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa	13	5.7	86	37.7	129	56.6
23. Sabemos claramente quien tiene la autoridad	5	2.2	55	24.1	168	73.7
24. Tenemos cubiertas las necesidades básicas	2	0.9	40	17.5	186	81.6
25. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura	0.0	0.0	67	29.4	161	70.6
26. Nos cuidamos unos a otros	3	1.4	45	19.7	180	78.9

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

En la tabla 16 se presentan los datos descriptivos de la subescala funcionamiento familiar, en lo que corresponde a si saben claramente quien tiene la autoridad, el 73.7% contestó que casi siempre; sobre si tienen cubiertas las necesidades básicas, el 81.6% indicó que casi siempre. Referente a si mantienen la casa limpia, ordenada y segura, el 70.6% señaló que casi siempre y al respecto de si se cuidan unos a otros, el 78.9% indicó que casi siempre.

Tabla 17

Frecuencias y Proporciones de Autopercepción del Estado de Salud Familiar:

Resistencia Familiar

Resistencia familiar	Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
27. Sabemos obtener ayuda de instituciones públicas	37	16.2	105	46.1	86	37.7
28. Sabemos a dónde dirigirnos para buscar ayuda profesional	15	6.6	72	31.6	141	61.8
29. Sabemos cómo acceder a los servicios municipales	26	11.4	92	40.4	110	48.2
30. Sabemos que hacer cuando tenemos un problema de salud	4	1.8	45	19.7	179	78.5
31. Valoramos tener hábitos saludables	7	3.0	72	31.6	149	65.4
32. Nos preocupamos por mantenernos sanos	8	3.5	68	29.8	152	66.7
33. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos	18	7.9	106	46.5	104	45.6
34. Estamos satisfechos con nuestra vivienda	4	1.8	63	27.6	161	70.6
35. Consideramos suficientes nuestros recursos	8	3.5	95	41.7	125	54.8
36. Contamos con gente que nos echa la mano si lo necesitamos	9	4.0	71	31.1	148	64.9

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 228.

La tabla 17 presenta los datos descriptivos de la subescala resistencia familiar, al respecto de si saben a dónde dirigirse para buscar ayuda profesional, el 61.8% indicó que casi siempre. Referente a si saben qué hacer cuando tienen un problema de salud, el 78.5% refirió que casi siempre; sobre si valoran el tener hábitos saludables, el 65.4% indicó que casi siempre. En lo que corresponde a si se preocupan por mantenerse sanos, el 66.7% señaló que casi siempre; sobre si están satisfechos con su vivienda el 70.6% refirió que casi siempre. En lo que corresponde a si cuentan con gente que les echa la mano si lo necesitan, el 64.9% refirió que casi siempre.

Tabla 18

*Frecuencias y Proporciones de Autopercepción del Estado de Salud Familiar:
Afrontamiento Familiar*

Afrontamiento familiar	Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
37. Si es necesario nos organizamos de otra manera	13	5.7	70	30.7	145	63.6
38. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia	24	10.5	100	43.9	104	45.6
39. Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos	10	4.3	61	26.8	157	68.9
40. Intentamos conocer las causas de los problemas	13	5.7	65	28.5	150	65.8
41. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones	6	2.6	62	27.2	160	70.2
42. Estamos atentos a los problemas que pueden afectarnos	10	4.4	72	31.6	146	64.0

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; n = 228.

La tabla 18 presenta los datos descriptivos de la subescala afrontamiento familiar, al respecto de si se enfrentan a los problemas para solucionarlos, el 68.9% indicó que casi siempre; acerca de si intentan conocer las causas de los problemas, el 65.8% refirió que casi siempre. Al respecto de si tratan de informarse de las posibles soluciones, el 70.2% indicó que casi siempre.

Tabla 19

Frecuencias y Proporciones de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT: Consumo Sensato

Consumo sensato ^b n= 180	Nunca	Una o dos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	De 4 a más veces a la semana
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas?	9 (5.0)	117 (65.0)	45 (25.0)	8 (4.4)	1 (0.6)
2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?	1 o 2 83 (46.1)	3 o 4 63 (35.0)	5 o 6 23 (12.8)	7 a 9 8 (4.4)	10 o más 3 (1.7)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?	104 (57.8)	50 (27.8)	22 (12.2)	4 (2.2)	

Nota: AUDIT= Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol; *f* = frecuencia; % = porcentaje, ^bn= participantes que consumen alcohol.

La tabla 19 presenta los datos descriptivos de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT), en la subescala que corresponde al consumo sensato. Al respecto de que tan frecuente la mujer ingiere bebidas alcohólicas, el 65% de las participantes indicó que una o dos veces al mes; acerca de cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas suele tomar en un día típico de los que bebe, el 46.1% de las mujeres participantes señaló que una o dos, y el 35% refirió que tres o cuatro. Referente a con qué frecuencia la persona toma 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión, el 57.8% de las mujeres participantes indicó que nunca, y el 27.8% de las participantes refirió que menos de una vez al mes. Con los datos anteriores se identifica el consumo sensato.

Tabla 20

Frecuencias y Proporciones de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT: Consumo Dependiente

Reactivo <i>n</i> = 180	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
4. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?	158 (87.8)	15 (8.3)	4 (2.2)	3 (1.7)
5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?	166 (92.2)	12 (6.7)	2 (1.1)	0 (0.0)
6. Durante el último año, ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?	168 (93.3)	9 (5.0)	2 (1.1)	1 (0.6)

Nota: AUDIT = Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol;

f = frecuencia; % = porcentaje; *n* = participantes que consumen alcohol.

La tabla 20 presenta los datos descriptivos de la subescala consumo dependiente, referente a durante el último año con qué frecuencia no pudo parar de beber una vez que había comenzado, el 87.8% refirió que nunca; al respecto de durante el último año con qué frecuencia dejó de hacer algo que debió haber hecho por beber, el 92.2% declaró que nunca. Así mismo, a durante el último año con qué frecuencia bebió por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior, el 93.3% señaló que nunca y solamente el 5% refirió que menos de una vez al mes.

Tabla 21

Frecuencias y Proporciones del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Consumo Dañino

Reactivo ^b n= 180	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
7. Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?	156 (86.7)	19 (10.6)	3 (1.5)	1 (0.6)	1 (0.6)
8. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?	160 (88.9)	19 (10.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?	167 (92.8)	11 (6.1)	2 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?	165 (91.7)	6 (3.3)	9 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Nota: AUDIT= Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol;

f = frecuencia; % = porcentaje; ^bn= participantes que consumen alcohol.

La tabla 21 presenta los datos descriptivos de la subescala consumo dañino, acerca de durante el último año con qué frecuencia tuvo remordimiento o se sintió culpable después de haber bebido, el 86.7% refirió que nunca, y el 10.6% indicó que menos de una vez al mes. Referente a durante el último año con qué frecuencia no pudo

recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estaba bebiendo, el 88.9% señaló que nunca, y el 10.5% refirió que menos de una vez al mes.

En lo que corresponde a si se ha lastimado alguien como consecuencia de su ingestión al alcohol, el 92.8% señaló que nunca, y el 6.1% indicó que menos de una vez al mes; al respecto de si algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebe o le han sugerido que baje a su forma de beber, el 91.7% refirió que nunca, y el 5% señaló que mensualmente.

Estadística Inferencial

Tabla 22

Medias y Medianas de las variables continuas, numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>Min.</i>	Valor <i>Máx.</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad en años	228 ^a	41.2	34.0	14.5	24.0	58.0	.096	.029
Número de años cursados	228 ^a	16.8	18.0	3.8	9.0	23.0	.132	.001
Edad de inicio de alcohol	220 ^c	18.5	18.0	2.2	15.0	23.0	.189	.001
Cantidad de bebidas consumidas en un día típico	180 ^b	2.7	3.0	1.7	1.0	7.0	.248	.001
Edad de inicio de consumo de Benzodiazepinas	24 ^d	29.5	28.0	7.0	16.0	34.0	.113	.919
Cantidad de Benzodiazepinas en un día típico	14 ^d	1.7	2.0	.70	1.0	3.0	.266	.276
Índice de Estrés Laboral	228 ^a	42.2	40.0	14.5	21.0	63.0	.059	.404

Nota:^a*n* = muestra total; ^b*n* = consumidores de alcohol en el último año; ^c*n* consumidores de alcohol alguna vez en la vida; ^d*n*= consumo de benzodiazepinas en el último año; *DE* = Desviación Estándar; *D^a* = Prueba de Normalidad; *p* = significancia estadística.

Tabla 22

Medias y Medianas de las variables continuas, numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors (Continuación)

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min.	Valor Máx.	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Índice de Espiritualidad	228 ^a	62.5	62.0	26.9	22.0	98.0	.096	.030
Índice Inteligencia Emocional	228 ^a	50.19	53.9	14.4	34.8	81.8	.057	.446
Índice de Autopercepción de Salud Familiar	228 ^a	74.66	66.6	15.2	32.1	89.2	.146	.001
AUDIT	180 ^b	3.7	4.0	5.8	3.0	20.0	.240	.001

Nota:^a*n* = muestra total; ^b*n* = consumidores de alcohol en el último año; ^c*n* consumidores de alcohol alguna vez en la vida; ^d*n* = consumo de benzodiazepinas en el último año; *DE* = Desviación Estándar; *D^a* = Prueba de Normalidad; *p* = significancia estadística.

En la tabla 22 se presentan las medidas de tendencia central, de dispersión y de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Para los índices de los instrumentos utilizados, en el Inventario de Estrés Laboral se reporta una media de 42.2 (*DE* = 14.5), en cuanto al Índice de Espiritualidad, se reporta una media de 62.5 (*DE* = 26.9). El cuestionario de Inteligencia Emocional (EQ-I:Short) reporta una media de 50.19 (*DE* = 14.4), el Cuestionario de Autopercepción del Estado de Salud Familiar reportó una media de 74.66 (*DE* = 15.2), en cuanto a la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT), se reportó una media de 3.7 (*DE* = 5.8).

Referente a la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov con Corrección de Lilliefors, se encontró que las variables algunas mostraron distribución normal y otras presentaron distribución no normal, por lo cual se procedió a la utilización de estadística paramétrica y no paramétrica para llevar a cabo el análisis inferencial.

Para dar respuesta al primer objetivo específico que propuso identificar la prevalencia y tipos de consumo de alcohol y benzodiacepinas en las mujeres trabajadoras, se llevó a cabo a través de frecuencias, proporciones e intervalo de confianza del 95%.

Tabla 23

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol

Consumo de alcohol <i>n</i> = 228	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Alguna vez en la vida	220	96.5	8	3.5	94	99
En el último año	180	78.9	48	21.1	74	84
En el último mes	105	46.1	123	53.9	40	53
En los últimos 7 días	43	18.9	185	81.1	14	24

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; IC = Intervalo de Confianza para porcentajes de respuestas afirmativas; LI = Límite Inferior; LS = Límite Superior; *n* = muestra total.

En la tabla 23 se muestra la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol. Se observa que el 96.5% (IC 95% [94, 99]) de las mujeres participantes consumieron alcohol alguna vez en la vida; el 78.9% (IC 95% [74, 84]) de participantes habían consumido alcohol en el último año.

El 46.1% (IC 95% [40, 53]) había consumido alcohol en el último mes y el 18.9% (IC 95% [14, 24]) de las participantes habían consumido alcohol en los últimos 7 días.

Tabla 24*Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de benzodiazepinas*

Consumo de benzodiazepinas ^a <i>n</i> = 228	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Alguna vez en la vida	24 ^e	10.5	204	89.5	7	15
En el último año	14 ^d	6.1	214	93.9	3	9
En el último mes	12	5.3	216	94.7	2	8
En los últimos 7 días	10	4.4	218	95.6	2	7

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *IC* = Intervalo de Confianza para porcentajes de respuestas afirmativas; *LI* = Límite Inferior; *LS* = Límite Superior; ^a*n* = muestra total; ^e*n* = consumidores de benzodiazepinas alguna vez en la vida; ^d*n* = consumidores de benzodiazepinas en el último año.

En la tabla 24 se muestra la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de benzodiazepinas. Se observa que el 10.5% (IC 95% [7, 15]) de las participantes consumieron benzodiazepinas alguna vez en la vida, el 6.1% (IC 95% [3, 9]) de participantes habían consumido benzodiazepinas en el último año. El 5.3% (IC 95% [2, 8]) habían consumido benzodiazepinas en el último mes y el 4.4% (IC 95% [2, 7]) de las mujeres participantes habían consumido benzodiazepinas en los últimos 7 días.

Tabla 25*Frecuencias y porcentajes por tipo de consumo de alcohol de acuerdo con la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT*

Tipo de consumo ^b <i>n</i> = 180	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Consumo sensato	118	65.6	62	34.4	59	73
Consumo dependiente	38	21.1	142	78.9	15	27
Consumo dañino	24	13.3	156	86.7	8	18

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; ^b*n* = consumidores de alcohol en el último año.

En la tabla 25 se observa que la mayoría de las participantes documentaron un consumo sensato de alcohol (65.6%, IC 95% [59, 73]), el 21.1% (IC 95% [15, 27])

reportó un consumo dependiente y el 13.3% (IC 95% [8, 18]) presentó un consumo dañino.

Una vez que se dio respuesta al objetivo número 1, el cual indicó identificar la prevalencia y tipos de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras y una vez que se determinaron las prevalencias, frecuencias y porcentajes por tipo de consumo de alcohol y benzodiazepinas, se procedió a ubicar a las participantes en dos grupos con la finalidad de caracterizar el bienestar y no bienestar de acuerdo a las prácticas de consumo que se reportaron. Los grupos con los criterios que le distinguen son el de Bienestar y No Bienestar y que a partir de su identificación se denominaron como el grupo de No consumo (Bienestar) y grupo de Consumo (No Bienestar).

Tabla 26

Bienestar – No Bienestar

Grupo	<i>f</i>	%	Características
Bienestar	164	71.9	No consumo de alcohol, consumo sensato del alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica.
No Bienestar	64	28.1	Consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo, de benzodiazepinas sin receta médica.
Total	228	100%	Total de participantes

Nota: $n = 228$; muestra total; f = frecuencia; % = porcentaje.

Para dar respuesta al segundo objetivo que indicó determinar el estrés laboral en mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas se realizó la prueba U de Mann-Whitney que se muestra en la tabla 27.

Tabla 27

Estrés laboral en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y

benzodiazepinas en el último año

Estrés laboral	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Consumo	64 ^f	48.15	49.00	15.69	3814.5	.001
No consumo	164 ^g	39.89	39.50	18.42		

Nota: ^an = Total de observaciones; ^fn= consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiazepinas sin receta médica; ^gn= no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica. \bar{X} = Media; *Mdn* = Mediana; *DE*= Desviación estándar; *U* = Prueba U de Mann - Whitney; *p* = significancia estadística.

En la tabla 27 se observa que existe diferencia significativa entre el estrés laboral y el consumo de alcohol y benzodiazepinas que reportan las mujeres trabajadoras ($U = 3814.5$, $p < .001$) donde las medias y medianas más altas de estrés laboral se encuentran en las mujeres que consumen alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 48.15$, $Mdn = 49$, $DE = 15.69$) en comparación con quienes no consumen ($\bar{X} = 39.89$, $Mdn = 39.50$, $DE = 18.42$).

A continuación, para dar respuesta al tercer objetivo que indicó determinar la espiritualidad en mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras, se llevó a cabo la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 28

Espiritualidad en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y

benzodiazepinas en el último año

Espiritualidad	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Consumo	64 ^f	56.46	60.00	24.33	6349.0	.014
No consumo	164 ^g	64.90	70.00	23.52		

Nota: ^a*n* = Total de observaciones; ^f*n*= consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiazepinas sin receta médica; ^g*n*= no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica; \bar{X} = Media; *Mdn* = Mediana; *DE*= Desviación estándar; *U* = *U* de Mann-Whitney; *p* = significancia estadística.

En la tabla 28 se observa que existe diferencia significativa en la espiritualidad de quienes presentan el consumo y no consumo ($U = 6349.0$, $p = .014$), donde las medias y medianas más altas de espiritualidad se encuentran en las mujeres que no consumen alcohol y benzodiazepinas ($\bar{X} = 64.90$, $Mdn = 70.0$, $DE = 23.52$), en comparación con las mujeres que consumen alcohol y benzodiazepinas donde la espiritualidad reporta medias y medianas menores ($\bar{X} = 56.46$, $Mdn = 60.0$, $DE = 24.33$). Con el resultado anterior se da respuesta al objetivo número tres.

Tabla 29

Inteligencia emocional en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y

benzodiazepinas en el último año

Inteligencia emocional	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Consumo	64 ^f	52.38	52.45	8.66	4050.5	.012
No consumo	164 ^g	49.32	49.01	7.48		

Nota: *n* = Total de observaciones; ^f*n*= consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiazepinas sin receta médica; ^g*n*= no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica; \bar{X} = Media; *Mdn* = Mediana; *DE*= Desviación estándar; *t* = Prueba *t* de Student; *p* = significancia estadística.

En la tabla 29 se observa que existe diferencia significativa en la inteligencia emocional de quienes presentan el consumo y no consumo ($t = 4050.5$, $p = .012$), donde las medias y medianas más altas de inteligencia emocional se encuentran en las mujeres que consumen alcohol y benzodiacepinas ($\bar{X} = 52.38$, $Mdn = 52.4$, $DE = 8.66$) en comparación de quienes no consumen alcohol y benzodiacepinas ($\bar{X} = 49.32$, $Mdn = 49.0$, $DE = 7.48$). Con este resultado se da respuesta al objetivo cuatro.

A continuación, para dar respuesta al objetivo número cinco, que señala determinar el apoyo familiar en mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras en la tabla 30 se muestran los resultados que se obtuvieron.

Tabla 30

Apoyo familiar en las mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiacepinas en el último año

<i>Apoyo familiar</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Consumo	64 ^f	65.77	66.07	17.17	7503.5	.001
No consumo	164 ^g	78.12	80.95	13.84		

Nota: n = Total de observaciones; ^fn= consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiacepinas sin receta médica; ^gn= no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiacepinas o consumo de benzodiacepinas con receta médica; \bar{X} = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; *U* = Prueba U de Mann-Whitney; *p* = significancia estadística.

En la tabla 30 se observa que existe diferencia significativa en el apoyo familiar de quienes presentan el consumo y no consumo ($U = 7503.5$, $p < .001$), donde las medias y medianas más altas de apoyo familiar se encuentran en las mujeres que presentan no consumo de alcohol y benzodiacepinas ($\bar{X} = 78.12$, $Mdn = 80.9$, $DE = 13.84$) en comparación de quienes presentan consumo de alcohol y benzodiacepinas ($\bar{X} = 65.77$, $Mdn = 66.0$, $DE = 17.17$).

Para dar respuesta al objetivo 6 que señala identificar los factores personales (edad, nivel educativo, estado civil, religión) en las mujeres trabajadoras que reportaron consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año, los resultados se presentan de la tabla 31 a 42.

Tabla 31

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol en el último año por grupo de edad

Edad	No consumo (^h n)		Consumo (ⁱ n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
19 a 29	26	50.0	26	50.0		
30 a 39	36	58.1	26	41.9		
40 a 49	35	85.4	6	14.6	41.59	.001
50 a 59	47	92.2	4	7.8		
60 a 70	22	100	0	0.0		

Nota: ^hn = no consumo de alcohol, consumo de alcohol alguna vez en la vida, consumo sensato de alcohol, consumo de benzodiazepinas en el último año; ⁱn = consumo de alcohol dependiente o dañino en el último año; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-Cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 31 se presentan diferencias significativas entre el consumo de alcohol por grupo de edad ($\chi^2 = 41.59$; $p < .001$), se presenta mayor proporción de prevalencia consumo de alcohol en el último año en las mujeres trabajadoras en edades de 19 a 29 años (50%), seguido de las mujeres trabajadoras en edades de 30 a 39 años (41.9%) y en el grupo de edad de 40 a 49 años (14.6%).

Tabla 32

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en el último año por grupo de edad

Edad	No consumo (^k n)		Consumo (ⁱ n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
19 a 29	51	98.1	1	1.9		
30 a 39	62	100	0	0.0		
40 a 49	41	100	0	0.0	4.48	.345
50 a 59	49	96.1	2	3.9		
60 a 70	22	100	0	0.0		

Nota: ^kn = no consumo de alcohol, consumo de alcohol alguna vez en la vida, consumo sensato de alcohol, consumo de alcohol dependiente, consumo de alcohol dañino, consumo de benzodiazepinas con receta médica; ⁱn = consumo en el último año de benzodiazepinas sin receta médica; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 32 se observa que no existen diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de benzodiazepinas en el último año por grupo de edad ($\chi^2 = 4.48$; *p* = .345).

Tabla 33

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiacepinas en el último año por grupo de edad

Edad	No consumo (^g n)		Consumo (^f n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
19 a 29	26	50.0	26	50.0		
30 a 39	36	58.1	26	41.9		
40 a 49	35	85.4	6	14.6	37.25	.001
50 a 59	45	88.2	6	11.8		
60 a 70	22	100.0	0	0.0		

Nota: ^fn = consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiacepinas sin receta médica; ^gn = no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiacepinas o consumo de benzodiacepinas con receta médica; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-Cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 33 se presentan diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de alcohol y benzodiacepinas en el último año por grupo de edad ($\chi^2 = 37.25$; $p < .001$), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol y benzodiacepinas en las mujeres trabajadoras en edades de 19 a 29 años (50%), seguido de las mujeres en edades de 30 a 39 años (41.9%) y en el grupo de edad de 40 a 49 años (14.6%), con menor frecuencia en el grupo de 50 a 59 años (11.8%).

Tabla 34

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol en el último año por nivel educativo

Nivel educativo	No consumo (^h n)		Consumo (ⁱ n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Primaria	1	100	0	0.0		
Secundaria	9	64.3	5	35.7		
Preparatoria	20	64.5	11	35.5	14.93	.011
Técnica	18	64.3	10	35.7		
Profesional	53	65.4	28	34.6		
Posgrado	65	89.0	8	11.0		

Nota: ^hn = no consumo de alcohol, consumo de alcohol alguna vez en la vida, consumo sensato de alcohol, consumo de benzodiacepinas en el último año; ⁱn = consumo de alcohol dependiente o dañino en el último año; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-Cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 34 se presentan diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de alcohol en el último año por nivel educativo ($\chi^2 = 14.93$; $p < .011$), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras según el nivel educativo de secundaria y educación técnica (35.7%), seguido de las mujeres trabajadoras que reportaron nivel educativo de preparatoria (35.5%) y en el grupo de mujeres trabajadoras con nivel educativo profesional (34.6%).

Tabla 35

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en el último año por nivel educativo

Nivel educativo	No consumo (^k n)		Consumo (ⁱ n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Primaria	1	100	0	0.0		
Secundaria	13	92.9	1	7.1	4.46	.484
Preparatoria	31	100	0	0.0		
Técnica	28	100	0	0.0		
Profesional	80	98.6	1	1.4		
Posgrado	72	98.6	1	1.4		

Nota: ⁱn = consumo en el último año de benzodiazepinas sin receta médica; ^kn = no consumo de alcohol, consumo de alcohol alguna vez en la vida, consumo sensato de alcohol, consumo de alcohol dependiente, consumo de alcohol dañino, consumo de benzodiazepinas con receta médica; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 35 los resultados muestran que no se presentan diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de benzodiazepinas en el último año por nivel educativo ($\chi^2 = 4.46$; *p* = .484).

Tabla 36

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por nivel educativo

Nivel educativo	No consumo (^s n)		Consumo (^f n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Primaria	1	100	0	0.0	14.21	.014
Secundaria	8	57.1	6	42.9		
Preparatoria	20	64.5	11	35.5		
Técnica	18	64.3	10	35.7		
Profesional	53	65.4	28	34.6		
Posgrado	64	87.7	9	12.3		

Nota: ^fn = consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiazepinas sin receta médica; ^sn = no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-Cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 36 se presentan diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por nivel educativo ($\chi^2 = 14.21$; *p* = .014), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras en el nivel educativo de secundaria (42.9%), seguido de las mujeres trabajadoras con nivel educativo técnico y de preparatoria (35.7%) y (35.5%), mientras que las mujeres trabajadoras con nivel educativo profesional también presentan una proporción importante (34.6%).

Tabla 37

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo alcohol en el último año por estado civil

Estado civil	No consumo (^h n)		Consumo (^j n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Soltera	63	64.3	35	35.7	9.63	.047
Casada	55	84.6	10	15.4		
Viuda	7	70.0	3	30.0		
Divorciada	16	66.7	8	33.3		
Unión libre	25	80.6	6	19.4		

Nota: ^hn = no consumo de alcohol, consumo de alcohol alguna vez en la vida, consumo sensato de alcohol, consumo de benzodiacepinas en el último año; ^jn= consumo de alcohol dependiente o dañino en el último año; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-Cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 37 se presentan diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de alcohol en el último año por estado civil ($\chi^2 = 9.63$; *p* = .047), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras con estado civil solteras (35.7%), seguido en menor proporción de las mujeres trabajadoras con estado civil divorciadas (33.3%), las mujeres trabajadoras viudas (30%) y en escasa proporción en las mujeres trabajadoras con estado civil unión libre (19.4%), mientras que la más baja proporción la presentan las mujeres casadas (15.4%).

Tabla 38

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en el último año por estado civil

Estado civil	No consumo (^k n)		Consumo (ⁱ n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Soltera	96	98.0	2	2.0	3.31	.507
Casada	65	100	0	0.0		
Viuda	10	100	0	0.0		
Divorciada	23	95.8	1	4.2		
Unión libre	31	100	0	0.0		

Nota: ⁱn = consumo en el último año de benzodiazepinas sin receta médica; ^kn= no consumo de alcohol, consumo de alcohol alguna vez en la vida, consumo sensato de alcohol, consumo de alcohol dependiente, consumo de alcohol dañino, consumo de benzodiazepinas con receta médica; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 38 no se presentan diferencias significativas entre el consumo de benzodiazepinas en el último año por estado civil ($\chi^2 = 3.31$; *p* = .507).

Tabla 39

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiacepinas en el último año por estado civil

Estado civil	No consumo (^s n)		Consumo (^f n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Soltera	62	63.3	36	36.7	11.06	.026
Casada	55	84.6	10	15.4		
Viuda	7	70.0	3	30.0		
Divorciada	15	62.5	9	37.5		
Unión libre	25	80.6	6	19.4		

Nota: ^fn = consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiacepinas sin receta médica; ^sn= no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiacepinas o consumo de benzodiacepinas con receta médica; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-Cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 39 se presentan diferencias significativas entre la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiacepinas en el último año por estado civil ($\chi^2 = 11.06$; *p* = .026), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol y benzodiacepinas en las mujeres trabajadoras con estado civil divorciadas (37.5%), seguido de las mujeres trabajadoras con estado civil solteras en una menor proporción (36.7%) y de las mujeres trabajadoras viudas (30%).

Tabla 40

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol en el último año por religión

Religión	No consumo (^h n)		Consumo (ⁱ n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Católica	139	76.8	42	23.2		
Cristiana	13	86.7	2	13.3		
Testigo de Jehová	1	50	1	50	16.64	.002
Ninguna	12	42.9	16	57.1		
Otra religión	1	50	1	50		

Nota: ^hn = no consumo de alcohol, consumo de alcohol alguna vez en la vida, consumo sensato de alcohol, consumo de benzodiazepinas en el último año; ⁱn = consumo de alcohol dependiente o dañino en el último año; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-Cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 40 se presentan diferencias significativas entre el consumo de alcohol en el último año por religión ($\chi^2 = 16.64$; *p* = .002), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras que no tienen ninguna religión (57.1%), seguido de las mujeres trabajadoras Testigos de Jehová (50%).

Tabla 41

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en el último año por religión

Religión	No consumo (^k n)		Consumo (ⁱ n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Católica	180	99.4	1	0.6	8.38	.078
Cristiana	15	100	0	0.0		
Testigo de Jehová	2	100	0	0.0		
Ninguna	26	92.9	2	7.1		
Otra religión	2	100	0	0.0		

Nota: ^kn = no consumo de alcohol, consumo de alcohol alguna vez en la vida, consumo sensato de alcohol, consumo de alcohol dependiente, consumo de alcohol dañino, consumo de benzodiazepinas con receta médica; ⁱn = consumo en el último año de benzodiazepinas sin receta médica; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 41 se observa que no se presentan diferencias entre el consumo de benzodiazepinas en el último año por estado civil ($\chi^2 = 8.38$; *p* = .078).

Tabla 42

Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia del consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por religión

Religión	No consumo (^s n)		Consumo (^f n)		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Católica	138	76.2	43	23.8		
Cristiana	13	86.7	2	13.3		
Testigo de Jehová	1	50.0	1	50.0	19.01	.001
Ninguna	11	39.3	17	60.7		
Otra religión	1	50.0	1	50.0		

Nota: ^fn = consumo de alcohol dependiente o dañino, consumo de benzodiazepinas sin receta médica; ^sn= no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica; *f* = frecuencia; % = porcentaje; χ^2 = Chi-Cuadrada de Pearson; *p* = significancia estadística.

En la tabla 42 se presentan diferencias significativas entre el consumo de alcohol y benzodiazepinas en el último año por religión ($\chi^2 = 19.01$; $p < .001$), se presenta mayor proporción de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras que no tienen religión (60.7%), seguido de la mujeres trabajadoras Testigos de Jehová y las mujeres trabajadoras que indicaron pertenecer a otra religión (50%). Con los datos anteriores se ha dado respuesta al objetivo 6.

Para dar respuesta a la hipótesis 1 que plantea que el estrés laboral se asocia de forma positiva con la espiritualidad y la inteligencia emocional en la tabla 43 se muestran los resultados.

Tabla 43

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables estrés laboral, espiritualidad e inteligencia emocional

Variabes	Estrés laboral
Espiritualidad	$r = -.111$ ($p = .093$)
Inteligencia emocional	$r = .161^*$ ($p = .015$)

*Nota: $n = 228$, $**p = .01$, $*p = .05$*

En la tabla 43 correspondiente a la Correlación de Spearman, se aprecia que el estrés laboral presentó una relación negativa con la espiritualidad ($r = -.111$, $p = .093$); se identificó una relación positiva entre el estrés laboral y la inteligencia emocional ($r = .161$, $p = .015$). Con los resultados presentados se da respuesta a la hipótesis uno.

Para dar respuesta a la hipótesis dos que refiere que a mayor espiritualidad e inteligencia emocional mayor bienestar (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas con receta médica), se realizó un Modelo de Regresión Logística, del cual los resultados se presentan en la tabla 44.

Tabla 44

Modelo de Regresión Logística de la espiritualidad y la inteligencia emocional y el bienestar físico (No consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica)

Variable	β	EE	W	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Índice espiritualidad	.015	.006	5.519	1	.019	1.015	1.002	1.027
Índice Inteligencia Emocional	-.051	0.20	6.651	1	.010	.914	.914	.988
Constante	2.644	1.075	6.050	1	.014	14.065		

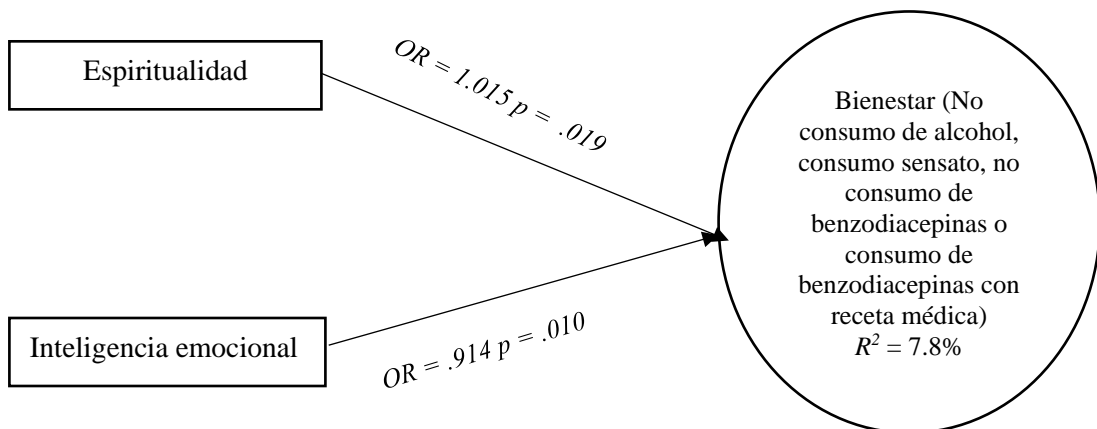
Modelo: $X^2 = 12.640$ gl = 2 $R^2 = 7.8\%$ $p = .002$

Nota: β = beta; EE = error estándar; W = Wald; gl = grados de libertad; OR = Odds Ratio; p = significancia estadística.

El Modelo de Regresión Logística de la espiritualidad y la inteligencia emocional y el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica), se presenta en la tabla 44 donde se observa que existe un efecto de la espiritualidad ($X^2 = 12.640, p = .002$) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica), con una varianza del 7.8%, la variable espiritualidad ($\beta = .015, p = .019$), aumenta la probabilidad de presentar bienestar físico ($OR = 1.015, IC\ 95\% [1.002, 1.027], p < .001$), así también la variable inteligencia emocional ($OR = .914, IC\ 95\% [.914, .988], p < .001$). Los resultados antes señalados se muestran gráficamente en la siguiente figura 9.

Figura 9

Espiritualidad e inteligencia emocional como predictores del bienestar



Nota: OR = Odds Ratio, p = significancia estadística.

Para dar respuesta a la hipótesis tres que refiere que la espiritualidad e inteligencia emocional moderan negativamente el estrés laboral y este tiene un efecto positivo en el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no

consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) se utilizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple, el cual se presenta en la tabla 45.

Tabla 45

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la espiritualidad y la inteligencia emocional sobre el estrés laboral y su efecto en el bienestar físico (No consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica)

Regresión	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Residual	2266.60	2	1133.30	3.555	.030		
Total	71723.28	225	318.770				
	73989.89	227					
$R^2 = 3.1\%$							
Modelo	Coeficientes					IC 95%	
	<i>B</i>	<i>E</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	29.836	8.224		3.628	.001	13.63	46.042
Espiritualidad	-.071	.049	-.094	-1.438	.152	-.168	.026
Inteligencia emocional	.335	.150	.147	2.238	.026	.040	.630

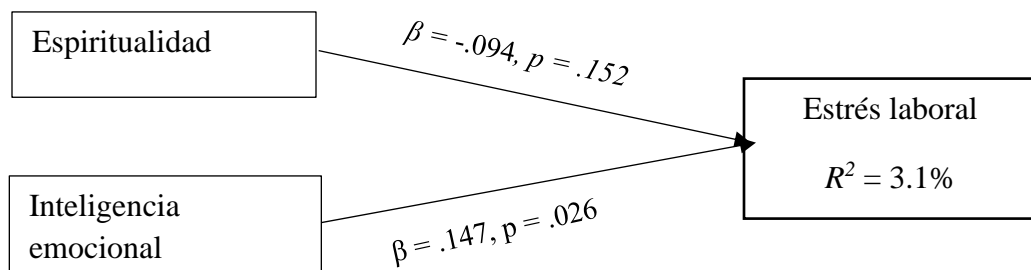
Nota: R^2 = coeficiente de determinación; *SC* = suma de cuadrados; *gl* = grados de libertad; *CM* = cuadrado medio; *E* = error típico; β = Beta; *t* = estadístico de prueba; *p* = significancia observada; *IC* = intervalo de confianza; *LI* = límite inferior; *LS* = límite superior.

En la tabla 45 se presenta el Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la hipótesis tres que señala que la espiritualidad e inteligencia emocional moderan negativamente el estrés laboral y este tiene un efecto positivo en el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica). Se reporta efecto significativo ($F = 3.55$, $p = .030$), el cual explicó el 3.1% de la varianza. Se observa que la

inteligencia emocional tiene una relación directa con el estrés laboral ($\beta = .147, p = .026$). Con respecto a la espiritualidad, no se observó un efecto significativo en la moderación negativa con el estrés laboral, de esta forma se da respuesta a la hipótesis tres, los resultados se presentan gráficamente en la figura 10.

Figura 10

Espiritualidad e inteligencia emocional y su efecto sobre el estrés laboral



Nota: β = Beta, p = significancia observada.

Para responder al objetivo general que señala determinar la capacidad de predicción del Modelo Explicativo de Estrés Laboral, Autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el Bienestar Físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en Mujeres Trabajadoras se realizó un Modelo de Regresión Logística, el cual se observa en la tabla 46.

Tabla 46

Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en mujeres trabajadoras

<i>Modelo 1</i> $X^2 = 92.772$ $gl = 17$ $R^2 = 48.1\%$ $p < .001$								
Variable	β	EE	W	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Edad	.096	.023	16.837	1	.001	1.100	1.051	1.152
Estado civil soltera	-1.163	.674	2.980	1	.084	.313	.083	1.171
Estado civil casada	-.813	.745	1.190	1	.275	.444	.103	1.911
Estado civil viuda	-1.739	1.171	2.204	1	.138	.176	.018	1.746
Estado civil divorciada	-1.271	.843	2.274	1	.132	.281	.054	1.464
Religión católica	.023	1.693	.000	1	.989	1.023	.037	28.272
Religión cristiana	1.628	1.865	.762	1	.383	5.091	.132	196.787
Testigos de Jehová	-2.935	3.272	.805	1	.370	.053	.000	32.383
Ninguna religión	-1.689	1.769	.911	1	.340	.185	.006	5.924

Nota: β = beta, EE = error estándar, W = Wald, gl = grados de libertad, OR = Odds Ratio, p = significancia estadística.

Tabla 46

Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en mujeres trabajadoras (Continuación)

<i>Modelo 1</i> $X^2 = 92.772$ $gl = 17$ $R^2 = 48.1\%$ $p < .001$								
Variable	β	EE	W	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Nivel educativo educación básica	-1.482	.860	2.969	1	.085	.227	.042	1.226
Nivel educativo preparatoria	-1.145	.685	2.795	1	.095	.318	.083	1.218
Nivel educativo técnico	-1.043	.707	2.175	1	.140	.353	.088	1.409
Nivel educativo profesional	-.620	.542	1.306	1	.253	.538	.186	1.558
Índice estrés laboral	-.025	.012	4.375	1	.036	.976	.953	.998
Índice espiritualidad	-.002	.008	.040	1	.841	.998	.982	1.015

Nota: β = beta, EE = error estándar, W = Wald, gl = grados de libertad, OR = Odds Ratio, p = significancia estadística.

Tabla 46

Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en mujeres trabajadoras (Continuación)

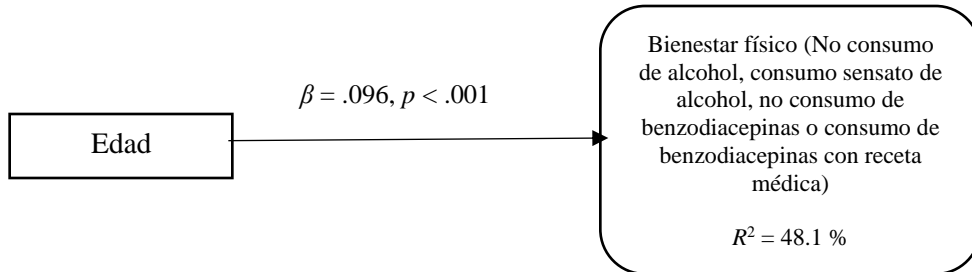
<i>Modelo 1</i> $X^2 = 92.772$ $gl = 17$ $R^2 = 48.1\%$ $p = .001$								
Variable	β	EE	W	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Índice inteligencia emocional	-.029	.026	1.191	1	.275	.972	.923	1.023
Índice apoyo familiar	.030	.013	5.307	1	.021	1.030	1.004	1.056
Constante	-.398	2.476	.026	1	.872	.671		

Nota: β = beta, EE = error estándar, W = Wald, gl = grados de libertad, OR = Odds Ratio, p = significancia estadística.

El Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico se presenta en la tabla 46; se obtuvieron cinco modelos, de los cuales en el Modelo 1 se observa que existe un efecto de los factores personales y contextuales ($X^2 = 92.772$, $p < .001$) sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica), con una varianza del 48.1%, la variable edad ($\beta = .096$, $p < .001$, aumenta la probabilidad de presentar bienestar físico ($OR = 1.100$, $IC\ 95\% [1.051, 1.152]$)).

Figura 11

La edad (factores personales) y su efecto sobre el bienestar

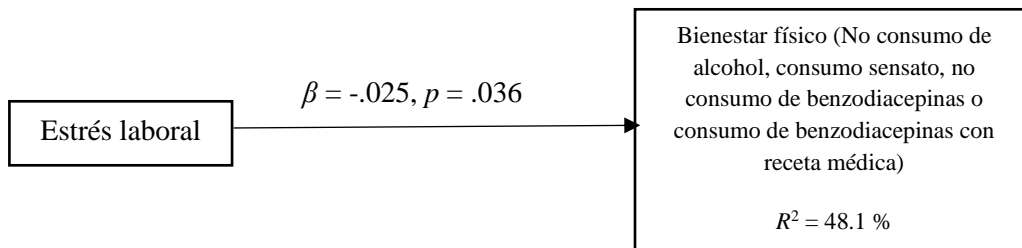


Nota: β = beta, p = significancia estadística.

La edad, tal como se observa en la figura 11 presenta efecto significativo sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica ($\beta = .096, p < .001$).

Figura 12

Efecto del estrés laboral sobre el bienestar

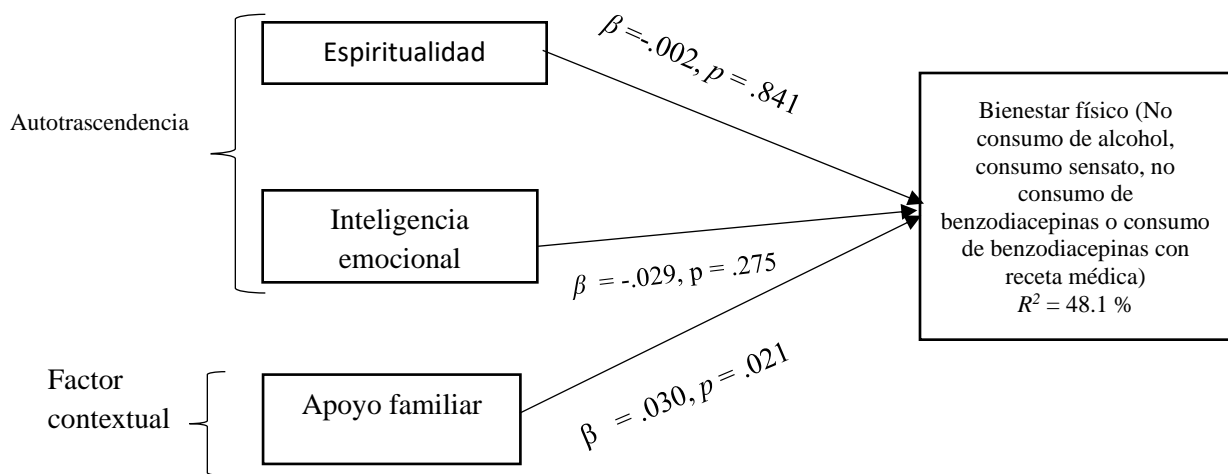


Nota: β = beta, p = significancia estadística.

En el mismo Modelo 1 obtenido de la Regresión Logística para el estrés, autotrascendencia y factores personales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica), los resultados mostraron efecto negativo del estrés laboral sobre el bienestar físico ($\beta = -.025, p = .036$), resultado que se muestra gráficamente en la figura 12.

Figura 13

Efecto de la autotrascendencia y los factores contextuales sobre el bienestar



Nota: β = beta, p = significancia estadística.

En el Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en el Modelo 1 obtenido se identificó que para las variables correspondientes a la autotrascendencia, la espiritualidad no mostró efecto sobre el bienestar ($\beta = -.002, p = .841$), de igual forma se presentó el resultado de la

inteligencia emocional ($\beta = -.029, p = .275$). Se identificó que para los factores contextuales, la variable apoyo familiar presentó significancia ($\beta = .030, p = .021$), ($OR=1.030, IC\ 95\% [1.004,1.056]$).

Tabla 47

Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en mujeres trabajadoras

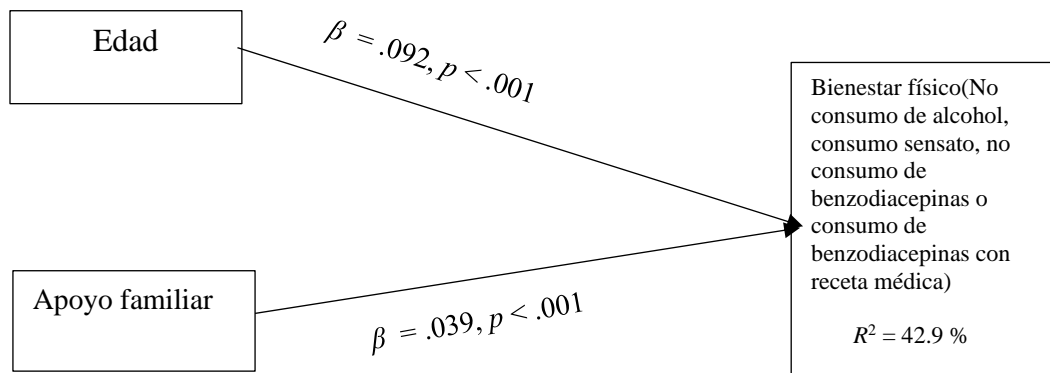
<i>Modelo 5</i> $X^2 = -1.705$ $gl = 1$ $R^2 = 42.9\%$ $p = .192$								
Variable	β	EE	W	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Edad	.092	.018	25.030	1	.001	1.096	1.057	1.136
Religión católica	.110	1.598	.005	1	.945	1.116	.049	25.567
Religión cristiana	1.707	1.778	.922	1	.337	5.511	.169	179.607
Testigos de Jehová	-2.260	3.436	.433	1	.511	.104	.000	87.775
Ninguna religión	-1.437	1.662	.748	1	.387	.238	.009	6.169
Estrés laboral	-.019	.011	3.003	1	.083	.981	.961	1.002
Apoyo familiar	.039	.012	11.456	1	.001	1.040	1.017	1.064
Constante	-4.548	1.845	6.073	1	.014	.011		

Nota: β = beta, EE = error estándar, W = Wald, gl = grados de libertad, OR = Odds Ratio, p = significancia estadística.

La tabla 47 muestra el Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica), el Modelo 5 ($X^2 = -1.705$, $p = .192$) explica el 42.9% de la varianza se observa que la edad ($OR = 1.096$, IC 95% [1.057, 1.136], $p < .001$), y el apoyo familiar ($OR = 1.040$, IC 95% [1.017, 1.064], $p < .01$) son las variables (factores personales y contextuales) que reportan efecto significativo y aumentan la probabilidad de bienestar, como se observa en la figura

Figura 14

Efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar



Nota: β = beta, p = significancia estadística.

Siguiendo con la técnica Backward (eliminación de variables hacia atrás), se obtiene el modelo final el cual se presenta en la tabla 48.

Tabla 48

Modelo de Regresión Logística para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica) en mujeres trabajadoras

Variable	β	EE	W	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Edad	.094	.018	26.255	1	.001	1.099	1.060	1.139
Religión católica	-.294	1.530	.037	1	.848	.745	.037	14.962
Religión cristiana	1.326	1.717	.597	1	.440	3.766	.130	108.833
Testigos de Jehová	-2.795	2.952	.896	1	.344	.061	.000	19.898
Ninguna religión	-1.901	1.595	1.419	1	.234	.149	.007	3.408
Apoyo familiar	.042	.011	13.531	1	.001	1.043	1.020	1.067
Constante	-5.257	1.767	8.848	1	.003	.005		

Modelo: $X^2 = 77.566$ gl = 6 $R^2 = 41.5\%$ $p < .001$

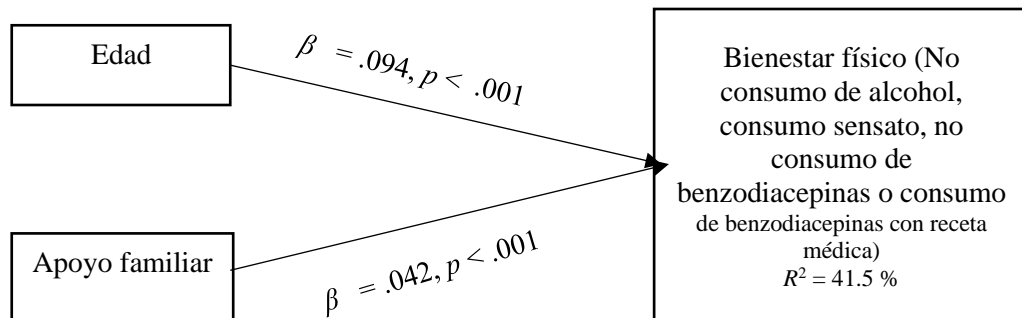
Nota: β = beta, EE = error estándar, W = Wald, gl = grados de libertad, OR = Odds Ratio, p = significancia estadística.

La tabla 48 muestra el Modelo de Regresión Logística correspondiente al Modelo Final para el estrés laboral, autotrascendencia y factores personales y contextuales sobre el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato de alcohol, no consumo de benzodiazepinas o consumo de benzodiazepinas con receta médica). Se observa que el

Modelo ($X^2 = 77.566$, $p < .001$) explica el 41.5% de la varianza, se presenta el efecto significativo de los factores personales, la edad ($OR = 1.099$, IC 95% [1.060, 1.139], $p < .001$), existe efecto significativo de los factores contextuales, el apoyo familiar ($OR = 1.043$, IC 95%, [1.020, 1.067], $p < .001$), con los resultados anteriores se da respuesta al objetivo general; los datos señalados se presentan gráficamente en la figura 15.

Figura 15

Modelo final, efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar



Nota: β = beta, p = significancia estadística.

Capítulo IV

Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados obtenidos, se presentan las conclusiones, las recomendaciones y las limitaciones que emergen de acuerdo con los hallazgos encontrados.

En el presente estudio fue factible la aplicación empírica del constructo de autotranscendencia propuesto por Pamela Reed (2014). El constructo fue la base para abordar los conceptos de estrés laboral, espiritualidad, inteligencia emocional y apoyo familiar en las mujeres trabajadoras consumidoras de alcohol y benzodiazepinas y no consumidoras de una institución pública de educación superior.

Con fundamento en la Teoría de la Autotranscendencia de Pamela Reed (2014) es que se llevó a cabo el presente estudio, el cual tuvo como fin el proponer una Teoría de Rango Medio denominada de Modelo Explicativo de Estrés Laboral, Autotranscendencia y Bienestar Físico en mujeres Consumidoras y no Consumidoras de Alcohol y Benzodiazepinas.

El perfil sociodemográfico de la población de estudio muestra que la media de edad observada en las mujeres trabajadoras fue de 41.2 años, lo cual resulta relevante, porque se trata de un grupo de adultas jóvenes laboralmente productivas de acuerdo con lo que reporta la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2023), organización que además señala que en los países industrializados más del 50% de las mujeres tienen un trabajo asalariado. En cuanto a la media de años de estudio cursados, para el grupo de estudio resultó de 16.8 años, lo cual difiere con lo que reporta el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2024) que para el caso de las mujeres señala que el promedio es de 9.6 años. Cabe señalar que el estudio se llevó a cabo en una institución educativa de nivel superior y la mayoría de las mujeres participantes principalmente fueron profesoras o personal administrativo, a quienes se les solicita como requisito contar con al menos la formación de licenciatura.

Otro dato que llama la atención es el que corresponde al estado civil de las mujeres trabajadoras participantes en el estudio, se encontró que el 43% son solteras, mientras que, en la ciudad de México el INEGI (2023) reporta que para el año 2020, el 36.1% de las mujeres tenían el estado civil de solteras. Al respecto del mismo indicador, resalta el estado civil casada que en el presente estudio se encontró en una proporción del 28.5%, resultado consistente con lo señalado por el INEGI (2023) que es de un 28.3% para la Ciudad de México. El resultado anterior no coincide con lo encontrado por Serrano et al. (2023) que en su estudio con una muestra de personal docente y el 80% del género femenino, identificó que tres cuartas partes de la población total eran casadas.

El resultado anterior de encontrar un mayor número de mujeres solteras puede deberse a que las mujeres en la actualidad presentan mayores oportunidades de desarrollo profesional, y deciden dedicar más tiempo a su realización profesional para el logro de sus metas. Debido a lo anterior para las mujeres la vida familiar puede ser elegida en un segundo plano decidiendo no vivir en pareja, no tener hijos, ni responsabilidades maritales.

La religión cumple una función social importante de integración, adquisición de valores, identidad, expectativas comunes y la adherencia a normas éticas y morales; la población mexicana se distingue por su diversidad en cuanto a religiones se refiere, lo cual se presenta con mayor evidencia a partir de la segunda mitad del siglo pasado (INEGI, 2005). A pesar de la variedad de grupos religiosos, en el país prevalece el catolicismo, que para el año 2020 se encontró en un 78.6% (INEGI, 2024), lo que coincide con lo identificado en el presente estudio que es del 79.4%. La religión católica tiene predominio en la sociedad mexicana desde la época de la colonia a través de la evangelización y las prácticas religiosas las cuales han pasado a establecerse como rituales culturales con arraigo a las instituciones eclesiásticas (INEGI, 2005).

Para dar respuesta al primer objetivo específico que propuso identificar la prevalencia y tipos de consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras; entre los resultados obtenidos se encontró que la media de edad en el inicio del consumo de alcohol se identificó en 18.5 años ($DE = 2.2$) lo que coincide entre lo que reporta la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017) cuya edad para las mujeres es de 19.2 años. La edad de inicio también es consistente con lo reportado por Méndez et al. (2022) en una población de mujeres mexicanas del norte del país en edades de entre 18 a 25 años, identificaron que la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 16.8 ($DE = 1.79$) años. El consumo de alcohol en las mujeres de este grupo de edad podría deberse a que se encuentran en una etapa de desarrollo donde buscan socializar y convivir lo que implica asistir a reuniones donde el consumo de alcohol es una práctica no saludable normalizada y aceptada lo que favorece el consumo (Jones et al., 2022; Torres et al., 2023).

En el presente estudio, referente al número de bebidas consumidas en un día típico fue de 2.7, lo que no coincide con Bohm et al. (2021) en una población de mujeres de los Estados Unidos, con edades entre los 19 a 60 años, encontraron que en un día típico el número de bebidas de alcohol consumidas era de 4.5. En población australiana con una muestra del 52% de mujeres en edades de 45 a 64 años identificaron un consumo de 2 bebidas por ocasión (Leggat et al., 2022). El número de bebidas que consumieron las mujeres del presente estudio se identifica como consumo de riesgo para las mujeres (ENSANUT, 2020) el tipo de consumo señalado puede deberse al perfil de la muestra y los datos que se refieren a la población mexicana, grupo poblacional perteneciente a la fuerza laboral, grupo etario joven, personas con mayor escolaridad y en su mayoría solteras con el poder adquisitivo para la compra del alcohol, además de que tienen la posibilidad de llevar a cabo reuniones de socialización en virtud de que en su mayoría son solteras las participantes del estudio.

Con respecto al inicio del consumo de benzodiazepinas, la edad de inicio se presentó a los 29.5 años ($DE= 7.0$), edad de inicio menor con lo que reportan Schonmann et al. (2018), en su estudio ellos identificaron una media de edad de 63.7 ($DE = 16.4$). Sin embargo, se ha reportado la prescripción de benzodiazepinas en poblaciones menores de 24 años, tal es el caso del estudio llevado a cabo por Sidorchuk et al. (2018), encontraron que al 30% de su muestra se les prescribió un tratamiento con benzodiazepinas por un tiempo mayor a 6 meses, de ellos el 18% de la muestra eran niños, 31% adolescentes y 31% adultos jóvenes. El tratamiento con benzodiazepinas en mujeres jóvenes se prescribe cuando existen cuadros de ansiedad, trastorno de pánico y depresión, el uso de este medicamento se prefiere por su rápida absorción y vida media corta (Nassima et al., 2018). Lo anterior podría deberse a que existen múltiples situaciones negativas tanto ambientales y sociales que pueden afectar la forma de responder de las mujeres quienes frente a estas situaciones difíciles de superar buscan apoyo profesional para superar esas emociones con el objetivo de recuperar su estabilidad emocional. Además, la mayoría de los profesionales son de la disciplina de enfermería que conocen de indicaciones, contraindicaciones, dosis y efectos de estas drogas médicas por contar con estudios de farmacología y toxicología.

Referente al segundo objetivo que indica determinar el estrés laboral en mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas, en los resultados se identificó que las mujeres que presentan mayor estrés laboral son las que tienen consumo de alcohol y benzodiazepinas en comparación con las mujeres que no consumen alcohol y benzodiazepinas. Lo anterior tiene coincidencia con los hallazgos reportados por García y Cárdenas (2023) en población latina de trabajadores hombres y mujeres, identificaron que el aumento en el consumo de alcohol tenía asociación con el estrés en las mujeres. Resultados similares se encontraron en mujeres adultas en edades entre los 38 y 60 años con responsabilidades de trabajo formal y de cuidados en el hogar. Identificaron mujeres de mediana edad quienes consideraban el alcohol como

recompensa que les proporcionaba tranquilidad para asumir la responsabilidad del trabajo y las tareas extras a desempeñar (Kersey et al., 2022).

El consumo de alcohol en las mujeres con estrés podría explicarse debido a la sobrecarga de responsabilidades, mayor ingesta con el objetivo de reducir el estrés y disminuir la preocupación de la realización de las tareas. El estrés podría acentuarse debido al número mayor de horas de trabajo, menor experiencia laboral; en este sentido la búsqueda de estabilidad emocional ante la situación de estrés podría motivar al consumo de alcohol (Kefelew et al., 2023). El uso de las benzodiazepinas en mujeres podría presentarse principalmente por la presencia de cuadros de ansiedad debidos al estrés acumulado de la sobre carga de trabajo y cuando las mujeres posterior al estrés experimentan depresión o emociones negativas.

En cuanto al objetivo tres que indica determinar la espiritualidad en mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras. Los resultados observados mostraron que existen datos de mayor espiritualidad en las mujeres que no consumen alcohol y benzodiazepinas que en aquellas que declararon el consumo; la espiritualidad se asume como una estrategia de afrontamiento que ayuda a las mujeres a optar por conductas saludables cuando se percibe estrés en el lugar de trabajo formal o en la realización de actividades en el hogar (Chirico et al., 2020). A su vez la espiritualidad se manifiesta como una estrategia a la cual se recurre antes que la elección primaria sea el consumo de alcohol o benzodiazepinas ante la presencia de estrés o ansiedad (Churakova et al., 2017).

Las prácticas espirituales, entre las que se encuentran la oración y la meditación posiblemente apoyan en la disminución del estrés laboral y el agotamiento emocional, son aquellas experiencias que permiten confort rápido, relajación, adormecimiento y con las cuales se obtiene una respuesta inmediata, para disminuir la probabilidad de consumo de alcohol o benzodiazepinas (Karram et al., 2023). Lo anterior podría deberse a que la espiritualidad puede brindar la percepción de tranquilidad y de superación de problemas

mediante la búsqueda de ayuda de un ser superior, donde la confianza en superar la situación puede relacionarse con el sentimiento de bienestar.

Con respecto al objetivo cuatro que señala determinar la inteligencia emocional en mujeres consumidoras y no consumidoras, los resultados mostraron mayor inteligencia emocional en las mujeres trabajadoras que presentan consumo de alcohol y benzodiazepinas, estos resultados son consistentes con los encontrados por Skurvydas et al. (2023) quienes identificaron una relación inversa entre la inteligencia emocional y la toma de decisiones en conductas relacionadas con la salud, situación que pudiera atribuirse a variables tales como la edad, el estrés y enfermedades presentes, entre otras. Probablemente este grupo en particular de participantes del estudio dado su nivel escolar y el tipo de trabajo que desempeñan tienen la capacidad de administrar o gestionar sus propias emociones incluido el estrés laboral y puedan tener como formas de afrontamiento la empatía y la resiliencia que les da la capacidad de afrontar retos y desafíos con la posibilidad de aminorar los conflictos derivados del trabajo que son fuente de estrés laboral.

La resistencia al estrés laboral en las mujeres es un factor que podría motivar a mayor consumo de alcohol. El estímulo que las conduce a esta situación recae en el afrontamiento a través de estrategias enfocadas a la autoconciencia emocional, alta autoestima, empatía, responsabilidad social y adaptabilidad donde podría emerger la conformidad con el conflicto mediante la realización de conductas no saludables (Kuntsche et al., 2021).

En correspondencia con lo señalado por Reed (2014) es que se propuso el objetivo cinco que indica determinar el apoyo familiar en mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras; dentro de los resultados, los hallazgos fueron que el apoyo familiar se presenta en mayor grado en las mujeres trabajadoras que no consumen alcohol y benzodiazepinas. El apoyo familiar resultó una estrategia que deriva de la salud familiar a la cual las mujeres pueden recurrir para solicitar apoyo cuando se

presentan situaciones difíciles a nivel familiar o laboral, lo cual podría afectar positivamente el estado emocional de las mujeres lo cual impacta en la realización de conductas saludables, evitando así el consumir alcohol o benzodiazepinas (Vallone et al., 2020). En México la mayoría de los hogares pertenecen a grupos de personas conformados en familias y dichos grupos son familias nucleares característica que favorece la cohesión, la convivencia y la armonía, factores que contribuyen a la salud mental de los integrantes.

En lo que corresponde al objetivo seis que señaló identificar los factores personales como la edad, el nivel educativo, el estado civil y la religión en las mujeres trabajadoras consumidoras y no consumidoras, se encontró que el consumo de alcohol y benzodiazepinas es mayor en las mujeres en edades entre los 19 a 29 años, lo cual difiere de lo reportado para las mujeres mexicanas por Barrera et al. (2022) en sus hallazgos identificaron un incremento en el consumo de alcohol en las mujeres de 35 a 64 años; encontraron que las mujeres mayores de 65 años disminuyeron el consumo excesivo.

El consumo en este grupo de edad puede presentarse debido a que los cambios sociales actuales han predisposto a las mujeres a retrasar la maternidad y la crianza de los hijos, tienen menos responsabilidades y más tiempo para el esparcimiento y la socialización donde puede estar presente el alcohol como vehículo de diversión, de aceptación social con el grupo y poder mantener interacciones satisfactorias (Evans-Polce et al., 2020; Sayko et al., 2023).

En cuanto al nivel educativo, se identificó mayor consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras con educación básica y técnica, lo cual difiere con los hallazgos de Ramírez et al. (2023) encontraron un mayor consumo en las personas con estudios profesionales. Los resultados del presente estudio difieren con lo encontrado por Okui (2021) quien identificó el consumo de alcohol moderado en mujeres trabajadoras con nivel educativo bajo y medio, situación que puede tener relación con el precario ingreso. Los resultados difieren con lo encontrado por Liu et al. (2019) sus hallazgos mostraron

que en el caso de mujeres jóvenes empleadas con residencia en zonas urbanas y que cuentan con educación universitaria, se encontró que el consumo de alcohol tendía a incrementarse, en cambio, disminuían las probabilidades de consumo en las mujeres con educación básica. El consumo de alcohol pudiera deberse a las expectativas de realización profesional que la sociedad tiene sobre las mujeres y su inserción laboral, así como a su incorporación en puestos de mando que requieren su participación en los escenarios sociales a la par que el género masculino (Ruisoto et al., 2017). El mayor consumo en las mujeres trabajadoras con educación básica y técnica del presente estudio puede tener relación con la situación de estrés que perciben, el cual puede tener origen desde el ambiente laboral y se incrementa con las responsabilidades del cuidado del hogar.

En lo referente al estado civil, el consumo de alcohol y benzodiazepinas presenta mayor proporción de consumo en las mujeres divorciadas, solteras y viudas, lo anterior coincide con los resultados encontrados por Alonso et al. (2009) encontraron que el más alto consumo de alcohol para mujeres mexicanas se presenta en las que refieren estado civil divorciadas, en unión libre y separadas, es decir, no tienen pareja o un compromiso formal. En otra población latina, también se identificó mayor proporción de consumo en mujeres trabajadoras solteras (Herrero et al., 2014). En población de mujeres serbias identificaron que las mujeres solteras tienden a un mayor consumo de alcohol en comparación con las mujeres casadas, entre otros hallazgos encontraron que estas mujeres con frecuencia no tienen como obligación cumplir con responsabilidades familiares (Lugonja et al., 2021). Por lo anteriormente señalado, el estado civil casada puede interpretarse como un factor protector en lo que corresponde al consumo de alcohol y benzodiazepinas, por su efecto en la disminución de la probabilidad del consumo (Bastida et al., 2017).

La religión como una estrategia de afrontamiento, es un recurso que limita el consumo de alcohol, lo cual se refleja en el presente estudio, ya que se identificó una

alta proporción de participantes que no pertenecen a alguna religión y que refirieron consumo de alcohol y benzodiazepinas. Resultado consistente con los hallazgos de Dutra et al. (2021) quienes encontraron asociación entre un alto consumo de alcohol, no tener pareja y no tener religión. Por otra parte, este resultado difiere con lo reportado por Matos y Vargas (2021) quienes en una población del sur de Brasil identificaron una fuerte asociación entre profesar la religión católica y un patrón de consumo de alcohol dañino. Las participantes con religión católica mostraron consumo moderado de alcohol lo cual pudiera deberse a que la religión católica no prohíbe el consumo de alcohol u otras sustancias, pero favorece a una amplia diversidad de festejos patronales que motivan a la socialización de grupos que comparten dicha doctrina, en donde puede estar presente el alcohol si no de forma abierta si de forma cerrada o solapada.

La Teoría de la Autotrascendencia se evidencia a través de cuatro conjuntos de relaciones donde en primer término expresa que la relación existente se presenta entre la experiencia de vulnerabilidad y la autotrascendencia; en la cual el aumento en los niveles de vulnerabilidad, en este caso la experiencia ante el estrés de las mujeres trabajadoras influye directamente en los niveles de autotrascendencia, es decir específicamente en el aumento de espiritualidad y o inteligencia emocional.

En los hallazgos que se obtuvieron en lo referente a la hipótesis uno que indicó que el estrés laboral se asocia de forma positiva con la espiritualidad y la inteligencia emocional, se encontró que la espiritualidad tiene una relación negativa con el estrés laboral en las mujeres trabajadoras; hallazgo que muestra que las mujeres trabajadoras en situaciones de estrés, recurren a las prácticas espirituales, lo cual es consistente con los resultados reportados por Moraes et al. (2022) las mujeres trabajadoras de su estudio y que presentaban estrés laboral refirieron que la espiritualidad las confortaba y tranquilizaba para afrontar sus problemas del trabajo y de la casa. La espiritualidad es la fuerza interior en situaciones difíciles en las cuales se produce una conexión entre la mente, el cuerpo y el espíritu. La paz que se experimenta como resultado de la conexión

puede contribuir a la sensación de mayor optimismo, incremento de la fe y la búsqueda de apoyo en la religión y grupos espirituales.

Se identificó una relación positiva y significativa entre el estrés laboral y la inteligencia emocional, lo cual estaría indicando que ante la presencia de estrés laboral las mujeres trabajadoras expresan respuestas inteligentes para manejar las situaciones, tomar mejores decisiones y cumplir oportunamente con las demandas del trabajo. Sadovyy et al. (2021) identificaron en un grupo de mujeres trabajadoras que la inteligencia emocional tiene un efecto moderador en el estrés laboral y los resultados del trabajo. La inteligencia emocional aun cuando está presente en el afrontamiento del estrés laboral no es determinante para disminuirlo o evitarlo; en una muestra de docentes que presentaron estrés laboral se identificó que la inteligencia emocional no era factor predictor del bienestar psicológico, en cambio si el dominio del entorno, tener un propósito en la vida y las relaciones positivas (Lucas et al., 2022).

Ante los eventos de estrés se manifiestan las estrategias para afrontar la situación difícil o compleja, independientemente del grado de inteligencia emocional, se presentan las estrategias de afrontamiento en su diversidad (Fteiha, 2020). Los resultados del presente estudio difieren de los hallazgos reportados por Yuguero et al. (2017) quienes identificaron que a mayor inteligencia emocional, menor es el estrés por la actividad laboral realizada. Lo anterior podría deberse a que la manifestación de la inteligencia puede encontrarse asociada a las características personales, las responsabilidades familiares, el entorno social y laboral, factores que actúan como desencadenantes o protectores del estrés. La inteligencia emocional se contempla como la adaptación a las situaciones complejas, la capacidad de razonamiento, solución de problemas, el percibir, asimilar, favoreciendo el crecimiento emocional e intelectual, desarrollo de habilidades de planeamiento, organización y analíticas (Nespereira & Campuzano 2017; Ordoñez et al., 2021; Ramos, 2017).

Los resultados confirman lo propuesto por Pamela Reed (2014) en su Teoría de la Autotrascendencia en la cual señala que los momentos en los cuales la persona percibe situaciones específicas de vulnerabilidad, influyen en el incremento de autotrascendencia, especialmente cuando la vulnerabilidad es en alto grado.

Reed (2014) señaló que en la Teoría de la Autotrascendencia la segunda relación es directa y positiva y se presenta entre la autotrascendencia y el bienestar que experimenta la persona a través del afrontamiento que realiza con las estrategias que le apoyen a salir de su vulnerabilidad y el bienestar que se presenta y que de acuerdo a Reed (2014), este es considerado específico y particular para cada persona en el cual depende el concepto individual que se tenga de bienestar.

En los resultados de la hipótesis dos que indica que a mayor espiritualidad e inteligencia emocional, mayor bienestar (no consumo de alcohol y benzodiazepinas), se identificó que la espiritualidad tiene efecto sobre el bienestar físico lo que protege a la persona del consumo de alcohol. De acuerdo con Lee et al. (2017) las prácticas espirituales protegen contra el consumo de alcohol en las mujeres, la espiritualidad ayuda a prevenir el consumo de alcohol y drogas. Las conductas y estilos de vida saludables de las mujeres tienen relación con la espiritualidad (Farahmand et al., 2023).

La espiritualidad como estrategia de afrontamiento ante eventos que ponen a prueba a la persona hasta el grado de experimentar vulnerabilidad puede contemplarse de forma intrapersonal, tal como lo indica Reed (2014) como conexión de uno mismo, interpersonal, en el contexto de las personas que le rodean y sobre todo, en el sentido de lo transpersonal, condición que se refiere a lo invisible, el creer en Dios o un ser supremo a quien se recurre en un evento de crisis. Las creencias y las prácticas espirituales tales como el asistir a la iglesia, se relacionan con un menor riesgo de consumir alcohol y benzodiazepinas. Las mujeres refieren dentro de las prácticas espirituales la meditación, el proceso de reflexión, la introspección, oración, yoga, Tai chi; refieren que incluso las circunstancias difíciles incrementan el sentido de compasión

hacia otras personas, se desarrolla y aumenta la gratitud (Luna et al., 2019). Así mismo, la probabilidad de consumo de estas sustancias es menor en las mujeres que practican la espiritualidad (Barbosa et al., 2022; Borders & Booth, 2013).

Como tercera relación, la Teoría indica que la autotrascendencia tiene una función de mediación entre la vulnerabilidad y el bienestar, lo anterior propone que la autotrascendencia es un factor subyacente que explica cómo es posible que la persona experimente bienestar ante un evento difícil o de riesgo.

En los resultados de la hipótesis tres que indica que la espiritualidad y la inteligencia emocional moderan negativamente el estrés laboral y éste tiene un efecto positivo en el bienestar físico, se identificó una relación directa de la inteligencia emocional con el estrés laboral, no así de la espiritualidad. Los resultados son consistentes con los hallazgos de Rodríguez et al. (2023) quienes en una muestra de mujeres en edades entre los 18 a 53 años identificaron la presencia de inteligencia emocional con respecto a la claridad y reparación emocional, el estrés en el ambiente de trabajo se encontraba en los momentos en que se consideraba no estar haciendo bien los procedimientos propios de su trabajo, incluso la falta de competencia al llevarlos a cabo.

La inteligencia emocional como un rasgo intrapersonal también se identificó en el estudio de Sojer et al. (2024) encontraron que se asociaba fuertemente con la resiliencia en las mujeres cuando afrontaban situaciones difíciles y su expresión tenía lugar a través de ser consciente de las propias emociones, su regulación, y a través de la atención plena. Otros resultados similares a los de este estudio son los encontrados por Abdollahi et al. (2020), sus hallazgos indicaron una relación negativa entre el estrés y las conductas de autocuidado, la inteligencia emocional se mostró como moderador en la relación entre estrés y el autocuidado.

Polcin et al. (2022) por su parte identificaron el papel moderador de la inteligencia emocional en el estrés y el bienestar (no consumo de alcohol) como

resultado positivo, las entrevistas motivacionales disminuyeron el consumo de alcohol a los doce meses en las mujeres del estudio con excesivo consumo.

En esta tercera hipótesis que indica que tanto la espiritualidad como la inteligencia emocional moderan negativamente el estrés laboral y éste tiene un efecto positivo en el bienestar físico (no consumo de alcohol, consumo sensato, no consumo de benzodiazepinas y consumo con prescripción médica), no se presentó un efecto significativo de la espiritualidad sobre el estrés laboral. Lo anterior difiere con la Teoría de la Autotrascendencia de Pamela Reed (2014), la Teoría señala que la autotrascendencia puede mediar los efectos de vulnerabilidad experimentada en el bienestar, por los anteriores resultados, no se cumple del todo la tercera hipótesis del estudio. De las dos variables que conforman en el presente estudio la autotrascendencia (espiritualidad e inteligencia emocional) solamente la inteligencia emocional mostró un efecto directo en el estrés laboral.

Con respecto al objetivo general que señala determinar la capacidad de predicción del modelo explicativo de estrés laboral, autotrascendencia y bienestar físico en mujeres consumidoras y no consumidoras de alcohol y benzodiazepinas. Se identificó que la edad es un factor personal tal como lo refiere Reed (2014) que modera la relación entre la vulnerabilidad y el bienestar y para el caso específico del consumo de alcohol y benzodiazepinas, este disminuye por cada año más de edad en las mujeres (Dutra et al., 2021) lo cual puede atribuirse a la madurez que acompaña la toma de decisiones y las responsabilidades inherentes a cada etapa de la vida.

Además, el apoyo familiar mostró un efecto significativo en el bienestar de las mujeres trabajadoras, el soporte familiar contribuye a la percepción de un mejor estado de salud y por lo tanto es motivo para un comportamiento saludable, Pasarelli (2023) identificó que el contar con familiares y amigos en quienes confiar en los momentos difíciles y que apoyen las decisiones de la persona, mejora la autopercepción de bienestar, incluso esta autopercepción se hace más evidente en las mujeres que en los

hombres. Otros resultados muestran que el apoyo familiar es fundamental para el proceso de comunicación entre los integrantes de la familia, así también mejora la autoestima, reduce la ansiedad, ayuda en la distribución de las tareas del hogar y reduce los problemas de internalización y externalización de los niños de la familia (Weber et al., 2022).

Cuando la familia no se encuentra integrada o se presenta la disfunción sus integrantes tienen mayor probabilidad de prácticas de riesgo como el consumo de alcohol o benzodiazepinas (Lima et al., 2016). El uso de sedantes sin prescripción médica es más frecuente en quienes presentan estrés y no perciben apoyo familiar o refieren falta de funcionamiento familiar, situación que incrementa el deterioro de salud mental (Caravaca et al., 2021).

El nivel educativo no mostró efecto, lo cual puede estar relacionado a que aun cuando se abordaron las mujeres de una institución educativa, se identificaron todos los grados educativos, razón por la cual el bienestar no es determinante de un nivel educativo específico. Las mujeres del estudio tienen niveles educativos diversos de acuerdo con su categoría laboral y existe disparidad en sus ingresos. Tampoco se identificó un efecto en el índice de estrés laboral, situación que puede deberse a que en la institución la mayoría de las categorías laborales no son exclusivas de atención directa al usuario y en el caso de las profesoras, la mayoría pertenece al grupo de profesoras de asignatura, lo que indica que su contratación es por pocas horas. La exposición a la atención directa a los usuarios es factor que incrementa el riesgo del consumo de alcohol y benzodiazepinas (Airagnes et al., 2019).

Con todo lo anteriormente señalado, se puede afirmar que la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed, resulta trascendente en el manejo de las variables antes expuestas y resulta en el sustento para la práctica innovadora del profesional de enfermería en los diferentes escenarios. Así mismo brinda la oportunidad para dar continuidad al desarrollo de la investigación en la línea de Prevención de Adicciones:

Drogas Lícitas e Ilícitas con la certeza de atender a una población que requiere del cuidado y atención profesional de enfermería.

Con los resultados obtenidos se puede afirmar la comprobación de la Teoría propuesta por Pamela Reed que indica que la autotrascendencia es una característica humana inherente a la persona, es una fuerza impulsora para modificar su estado por otro que le genere una perspectiva diferente ante una situación de conflicto. En el presente estudio se pudo observar la interacción de los conceptos que conforman la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed, tales como autotrascendencia, vulnerabilidad, bienestar, factores personales y factores contextuales, mismos que dieron cuenta de lo propuesto por Reed, la madurez de la persona permite un razonamiento lógico, espiritual y tolerante lo que le ayuda a afrontar eventos difíciles los cuales son moderados por los factores personales y del entorno.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados del presente estudio se puede concluir que un número importante de las mujeres trabajadoras había consumido alcohol alguna vez en la vida y que casi la quinta parte de la muestra consumió alcohol en los últimos siete días. En cuanto al consumo de benzodiazepinas una décima parte de las mujeres trabajadoras del estudio las había consumido alguna vez en la vida y en escasa frecuencia reportaron haberlas consumido en los últimos días.

Por otra parte, se encontró que las mujeres trabajadoras presentaron en su mayoría un consumo sensato y en escasa cantidad reportaron un consumo de alcohol de riesgo.

Se identificó una diferencia significativa entre el estrés laboral y el consumo que presentan las mujeres trabajadoras, las puntuaciones más altas de estrés laboral se encontraron en las mujeres que reportaron consumo de alcohol y benzodiazepinas.

Con respecto a la espiritualidad, se presentó una diferencia significativa entre las mujeres que refirieron consumo de alcohol y benzodiazepinas y las mujeres que no

reportaron el consumo. La espiritualidad tuvo mayor presencia en las mujeres que no presentaron consumo de alcohol y benzodiazepinas.

Los hallazgos mostraron diferencias significativas en la inteligencia emocional de las mujeres trabajadoras que presentaron consumo de alcohol y benzodiazepinas y quienes no consumieron. Se identificó mayor inteligencia emocional en las mujeres que consumieron alcohol y benzodiazepinas que en aquellas mujeres que no reportaron el consumo de alcohol y benzodiazepinas.

Referente al apoyo familiar como factor contextual de la Teoría de Pamela Reed, este se encontró con puntuaciones más altas en las mujeres trabajadoras que no refirieron consumo de alcohol y benzodiazepinas en comparación con las mujeres que indicaron consumo de alcohol y benzodiazepinas.

En cuanto a los factores personales propuestos por Pamela Reed, se identificaron diferencias significativas entre el consumo de alcohol en el último año por grupo de edad, se presentó mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres más jóvenes del estudio.

En lo que corresponde al consumo de benzodiazepinas, se encontró una mayor proporción entre las mujeres de mayor edad (50 a 59 años). Y en el consumo de alcohol y benzodiazepinas, la mayor proporción de consumo se ubicó en las mujeres más jóvenes del estudio.

Siguiendo con los factores personales y en lo que corresponde al nivel educativo se presentaron diferencias significativas entre el consumo de alcohol en el último año; se presentó mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras que indicaron nivel educativo de secundaria y educación técnica con diferencias mínimas en cuanto al consumo en las mujeres de los otros niveles educativos estudiados. Por otra parte, no se identificó diferencias entre el consumo de benzodiazepinas en las mujeres trabajadoras por nivel educativo.

En lo que corresponde al consumo de alcohol y benzodiazepinas durante el último año y por nivel educativo, se identificó en mayor proporción en las mujeres trabajadoras con nivel educativo de secundaria.

En continuidad con los factores personales y específicamente lo que corresponde al estado civil se presentó mayor proporción de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras que indicaron ser solteras y en menores proporciones se presentó el consumo en las mujeres que refirieron no tener pareja. Sin embargo, no se identificaron diferencias de consumo de benzodiazepinas por estado civil en las mujeres trabajadoras.

Respecto al consumo de alcohol y benzodiazepinas se identificó con mayor

De acuerdo con la Teoría de Pamela Reed, la religión se concibe como factor personal, por lo que para el presente estudio, se identificó que el consumo de alcohol en el último año se presentó con mayor proporción en las mujeres que indicaron no pertenecer a ninguna religión. El mismo resultado se encontró respecto al consumo de benzodiazepinas, donde se encontró en mayor proporción en las mujeres que reportaron no pertenecer a alguna religión.

Referente al consumo de alcohol y benzodiazepinas, la proporción mayor se encontró entre las mujeres que indicaron no pertenecer a alguna religión y en menor proporción en las mujeres que se identificaron como Testigos de Jehová y aquellas que indicaron no pertenecer a otra religión.

Los resultados anteriores refuerzan lo propuesto por Pamela Reed respecto a que los factores personales y contextuales influyen y se relacionan con la vulnerabilidad o la autotrascendencia y entre la autotrascendencia y el bienestar y son determinantes para el estado de bienestar.

Por otra parte se encontró que el estrés laboral presentó una relación negativa con la espiritualidad y una relación positiva entre el estrés laboral y la inteligencia emocional, lo cual tiene correspondencia con lo propuesto por Reed, respecto a que

existe relación entre la experiencia de vulnerabilidad y la autotranscendencia con influencia en el aumento de los niveles de autotranscendencia.

El presente estudio reveló que existe efecto de la espiritualidad sobre el bienestar físico, el efecto antes mencionado no se presentó en lo que corresponde a la inteligencia emocional; el efecto presente puede estar apoyando lo postulado por Reed en su Teoría, que en situaciones difíciles emerge la autotranscendencia como aspecto inherente a la persona que coadyuva al bienestar en una relación directa y positiva.

Con respecto a lo señalado por Reed en lo que corresponde a que la autotranscendencia funciona como mediador entre la experiencia de vulnerabilidad y el bienestar, se identificó una relación directa de la inteligencia emocional con el estrés laboral, no obstante la relación entre la espiritualidad y el estrés laboral no mostró efecto en la moderación negativa. Se refuerza lo postulado por Reed, en lo que corresponde a la espiritualidad que la autotranscendencia disminuye la probabilidad de la persona a permanecer en estado de vulnerabilidad.

Es necesario señalar que se observó en el modelo propuesto en el presente estudio efecto de los factores personales y contextuales sobre el bienestar físico, específicamente en lo que corresponde a variables como la edad y contar con el apoyo familiar. Los hallazgos encontrados contribuyen a fortalecer la Teoría de Rango Medio de Autotranscendencia de Pamela Reed en cuanto a los conceptos principales de vulnerabilidad, autotranscendencia, bienestar y los factores personales y contextuales. Los hallazgos contribuyen a la disciplina de enfermería y pueden ser el soporte para fundamentar el cuidado a las mujeres trabajadoras que requieren de atención específica de enfermería ante situaciones de no bienestar.

Recomendaciones

Se sugiere replicar el presente estudio incluyendo un enfoque de género para que los resultados orienten a la creación de políticas públicas que incidan en la creación de programas de estrategias de afrontamiento que contribuyan al bienestar de las mujeres trabajadoras en su ámbito laboral.

Se sugiere la realización de estudios que tengan como fundamento la Teoría de la Autotrascendencia para contar con mayor sustento en el momento de su utilización en personas en situación de vulnerabilidad y en las cuales se busque apoyar en su transición a un estado de bienestar.

Se sugiere la utilización de los resultados del presente modelo para el sustento de desarrollo de intervenciones de cuidado en las mujeres trabajadoras que presenten consumo de alcohol y o benzodiazepinas.

Dar continuidad al tema de las adicciones en las mujeres, ya que por la responsabilidad que asumen, tienen mayor probabilidad de buscar estrategias de afrontamiento y es necesario contar con argumentos científicos suficientes para fortalecer la evidencia de la utilidad del uso de la teoría de la Autotrascendencia propuesta por Pamela Reed.

Ampliar el estudio realizado, ahora en escenarios diferentes donde exista mayor probabilidad de lograr resultados que fortalezcan los previos y se establezca la necesidad de contar con intervenciones específicas de profesionales de enfermería que apoyen a las mujeres consumidoras de alcohol y benzodiazepinas.

Desarrollar estudios acerca del consumo de alcohol y benzodiazepinas específicamente en la población de mujeres jóvenes y solteras, así como aquellas mujeres con doble jornada laboral.

Ampliar la difusión de los resultados de investigaciones referentes al consumo de alcohol para mayor comprensión en la población general el concepto de consumo aceptable y su efecto en las conductas saludables.

Se sugiere la utilización de los instrumentos para la recolección de información utilizados en el presente estudio ya que su aportación contribuyó al cumplimiento de los objetivos planteados.

Limitaciones

La información obtenida se limitó a autoinformes, por tal motivo el recordar aspectos relacionados con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol y benzodiazepinas se basan solo en la percepción de la participante. Se puede sugerir el utilizar biomarcadores para obtener la información más exacta.

El estudio se realizó en población de una institución educativa donde un gran porcentaje de las participantes cuenta con estudios de licenciatura y posgrado, por lo que se considera que los resultados no pueden ser generalizados en las mujeres trabajadoras en general.

Referencias

- Aazami, S., Shamsuddin, K., & Akmal, S. (2015). Examining behavioral coping strategies as mediators between work-family conflict and psychological distress. *The Scientific World Journal*, 2015, 1-8.
- Abdulaziz, M.A., Ahmad, E.A., Fawzeih, A. A., & Yasir, M. A. (2022). The impact of emotional intelligence on work performance: The mediating role of occupational stress among nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 54, 738 – 749.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12790>
- Abdollahi, A., Taheri, A., & Allen, K. (2020). Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho – Oncology*, 29, 927-933. <http://doi.org/10.1002/pon.5369>
- Airagnes, G., Lemogne, C., Olekhnovitch, R., Roquelaure, Y., Hoertel, N., Goldberg, M., Limosin, F., & Zins, M. (2019). Work-Related sand increased risk of benzodiazepine long-term use: findings from the CONSTANCES Population-based cohort. *American Journal Public Health*, 109(1), 119-125.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304734>
- Akerstrom, M., Sengpiel, V., Hadzibajramovic, E., Carlsson, Y., Graner, S., Andersson, O., Jonsson, M., Naurin, E., Veje, M., Wessberg, A., & Linden, K. (2023). The COPE Staff study: Study description and initial report regarding job satisfaction, work-life conflicts, stress, and burnout among Swedish maternal and neonatal healthcare during COVID-19 pandemic. *Gynecology Obstetrics*, 166, 989 – 997.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.14772>
- Almaraz, C. D., & Alonso, C. B. (2016). Sensibilidad ética y su relación con el consumo de alcohol en el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 123-138.
- Alonso, C. M. M., Álvarez, B. J., López, G. K. S., Rodríguez, A. L., Alonso, C. M.T.J., & Armendáriz, G. N.A. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y

consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-114.

Álvarez, E., Gómez, S., Muñoz, I., Navarrete, E., Riveros, M. E., Rueda, L., Salgado, P., Sepúlveda, R., & Valdebenito, A. (2007). Definición y desarrollo del concepto ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. *Revista Chilena de terapia ocupacional*, 1-6.

<https://doi.org/10.5354/0717-5346.2007.81>

Araújo, R. L., Santos, C. A., Evangelista, L. P.R., Araújo, G. B., Goncalves, P. L., De Sousa, R. R., Oliveira, L. L. H., & Vilarouca, S. A. R. (2023). Stress and associated factors in public school teachers: a cross sectional study. *Revista Brasileira del Trabajo*, 21(2), 1-10. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2022-832>

Arias, T. J., Fernández, V. T., Molina, A. J., Amezcua, P. C., Mateos, R., Cancela, J. M., Delgado, R.M., Ortiz, M.R., Alguacil, J., Almaraz, A., Gómez, A. I., Morales, S.V.M., Blázquez, A. G., Jiménez, M. E., Félix, V. L., Ayán, C., Vilorio, M. L., Olmedo, R. R., Martín, V., & uniHcos Project Research Group. (2019). Drugs use, family support and related factors in university students. A cross-sectional study based on the uniHcos Project data. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 141-147.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.019>

Arbuckle, J. L. (2009). AMOS (Versión 18.0) [Software de computación]. Chicago: SPSS Inc.

Ates, B. E., & Turan, I. A. (2022). Abuse/ Misuse of Prescription Medications in Older Adults. *Clinics in Geriatrics Medicine*, 38(1), 85 – 97.

<https://doi.org/101016/j.cger.2021.07.004>

Aziz, M. (2021). Job stress and mental-being among working men and women in Europe: The mediating role of social support. *Research Public Health*, 18(5), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052494>

- Bagusat, C., Kunzler, A., Schlecht, J., Franke, A. G., Chmitorz, A., & Lieb, K. (2018). Pharmacological neuroenhancement and the ability to recover from stress – a representative cross-sectional survey among the German population. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *13*(37), 1 – 16.
<https://doi.org/10.1186/s13011-018-0174-1>
- Bar-On, R. (2002). Bar-On Emotional Quotient Short Form (EQ-I: Short): Technical manual. Toronto: Multi-Health Systems.
- Barbosa, D. J., Tosoli, G. M. A., & Pereira, G. M. (2022). Protestantism and psychoactive drugs: implications for nursing and health. *Revista Uruguaya de Enfermería*, *17*(1), 1-14. <https://doi.org/10.33517/rue2022v17n1a13>
- Barrera, N. D.A., Rengifo, R. H. A., López, O. N., Barrientos, G. T., & Reynales, S. L. M. (2022). Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de Covid-19. Ensanut 2018 y 2020. *Salud Pública de México*, *64*(2), 137-147. <https://doi.org/10.21149/12846>
- Barrios, A. & Mateos, R. (2020). Patrón epidemiológico del uso de benzodiazepinas. *Farma Journal*, *5*(2), 7-14. <https://doi.org/10.14201/fj202052714>
- Barry, A.E., Valdez, D., & Russell, A.M. (2019). Does Religiosity Delay Adolescent Alcohol Initiation? A Long-term Analysis (2008-2015) of Nationally Representative Sample of 12th Graders. *Substance Use & Misuse*, 1-9.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1686024>
- Bastida, G. R., Valdez, M. J.L., Valor, S. I., González, A. L.F.N. I., & Rivera, A. S. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XXVI*(1), 95-102.
- Bedoya, V. R., Derose, K. P., & Romero, S.N. (2016). Gender and physician specialization and practice setting in Ecuador: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, *16*(662), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1917-1>

- Blanco, E. F. E., Díaz, H. L.P., & Caro, C. C.V. (2019). La autotrascendencia en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes hijos de padres consumidores. *Enfermería Universitaria*, 16(2), 216-226.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.647>
- Borders, T. F., & Booth, B.M. (2013). Stimulant Use, Religiosity, and the Odds of Developing or Maintaining an Alcohol Use Disorder Over Time. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 369-377.
- Briñez, H. J. A. (2001). Diferencias de género en problemas con alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*, 13(4), 439-455.
- Burns, K.E.A; Pattani, R., Lorens, E., Straus, S.E., & Hawker, G. A. (2021). The impact of organizational culture on professional fulfillment and burnout in an academic department of medicine. *PLos One*, 16(6), 1-13.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252778>
- Busto, M. A., Moure – Rodríguez, L., Mallah, N., Díaz- Geadá, A., Corral, M., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2021). Alcohol Consumption among Freshman College Students in Spain: Individual and Pooled Analyses of Three Cross- Sectional Surveys (2005, 2012 and 2016). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2548), 1 – 13.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052548>
- Campesino, M., Belyea, M., & Schwartz, G. (2009). Spirituality and Cultural Identification Among Latino and Non-Latino College Students. *Health Care*, 7 (2), 72 – 79. <https://doi.org/10.1891/1540-4153.7.2.72>
- Caravaca, S. F., Aizpurua, E., & Stephenson, A. (2021). Substance use, family functionality, and mental health among college students in Spain. *Social Work in Public Health*, 36(2), 221 – 231.
<https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1869134>

- Cavendish, R., Luise B. K., Russo, D., Mitzeliotis, C., Bauer, M., McPartlan, B. M. A., Calvino C., Horne, K., Medefindt, J. (2004). Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. *Journal Nursing Research*, 26(2), 196-212. <https://doi.org/10.1177/0193945903260815>
- Centro de Educación Ciudadana [CECUSS] (2017). ¿Qué es el Estado Civil? *Universidad San Sebastián*, 1-6.
- Chen, Y. P., Tsai, J. M., Lu, M. H., Lin, A. M., Lu, Ch. H., & Wang, K. W. K. (2017). The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on pediatrics nurses' compassion satisfaction and fatigue. *Journal Advance Nursing*, 74, 1180 – 1188. <https://doi.org/10.1111/jan.13516>
- Chen, Q., Chen, M., Kin, M. L. C., Chan, K. L., & Ip, P. (2022). Stress in Balancing Work and Family among Working Parents in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5589), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095589>
- Cheryl, J.Ch., Ye, Y., & Monteiro, M. (2018). Risk of violence – related injury from alcohol consumption and its burden to society in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana Salud Publica*, 42(e7), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.7>
- Chirico, F., Sharma, M., Zaffina, S., & Magnavita, N. (2020). Spirituality and prayer on teacher stress and Burnout in an Italian cohort: a pilot, before-after controlled study. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02933>
- Churakova, I., Burlaka, V., & Wright, P. T. (2017). Relationship between alcohol use, spirituality, and coping. *International Journal Mental, Health Addiction*, 15, 842-852. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9759-6>

- Cid Monckton, P., & Pedrao, L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 19, 738-745. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700011>
- Clements, A., & Cyphers, N.A. (2019). Prenatal substance use: Religious women report lower use rates, but do they use less? *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1617522>
- Collel, E., Sánchez N.A., Benavides, F.G., Delclos, G.I., & Domingo, S. A. (2014). Work-related stress factor associated with problem drinking: A study of the Spanish working population. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(7), 837-846. <https://doi.org/10.1002/ajim.22333>
- Collel, E., Sánchez, N.A., Ferrer, M., & Domingo, S. A. (2016). Gender differences in the use of alcohol and prescription drugs in relation to job insecurity. Testing a model of mediating factors. *Journal Drug Policy*, 37, 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.drupo.2016.07.002>
- Collel, E., Sánchez, N. A., Domingo, S. A., Delclos, J., & Benavides, F. G. (2014). Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 369-375. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.009>
- Comisión Global de Política de Drogas (2019). La clasificación de sustancias psicoactivas. Cuando se dejó atrás la ciencia. 1- 55. <https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/index.html>
- Corral, Y. (2009). Validez y Confiabilidad de los Instrumentos de Investigación para la Recolección de Datos. *Revista de Ciencias de la Educación*, 19(33), 228 – 247.
- Cortaza, R. L., Calixto, O. G., Hernández, L. L., & Torres, B. D. (2022). Prevalence of alcohol consumption in nursing students. *Medwave*, 22(03), 1 – 9. <https://doi.org/10.5867/medwave.2022.02.002530>

- Costa, B. D., González, T.M. L., Masjuan, N., Trápaga, M. A., Del Arca, D., Scafarelli, L., & Feibuscheurez, A. (2009). Escala de evaluación del funcionamiento familiar -FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas*, 3(1), 43-56.
- Crilly, J., Greenslade, J., Johnston, A., Carlstrom, E., Thom, O., Abraham, L., Mills, D., & Wallis, M. (2019). Staff perceptions of emergency department working environment: An international cross-sectional survey. *Emergency Medicine Australasia*, 3, 1082-1091. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13325>
- Daigre, C., Grau-López, L., Palma, A. R.F., Perea, O. M., Sorribes, P. M., Serrano, P. P., Quesada, M., Segura, L., Coronado, M., Ramos, Q. J.A., & Colom, J. (2022). A Multicenter Study on the Impact of Gender, Age, and Dual Diagnosis on Substance Consumption and Mental Health Status in Outpatients Treated for Substance Use Disorders During COVID-19 Lockdown. *Journal of Dual Diagnosis*, 18(2), 71-80. <https://doi.org/10.1080/15504263.2022.2051110>
- Dankulincova, Z. V., Jirasek, I., Veselsky, P., Jiraskova, M., Plevova, I., Tavel, P., & Madarasova, A.G. (2018). Spirituality but not Religiosity Is Associated with Better Health and Higher Life Satisfaction among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122781>
- Davey, C. (2021). Online sobriety communities for women's problematic alcohol use: A mini review of existing qualitative and quantitative research. *Frontiers in Global Womens Health*. 2(773921), 1-7. <https://doi.org/103389/fgwh.2021.773921>
- De la Fuente, J.R., & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina. UNAM*, 35(2), 47-51.
- De Souza, G. A.M., Santos, M. A., & Pillon, S. C. (2014). Alcohol and /or drug use: evaluating spiritual and religious aspects. *SMAD, Revista Electrónica Saúde, Mental Alcohol Drug*, 10(2) 61-69.

<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i2p61-69>

- Díaz, H. L.P., & Muñoz, S. A.I. (2016). Vulnerability to alcohol consumption, spiritual transcendence, and psychosocial well-being: test of a theory. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 24(2702), 1- 8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0688.2702>
- Dobson, K.G., Ibrahim, S., Gilbert-Ouimet, M., Mustard, C.A., & Smith, P.M. (2018). Association between psychosocial work conditions and latent alcohol consumption trajectories among men and women over 16-year period in a national Canadian sample. *Epidemiol Community Health*, 72(2), 1-8. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209691>
- Domínguez, V., Collares, M., Ormaechea, G., & Tamosiunas, G. (2016). Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, (3), 14-24.
- Doolittle, B. R., McGinnis, K., Ransome, Y., Fiellin, D., Justice, A. (2021). Mortality, health, and substance abuse by religious attendance among HIV infected patients from the veterans aging cohort study. *AIDS and Behavior*, 26, 653-660. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-030028-4>
- Dukes, A., Mullen, P.R., Niles, J., Gutiérrez, D., & Jensen, S. (2022). Role of Causality Orientations in Predicting Alcohol Use and Abstinence Self – Efficacy. *Substance Use & Misuse*, 57(2), 222 – 229. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.2002899>
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. (1991). Substruction: improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83- 87. <https://doi.org/10.1177/089431849100400209>
- Dutra, P. T., Pelissoli, P. A. & Vargas, D. (2021). Women´s alcohol in a Primary Health Care service. *Revista Da Escola De Enfermagem*, 55, 1- 8. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0458>

- Elashoff, J. D. (2007). nQueryAdvisor (Versión 7.0) [Software de computación]. Los Angeles. CA: Statistical Solutions LTD. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Espada, S. J. P., González, M. M.T., & Orgilés, M. (2018). Substance use in Spanish adolescents: The relationship between depression and social support seeking. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 27-33.
<https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.337>
- Espinosa, H. G., & Castellanos, O. J.M. (2018). Procesos de estructuración de prácticas trasgresoras asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 777-795. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16209>
- Evans- Polce, R., Jang, B., Maggs, J., Patrick, M. E., (2020). Gender and age differences in the associations between family social roles and excessive alcohol use [Social Science and Medicine 244 (2020) 112664]. *Social Science & Medicine*, 250,
- Fajardo, R. E., & Henao, C.A.M.(2019). Bienestar espiritual de los Estudiantes de Enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 23(54), 23-31.
<http://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.03>
- Farahmand, M., Amiri, P., Ramezani, T. F., Cheraghi, L., & Azizi, F.(2023). Health related quality of life in women with various levels of spiritual health. *Women & Health*, 63(5), 392-401. <https://doi.org/10.1080/03630242.2023.2223674>
- Farrugia, A., Pienaar, K., Fraser, S., Edwards, M., & Madden A. (2020). Basic care as exceptional care: addiction stigma and consumer accounts of quality healthcare in Australia. *Health Sociology Review*, 1-16.
<https://10.1080/14461242.2020.1789485>
- Feinberg, M., Hotez, E., Roy, K., Ledford, CH. J. W., Lewin, A. B., Perez, B. N., Childress, S., & Berge, J. M. (2022). Family Health Development: A Theoretical Framework. *Pediatrics*, 145(5), 1-11. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-0535091>

- Fernández, B. P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta- Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández, C. E., Molerio, P. O. & Rodríguez, M. Y. (2020). Pertinencia del empleo de estrategias psicoeducativas en la prevención del consumo de drogas. *Edu Me Centro, 12*(2), 223 – 229. <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v12n2/2077-2874-edu-12-02-223.pdf>
- Fernández, R. M. A., Moreno, S. D., & Fontanil G. Y. (2019). La influencia de los roles de género en el consumo del alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones, 31*(4), 260 – 273. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1003>
- Fiske, E. A. (2019). Self-Transcendence, Well – Being, and Vulnerability in Healthcare Mission Participants. *Nursing Science Quarterly, 32*(4), 306 – 313. <https://doi.org/10.1177/0894318419864326>
- Flores, H. C., Huerta, F. M. R., Hernández, J., Páramo, D. & Morales, I. (2013). Prevalencia de Alcoholismo en Trabajadores de la Industria del Cuero-Calzado y su Asociación con el Nivel de Desestrés. *Ciencia & Trabajo, 15*(47), 67-75. <https://doi.org/10.4067/s0718-24492013000200006>
- Frone, M. R. (2016). Work stress and alcohol use: developing and testing a biphasic self-medication model. *Work & stress, 1*-16. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1252971>
- Fteija, M., & Awwad, N. (2020). Emotional intelligence and its relationship with stress coping style. *Health Psychology Open, 1*-9. <https://doi.org/10.1177/2055102920970416>
- Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction: A research and clinical perspective. *The American Journal of Addiction, 15*, 286-292.

- Galvis, L. M. A., & Pérez, G. B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, *11*(3), 256-273. <https://doi.org/10.5294/aqui.2011.11.3.2>
- García, A. E. M., López, T.H. J., Minuesa, G. M., Ruipérez, M.M., Lucas, G. F.J., & Agudo, M. J.L. (2021). Health-related quality of life in patients consuming benzodiazepine. *Atención Primaria*, *53*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102041>
- Garnett, C., Kaustaun, S., Brown, J., & Kotz, D. (2022). Alcohol consumption and associations with sociodemographic and health-related characteristics in Germany: A population survey. *Addictive behaviors*, *125*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.addbeth.2021.107159>
- Gázquez, L. J. J., Molero, J. M. M., Pérez, F. M. C., Martos, M. A., & Simón, M. M. M. (2023). Mediating role of emotional intelligence in the relationship between anxiety sensitivity and academic Burnout in Adolescents. *International Journal Environment Research Public Health*, *20*(1), 1 - 14. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010572>
- Gaviraghi, D., De Antoni, C., Amazarray, R. M., & Schaefer, S. L. (2016). Medicalization, substance use, and work context in bank employees in Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista Psicología: Organizaciones de Trabajo*, *16*(1), 61-72.
- Gil, G. E., Cáceres, M. R., Núñez, C. B., Gálvez, Z. A., Vázquez, S. S., Cabrera, L. A., & Romo, A. N. (2020). Consumo de psicofármacos en Andalucía. Un análisis de la Encuesta Andaluza de Salud desde la perspectiva de género. *Revista Española de Drogodependencias*, *45*(1), 52-68.
- Goleman, D., & Cherniss, C. (2013). *Inteligencia emocional en el trabajo*. Kairos.

- Gomes, M. E., Hannemann, T.V., Atzendorf, J., Kraus, L., & Piontek, D. (2018). The consumption of new psychoactive substances and methamphetamine. *Deutsches Arzteblatt International*, 115, 49-55. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0049>
- González, Y. S., Lázaro, V. S., & Palomera, R. (2021). ¿Qué aporta la inteligencia emocional al estudio de los factores protectores del consumo de alcohol en la adolescencia? *Psicología educativa*, 2(1), 27-36.
<https://doi.org/10.5093/psed2020a13>
- González, Y. S., Lázaro, V. S., & Palomera, M. R. (2020). The protective association of trait and ability emotional intelligence with adolescent tobacco use. *Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1-13.
<https://doi.org.10.3390/ijerph17186865>
- González, Y. S., Palomera, M. R. & Lazaro, V. S. (2019). Trait and ability emotional intelligence as predictors of alcohol consumption in adolescents. *Psicothema*, 3(3), 292-297. <https://doi.org/107334/psicothema2018.315>
- Grissom, N., & Bhatnagar, S. (2009). Habituation to repeated stress: get used to it. *Neurobiology Learn*, 92(2), 215-224. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2008.07.001>
- Group, WAW. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability, and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183–94.
- Grove, K. S., Gray, R. J. & Burns N. (2015). *Understanding Nursing Research* (7th ed), Elsevier. 1-547.
- Guerrero, C. R. F., & Lara, P. R. (2017). Nivel de autotrascendencia en un grupo de adultos mayores mexicanos. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1476-87.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8il.354>
- Güilgüiruca, M., Quiñones, M., & Zúñiga, C. (2020). Demandas laborales y consumo de alcohol: el rol del grupo de trabajo. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10), 1-13.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00128419>

- Gunn, A., & Samuels, G.M. (2018). Promoting Recovery Identities Among Mothers with Histories of Addiction; Strategies of Family Engagement. *Family Process*, 59(1), 94-110. <https://doi.org/10.1111/famp.12413>
- Herman, J. P., McKlveen, J., Ghosal, S., Kopp, B., Wulsin, A., Makinson, R., Scheimann, J., Myers, B. (2016). Regulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Stress Response. *Comprehensive Physiology*, 6, 1- 20. <https://doi.org/10.1002/cphy.c150015>
- Herrero, L. Y., Rosales, D. O., & Rodríguez, P. L.(2014). Patrones de consumo femenino. Consulta de alcoholism. Plaza de la Revolución. *Medigraphic*, 1-6.
- Hirschtritt, M.E., Palzes, V.A., Kline, S. A., Kroenke, K., Campbell, C. I., & Sterling, S.A. (2020). Benzodiazepine and Unhealthy Alcohol Use Among Adult Outpatients. *Am Journal Manag Care*, 25(12), 358 – 365.
- Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud (2018). (2019). Resumen. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud (OPS/NMH/19-012)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. <https://www.inegi.org/app/buscador>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, alcohol y Tabaco (2016-2017). Reynales, S. L.M., Zavala, A. I., Paz, B. W.C., Gutiérrez, T. D.S., García, B. J.C., Rodríguez, A. M. A., Gutiérrez, R. J., Franco, N. A., Romero, M. M., & Mendoza A. Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Ciudad de México. 489. https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_ta
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol, Tabaco 2016-2017. Villatoro V. J.A., Reséndiz E. E., Mujica S. A., Bretón C. M., Cañas M. V., Soto H. I., Fregoso I. D., Fleiz, B. C., Medina, M. M.E., Gutiérrez, R. J., Franco, N. A., Romero, M. M.,

- Mendoza, A. I. Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Ciudad de México. 1- 448.
- Jang, J. B., Schuler, M.S., Evans – Polce, R. J., & Patrick, M. E. (2018). Marital status as a partial mediator of the associations between young adult substance use and subsequent substance use disorder: application of causal inference methods. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 567 – 577.
- Jeong, J.E., Joo, S.H., Hahn, Ch., Kim, D.J., & Kim, T.S. (2019). Gender-Specific Association between Alcohol Consumption and Stress Perception, Depressed Mood, and Suicidal Ideation: The 2010 – 2015 KNHANES. *Psychiatry-Investigation*, 16(5), 386-396. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.02.28>
- Jones, R. M., Van Den, B. M., Zammit, S., & Taylor, P. J. (2022). The relationship between the big five personality factors, anger-hostility, and alcohol and violence in men and women: a nationally representative cohort of 15,701 young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(11-12), <https://doi.org/10.1177/0886260520978178>
- Kautz – Turnbull, C., Petrenko, Ch. L.M., Handley, E. D., Coles, C. D., Kable, J. A., Wertelecki, W., Yevtushok, L., Zymak – Zakutnya, N., & Chambers, Ch. D. (2021). Partner influence as a factor in maternal alcohol consumption and depressive symptoms, and maternal effects on infant neurodevelopmental outcomes. *Alcohol Clin Exp. Res*, 45, 1265 – 1275. <https://doi.org/10.1111/acer.14612>
- Kefelew, E., Hailu, A., Kote, M., Teshome, A., Dawite, F., & Abebe, M. (2023). Prevalence and associated factors of stress and anxiety among female employees of hasawa industrial park in sidama regional state, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 23(103), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888>
- Kendler, K. S., Larsson, L. S., Salvatore, J., Sundquist, J., & Sundquist K. (2016). Effect of marriage on risk for onset of alcohol use disorder: A longitudinal and Co

- Relative análisis in a Swedish National sample. *Am Psychiatry*, 173(9), 911 – 918.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15111371>
- Kerr – Correa, F., Zamudio, I. T., Hiroce, V., & Marcassa, T. (2007). Patterns of alcohol use between genders: A cross – cultural evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 102(1-3), 265-275. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.031>
- Kersey, K., Lyons, A. C., & Hutton, F. (2022). Alcohol and drinking within the lives of midlife women: A meta study sistematic review. *International Journal of Drug Policy*, 99, 1-13. <https://doi.org/10.1016/h.drugpo..2021.103453>
- Khamis, A. A., Salleh, S. Z., Karim, M. S., Mohd, R. N. A., Janasekaran, S., Idris, A., & Abd R. R. B. (2022). Alcohol consumption patterns: A systematic review of demographic and sociocultural influencing factors. *Environmental, Research and Public Health Journal*, 19(13), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138103>
- Khan, S., Okuda, M., Hasin, D.S., Secades, V. K., Han, L. K., Grant, B., & Blanco, C. (2013). Gender differences in lifetime alcohol dependence: Results from the National Epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 1966 – 1705. <https://doi.org/bz3r>.
- Kim, S. Y., Jeong, S.H., & Park, E. Ch. (2022). Age at onset of alcohol consumption and its association with alcohol misuse in adulthood. *Neuropsychopharmacology Reports*, 43, 40 – 49. <https://doi.org/10.1002/npr2.12302>
- Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, 1-33.
<https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Kourouma, I. G., Cortes, M. D.B., Medina, F. I.A., Oliva, N. E. I. P., & Torres, O. R. (2020). Autotrascendencia y bienestar físico en adultos mayores con diabetes. *Nure Investigación*, 112, 1-11.
- Kuntsche, S., & Kuntsche, E. (2021). Drinking to cope mediates the link between work – family conflict and alcohol use among mothers but not fathers of preschool

children. *Addictive Behaviors*, *112*, 1-5.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106665>

Laguado, J. E., & Caballero, D. L. P. (2016). Autopercepción del estado de salud familiar en un área metropolitana de Bucaramanga. *Revista Cubana de Enfermería*, *32*(3), 1-12.

Lavado, P., Aragón K., Gonzales, M. (2015). ¿Cuál es la relación entre las habilidades cognitivas y no cognitivas y la adopción de comportamientos de riesgo? un estudio para el Perú. *Apuntes*, *XLII*(76), 59 – 93.

Lee, B. K., & Merali, N.K. (2022). Employment stress and couple adjustment among clients with disorders of Gambling and alcohol use: themes of transfers in congruence couple therapy. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *16*, 1-12.
<https://doi.org/10.1177/1782218221080773>

Lee, Ch, K., Stein, K.F., Corte, C., & Steffen, A. (2017). Self-schema as a non-drinker: a protective resource against heavy drinking in Mexican American college women. *Health Promotion International*, *33*, 676-685.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dax013>

Leggat, G., Livingston, M., Kuntsche, S., & Callinan, S. (2022). Alcohol consumption trajectories over the Australian life course. *Addiction SSA*, *117*, 1931- 1939.
<https://doi.org/10.1111/add.15849>

Lima, R. J. S., Domínguez, S. I., & Lima, S. M. (2021). Family and social variables associated with family health. *Western Journal of Nursing Research*, 1 – 12.
<https://doi.org/10.1177/01939459211026384>

Lima, S. M., Lima, R. J. S., & Guerra, M. M. D. (2016). Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. *Enfermería Clínica*, *629*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.09.004>

- Lima, R. J. S., Lima, S. M., Jiménez, P. N., & Domínguez, S. I. (2012). Consistencia interna de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública*, *86*, 509 – 521.
- Lima, S. J. L., Viana, S. L., Murta, A. L., Portela, M. C., Messías, C.M. & Souza, M. M. (2021). Quality of life and well-being of college university workers, *Cuidado e fundamental*, *13*(1), 1442- 1446. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10035>
- Liu, H.G., Davids, J., Scully, R. E., & Melnitchouk, N. (2019). Association of Domestic Responsibilities with Career Satisfaction for Physician Mothers in Procedural vs Nonprocedural Fields. *JAMA Surgery*, *154*(8), 689 – 695. <https://doi.org/10.100/jamasur.2019.0529>
- Liu, S. J., Wang, Q. N., She, J., Zhang, Y. H., Xu, H. (2023). Relationship between emotional intelligence and job stressors of psychiatric nurses: A multi-center cross sectional study. *Journal Clinical Nursing*, *32*, 7730 – 7739. <https://doi.org/10.1111/jocn.16865>
- Londoño, R. J., Chica, A. O. P., & Marín, A. I. C. (2017). Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín. *Medicina*, *36*(1) 34 - 43.
- López, G. K.S., Mena, M. A.V., Alonso, C.M.M., González, V. A., Guzmán, F. F.R. & Rodríguez, A. L. (2020). Codependencia en la relación de pareja y consumo de alcohol en mujeres. *Eureka*, *17*, 60 - 74.
- López, R. J. A., Rigabert, A., Gómez, L.I. M. N., Rubio, G., & ASSIST. (2018). Cribado de riesgos derivados del consumo de drogas utilizando la herramienta ASSIST (Alcohol, smoking and substances involvement screening test) en pacientes de atención primaria: estudio transversal. *Atención Primaria*, *51*(4), 200 – 207. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.021>

- López, P. J. (2008). *Resiliencia familiar ante el duelo* [Tesis de Doctorado en Psicología]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lucas, M. S., Valdivieso, L. L., Espinosa, D. I. M., & Tous, P. J. (2022). Emotional Intelligence, Psychological Well being and Bournout of Active and In Training Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3514), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063514>
- Lucke, H. R., Harbke, C.R., Mathes, E. W., & Hammersley, J.J. (2021). Higher Emotion Dysregulation and Coping Motives in Alcohol and Marijuana Users. *Substance Use & Misuse*, 1-37. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1901927>
- Luna, B. M. J., (2019). Gender differences in Psychosocial Spiritual Healing. *Journal of Women's Health*, *28*(11), 1513- 1521. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7837>
- Luque, J.S., Soulen, G., Dávila, C.B., & Cartmell, K. (2018). Access to health care for uninsured Latina immigrants in South Carolina. *Health Services Research*, *18*(310), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3138-2>
- MacKenzie, P. R., Verplaetse, T. L., Mineur Y. S., Petrakis, I. L., Cosgrove, K. P., Piccioto, M.R., & McKee, S.A. (2019). Sex differences in stress related alcohol use. *Neurobiology of Stress*, *10*, 1-14.
- Maravillas, E. A., Roy-García, I., Rivas, R. R., & Vilchis, Ch. E. (2023). Factores asociados a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes con insomnio. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *61*(3), 387 – 394. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8319759>
- Marrero, S. M. L., Rivero, E., Pastor, M.E., Fernández, C., & Vergara, A. (2018). Elaboración de la versión Cubana del Cuestionario JSS para la evaluación del estrés psicosocial laboral. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, *12*(2), 9-18.
- Marrero, S. M. L., Sarduy, O., Pastor, M.E., González, O. A ., Arredondo, O.F., Toro, R., Trujillo, B. W. G., Remior, F., & Beltrán, R. A. C. (2013). Estrés laboral en

- personal de la industria químico farmacéutica (QUIMEFA). *Revista Cubana de Salud y el Trabajo*, 14(1), 12-18.
- Marrero, S. M. L., Rivero A. E., Pastor, A. M. E., Fernández, R. C., & Vergara, B. A. (2011). Elaboración de la versión cubana del cuestionario JSS para la evaluación del estrés psicosocial laboral. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 12(2), 9-18.
- Martínez, V. N.A., Tiburcio, M., Natera, R. G., Villatoro, V. J.A., Arroyo, B. M., Sánchez, H. G.Y., & Fernández, T. M. (2021). Uso de sustancias psicoactivas y su relación con el estrés, el estado emocional, la sintomatología depresiva y la amenaza percibida durante la pandemia de COVID-19 en México. *Frente a la salud pública*, 9(709410), 1 - 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.709410>
- Masip, J., & Germa L. J.R. (2019). Alcohol, health, and cardiovascular disease. *Revista Clínica Española*, 221, 359-368. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.05.013>
- Matos, F. C. B. F., & De Vargas, D. (2021). Alcohol use patterns and associated variables among the Karipuna indigenous people in the extreme Northern Brazilian Amazon. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/15332640.2021.1871695>
- Matud, A. M. P., García, P. L., Bethencourt, P. J.M., & Rodríguez, W. C. (2017). Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. *Journal of Feminist. Gender and Women Studies*, (5), 23-31. <https://doi.org/10.15366/jfgw2017.5>
- McAloney, K. K., McPherson, K. E., McGlinchey, E., & Armour Ch. (2022). Factors associated with changing alcohol consumption during the first UK lockdown. *European Journal of Public Health*, 32(5), 766- 772. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac124>
- McCann, T. V., Lubman D.I. (2017). Adaptative coping strategies of affected family members of a relative with substance misuse: A qualitative study. *Journal Advanced Nursing*, 74, 100 -109. <https://doi.org/10.1111/jan.13405>

- McCormick, E., Devine, S., Crilly, J., Brough, P., & Greenslade, J. (2023). Measuring occupational stress in emergency departments. *Emergency Medicine Australasia*, 35, 234-241. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14101>
- Mendez, R. M., Villegas, P. M. A., Guzman, R. V., Santos R. C.J. (2022). Alcohol, age at first sexual intercourse and number of partners in Young Mexican women. *Enfermería clínica*, 32(2022), 538-545. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.01.010>
- Merakou, K., Xefteri, E., & Barbouni, A. (2017). Sense of Coherence in Religious Christian Orthodox Women in Greece. *Community Ment Health*, 53, 353-357. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0051-1>
- Mesa, C. N. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *ENE Gris*, 13(3), 1-26.
- Mesa, F. M., Pérez, P. J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 24(1), 115-124. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>
- Míguez, M. C. & Permuy, B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 15-22. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57482>
- Mihic, J. S., Mayfield, J., Harris, R.A. (2019). Hipnóticos y Sedantes. En Brunton, L.L., Chabner, B.A., Knollmann, B. C., *Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica* (13ª ed., 1-30) McGraw Hill Medical
- Mitra, S., Prasad, S. A., Haldar, D., Baren, S. A., Lo S., & Narayan, S. G. (2018). Correlation among perceived stress, emotional intelligence, and Burnout of resident doctors in a medical college of West Bengal: A mediation analysis. *Indian Journal of Public Health*, 1 – 6. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_368_16

- Monk, R. L., Qureshi, A., Heim, D. (2020). An examination of the extent to which mode and context are associated with real-time alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 208, 1- 6. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107880>
- Molero, J. M. M., Pérez, F. M. C., Oropesa R. N. F., Simón, M. M. M., & Gázquez, L. J. (2019). Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina*, 55(237), 1-14. <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>
- Moraes, O. G.M., Guzzo, L.V., Moura, O.P.M.S., Z. M. G., Giunco, A. S.R.E., Tonheiro, F. S. S. C., Arrais, S. M., Correia, Q.B. I., Baister, L.C.J., Rosa, D.E., Oliveira, I. M.C., Jaeger, A. K., Alonso, E. G. M., Oliveira, R. M. V., Albanex, A. M.L.M.A., Matos, N. E., Kass, W. N. (2022). Women physicians: Burnout during the COVID 19 Pandemic in Brazil. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 119(2), 307-316. <https://doi.org/10.36660/abc.20210938>.
- Moreno, G. P.A., Gaviria, M. A., Ochoa, O. A.S., Yepes, E. M.C., & Machado, A. J. (2020). Long term users of benzodiazepines in Colombia: Patterns of use and cessation of treatment. *Drug and alcohol dependence*, 210, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107962>
- Mugavin, J., MacLean, S., Room, R., & Callinan, S. (2020). Subgroups of adults who drink alcohol at low risk levels: Diverse drinking patterns and demography. *Drug and Alcohol*, 39, 975- 983. <https://doi.org/10.1111/dar.13133>
- Mugavin, J., Room, R., & Callinan, S. & J., MacLean, S., (2023). How do people drink at a low – risk level? *Health Sociology Review*, 1 -16. <https://doi.org/10.1080/14461242.2023.2209090>
- Mulia, N., & Bensley, K. M. (2020). Alcohol-related disparities among women: evidence and potential explanations. *Alcohol Research, Current Reviews*, 40(2), 1-16. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.09>

- Mulia, N., Witbrodt, J., Karriker-Jaffe, K. J., Li, L., Lui, C.K., & Zapolski, T. (2022). Education matters: longitudinal pathways to mid-life heavy drinking in a national cohort of black Americans. *Addiction, 117*(8), 2225 – 2234.
<https://doi.org/10.1111/add.15882>
- Mulic, M., Ferkovic, V., Kurtic, A., & Ferkovic, P. (2017). Tobacco, alcohol, drugs consumption, and perception about the family functioning among adolescents in Tuzla Canton. *Journal of Health Sciences, 27*(3), 146-157.
<https://doi.org/10.17532/jhsci.2017.462>
- Murphy, J.M., Chin, E.D., Westlake, Ch. A., Asselin, M., Brisbois, M. D. (2021). Pediatric Hematology/Oncology Nurse Spirituality, Stress, Coping, Spiritual Well-being, and Intent to Leave: A Mixed - method Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 1*-15. <https://doi.org/10.1177/10434542211011061>
- Musarella, N., & Disacacciatti, V. (2020). Doble jornada laboral y percepción de la salud en mujeres: investigación cualitativa. *Evidencia- Actualización en la práctica ambulatoria, 23*(3), 1-9. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v23i3.6868>
- Naaz, F. F., Awor, P., Yen, Y.Ch., Gnanaselvam, N.A., & Zakham, F. (2020). Challenges and coping strategies faced by female scientists-A multicentric cross sectional study. *PLoS ONE, 15*(9), 1-14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238635>
- Nassima, A. D., Allan, S. H., Sana, S., & Derek, B. (2018). A review of alprazolam use, misuse, and withdrawal. *Journal of Addiction Medicine, 12*(1), 4-10.
<https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000350>
- National Institute on Drug Abuse (2018). Depresores del Sistema Nervioso Central (SNC) de prescripción médica- Drug Facts. *Reporte de investigación, 1*-7.
- National Institute on Drug Abuse (2018). El uso indebido de los medicamentos recetados. *Reporte de investigación, 1*-31

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>

National Institute on Drug Abuse [NIH] (2020). El consumo de sustancias en las mujeres – *Drug Facts*, 1- 8.

Nehring, S. M., Chen, R. J., & Freeman, A.M. (2023). Alcohol disorder. *StatPearls*, NBK436003

Nespereira, C. T., & Vázquez, C. M. (2017). Emotional intelligence and stress management in nursing professionals in a hospital emergency department. *Enfermería Clínica*, 27(3), 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.007>

Nevárez, S. A., Carreón, R. V. G., & Bergman, M. (2021). Socioeconomic factors associated with drug consumption in Mexico. *Journal of Addictive Diseases*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1919486>

Norma Oficial Mexicana [NOM -028-SSA-2009] (2009). Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. *CONADIC*, 1-71.

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (2021). Informe sobre la situación de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México, 1- 63.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016). Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women. *United Nations Office on Drug and Crime*, 1-61.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). Non -medical use of benzodiazepines: a growing threat to public health? *United Nations Office on Drug and Crime*, 1-18.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018). Conclusiones y consecuencias en materia de políticas. *Informe Mundial Sobre las Drogas*, 1-24. http://unodoc.org/documents/scientific/Global_SMART_Update_2017_Vol_18_.pdf

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2020). Resumen ejecutivo. Informe Mundial sobre las Drogas. *Organización de las Naciones Unidas*, 1–18. https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen_Ejecutivo._Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2020.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODOC] (2021). Global Overview: Drug Demand Drug Supply. World Drug Report, *United Nations Publication*, 1-109.
- Okui, T. (2021). An analysis of predictors for heavy alcohol drinking using nationally representative survey data in Japan. *BMC Public Health*, *21*(359), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10382-y>
- Ordoñez, R. P., Polit, M. M.V., Martínez, E. G., & Videla, C. S. (2021). Emotional intelligence of intensive care nurses in a tertiary hospital. *Enfermería Intensiva*, *32*, 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.05.001>
- Organización Internacional del Trabajo (2019). Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo. *Oficina Internacional del Trabajo*, Ginebra, 1-125.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2016). Las mujeres en el trabajo. *Oficina Internacional del Trabajo*, Ginebra, 1-149.
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2018). Género y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. *OMS*, *6*, 1-50.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] OMS (2021). Informe sobre la Situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas, 1-100. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2010). ASSIST. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. *Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental*, 1- 73.

- Organización Panamericana de la salud [OPS] (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *World Health Organization*, 1-286.
- Organización para el Desarrollo y Cooperación Económica [OECD] (2015). Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy, *OECD Publishing*.
<https://doi.org/10.1787/9789264181069-es>
- Oyague, L. L., & Mateos, C. R. (2019). Perfil del paciente ambulatorio en tratamiento con ansiolíticos y/o antidepresivos. *Farma Journal*, 4(2), 19-29.
<https://doi.org/10.14201/fj2019421929>
- Pachito, D.V., Pega, F., Bakusic, J., Boonen, E., Clays E., Descatha, A., Delvaux, E., De Bacquer, D., Koskenvuo, K., Kröger, H., Lambrechts, M.C., Latorraca, C. O.C., Li J., Cabrera, M. A. I., Riera, R., Rugulies, R., Sembajwe, G., Siegrist, J., Sillanmäki, L., ...Godderis, L. (2021). The effect of exposure to long working hours on alcohol consumption, risky drinking and alcohol disorder: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of work-related Burden of Disease and Injury. *Environment International*, 1-26.
<https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.106205>
- Pasarelli, A. H. (2023). The association between social support and self-rated health in midlife: are men more affected than women? *CSP Reports in Public Health*, 39(12), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN106323>
- Páez, C. M. L., & Castaño, C. J.J. (2019). Occupation and correlation between perceived quality of work life, emotional intelligence, and coping strategies in university graduates. *Revista de la Facultad de Medicina, Manizales*, 67(4), 419-427.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n4.71216>
- Peláez, F. M. A., Rey, L., & Extremera, N. (2022). Pathways from emotional intelligence to well-being and health outcomes among unemployed: mediation by health promoting behaviors. *Journal of Health Psychology*, 27(4). 879—889.
<https://doi.org/10.1177/1359105320974431>

- Peng, J., Han, W. W., Doolan, G., Choudhury, N., Mehta, P., Khatun, A., Hennelly, L., Henty, J., Jury, E. C., Liao, L. M., & Ciurtin, C. (2022). Marital status and gender Differences as Key Determinants of COVID 19 Impact on Weellbeing, Job Satisfaction and Resilience in Health Care Workers and Staff Working in Academia in the UK During the First Wave on Pandemic. *Frontiers in Public Health*, *10*, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.928107>
- Peng, L., Morford, K. L., & Levander, X. A., (2022). Benzodiazepines and Related Sedatives. *Medical Clinics of North America*, *106*(1), 113 – 129. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.012>
- Peña, G. Y., Maceo, G. M., Ávila, C., Utria, V. L., Más L. Y. (2017). Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. *Revista Finlay*, *4*(4), 1-7.
- Perera, K. C., Pandey, R. & Kumar, S. A. (2018). Role of religion and spirituality in stress management among nurses. *Psychol Stud*, *63*(2), 187-199. <https://doi.org/10.1007/s12646-018-0454-x>
- Pérez, B. D. C., Caamal, O. C. G., & Mastretta, L. J. L. (2023). Participación laboral de las mujeres en México: preferencias y limitaciones. *The Anáhuac Journal*, *23*(2), 1-34. <https://doi.org/10.36105/theanahuacjour.2023v23n2.06>
- Pickard, J., Williams, W. S.L., & Johnson, S. (2021). The relationship of public and private religiosity to African American women caregivers’ use of alcohol for coping with careving burden. *Aging & Mental Health*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1699020>
- Pinelo, C. K.E., Pavón-León, P., Salas, G. B., De San Jorge-Cárdenas, X., Beverido, S. P., & Sánchez-Mejorada, F. J. (2022). Consumption of legal and illegal drugs and depressive symptoms in older adults during the SARS-CoV-2 pandemic in Mexico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *57*(5), 273-277. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.07.002>

- Pinzón, R. A. M., & Calvo, A. A. F. (2019). El rol de la familia en la rehabilitación. *Informes psicológicos*, 21(1), 151-167.
<https://doi.org/10.18566/infpsic.v21n1a010>
- Polcin, D., Witbrodt, J., Nayak, M. B., Korcha, R., Pugh, S., & Salinardi, M. (2022). Characteristics of women with alcohol use disorders who benefit from intensive motivational interviewing. *Substance Abuse*, 43(1), 23-31.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1686724>
- Planas, B. A., Grau, L. L., Morillas, R.M., & Planas R. (2017). Neurological manifestations of excessive alcohol consumption. *Gastroenterología y Hepatología*, 14(10), 709 -717. <https://doi.org/10.1016/j-gastrohep.2017.05.011>
- Ramírez, G. A., Veytia, L. M., Guadarrama, G. R., & Lira, M. J. (2020). Mindfulness disposicional, espiritualidad y religión y su papel como factores protectores del consumo de sustancias en adolescentes mexicanos. *Nova Scientia*, 12(25), 1–23.
<https://doi.org/1021640/ns.v12i25.2460>
- Ramírez, T. Y., Canto, O. F., Carnalla, M., Colchero, M.A., Reynales, S. L.M., Barrientos, G. T., López, O. N., (2023). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: ENSANUT Continua 2022. *Salud Pública Mex*, 65(supl I), 75-81. <https://doi.org/10.21149/14817>
- Ramos, P. (2017). *Inteligencia emocional*. Control del estrés. (3ª edición). ICB Editores, España, 1-279.
- Reed, P. G. (2009). Demystifying Self – Transcendence for Mental Health Nursing Practice and Research. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(5), 397–400.
- Reed, P.G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of Spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, 15, 349 - 357.
- Reed, P.G. (2018). Theory of self-transcendence. In: M.J. Smith, P.R. Liehr (Eds). *Middle Range Theory for Nursing* (4th ed., 1- 506). Springer Publishing Company

- Reyes, A. R., Rodríguez, A. L., López, K. S., Guzmán, F. R., & Alonso, M. M. (2017). Estrés laboral, resiliencia y consumo de alcohol en trabajadores de la industria del acero de Nuevo León, México. *Health and Addictions, 18*(1), 29-37.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6275253>
- Rivera, P. A., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., Miotto, W. M. G., Cumsille, F., & Khenti, A. (2015). Entretenimiento, espiritualidad, familia y la influencia de pares universitarios en el consumo de drogas. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 24*, 161-169.
- Rodríguez, L. L., González, H. R., Mayor, S. L.I., Rodríguez, G. I., Romero, S. M., & Beneit, M. J. V. (2023). Stressors inherent to clinical practices and their relationship with emotional intelligence in nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today, 124*, 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105753>
- Rojas, J. C., Calquin, F., González, J., Santander, E., & Vásquez M. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores: una breve revisión. *Salud & Sociedad, 10*(01), 40 – 50.
[https://doi.org/10.22199\(s07187475.2019.0001.00003](https://doi.org/10.22199(s07187475.2019.0001.00003)
- Ruiz, R. S. L. (2021). Bienestar espiritual de enfermeros de las unidades de cuidado intensivo en pandemia. *Ciencia y cuidado, 18*(2), 8 -18.
- Ruisoto, P., Vaca, L. S., López, G. J., Cacho, R., & Fernández, S. I. (2017). Gender differences in problematic alcohol consumption in university professors. *International Journal Research Public Health, 14*(9), 2-11.
<https://doi.org/10.3390/ijerph14091069>
- Sadovyy, M., Sánchez, G. M., & Bresó, E. (2021). COVID 19: How the stress generated by the pandemic may affect work performance through the moderating role of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 190*(2021), 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110986>

- Salazar, E., Pimentel, E. (2003). Interacciones entre alcohol y medicamentos. *Acta Odontológica Venezolana*, 41(1), 1-6
- Salazar, M. C. A., Alonso, C. M. M., Da Silva, G. D. E. C., & Armendáriz, G. A. (2019). Perspectiva espiritual, religiosidad y consumo de alcohol en adultos mayores. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 151-166.
<https://doi.org/10.30681/252610103688>
- Salomao, G. R., Reisdorfer, E., Da Silva, G. D. E. C., Naves, D.R.L., & Guidorizzi, Z. A.C. (2015). Association between depression, stress, anxiety, and alcohol use among civil servants. *SMAD, Revista Electrónica Saúde Mental Alcohol Drug*, 11(1), 2-9. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v11n1/02.pdf>
- Sánchez, S.E., Fernández, C. F. L., Díaz, J. J., Rosety, R. M., Jesús, D. A., Ordonez, F.J., Rosety, M.A., & Rosety I. (2021). Consumption of over-the Counter Drugs: Prevalence and Type of Drugs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5530), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115530>
- Sánchez, R. R., Alonso, P. A. J. P., Gasch, G. A., & Aguilar, P. I. (2021). Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006-2017. *Salud Pública de México*, 63(2), 190-200. <https://doi.org/10.21149/1138>
- Sánchez, T. D., & Robles, B. M.A. (2018). Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional: una revisión sistemática cuantitativa. *Perspectiva educacional. Formación de profesores*, 57(2), 27-50.
<https://doi.org/10.4151/07189729Vol.57Iss.2-Art.712>
- Sayko, A. R., McKetta, S. C., Jager, J., Stewart, M. T., & Keyes, K. M. (2023). Cohort effects of women's mid life binge drinking and alcohol use disorder symptoms in the United States: Impacts of changes in timing of parenthood. *Addiction*, 118, 1932-1941. <https://doi.org/10.1111/add.16262>
- Secretaría de Salud. (2021). Guía de prevención de alcohol en el trabajo. *Comisión Nacional Contra las Adicciones*, 1-16.

- Serrano, F., Saragosa, M., Nowrouzi- Kia, B., Woodford, L., Casole, J., Gohar, B., (2023). Understanding Education Workers' Stressors after Lockdowns in Ontario, Canada: A Qualitative Study. *Journal Health Psychology*. 13(5), 836-849. <http://doi.org/10.3390/ejihpe13050063>
- Scholz, I., Schmid, Y., Aristomenis, E., Manuel, H., Mathias, L., & Evangelia, L. (2019). Emergency department presentations related to abuse of prescription and over-the counter drugs in Switzerland: time trends, sex and age distributions. *Swiss Medical Weekly*, 149, 1-10. <https://doi.org/10.4414/smw.2029.20056>
- Schonmann, Y., Goren, O., Bareket, R., Comaneshter, D., Cohen, A. D., & Vinker S. (2018). Chronic hypnotic use at 10 years-does the brand matter? *European Journal of Clinical Pharmacology*, 74. 1623 – 1631. <https://doi.org/10.1007/s00228-018-2531-4>
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., & Hine, D. W. (2011). The association of ability and trait emotional intelligence with alcohol problems. *Addiction Research and Theory*, 19(3), 260-265. <https://doi.org/10.3109/16066359.2010.512108>
- Shanker, M. (2020). Emotional Intelligence: It's Impact on Working women's physical-mental wellness and stress. *Journal of psychosocial Research*, 15(1), 247-254. <https://doi.org/10.32381/JPR.2020.15.01.21>
- Sidorchuk, A., Isomura, K., Molero, Y., Hellner, C., Lichtenstein, P., Chang, Z., Franck, J., Fernández, L., Mataix, D. (2018). Benzodiazepine prescribing for children, adolescents, and young adults from 2006 through 2013: A total population register linkage study. *Plos Medicine*, 15(8), 1-22. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002635>
- Siegrist, J., & Rödel, A. (2006). Work stress and health risk behavior. *Scand J. Work Environ Health*, 32(6), 473-481. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1052>
- Sierra, L. L., Montalvo P. A. (2012). Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería*, XXX (1), 64-74.

- Silva, M. N., Malaguti, C., Anjos, S. L., Luccetti, G., Silva J. L.A., Magalhaes, L.V., Mesquita, R., Louise, A. L., & Carneiro, O.C. (2021). Spirituality and religiosity are associated with physical and psychological status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing Wiley*, 2022(31), 669-678. <https://doi.org/10.1111/jocn.15926>
- Silva, N. S.S., Cabral, B. R. E., Lemos, L. L., Gracas, P. G., Pinho, L., Almeida, M. T., Fagundes, S. M., Rossi, B. L.A.R., Veloso, S.R. R., & Sant'Ana, H. D. (2021). Working conditions, lifestyle and mental health of Brazilian public-school teachers during the COVID 19 pandemic. *Psychiatriki*, 32, 282-289. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.045/Psychiatriki2021>
- Simó, N. C., Hernández, H. M. A., Muñoz R. D., & González, S. M. E. (2015). El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, 141-166. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.151.141>
- Simón, S. M. J., Fuentes, Ch. R.M., Garrido, A. M., Serrano, P. M.D., Díaz, V. M.J., & Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia*, 46(1), 33 - 40. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.001>
- Skurvydas, A., Lisinskiene, A., Majauskiene, D., Valenciene, D., Dadeliene, R., & Sakauskienė, A. (2023). Do Physical activity, MBI and wellbeing affect logical thinking? *International Journal Environmental Research and Public Health*, 19(6631), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116631>
- Smith, M.J., & Liehr, P.R. (2018). (Eds) *Middle Range Theory for Nursing*. (4th ed. pp. 1- 506). Springer Publishing Company.
- Smith, T. B., & Gibson, Ch. L. (2019). Marital strain, support, and alcohol use: Results from a twin design statistically controlling for genetic confounding. *Substance Use & Misuse*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1683202>

- Sohrab, A. (2022). Smoking and alcohol use in unemployed populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases, 40*(2), 254-277.
<https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1981124>
- Soyka, M., Wild, I., Caulet, B., Leontiou, Ch., Lugoboni, F., & Habak, G. (2023). Long-term use of benzodiazepines in chronic insomnia: a European perspective. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1212028>
- Solbjorg, M. M. S., Knapstad, M., & Gartner A. K. (2019). Alcohol consumption, life satisfaction and mental health among Norwegian college and university students. *Addictive Behaviors Reports, 10*, 1- 9.
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100216>
- Sojer, P., Kainbacher, S., Hufner, K., Kemmler, G., & Deisenhammer, E. (2024). Trait emotional intelligence and resilience: gender differences among university students. *Neuropsychiatrie, 38*, 39-46. <https://doi.org/10.1007/s40211-023-00484-x>
- Stamates, A. L., Lau-Barraco, C., & Braitman, A. L. (2022). Daily impulsivity is associated with alcohol use and problems via coping motives, but not enhancement motives. *Drug and alcohol Dependence, 232*, 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109333>
- Swati, S., Mithilesh, K., & Vivek, K. (2023). Medical and social implications of alcohol use among adult women in a rural area of Ranchi, Jharkhand: A cross-sectional study. *Journal Family Medicine and Primary Care, 12*(2), 320-325.
https://doi.org/10.4103/fmpc.jfmpe_1562_22
- Taipale, H., Särkilä, H., Tanskanen, A., Kurko, T., Taiminen, T., Tiihonen, J., Sund, R., Tuulio-Henriksson, A., Saastamoinen, L., & Hietala, J. (2020). Incidence of and Characteristics Associated With Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Network, 3*(10), 1-14.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19029>

- Tam, Ch. Ch., Benotsch, E. G., & Weinstein, T. L. (2019). Resilience and psychiatric symptoms as mediators between perceived stress and non-medical use of prescription drugs among college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/00952990.2019.1653315>
- Tales, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Regueiro, B. (2020). Perceived stress and indicators of Burnout in teachers at Portuguese Higher Education Institutions (HEI). *International Journal Research Public Health*, 17(9),1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093248>
- Tevik, K., Selbaek, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S., & Helvik, A.S. (2019). Factors associated with alcohol consumption and prescribed drugs with addiction potential among older women and men – the Nord – Trondelag health study (HUNT2 and HUNT3), Norway, a population – based longitudinal study. *BMC Geriatric*, 19(1), 113 – 120. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1114-2>
- Thomas, J.C., Burton, M., Quinn, G.M. & Fitzpatrick, J. (2010). Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 28(2), 115 - 122. <https://doi.org/10.1177/0898010109358766>
- Tseng, H. Y., Yu, S. H., Lee, Ch. Y., Huang, W. H., Huang, S. L., Wu, Ch. S., Chiu, Y. F., & Hsiung, Ch. A. (2018). Sedative-hypnotic drug use among community-dwelling elderly in Taiwan. *Psychogeriatric*, 30(7), 957 - 965. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002940>
- Torres de Galvis, Y., Restrepo, B. D., Castaño, P. G., Sierra, H. G.M., Buitrago, S. C., Salas, Z. C., & Bareño, S. J. (2018). *Estudio poblacional de salud mental*. Universidad CES, 1-362.
- Torres, V. O., Estep, J.C., Gwin, M., Aramovich, N.P., Thomas, G., & Villalta, L. (2023). Distress symptoms and alcohol consumption: anxiety differentially mediates drinking across gender. *Frontiers in Psychology*, 31(14), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg2023.1191286>

- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, 4, 129-160.
- Underner, M., Peiffer, G., Perriot, J., & Jaafari, N. (2019). Pulmonary complications in cocaine users. *Revue des Maladies Respiratoires*, 37(1), 45 - 59.
<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2019.11.641>
- Vagg, P.R., & Spielberger, Ch. D. (1999). The Job Stress Survey: Assessing Perceived Severity and Frequency of Occurrence of Generic Sources of Stress in the Workplace. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 288 - 292.
- Vallone, F., Smith, A.P., & Zurlo, M.C. (2020). Work-related stress and wellbeing among nurses: Testing a multi-dimensional model. *Japan Journal of Nursing Science*, 1-17. <https://doi.org/10.1111/jjns.12360>
- Valdivia, P.L.G., Casique, C.L., & Muñoz, T. T. J. (2015). Psychotropic drug consumption and self-caring capabilities of women in Tepic, Nayarit. *Enfermería Global*, 14(37), 65-75.
- Vázquez, H. F.J., Galván, G.D., Guerrero, M. M.F., Simancas, F. M.R., & Tribales, H. W.A. (2021). Inteligencia emocional percibida y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de Montería, Colombia. *Vértice*, XXXII(153), 45-52. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i153.104>
- Vidal, F. S., Real, R. J., Ruiz, R. J. A., & Morera, G. D. (2020). Evaluation of mental health and occupational stress in Mexican medical residents. *Salud mental*, 43, 209-218. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.029>
- Villarreal, M.J.L., Sánchez, G. M., Navarro, O. E.I.P., Bresó, E. E., & Sordia, H. L.H. (2020). Inteligencia emocional y estrés en adultos con y sin tratamiento contra la adicción al alcohol y drogas. *Journal Health NPEPS*, 5(2), 379-392.
<http://doi.org/10.30681/252610104825>

- Waheed, N., Elias S. S., Waddah, M., Maas, A. H., Tremmel, J., & Mehta, P. K. (2020). Sex difference in non- obstructive coronary artery disease. *European Society of Cardiology, 116*, 829-840. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvaa001>
- Weiss, L. N., Crandal, A., Okano, L., & Riley, A.W. (2020). Building a Foundation for Family Health Measurement in National Surveys: A Modified Delphi Expert Process. *Maternal and Child Health Journal 24*, 259 – 266. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02870-w>
- Weber, F. M., Salloum, A., Alvariza, A., Kreicbergs, U., & Sveen, J. (2022). Outcomes of the grief and communication family support intervention on parent and psychological health and communication. *Death Studies, 46(7)*, 1750-1761. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1851816>
- Williams, M.K., Greene, W.M., Leitner, S., & Merlo, L. (2020). Medical Student Spirituality and Substance use. *Journal Addict Medicine, 14(6)*, 316-320. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000686>
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S.C., Gmel, G., Wolfgang, L. (2018). Gender Differences in Binge Drinking. *Alcohol Research, 39(1)*, 57-76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104960/>
- World Drug Report [UNODOC] (2020). United Nations Publication, 1-18.
- Yáñez, C.B. G., Villar, L. M. A., & Alonso, C. M. M. (2018). Espiritualidad, autotrascendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Journal Health NPEPS, 3(1)*, 5 - 21. <https://doi.org/10.30681/252610102736>
- Ying, T. S. (2018). Relationship of perceived job strain and workplace support to antenatal depressive symptoms among pregnant employees in Taiwan. *Women & Health, 59(1)*, 55 - 67. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1434590>

- Yuguero, O., Ramon, M. J., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler, G. J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *European Journal of General Practice*, 23(1), 4-10. <https://doi.org/10.1080/13815788.2016.1233173>
- Zanetti, A. C. G., Cusille, F., & Mann R. (2019). The association between the use of alcohol, marijuana and cocaine and the sociodemographic characteristics of university students of Ribeirao Preto, Brazil. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28(Spe), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-1-10>
- Zerbetto, S. R., Aparecida, F. G. S., & Oliveira R. B. (2017). Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1184 - 1190. <https://doi.org/10.1590/0034-7176-2016-0476>

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Benzodicepinas

Instrucciones: la información que se proporcionará a continuación será completamente anónima y confidencial, ningún familiar o miembro de la institución la conocerá. Todas las respuestas son importantes, ninguna se considerará correcta o incorrecta y nadie realizará juicio de sus respuestas. Favor de contestar todas las preguntas, marque con una X la respuesta que más se apegue a su realidad o conteste lo que se le pide. Gracias por participar.

I. Datos Personales

1. Edad: _____ años

2. Estado civil:

Soltera _____ casada _____ viuda _____ divorciada _____ unión libre _____

3. Nivel educativo:

Primaria _____ secundaria _____ preparatoria _____ técnica _____

profesional _____ posgrado _____

Número de años cursados (desde la primaria): _____ años

4. Ocupación:

Trabaja _____ trabaja y estudia _____ trabaja y ama de casa _____ trabaja y realiza otra actividad no remunerada _____ ¿cuál? _____

5. Puesto que ocupa en su área laboral:

Manual y/o de intendencia _____ personal de apoyo _____ personal

administrativo _____ profesoras de asignatura _____ técnicas académicas _____

profesoras de tiempo completo _____ funcionarias _____

6. Religión:

Católica _____ Cristiana _____ Testigo de Jehová _____ ninguna _____

otra religión _____ ¿cuál? _____

II. Historial y Prevalencias de Consumo de Alcohol y Benzodiazepinas

Instrucciones: conteste las siguientes preguntas. Recuerde que los datos son totalmente confidenciales y nadie juzga las respuestas.

7. ¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida? Si _____ No _____

8. Si respondiste que sí, ¿a qué edad por primera vez? _____ años

9. ¿Has consumido alcohol en el último año? Si _____ No _____

10. ¿Has consumido alcohol en el último mes? Si _____ No _____

11. ¿Has consumido alcohol en los últimos siete días? Si _____ No _____

Solo responder la pregunta 10 si has consumido alcohol alguna vez en la vida.

12. En un día típico en el que consumes alcohol, ¿cuántas bebidas consumes? _____

13. ¿Has consumido benzodiazepinas alguna vez en la vida? Si _____ No _____

14. Si respondiste que sí, ¿a qué edad por primera vez? _____ años

15. ¿Has consumido benzodiazepinas en el último año? Si _____ No _____

16. ¿Has consumido benzodiazepinas en el último mes? Si _____ No _____

17. ¿Has consumido benzodiazepinas en los últimos siete días? Si _____ No _____

Solo responder las preguntas 16 y 17 si has consumido benzodiazepinas alguna vez en la vida.

18. En un día típico en el que consumes benzodiazepinas, ¿cuántas dosis (pastillas) consumes? _____ dosis

19. ¿Cuenta con receta médica al comprar las benzodiazepinas que consume?

Si _____ no _____

Apéndice C

Escala de Perspectiva Espiritual

Instrucciones. Favor de leer cada enunciado que encuentra a continuación.

Marque con una “X” la respuesta que se apegue más a su realidad.

	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?						
4. ¿Cuántas veces reza u ora usted en privado o hace meditación?						

	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad						
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria						
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria						
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida						
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida						

Apéndice D

Inventario de Inteligencia Emocional (EQ-I: Short)

Instrucciones: Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de usted misma. Para ello deberá indicar en qué medida cada una de las oraciones que a continuación se le presentan, es verdadera, de acuerdo con cómo se siente, piensa o actúa la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase

		Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
1	Soy una persona bastante alegre.	1	2	3	4	5
2	Me gusta ayudar a las personas.	1	2	3	4	5
3	No puedo expresar mis ideas a otros.	1	2	3	4	5
4	Es un problema controlar mi ira.	1	2	3	4	5
5	Mi enfoque para superar las dificultades es avanzar paso a paso.	1	2	3	4	5
6	No hago nada malo en mi vida.	1	2	3	4	5
7	Me siento segura de mí misma en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5
8	No puedo entender cómo se sienten otras personas.	1	2	3	4	5
9	Prefiero que otros tomen decisiones por mí.	1	2	3	4	5
10	Mi impulsividad (apresuramiento) crea problemas.	1	2	3	4	5
11	Trato de ver las cosas como realmente son, sin fantasear y soñar despierto sobre ellas.	1	2	3	4	5
12	Nada me perturba.	1	2	3	4	5
13	Creo que puedo estar al tanto de las situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
14	Soy buena para comprender cómo se sienten otras personas.	1	2	3	4	5
15	Me cuesta entender cómo me siento.	1	2	3	4	5
16	Siento que es difícil para mí controlar mi ansiedad.	1	2	3	4	5
17	Cuando me enfrento a una situación difícil, me gusta recopilar toda la información que pueda sobre ella.	1	2	3	4	5
18	No he dicho una mentira en mi vida.	1	2	3	4	5

19	Soy optimista sobre la mayoría de las cosas que hago.	1	2	3	4	5
20	Mis amigos pueden decirme cosas íntimas (personales) sobre ellos mismos.	1	2	3	4	5
21	En los últimos años, he logrado poco (nada).	1	2	3	4	5
22	Tiendo a explotar con ira fácilmente.	1	2	3	4	5
23	Me gusta obtener una visión general de un problema antes de intentar resolverlo.	1	2	3	4	5
24	No he violentado ninguna ley de ningún tipo.	1	2	3	4	5
25	Me importa lo que les pase a otras personas.	1	2	3	4	5
26	Es difícil para mí disfrutar la vida.	1	2	3	4	5
27	Es difícil para mí tomar decisiones por mi cuenta.	1	2	3	4	5
28	Tengo impulsos fuertes que son difíciles de controlar	1	2	3	4	5
29	Cuando enfrento un problema, lo primero que hago es parar y pensar.	1	2	3	4	5
30	No tengo días malos.	1	2	3	4	5
31	Estoy satisfecha con mi vida.	1	2	3	4	5
32	Mis relaciones cercanas significan mucho para mí y para mis amigos.	1	2	3	4	5
33	Es difícil expresar mis sentimientos íntimos.	1	2	3	4	5
34	Soy impulsiva (apresurada).	1	2	3	4	5
35	Cuando trato de resolver un problema, miro cada posibilidad y decido la mejor manera de resolverlo.	1	2	3	4	5
36	No me ha avergonzado nada de lo que he hecho.	1	2	3	4	5
37	Me deprimó.	1	2	3	4	5
38	Puedo respetar a los demás.	1	2	3	4	5
39	Soy más seguidora que líder.	1	2	3	4	5
40	Tengo mal genio.	1	2	3	4	5
41	Al manejar situaciones que surgen, trato de pensar en todos los enfoques que pueda.	1	2	3	4	5
42	Por lo general, espero que todo salga bien, a pesar de los retrasos ocasionales.	1	2	3	4	5
43	Soy sensible al sentimiento de los demás.	1	2	3	4	5
44	Otros piensan que me falta asertividad (forma de expresar lo que se piensa o quiere de manera clara y respetuosa).	1	2	3	4	5
45	Estoy impaciente.	1	2	3	4	5
46	Creo en mi capacidad para manejar la mayoría de los problemas molestos.	1	2	3	4	5
47	Tengo buenas relaciones con los demás.	1	2	3	4	5
48	Es difícil para mí describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
49	Antes de comenzar algo nuevo, generalmente siento que voy a fallar.	1	2	3	4	5
50	Es difícil para mí defender mis derechos.	1	2	3	4	5
51	La gente piensa que soy sensible.	1	2	3	4	5

Apéndice E
Autopercepción del Estado de Salud Familiar

Instrucciones. Por favor responda a las siguientes cuestiones marcando con una cruz solamente una de las siguientes opciones:

Casi Nunca (CN) A Veces (AV) Casi Siempre (CS)

En mi familia	CN	AV	CS
1. Las cosas se hacen de forma establecida			
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas			
3. Tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal			
4. El dinero se administra de manera cuidadosa			
5. Se valora la realización de actividades intelectuales			
6. Acudimos a actividades culturales			
7. Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor			
8. Nos sentimos comprendidos por los demás			
9. Cuando tengo un problema puedo comentarlo			
10. Nos apoyamos realmente los unos a los otros			
11. Nos ayudamos los unos a los otros			
12. Realmente nos llevamos bien unos con otros			
13. Confiamos los unos en los otros			
14. Tenemos mucho espíritu de grupo			
15. En las decisiones importantes participamos todos			
16. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo			
17. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia			
18. Cada uno cumple sus obligaciones			
19. Cada cual tiene claro lo que debe hacer			
20. Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas			
21. Nos comunicamos sin rodeos			

22. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa			
23. Sabemos claramente quien tiene la autoridad			
24. Tenemos cubiertas las necesidades básicas			
25. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura			
26. Nos cuidamos unos a otros			
27. Sabemos obtener ayuda de instituciones públicas			
28. Sabemos a dónde dirigirnos para buscar ayuda profesional			
29. Sabemos cómo acceder a los servicios municipales			
30. Sabemos que hacer cuando tenemos un problema de salud			
31. Valoramos tener hábitos saludables			
32. Nos preocupamos por mantenernos sanos			
33. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos			
34. Estamos satisfechos con nuestra vivienda			
35. Consideramos suficientes nuestros recursos			
36. Contamos con gente que nos echa la mano si lo necesitamos			
37. Si es necesario nos organizamos de otra manera			
38. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia			
39. Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos			
40. Intentamos conocer las causas de los problemas			
41. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones			
42. Estamos atentos a los problemas que pueden afectarnos			

Apéndice F

Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol

(AUDIT)

Instrucciones: a continuación, se presentan algunas preguntas sobre tu consumo de alcohol; por favor subraya la respuesta que se acerque más a tu realidad.

<p>1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas?</p> <p>0) Nunca 1) Una o menos veces al mes 2) De 2 a 4 veces al mes 3) De 2 a 3 veces a la semana 4) 4 a más veces a la semana</p>	<p>6.- Durante el último año, ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?</p> <p>0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7 a 9 4) 10 o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0) No 2) Sí, pero no en el último año 4) Sí, en el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>0) No 2) Sí, pero no en el último año 4) Sí, en el último año</p>

Apéndice G

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTONÓMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título de Proyecto: Estrés Laboral, Autotrascendencia y Bienestar Físico en Mujeres Consumidoras y No Consumidoras de Alcohol y Benzodiazepinas.

Autor del Estudio: Est. ME. Patricia González Ramírez.

Director de Tesis: Dra. Nora Angélica Armendáriz Puente.

Prólogo:

Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados con el consumo de alcohol y benzodiazepinas en mujeres. Por lo cual, te invitamos a participar en este estudio. Antes de que decidas participar, es necesario que conozcas el propósito del estudio. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado.

Propósito del estudio

Proponer una teoría de rango medio denominada: Modelo Explicativo de Estrés Laboral, Autotrascendencia y Bienestar Físico en Mujeres Consumidoras y No Consumidoras de Alcohol y Benzodiazepinas. La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del procedimiento/ estudio

- Se aplicarán 6 cuestionarios en las mismas instalaciones de la institución, para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa tus actividades laborales, cuidando en todo momento la privacidad y el anonimato.
- Tendrás la libertad de retirar tu consentimiento en cualquier momento que lo decidas, no tendrás ningún perjuicio dentro de la institución.
- El tiempo aproximado para el llenado de los instrumentos será de 25 minutos.

Riesgos e inquietudes:

No existe ningún riesgo serio relacionado con tu participación en el estudio. Si tú te sientes indispuesta o no deseas seguir participando, puedes retirarte en el momento que lo decidas.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo, en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención para evitar el consumo de alcohol y benzodiazepinas en las mujeres.

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

Las únicas personas que sabrán que estás participando en este estudio serás tú y los responsables de este. Ninguna información que proporciones durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerda que la información que proporciones será completamente anónima y confidencial.

Preguntas:

Si tienes alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, favor de comunicarte al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la FAEN/UANL, al teléfono 818-348-1847, en un horario de 9 a 14 horas. Dirección: Av. Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México.

Consentimiento:

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre y Firma del Participante

Fecha

Firma del testigo (1)

Fecha

Firma del testigo (2)

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Apéndice H

Análisis Factorial de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)

Análisis de factores de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)

Ítems	Factor		Extracción
	1	2	
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.	.633		.656
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.	.845		.837
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.	.857		.810
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria	.856		.819
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida	.836		.846
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.	.868		.829
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?		.710	.850
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?		.705	.819
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?		.736	.762
4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?		.678	.683
% de la varianza	42.07	30.09	
Varianza explicada	42.07	72.09	

Se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio por componentes principales con rotación Varimax de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), misma que mostró un 72.09% de la varianza explicada y se conformó de dos factores. El factor 1 se compone de seis reactivos: 5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad, 6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria, 7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida, 8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria, 9. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida y 10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre

el significado de la vida. De esta forma se agrupan los reactivos en la dimensión creencias espirituales.

El factor 2 se compone de cuatro reactivos: 1. Cuando está hablando con su familia o amigos, ¿Cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?, 2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales, 3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?, 4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación? Estos reactivos conforman el dominio de prácticas espirituales.

Apéndice I

Análisis factorial de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT

Análisis de factores de la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol

AUDIT

Ítems	Factor 1	Extracción
1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal, etc.)?	.659	.585
2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes (el día que llegas a consumir)?	.615	.807
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?	.795	.678
4. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?	.747	.736
5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?	.552	.676
6. Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?	.656	.750
7. Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?	.751	.729
8. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?	.612	.558
9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?	.472	.614
10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber?	.593	.435
% de la Varianza	52.30	
Varianza explicada	52.30	

Se realizó el análisis factorial por componentes principales y rotación Varimax en la Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol AUDIT, la cual mostró una varianza explicada de 52.3%. La prueba se conformó de un factor que incluye los diez reactivos y dan lugar a la dimensión consumo de alcohol.

Resumen Autobiográfico

M. E. Patricia González Ramírez

Candidato a obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: Estrés Laboral, Autotrascendencia y Bienestar Físico en Mujeres Consumidoras y No Consumidoras de Alcohol y Benzodiazepinas

LGLC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Biografía: Patricia González Ramírez, nacida en la Ciudad de México, hija del Sr. Antonio González Juárez y la Sra. Josefina González Ramírez. Casada con el Dr. Homero Aguirre Rodríguez, sus hijos Marco Antonio, Julio Marcelino y María Fernanda Aguirre González.

Educación: Egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de México (UNAM), Enfermera Especialista en Enfermería Infantil por el Programa de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestra en Enfermería con orientación en Educación (UNAM); Maestra en Tecnología Educativa por el Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa (ILCE). Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha desde 2023.

Experiencia profesional: Enfermera general en el Hospital Ángeles del Pedregal de la Ciudad de México, México. Enfermera Especialista en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de México.

Correo electrónico: patricia_eneo@comunidad.unam.mx