

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO SOCIO ECOLÓGICO DE CONSUMO DE ALCOHOL
EN PERSONAL DE SALUD

Por

MCE. EDGAR OMAR VÁZQUEZ PUENTE

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

MARZO, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO SOCIO ECOLÓGICO DE CONSUMO DE ALCOHOL
EN PERSONAL DE SALUD

Por

MCE. EDGAR OMAR VÁZQUEZ PUENTE

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

MARZO, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO SOCIO ECOLÓGICO DE CONSUMO DE ALCOHOL
EN PERSONAL DE SALUD

Por

MCE. EDGAR OMAR VÁZQUEZ PUENTE

Director de Tesis:

DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA

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

MARZO, 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO SOCIO ECOLÓGICO DE CONSUMO DE ALCOHOL
EN PERSONAL DE SALUD

Por

MCE. EDGAR OMAR VÁZQUEZ PUENTE

Asesor Estadístico:

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

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

MARZO, 2025

MODELO SOCIO ECOLÓGICO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL DE SALUD
POR MCE. EDGAR OMAR VÁZQUEZ PUENTE
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE
ENFERMERÍA

Aprobación de Tesis:

DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA
DIRECTOR DE TESIS

DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA
PRESIDENTE

DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO
SECRETARIO

DRA. NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ GARCÍA
1ER. VOCAL

DRA. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA
2DO. VOCAL

DRA. EDNA IDALIA PAULINA NAVARRO OLIVA
3ER. VOCAL

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO
SUBDIRECTOR DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MODELO SOCIO ECOLÓGICO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL DE SALUD

Este trabajo fue realizado en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la dirección de la Dra. Karla Selene López García.

Director

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por el apoyo brindado para la formación del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación y a la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería por la oportunidad brindada para realizar mis estudios de posgrado.

A mi director de tesis, la Dra. Karla Selene López García, por ser un gran ser humano que durante tres años me brindó apoyo, contribución, enseñanza, paciencia, disponibilidad y orientación en los momentos requeridos, así como la exigencia profesional que se ve plasmada a través del contenido de la tesis.

A los integrantes del jurado integrado por el Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, Dra. Nora Angélica Armendáriz García, Dra. Julia Lizeth Villarreal Mata, Dra. Edna Idalia Paulina Navarro Oliva, por sus recomendaciones y aportaciones realizadas en la presente investigación, con la finalidad de mejorar la calidad y comprensión. También agradezco al MCE. Ramón Valladares Trujillo por el apoyo en el proceso de recolección de información.

A la Escuela de Enfermería Christus Muguerza y la Universidad de Monterrey por el apoyo brindado en cuestiones laborales. A la MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano y MCE. Francisca Pérez Camacho por la confianza y apoyo laboral, especialmente a la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila por ser un mentor en mi formación profesional y compartir sus conocimientos y consejos.

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi madre Eva Puente, quien es parte de las personas que me motivaron indirectamente en los momentos difíciles para poder finalizar esta etapa de mi vida estudiantil y profesional, gracias por la educación y el amor que me diste. En donde te encuentres te comparto este logro.

A mi padre Praxedis Vázquez, por inculcarme los valores necesarios para lograr ser la persona que soy en estos momentos y enseñarme que uno tiene que seguir preparándose académicamente.

A mi esposa, Adriana Castillo por el apoyo brindado durante toda mi educación a nivel superior y posgrado, gracias por ir de la mano conmigo en este proceso enseñándome que no hay cosa imposible por lograr. De igual manera, agradezco por la paciencia en los momentos de estrés, desgaste y situaciones complicadas durante estos tres años. Te agradezco ser mi compañera de vida, te amo.

A mis hermanos, Lesly, Arnol y Yesi, por los momentos de distracción que me brindaban indirectamente sin saber que lo hacían y por estar presentes cuando lo requería.

A mi cuñado Antonio Torres por el cariño, la convivencia y la confianza que me ha brindado estos años y abrir la puerta de su casa cuando lo he requerido sin juzgar.

A la familia de mi esposa quienes son gran ejemplo de unión, solidaridad y por incorporarme en sus vidas.

A mi cuñado Lan Santana por ser una persona positiva que me contagiaba de alegría a pesar de estar cansado o haber pasado un mal rato y por siempre brindar apoyo en lo que estuviera a su alcance.

ÍNDICE

Contenido	Página
HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS	i
HOJA DE DECLARACIÓN DE LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
LISTA DE ABREVIATURAS	v
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE FIGURAS	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
MARCO TEÓRICO	32
JUSTIFICACIÓN	51
OBJETIVOS	55
HIPÓTESIS	55
MATERIALES Y MÉTODOS	56
RESULTADOS	70
DISCUSIÓN	122

ÍNDICE

Contenido	Página
CONCLUSIONES	139
RECOMENDACIONES	142
LIMITACIONES	142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143

ÍNDICE

Contenido	Página
ANEXOS	177
1. CÉDULA DE DATOS PERSONALES E HISTORIAL DE CONSUMO DE ALCOHOL	168
2. ESCALA DE ANSIEDAD GENERALIZADA	169
3. CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE	170
4. INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH	171
5. ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO	172
6. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE CLIMA ORGANIZACIONAL	173
7. INSTRUMENTO DE APOYO A LAS POLÍTICAS PARA REDUCIR LOS PROBLEMAS ASOCIADOS	175
8. ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE ALCOHOL	178
9. CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL	179
10. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE SALUD	180
11. PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS	184
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	185

LISTA DE ABREVIATURA

α	Alpha de Cronbach
AOR	Razón de Probabilidad Ajustada
APRPAA	Instrumento de Apoyo a las Políticas para Reducir los Problemas Asociados con el Alcohol
AUDIT	Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol
β	Nivel beta
CDPHCA	Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CM	Media cuadrática
CTE	Estructura Conceptual Teórico Empírico
D^a	Estadístico de prueba
DE	Desviación Estándar
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EACA	Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol
EE	Error estándar
EMCO	Escala Multidimensional de Clima Organizacional
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
f	Frecuencia
F	Valor de F
GAD-7	Escala de Ansiedad Generalizada
gl	Grados de libertad
H	Prueba H de Kruskal Wallis
IC 95%	Intervalo de Confianza al 95%
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPRFM	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
LI	Límite inferior

LISTA DE ABREVIATURA

<i>LS</i>	Límite superior
<i>Max</i>	Valor máximo
MBI	Inventario de Burnout de Maslach
<i>Mdn</i>	Mediana
<i>Min</i>	Valor mínimo
MSE	Modelo Socio Ecológico
MSPSS	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido
<i>n</i>	Muestra
NIDA	Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas
NIH	Instituto Nacional de Salud Mental
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Razón de Probabilidad
<i>p</i>	Valor de p
PHAP	Programa de Asistencia de Salud entre Pares
PHQ-9	Cuestionario de Salud del Paciente
<i>r</i>	Coeficiente de correlación de Pearson
<i>r_s</i>	Coeficiente de correlación de Spearman
<i>R²</i>	Coeficiente de determinación
SS	Secretaría de Salud
SC	Suma de cuadrados
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
<i>t</i>	Estadístico comparación de medias
<i>U</i>	Prueba U de Mann-Whitney
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
$\bar{X}$	Media

LISTA DE ABREVIATURAS

χ^2	Chi - Cuadrado
%	Porcentaje

LISTA DE TABLAS

Número	Título	Página
1	Consistencia interna de instrumentos	70
2	Características sociodemográficas (edad, sexo, profesión, escolaridad, categoría laboral)	72
3	Reactivos de escala de ansiedad generalizada	73
4	Frecuencias y porcentajes de la escala de ansiedad generalizada	73
5	Reactivos del cuestionario de salud del paciente	74
6	Frecuencias y porcentajes del cuestionario de salud del paciente	74
7	Reactivos del inventario de burnout de Maslach	75
8	Frecuencias y porcentajes del inventario de burnout de Maslach, subescala agotamiento emocional	76
9	Frecuencias y porcentajes del inventario de burnout de Maslach, subescala despersonalización	76
10	Frecuencias y porcentajes del inventario de burnout de Maslach, subescala realización personal	77
11	Reactivos de la escala de apoyo social percibido	78
12	Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de familia	78
13	Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de amigos	80
14	Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de otros significativos	80

LISTA DE TABLAS

Número	Título	Página
15	Reactivos de la escala multidimensional de clima organizacional	81
16	Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala satisfacción de trabajadores	83
17	Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala autonomía en el trabajo	83
18	Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala relaciones sociales entre los miembros de la organización	83
19	Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala unión y apoyo entre los compañeros de trabajo	84
20	Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala consideración de directivos	84
21	Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala beneficios y recompensas	85
22	Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala motivación y esfuerzo	85
23	Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala liderazgo de directivos	86
24	Reactivos del instrumento de apoyo las políticas para reducir los problemas asociados	86
25	Frecuencias y porcentajes del instrumento de apoyo las políticas para reducir los problemas asociados, subescala precio	87

LISTA DE TABLAS

Número	Título	Página
26	Frecuencias y porcentajes del instrumento de apoyo las políticas para reducir los problemas asociados, subescala mercadeo e información	88
27	Frecuencias y porcentajes del instrumento de apoyo las políticas para reducir los problemas asociados, subescala reducción de daños	89
28	Frecuencias y porcentajes del instrumento de apoyo las políticas para reducir los problemas asociados, subescala beber mientras se maneja o conduce	89
29	Reactivos de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol	90
30	Frecuencias y porcentajes de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol, subescala índice de desagrado por consumo de alcohol	90
31	Frecuencias y porcentajes de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol, subescala actitud de predisposición para el uso y consumo de alcohol	91
32	Frecuencias y porcentajes de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol, subescala predisposición para la acción contra el consumo de alcohol	91
33	Frecuencias y porcentajes de los indicadores de AUDIT, subescala consumo de alcohol de riesgo	92
34	Frecuencias y porcentajes de los indicadores de AUDIT, subescala consumo de alcohol dependiente	93

LISTA DE TABLAS

Número	Título	Página
35	Frecuencias y porcentajes de los indicadores de AUDIT, subescala consumo de alcohol perjudicial	94
36	Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors	95
37	Prevalencias de consumo de alcohol	96
38	Prevalencias de consumo de alcohol por edad	97
39	Prevalencia de consumo de alcohol por sexo	97
40	Tipos de consumo de alcohol	98
41	Tipos de consumo de alcohol por edad	98
42	Tipos de consumo de alcohol por sexo	99
43	Prueba H de Kruskal Wallis para variables de estudio por edad	100
44	Prueba U de Mann-Whitney para variables de estudio por sexo	101
45	Coeficiente de Correlación de Spearman de variables del nivel intrapersonal con el consumo de alcohol	103
46	Coeficiente de Correlación de Spearman de variables del nivel interpersonal con el consumo de alcohol	103
47	Coeficiente de Correlación de Spearman de variables del nivel organizacional con el consumo de alcohol	104
48	Coeficiente de Correlación de Spearman de variables del nivel políticas públicas con el consumo de alcohol	104

LISTA DE TABLAS

Número	Título	Página
49	Coeficiente de Correlación de Spearman de variables del nivel cultura con el consumo de alcohol	104
50	Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método Intro para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout y consumo de alcohol	105
51	Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método Backward para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout y consumo de alcohol	106
52	Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método Intro para efecto del apoyo social con el consumo de alcohol	107
53	Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método Intro para efecto del clima organizacional en salud con el consumo de alcohol	108
54	Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método Intro para efecto la percepción de políticas públicas con el consumo de alcohol	108
55	Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método Intro para efecto de las actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol	109
56	Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol alguna vez en la vida	110

LISTA DE TABLAS

Número	Título	Página
57	Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en el último año	111
58	Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en el último mes	114
59	Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en los últimos siete días	115
60	Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método Intro para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol	117
61	Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método Backward para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol	119

LISTA DE FIGURAS

Número	Título	Página
1	Modelo Socio Ecológico McLeroy et al. (1988), adaptado por Simons-Morton et al. (2012)	35
2	Modelo Socio Ecológico de Consumo de Alcohol en Personal de Salud	45
3	Estructura Conceptual – Teórico – Empírico (C-T-E) del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud	47
4	Comprobación del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud	121

Resumen

MCE. Edgar Omar Vázquez Puente

Título del Estudio: MODELO SOCIO ECOLÓGICO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL DE SALUD

Propósito y Método del estudio: El consumo de alcohol es una problemática con repercusiones en la salud pública, el impacto de esta sustancia conlleva pérdidas de vida humanas y deterioro en la calidad de vida, generando gastos elevados para el sistema de salud. Una población vulnerable es el personal de salud debido a la situación de estrés en parte por el agotamiento a nivel físico y mental. Por tal motivo el objetivo del presente estudio fue determinar la capacidad explicativa del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud. Con diseño descriptivo, correlacional, predictivo. Población conformada por 865 participantes personal de salud de dos instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención de Nuevo León, México. El muestreo fue sistemático con inicio aleatorio. La muestra se calculó con nivel de confianza al 95%, límite de error de estimación de .05, potencia al 90%, coeficiente de determinación de .09, calculado para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple con 10 variables independientes, con tasa de no respuesta del 20%, resultando una muestra de 420 participantes. Se implementó una cédula de datos y ocho instrumentos. Se realizó el Coeficiente Alpha de Cronbach, análisis descriptivo de variables continuas y categóricas a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, identificando que las variables no presentaron normalidad en la distribución, por lo que se determinó el uso de estadística no paramétrica.

Contribución y conclusiones: Respecto al primer objetivo, no se identificaron diferencias significativas en las cuatro prevalencias de consumo por edad ($p > .05$). Por sexo, el sexo masculino tuvo mayor consumo, identificando diferencia significativa en el último mes ($\chi^2 = 5.393$, $p = .020$) y últimos siete días ($\chi^2 = 4.328$, $p = .037$). En el objetivo dos, el personal de salud de 18 a 33 años mostró mayor consumo, obteniendo diferencia significativa en el consumo de riesgo ($\chi^2 = 12.137$, $p = .002$) y dependiente ($\chi^2 = 10.242$, $p = .006$). Se reportó diferencia significativa por sexo, donde el sexo femenino fue predominante en el consumo de riesgo, ($\chi^2 = 12.881$, $p = .001$), mientras que los hombres reportaron mayor proporción de consumo de alcohol dependiente ($\chi^2 = 5.621$, $p = .023$) y perjudicial ($\chi^2 = 9.034$, $p = .003$).

De acuerdo con el objetivo general, los factores como el sexo masculino ($\beta = 1.271$, $p = .005$), ansiedad ($\beta = .034$, $p = .001$) y síndrome de burnout ($\beta = .037$, $p = .027$) mostraron efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol. Mientras que la percepción de políticas públicas ($\beta = -.049$, $p = .001$) y actitudes hacia el consumo ($\beta = .114$, $p = .001$) presentaron efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol.

El presente estudio comprueba la utilidad del Modelo Socio Ecológico de McLeroy et al. (1988) en conjunto con el nivel cultura propuesto por Simons-Morton et al. (2012), el cual refiere que la conducta está influenciada por distintos niveles sociales. De igual manera, se comprueba la utilidad de la Teoría de Rango Medio Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud la cual planteó identificar los factores inmersos en los cinco niveles propuestos en el presente estudio.

Firma del Director de Tesis: _____

Abstract

MCE. Edgar Omar Vázquez Puente

Study title: SOCIO ECOLOGICAL MODEL OF ALCOHOL CONSUMPTION IN HEALTHCARE WORKERS

Purpose and Method of the study: Alcohol consumption is a problem with repercussions on public health, the impact of this substance leads to loss of human lives and deterioration in quality of life, generating high expenses for the health system. A vulnerable population is health personnel due to the stressful situation, partly due to physical and mental exhaustion. For this reason, the objective of this study was to determine the explanatory capacity of the Socio-Ecological Model of alcohol consumption in health personnel. With a descriptive, correlational, predictive design. Population made up of 865 participants, health personnel from two tertiary care hospital institutions in Nuevo León, Mexico. Sampling was systematic with random initiation. The sample was calculated with a 95% confidence level, an estimation error limit of .05, a power of 90%, a coefficient of determination of .09, calculated for a Multiple Linear Regression Model with 10 independent variables, with a non-response rate of 20%, resulting in a sample of 420 participants. A data card and eight instruments were implemented. Cronbach's Alpha Coefficient was performed, a descriptive analysis of continuous and categorical variables through the Kolmogorov-Smirnov test with Lilliefors correction, identifying that the variables did not present normality in the distribution, so the use of non-parametric statistics was determined.

Contribution and conclusions: Respect the first objective, no significant differences were identified in the four prevalence of consumption by age ($p < .05$). By sex, males had higher consumption, identifying a significant difference in the last month ($\chi^2 = 5.393$, $p = .020$) and last seven days ($\chi^2 = 4.328$, $p = .037$). In objective two, health personnel aged 18 to 33 years showed higher consumption, obtaining a significant difference in risk ($\chi^2 = 12.137$, $p = .002$) and dependent consumption ($\chi^2 = 10.242$, $p = .006$). Regarding sex, a significant difference was reported, where the female sex was predominant in risky consumption ($\chi^2 = 12.881$, $p = .001$), while male reported a higher proportion of dependent ($\chi^2 = 5.621$, $p = .023$) and harmful ($\chi^2 = 9.034$, $p = .003$). According to the general objective, factors such as the male sex ($\beta = 1.271$, $p = .005$), anxiety ($\beta = .034$, $p = .001$) and burnout syndrome ($\beta = .037$, $p = .027$) showed a positive and significant effect with alcohol consumption. On the other hand, the perception of public policies ($\beta = -.049$, $p = .001$) and attitudes towards consumption ($\beta = .114$, $p = .001$) had a negative and significant effect on alcohol consumption.

This study proves the usefulness of the Socio-Ecological Model of McLeroy et al. (1988) in conjunction with the cultural level proposed by Simons-Morton et al. (2012), which states that behavior is influenced by different social levels. In the same way, the usefulness of the Socio-Ecological Socio-Ecological Model Middle-Range Theory of alcohol consumption in health personnel is verified, which proposed to identify the factors immersed in the five levels proposed in this study.

Signature of the Thesis Director: _____

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es una problemática con repercusiones en la salud pública, el impacto de esta sustancia conlleva pérdidas de vida humanas y deterioro en la calidad de vida, generando gastos elevados para el sistema de salud (Duffy, 2015). En la región de las Américas es una problemática de interés, debido a la asociación que se le adjudica con muertes prematuras (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

En el año 2019, el consumo de alcohol y otras drogas, provocaron el fallecimiento de medio millón de personas en el mundo; aunado a esto, causó 18 millones de años de vida saludables perdidos debido a los trastornos por su consumo (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2021). Esto desencadenó efectos negativos en la salud, convivencia social y en la seguridad de la ciudadanía (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2016).

En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco reportó que el 71% de la población general de 12 a 65 años había consumido alcohol alguna vez en la vida, 49.1% en el último año y 35.9% en el último mes. De manera global, la prevalencia de consumo por sexo fue de 80.1% para los hombres y 62.6% para las mujeres, siendo el estado de Nuevo León quien presentó la mayor proporción de consumo diario (4.7%) en población general de 12 a 65 años. En el consumo por sexo, la población masculina reportó mayor consumo diario (8.3%) que los demás estados del país (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SS], 2017).

En este sentido, una población de interés que tiene mayor vulnerabilidad respecto a la problemática del consumo de alcohol es el personal de salud, debido a la situación de estrés que atraviesan en parte por la exposición al contagio de alguna enfermedad y al agotamiento a nivel físico y mental como consecuencia de la atención brindada a los pacientes, aunado a que son visualizados por la población como los promotores de un estilo de vida saludable en el paciente y su familia (Lozano-Vargas, 2020; Uchendu et al., 2020). Estas situaciones pueden ocasionar consumo de sustancias, entre las que destaca el alcohol como una manera de afrontar las problemáticas que se les presenta día con día en el área laboral (Madoz-Gúrpide et al., 2023).

En circunstancias donde no se cuente con un abordaje adecuado hacia la problemática del consumo puede manifestarse un evento negativo que implique el deterioro en el ámbito laboral afectando a la institución como la seguridad del paciente. Esto genera mayor relevancia en los escenarios donde el personal de salud es responsable de brindar servicios de atención directos a pacientes como en áreas o departamentos donde realizan funciones y procedimientos de mayor complejidad que tengan mayor influencia en la salud del paciente (Toney-Butler, 2022). Sin embargo, existen situaciones donde el apoyo por parte de la familia o amigos puede generar influencia de manera positiva que ayude en tomar una decisión asertiva y no favorecer la conducta hacia la ingesta de la sustancia (Martínez-López et al., 2020; Sunjaya et al., 2021).

Existe evidencia que aborda a factores internos y externos del personal de salud que contribuyen a la presencia de alguna enfermedad o trastorno mental y al consumo de alcohol, en los cuales se incluyen las condiciones psicológicas, como ansiedad, síntomas depresivo y burnout. Sin embargo, las instituciones hospitalarias que ofrecen soporte en la salud mental mejoran la calidad de vida del personal de salud reduciendo el ausentismo y aumentando la productividad (McMagh et al., 2023). Otro aspecto relevante que facilita el manejo de estas enfermedades en el ámbito laboral es el apoyo que perciben de parte de la organización como la inclusión en la toma de decisiones compartidas, los cuales se asocian con una atención eficiente y menor presencia de cuestiones psicológicas negativas (Kc et al., 2024).

Por tal motivo, el propósito del presente estudio fue determinar la capacidad explicativa del Modelo Socio Ecológico (MSE) de consumo de alcohol en personal de salud.

ANTECEDENTES

En este apartado se contextualiza la investigación, presentando estudios previos, marco teórico y evidencia científica que respalde la relevancia del tema.

El alcohol continúa siendo un grave problema para los sistemas de salud al ser la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo debido a los daños que genera a corto, mediano y largo plazo. Aunado a esto, la ingesta de esta sustancia genera mayor impacto en la población debido a los niveles de consumo, patrones peligrosos y nocivos a los que suele asociarse (OMS, 2024c). El riesgo a desarrollar enfermedades y trastornos varía en función de la cantidad, frecuencia, edad, sexo, factores personales y características del contexto donde se desenvuelve (OPS, 2021b).

Distintos estudios han reportado resultados de consumo de alcohol en personal de salud (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Pförringer et al., 2018; Tao et al., 2023; Thiebaud et al., 2021; Vázquez-Puente et al., 2023; Villarreal-Mata et al., 2023). En países de Europa como en Francia, se reportó consumo de alcohol perjudicial en el 35.7% del personal de salud, de estos, 15% realizaba esta ingesta a diario con un promedio de dos bebidas en una ocasión (Thiebaud et al., 2021). En Alemania se identificó 29% del personal de salud con consumo peligroso, siendo mayor en hombres (32%) que mujeres (13%) (Pförringer et al., 2018).

De igual manera, en Polonia el 53% del personal de salud reportó aumento en el consumo de alcohol, teniendo una frecuencia de consumo de cuatro o más veces por semana el 31.8% y de dos a tres veces por semana el 27.4% (Conroy et al., 2020; Madoz-Gúrpide et al., 2023; Silczuk, 2020). En cuestión de las Américas, este fenómeno se ha evidenciado en Estados Unidos, donde el 80% del personal de salud reportó ingesta de alcohol, estando en consumo de bajo riesgo el 67.3% (Foli et al., 2021). Así mismo, México ha identificado cifras de consumo de alcohol que oscilan entre el 41.2% y 79.8% en el personal de salud (Cortés-Álvarez y Vuelvas-Olmos, 2020; Vázquez-Puente et al., 2023).

En la revisión de la literatura se identifica escasa evidencia sobre los modelos y teorías utilizados en el estudio de los factores socio ecológicos que puedan dar explicación al consumo de alcohol (Lazcano-Calvillo, 2020; Guzmán-Ramírez et al., 2020). Hasta el momento la literatura disponible sobre modelos ecológicos refiere grupos poblacionales como adolescentes y jóvenes con problemáticas de consumo de sustancias (Alghzawi et al., 2021; Makvandi et al.,

2021; Ssewanyana et al., 2018). No obstante, no se ha identificado algún modelo o teoría relacionado al consumo de alcohol en personal de salud y sus distintas interacciones sociales.

Por lo anterior, la originalidad del presente estudio está centrada en el estudio de cuatro niveles sociales del modelo socio ecológico, el nivel social de cultura y los conceptos inmersos en cada nivel, los cuales permiten ampliar el conocimiento entre las interacciones de los conceptos y la influencia del consumo de alcohol en personal de salud. Al utilizar parte del MSE de McLeroy et al. (1988) con la integración del nivel cultura recomendado por Simons-Morton et al. (2012), contribuye en la generación de una explicación de mayor amplitud sobre un fenómeno específico de enfermería mediante un modelo explicativo, y verificar empíricamente algunas de sus proposiciones.

El modelo socio ecológico describe a la persona como un ser social y cultural, permite realizar una introspección a través de aspectos multicéntricos para llevar al descubrimiento de nuevas estrategias enfocadas a la reducción o control de los problemas, abordando sus causas en diferentes niveles de profundidad (Pons y Buelga, 2011). Por lo tanto, es necesario una visualización interrelacionada con la finalidad de obtener una evaluación holística del comportamiento humano y así poder dirigir estrategias enfocadas a los componentes del MSE (Alghzawi y Ghanem, 2021).

Este modelo contiene cinco niveles dinámicos que establecen el comportamiento de una persona a nivel (1) intrapersonal, (2) interpersonal, (3) organizacional, (4) comunidad y (5) políticas públicas. Además, en el año 2012 los autores Simons-Morton, McLeroy y Wendel incluyeron los niveles (6) entorno físico y (7) cultura. Sin embargo, para el presente estudio se excluyó el nivel comunidad debido a que no se abordó al personal de salud fuera de la institución hospitalaria, por lo cual no se indagaron aspectos relacionados con el vecindario. El nivel entorno físico se puede abordar en distintos niveles sociales; por ejemplo, puede causar estrés a través del ruido (nivel intrapersonal) o representar un medio de seguridad o peligro a través de las áreas inseguras (nivel comunidad) por lo cual no se consideró en el presente estudio (Simons-Morton et al., 2012; Ssewanyana et al., 2018).

En este sentido, el presente estudio se considera innovador debido a la interacción que presenta el personal de salud dentro de los distintos niveles sociales en los que se encuentra, así como la integración del nivel cultura en el modelo socio ecológico, los cuales se analizaron desde

una perspectiva integral abordando variables de interés y con escasa referencia como es el consumo de alcohol.

Esto podría brindar conocimiento científico a la disciplina de enfermería y ciencias afines ya que cada nivel social incluye múltiples componentes que pueden interrelacionarse y afectar el comportamiento. Por lo que, identificarlos ayuda a generar estrategias encaminadas hacia la formulación de intervenciones en el personal de salud a través de la comprobación de las proposiciones del MSE analizadas en un modelo explicativo.

Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados con las variables del presente trabajo. En primer lugar, se abordan los estudios correspondientes al nivel intrapersonal, seguidos por los niveles interpersonal, organizacional, políticas públicas y cultura conforme al Modelo Socio Ecológico.

Nivel intrapersonal

Se incluye los estudios de edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout con el consumo de alcohol.

Edad, sexo y consumo de alcohol

Thiebaud et al. (2021), realizaron un estudio en Francia de tipo descriptivo transversal con el objetivo de describir y evaluar la prevalencia del consumo peligroso de alcohol en médicos franceses. La población estuvo conformada por 515 médicos, de los cuales 407 pertenecían a hospitales y 108 eran médicos generales.

Por sexo, se reportó diferencia significativa ($p=.004$) de los cuales, 59% eran mujeres y de estos, el 83% eran médicos de hospital y 17% médicos generales, 41% eran hombres de los cuales 73% era médicos de hospital y 27% eran médicos generales.

Se identificó 35.7% de los médicos con consumo peligroso de alcohol, de los cuales el 15% ingería diariamente bebidas alcohólicas. Así mismo, se presentó diferencia significativa en el consumo de alcohol por edad ($p=.03$) ya que los médicos mayores de 40 años (19%) consumían en mayor proporción alcohol que los médicos menores de 40 años (12%). La mayoría (75%) consumían una o dos bebidas en un día típico. Mientras que, durante el último año, el 45% reportó al menos un evento que involucrara el consumo de seis o más bebidas, con mayor frecuencia en médicos menores de 40 años que en mayores de 40 años (63% vs 27%, $p=.001$).

Londoño y Álvarez (2017), realizaron un estudio en Colombia de tipo descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer la prevalencia de consumo y dependencia de alcohol detectado a través de la aplicación de pruebas de detección de consumo de alcohol en auxiliares de enfermería de dos instituciones prestadoras de servicios de salud. La población estuvo conformada por 110 auxiliares de enfermería de los servicios de urgencias y cirugía, de los cuales las mujeres se presentaron en mayor proporción (81.8%).

Se reportó mayor proporción en el consumo de alcohol alguna vez en la vida (62.7%), con mayor prevalencia en el grupo de 20 a 30 años (74.1%). Se encontró diferencia significativa por sexo en el consumo de alcohol ($\chi^2=7.7$, $p=.005$) con mayor proporción en las mujeres (73.6%).

Álvarez et al. (2020) realizaron un estudio en España de tipo descriptivo retrospectivo con el objetivo de evaluar la presencia de factores de riesgo cardiovasculares en una muestra de trabajadores del hospital universitario de La Paz de Madrid. La población estuvo conformada por 687 trabajadores con edad entre los 21 y 69 años ($DE=14.3$), de los cuales el 70.8% eran mujeres con una media de edad de 42.3 años ($DE=13.9$) y 29.2% eran hombres con una media de edad de 43 años ($DE=15.4$). Se reportó un consumo de alcohol alguna vez en la vida de 37.8%, de los cuales 20.6% presentaba un consumo ocasional, 13.2% consumo en fin de semana y 4.1% consumo diario.

León-Seminario y Peña-Sánchez (2018) realizaron un estudio en Perú de tipo descriptivo transversal con el objetivo de estimar el nivel de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de medicina. La población estuvo conformada por 464 estudiantes de los cuales en mayor proporción fueron mujeres (52.1%). Se presentó mayor prevalencia en el consumo de riesgo (70.4%), seguido del consumo perjudicial (5.6%). Por sexo, se identificó en mayor proporción de consumo de alcohol el sexo masculino (55.3%) en comparación con el sexo femenino (44.7%), reportando diferencia significativa ($p<.001$) con una media de edad de 21.7 años ($DE=2.3$). El sexo masculino presentó mayor probabilidad de consumo de alcohol ($OR=1.35$, $IC95\%$ [1.0, 1.67], $p=.005$), mientras que aquellos estudiantes que consumen alcohol mostraron mayor probabilidad de consumir otra droga como el tabaco ($OR=1.29$, $IC95\%$ [1.02, 1.62], $p=.031$).

Escolaridad y consumo de alcohol

Osorio et al. (2020) realizaron un estudio en Colombia de tipo descriptivo transversal con el objetivo de determinar el consumo de alcohol en el personal de salud de una institución

prestadora de servicios de salud de Bogotá. La población estuvo conformada por 31 participantes de los cuales el 80.6% eran del sexo femenino y 19.4% del sexo masculino.

Se reportó a 13 participantes con estudios técnicos (41.9%) y 9 participantes con estudios de pregrado (29%) y posgrado (29%) respectivamente. Por sexo, la población femenina se identificó en mayor proporción en el consumo de alcohol de bajo y alto riesgo (78.9%) en comparación con el sexo masculino (21%). Mientras que, por nivel educativo, los participantes con estudios técnicos y de pregrado mostraron mayor consumo (36.8%) que los de posgrado (26.3%).

Romero-Rodríguez et al. (2020) realizaron un estudio en España de tipo descriptivo transversal con el objetivo de analizar la relación entre características sociodemográficas, el perfil académico y la frecuencia de consumo. La población estuvo conformada por 740 participantes, de los cuales 54% eran estudiantes de medicina y 46% estudiantes de enfermería. Se obtuvo diferencia significativa en el consumo de alcohol, identificando que el 76.9% de los alumnos de licenciatura beben esporádicamente, 2.5% consumen una o dos bebidas al día, mientras que el 20.5% no ingieren alcohol. De la misma forma, referente a los estudiantes de posgrado 80.4% beben esporádicamente, 4.3% consumen una o dos bebidas al día y 15.2% no ingiere alcohol.

Alvarado et al. (2022) realizaron un estudio en Colombia de tipo descriptivo y transversal con el objetivo de describir el consumo de alcohol en el personal de salud de dos instituciones hospitalarias. La población estuvo conformada por 44 participantes. Referente a los resultados se identificó que el nivel de dependencia del consumo de alcohol fue bajo en el 44.4% del personal de salud con estudios de pregrado y posgrado y 11.2% con estudios técnicos. El nivel alto de dependencia se reportó en el 60% con estudios técnicos y 40% con estudios de pregrado. Referente a la asociación del consumo de alcohol con la escolaridad, no se identificó significancia estadística ($p>.05$).

Juárez-Jiménez et al. (2015) realizaron un estudio en España de tipo descriptivo transversal, con el objetivo de determinar la frecuencia de oferta de consejo clínico contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en los especialistas internos residentes y los factores asociados. La población estuvo conformada por 2802 participantes, de los cuales el 69% fueron del sexo femenino y 31% del sexo masculino, con una media de edad de 29.1 años ($DE=5.1$).

Se reportó al 82% de los participantes con un consumo de alcohol, de los cuales el 64.1% lo realizaba de manera intermitente, el 15.6% en fin de semana y el 1.9% de manera diaria, reportando una edad de inicio de consumo de alcohol a los 16.4 años ($DE=2.3$). Se reportó asociación significativa positiva de los participantes que tenían la especialidad de medicina familiar y la consejería sobre el consumo de alcohol ($OR=2.75$, $IC95\%$ [1.71, 4.44], $p=.001$), así mismo, los enfermeros que contaban con el grado de especialidad mostraron asociación significativa positiva con el consejo sobre el consumo de alcohol ($OR=2.51$, $IC95\%$ [1.38, 4.56], $p=.002$).

Saridi et al. (2016) realizaron un estudio en Grecia de tipo descriptivo transversal, con el objetivo de investigar el consumo de alcohol en profesionales de la salud durante la crisis económica en este país. La población estuvo conformada por 579 participantes, donde predominó el sexo femenino (72.5%) sobre el sexo masculino (27.5%). El grado académico que se presentó en mayor proporción fue el de técnico (33.2%), seguido de aquellos con título universitario (20.2%) y escuela secundaria general (17.1%), así mismo, el rol que se identificó en mayor proporción fue el de personal de enfermería (60.6%), mientras que el médico se presentó en menor prevalencia (10.9%). Se reportó relación significativa en la cantidad de consumo de alcohol con la frecuencia de consumo ($r=.68$, $p=.001$), también se observó que el nivel educativo que presenta el profesional de salud influye de manera negativa en el consumo de alcohol ($\beta=-.18$, $p=.007$), mientras que el estado civil influye de manera positiva en el consumo de alcohol ($\beta=-.177$, $p=.035$). De igual manera, el nivel educativo del profesional de salud influye de manera negativa en la frecuencia del consumo de alcohol ($\beta=-.265$, $p=.015$).

Vicente-Herrero et al. (2018) realizaron un estudio en España de tipo descriptivo transversal, con el objetivo de describir y analizar el hábito tabáquico en profesionales sanitarios y su asociación con factores demográficos, laborales y estilo de vida. La población estuvo conformada por 295 participantes, presentándose en mayor proporción el sexo femenino (76.6%). Se reportó un consumo de alcohol en el 65.4% del personal de salud, de los cuales el 1.7% consumía 1 o 2 copas por día. Referente a la escolaridad del personal de salud, el 11.2% era auxiliar de enfermería, el 33.2% enfermeros generales y el 2.7% técnicos.

Se presentó diferencia significativa en el consumo de alcohol ($p=.001$) en los participantes fumadores actuales con un consumo ocasional (25.4%) y los que consumen entre 1 o 2 copas al día (60%), también en los ex fumadores con consumo ocasional (21.2%) y los que consumen 1 o

2 copas al día (20%) y los no fumadores con consumo ocasional (53.4%) y los que consumen 1 o 2 copas al día (20%).

Ansiedad y consumo de alcohol

Morawa et al. (2021) realizaron un estudio en Alemania de tipo transversal, con el objetivo de examinar la angustia mental autoinformada, las cargas psicosociales, las condiciones de trabajo y los posibles factores de riesgo y protección para los síntomas depresivos y de ansiedad en trabajadores de la salud. La población estuvo conformada por 1926 participantes, de los cuales 49% eran enfermeros y 27% eran médicos, respecto al sexo, se presentó en mayor proporción el femenino (74.8%).

La profesión de enfermería mostró mayores síntomas depresivos ($\bar{X}=1.48$, $DE=1.35$, $p=.001$) y ansiedad ($\bar{X}=1.48$, $DE=1.48$, $p=.006$) que los médicos. Los enfermeros mostraron diferencia significativa de la presencia de síntomas depresivos ($\bar{X}=1.70$, $DE=1.44$, $p<.001$) en comparación con la población general ($p<.001$). Mientras que los médicos presentaron diferencia estadística ($\bar{X}=1.48$, $DE=1.35$, $p<.001$) en comparación con la población general ($p<.001$). Respecto a la ansiedad, los enfermeros mostraron diferencia significativa ($\bar{X}=1.48$, $DE=1.48$, $p<.001$) en comparación con la población general ($p<.001$). Por otra parte, los médicos mostraron diferencia ($\bar{X}=1.45$, $DE=1.41$, $p<.001$) en comparación con la población general ($p<.001$). Así mismo, se reportó una asociación estadísticamente significativa de manera positiva en el consumo de alcohol con la ansiedad ($\beta=.12$, $p<.001$) y los síntomas depresivos ($\beta=.14$, $p<.001$).

Monterrosa-Castro et al. (2020) realizaron un estudio en Colombia de tipo transversal, con el objetivo de identificar la frecuencia de los síntomas de ansiedad en médicos y la asociación con factores psicosociales y demográficos. La población estuvo conformada por 531 participantes, siendo en su mayoría del sexo femenino (59.5%), con edades desde los 21 hasta los 70 años y una edad media de 33 años ($DE=9.3$). Del total de los participantes, el 39.3% presentaban síntomas de ansiedad, reportando diferencia por grupos de edad ($p=.030$), se presentó similitud en la proporción de los participantes con ansiedad y sin ansiedad, sin embargo, en el grupo de 51 a 60 años se reportó diferencia estadística ($p=.006$). De igual manera, se reportó diferencia por sexo ($p=.001$).

También se identificó diferencia en los participantes con síntomas de ansiedad y la incapacidad de conciliar el sueño ($\bar{X}=4$, $DE=1.2$, $p<.001$), agotamiento ($\bar{X}=4.1$, $DE=1.3$, $p<.001$)

y dificultad para respirar ($\bar{X}=2.4$, $DE=1.5$, $p<.001$). Los factores como estar estresado desde el inicio de la pandemia ($OR=16.68$, $IC95\%$ [7.59, 36.63], $p<.001$), el miedo a llevar el virus al hogar ($OR=5.76$, $IC95\%$ [1.72, 19.33], $p=.004$), considerar dejar el trabajo para proteger a la familia ($OR=4.28$, $IC95\%$ [2.94, 6.22], $p<.001$), presentaron mayor probabilidad de presentar síntomas de ansiedad. Respecto al consumo de alcohol, se identificó diferencia en los participantes que presentaban síntomas de ansiedad con un mayor consumo de alcohol ($\bar{X}=4$, $DE=1.6$, $p<.001$), de igual manera se identificó relación significativa en los síntomas de ansiedad con el consumo de alcohol en mayor proporción que de manera habitual ($r=.52$, $p<.001$).

Wozniak et al. (2021) realizaron un estudio en Suiza de tipo descriptivo transversal, con el objetivo de evaluar la salud mental, el bienestar, los cambios en los estilos de vida de los trabajadores de la salud y comprender factores asociados. La población estuvo conformada por 352 participantes, de los cuales el 66.5% eran del sexo femenino, referente a la profesión, el 56.3% eran enfermeros y el 19.3% médicos. En relación con la ansiedad, el 60.3% de los médicos y el 49.5% de los enfermeros presentaron ansiedad mínima, el 17.7% de los médicos y el 27.8% de los enfermeros reportaron ansiedad leve, el 14.7% de los médicos y el 15.1% de los enfermeros tenían ansiedad moderada, mientras que la ansiedad severa presentó cifras similares en médicos (7.3%) y enfermeros (7.6%). En el consumo de alcohol, el 64.7% de los médicos y el 68.2% de los enfermeros identificaron un consumo similar a lo ingerido antes de la pandemia, mientras que el 30.9% de los médicos y 23.7% de los enfermeros refirieron un incremento en el consumo de alcohol.

Jaguga et al. (2022) realizaron un estudio en Kenia de tipo descriptivo transversal, con el objetivo de documentar la carga y correlaciones del consumo nocivo de alcohol entre los trabajadores de salud en Kenia. La población estuvo conformada por 887 trabajadores de la salud, de los cuales 39.9% eran médicos y 18.8% enfermeros, presentándose en mayor proporción el sexo femenino (54.6%).

Respecto a la ansiedad, el 29.7% del personal de salud refirió padecerlo moderadamente, mientras que el 7.3% lo reportó severo. La depresión se reportó en mayor proporción de forma leve (67.7%), seguida de depresión moderada (16.8%). Se identificó asociación significativa en los siguientes factores, los cuales tenían mayor probabilidad de presentar consumo de alcohol; tales como pertenecer al sexo masculino ($AOR=1.56$, $IC95\%$ [1.14, 2.14], $p=.006$), estar soltero

(AOR=2.06, IC95% [1.48, 2.89], $p<.001$), tener entre 11 y 20 años de experiencia (AOR=1.91, IC95% [1.18, 3.12], $p=.009$) y ser especialista (AOR=2.78, IC95% [1.64, 4.78], $p<.001$) o médico (AOR=2.82, IC95% [1.74, 4.63], $p<.001$).

Greenberg et al. (2021) realizaron un estudio en el Reino Unido de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de identificar los probables trastornos de salud mental en el personal que trabaja en UCI de Reino Unido. La población estuvo conformada por 709 participantes, de los cuales el 47% eran enfermeros y el 41% médicos. Se reportó una asociación significativa de manera negativa en la ansiedad y el bienestar mental de los participantes ($\beta=-.65$, $p=.010$), y de manera positiva con los síntomas depresivos ($\beta=.78$, $p=.010$). Así mismo, se identificó que los enfermeros tenían mayor probabilidad de presentar ansiedad moderada (OR=.49, IC95% [0.34, 0.71], $p=.001$) y severa (OR=.48, IC95% [0.29, 0.81], $p=.001$), también el personal de enfermería presentó mayor probabilidad de síntomas depresivos moderados (OR=.38, IC95% [0.27, 0.52], $p=.001$) y severos (OR=.49, IC95% [0.25, 0.96], $p=.001$). Mientras que el consumo de alcohol no contribuyó de manera significativa.

Síntomas depresivos y consumo de alcohol

Prado et al. (2022) realizaron un estudio en Brasil de tipo transversal, con el objetivo de identificar la prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en profesionales de enfermería. La muestra estuvo conformada por 890 participantes, de los cuales el sexo femenino se presentó en mayor proporción (84.8%), siendo el área hospitalaria el establecimiento con mayor número de trabajadores (64.8%) en función de enfermero técnico (56.3%).

En cuanto a la edad, se reportó asociación significativa de los síntomas depresivos en las personas mayores de 51 años (OR=.63, IC95% [0.42, 0.95], $p<.05$), así mismo, se identificó asociación entre el personal de enfermería graduada con los síntomas depresivos (OR=1.26, IC95% [1.03, 1.56], $p<.05$), y en la categoría de enfermero técnico (OR=.75, IC95% [0.61, 0.93], $p<.05$). Mientras que, el 57.6% de los enfermeros de todas las categorías refieren un abuso en el consumo de alcohol, reportando efecto (OR=1.64, IC95% [1.31, 2.06], $p<.001$).

Foli et al. (2021) realizaron un estudio en Estados Unidos con el objetivo de determinar las puntuaciones de los trastornos por uso de sustancias y los predictores de riesgo. La población estuvo conformada por 1748 enfermeros, de los cuales se presentó en mayor proporción el sexo

femenino (92%), con nivel de licenciatura (52.8%). Respecto al consumo de alcohol, se reportó en mayor proporción a los enfermeros con bajo riesgo de consumo de alcohol (67.3%) seguido de riesgo moderado (9.7%). Así mismo, se presentó un efecto significativo de síntomas depresivos con el consumo de alcohol ($F=12.13$, $gl=1$, $p=.001$) y de la ansiedad con el consumo de alcohol ($F=4.73$, $gl=1$, $p=.03$).

Beck et al. (2023) realizaron un estudio en Estados Unidos de tipo predictivo con el objetivo de examinar la relación de ansiedad depresión y estrés postraumático con el consumo de alcohol. La población estuvo conformada por 310 enfermeros en quienes se identificó que la depresión fue predictora del 5.2% de la varianza en el aumento del consumo de alcohol ($R^2=.052$, $F_{[7, 298]}=2.34$, $p=.02$). Referente al beber para sobrellevar la situación la depresión ($\beta=.082$, $t=3.23$, $p<.01$) fue predictor del 24% de la varianza ($R^2=.24$, $F_{[7, 298]}=13.19$, $p<.001$).

Junqueira et al. (2018) realizaron un estudio en Brasil de tipo transversal con el objetivo de comparar las posibles relaciones entre el abuso de drogas, síntomas depresivos y el sexo en personal de enfermería. La población estuvo conformada por 416 participantes de los cuales 28.5% eran auxiliares de enfermería, 49.3% técnicos en enfermería y 22.2% enfermeros, el sexo femenino se presentó en mayor proporción (84.1%). Se presentó diferencia significativa por sexo con el consumo de alcohol ($p=.003$) presentándose en mayor proporción en el sexo masculino (52.5%) que en el sexo femenino (32.9%). Mientras que, el sexo femenino (22.9%) reportó mayores síntomas depresivos que el sexo masculino (11.7%), presentando diferencia significativa ($\chi^2=3.43$, $p=.042$). Así mismo, ambos presentaron diferencia significativa al tener escaso interés al realizar las cosas ($\chi^2=4.20$, $p=.040$).

Se identificó en el sexo femenino menor probabilidad de consumir alcohol ($OR=.44$, $IC95\% [0.26, 0.77]$, $p<.05$). Así mismo, se identificó en el sexo femenino mayor probabilidad de presentar escaso interés en realizar las cosas ($OR=2.47$, $IC95\% [1.02, 5.99]$, $p<.05$).

Londoño et al. (2017) realizaron un estudio en Colombia de tipo transversal con el objetivo de determinar el riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas y variables asociadas con el consumo en personal de enfermería de dos instituciones de Medellín. La población estuvo conformada por 157 participantes, de los cuales el 29.9% eran enfermeras y el 70.1% auxiliares de enfermería. Se reportó al 9.5% del personal de enfermería con riesgo de síntomas depresivos, con mayor proporción en profesionales que en personal

auxiliar ($OR=2.04$, $IC95\%$ [0.78, 5.32], $p<.05$), mientras que el sexo masculino presenta mayor probabilidad de consumir algún tipo de droga lícita e ilícita que el sexo femenino ($OR=11.07$, $IC95\%$ [2.54, 48.28] $p<.05$). Así mismo, el 65% de los participantes reportó consumo de alcohol.

Vázquez-Puente et al. (2023), realizaron un estudio en México de tipo descriptivo predictivo con el objetivo de identificar si la ansiedad y los síntomas depresivos predicen el consumo de alcohol del personal de salud. La muestra estuvo conformada por 420 participantes, de los cuales las mujeres reportaron mayor proporción 70.5%. En cuanto a los resultados, se identificó diferencia significativa en el consumo de alcohol por sexo en las prevalencias de último mes ($\chi^2=5.393$, $p=.020$) y últimos siete días ($\chi^2=4.328$, $p=.037$), reportando mayor consumo los hombres en las cuatro prevalencias; alguna vez en la vida (90.3%), último año (79.8%), último mes (63.7%) y últimos siete días (38.7%), También, los síntomas depresivos tuvieron asociación de forma positiva con la ansiedad ($r_s=.644$, $p<.001$) y el consumo de alcohol ($r_s=.210$, $p<.001$).

Síndrome de burnout y consumo de alcohol

Alexandrova-Karamanova et al. (2016) realizaron un estudio en siete países del sur y sudeste de Europa, de tipo transversal, con el objetivo de investigar la relación entre dos dimensiones del burnout y el consumo de alcohol, ejercicio físico, comida rápida y automedicación a través de analgésicos. La población estuvo conformada por 2623 profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de Grecia, Portugal, Bulgaria, Rumania, Turquía, Croacia y Macedonia. Se reportó asociación en general en la dimensión emocional y el consumo de alcohol de los siete países ($F=29.93$, $p=.001$), las variables que contribuyeron fue el género, que afecta de manera negativa ($\beta=-.19$, $p=.001$). El país que reportó efecto al consumo de alcohol de forma positiva fue Bulgaria ($\beta=.07$, $p=.010$), mientras que los países que se asocian de forma negativa fueron Turquía ($\beta=-.07$, $p=.010$), Rumania ($\beta=-.11$, $p=.001$), Croacia ($\beta=-.11$, $p=.001$) y Macedonia ($\beta=-.10$, $p=.001$).

También se reportó efecto de manera general en la dimensión despersonalización y el consumo de alcohol de los siete países ($F=31.69$, $p=.001$), las variables que reportaron efecto de manera negativa fueron el género ($\beta=-.19$, $p=.001$) y el departamento del personal ($\beta=-.13$, $p=.001$). El país que contribuyó al consumo de alcohol de forma positiva fue Bulgaria ($\beta=.08$, $p=.010$), mientras que los países que se asocian de forma negativa fueron Turquía

($\beta=-.08$, $p=.010$), Rumania ($\beta=-.10$, $p=.001$), Croacia ($\beta=-.11$, $p=.001$) y Macedonia ($\beta=-.09$, $p=.001$). Se reportó significancia estadística en la dimensión emocional del síndrome de burnout ($\beta=.14$, $p=.010$) en el país de Rumania ($F=7.49$, $p=.010$) y en la dimensión de despersonalización ($\beta=.21$, $p=.001$) en el mismo país ($F=17.12$, $p=.001$). También se identificó efecto positivo en la dimensión de despersonalización ($\beta=.15$, $p=.010$) en el país de Bulgaria ($F=6.75$, $p=.010$). Otro país que reportó efecto positivo en la dimensión de despersonalización ($\beta=.12$, $p=.050$) fue Turquía ($F=5.91$, $p=.050$), de igual manera, se reportó efecto positivo en la dimensión de despersonalización ($\beta=.15$, $p=.050$) en Macedonia ($F=5.87$, $p=.050$).

Fischer et al. (2016) realizaron un estudio en Dinamarca de tipo transversal, con el objetivo de examinar la asociación entre el burnout y el consumo de alcohol. La población estuvo conformada por 1841 médicos de los cuales el 52.5% eran del sexo femenino y el 47.5% del sexo masculino, la proporción reportada de médicos con burnout fue clasificada en tres niveles; sin burnout (67.8%), burnout moderado (20.6%) y burnout severo (5.1%), mientras que el 18.8% de los médicos reportó un consumo de alcohol.

Por sexo, se encontró asociación significativa positiva entre el sexo masculino y consumo de alcohol ($OR=2.19$, $IC95\%$ [1.70, 2.82], $p<.001$), así mismo se encontró asociación significativa positiva entre el consumo de alcohol y las categorías del burnout; moderado ($OR=1.48$, $IC95\%$ [1.11, 1.98], $p=.008$) y severo ($OR=1.86$, $IC95\%$ [1.13, 3.05], $p=.014$). Las categorías del burnout (emocional y despersonalización) se dividieron en cuartiles para identificar los que presentaran asociación significativa, en la dimensión emocional el cuarto cuartil presentó asociación positiva con el consumo de alcohol ($OR=1.89$, $IC95\%$ [1.33, 2.69], $p<.001$), mientras que en la dimensión de despersonalización el tercer ($OR=2.66$, $IC95\%$ [1.83, 3.86], $p<.001$) y cuarto cuartil ($OR=2.23$, $IC95\%$ [1.53, 3.25], $p<.001$) presentaron significancia estadística.

Di Monte et al. (2020) realizaron un estudio en Italia de tipo transversal con el objetivo de explorar las relaciones entre las dimensiones burnout y varias características psicológicas en médicos de cabecera. La muestra estuvo conformada por 102 médicos de los cuales el sexo femenino se presentó en mayor proporción (62.7%), en donde la mayoría de los participantes (86.3%) refirieron contar con más de 10 años de experiencia.

En la dimensión de agotamiento emocional se identificó en mayor proporción a los médicos con alto nivel de burnout (46.1%) de los cuales el 29.4% presentaron riesgo medio de burnout ($\bar{X}=.72$, $DE=.57$), en la dimensión de despersonalización se identificó en mayor

proporción a los médicos con bajo nivel de burnout (47.1%) de los cuales el 24.5% presentaron alto riesgo de burnout ($\bar{X}=.56$, $DE=.71$), mientras que en la dimensión de logro personal se presentó en mayor proporción a los médicos con alto nivel de burnout (42.2%) de los cuales el 29.4% presentaron riesgo medio de burnout ($\bar{X}=.25$, $DE=.62$).

Wijeratne et al. (2021) realizaron un estudio en Australia de tipo transversal con el objetivo de determinar el patrón de morbilidad psicológica, así como verificar si había un cambio en el patrón de factores estresantes personales y profesionales a lo largo de la edad en médicos. La población estuvo compuesta por 10,038 participantes de los cuales el 52.37% eran del sexo masculino y el 47.63% del sexo femenino.

Se identificó diferencia significativa por edad en la puntuación total del consumo de alcohol AUDIT ($F=7.01$, $p=.001$), en la subescala de agotamiento ($F=217.64$, $p<.001$). El sexo femenino presentó puntajes más altos en la subescala de agotamiento ($\bar{X}=13.28$, $DE=7.65$). En cuanto al consumo de alcohol, se identificó diferencia significativa por sexo ($t=14.34$, $p<.001$) siendo mayor el consumo en el sexo masculino ($\bar{X}=4.72$, $DE=4.24$).

Los médicos de mayor edad reportaron medias significativamente más bajas en la escala de agotamiento ($\bar{X}=7.63$, $DE=.20$) ($F=338.02$, $p<.001$) en comparación con los médicos de mediana edad y más jóvenes ($F=136.94$, $p<.001$). En cuanto al consumo de alcohol, los médicos jóvenes fueron significativamente más propensos a tener un consumo de riesgo en comparación con los médicos de mayor y mediana edad ($\chi^2=20.97$, $p<.001$).

Gebregeziabhere et al. (2019) realizaron un estudio en Etiopía de tipo transversal, con el objetivo de evaluar la prevalencia y los factores asociados al agotamiento en estudiantes de medicina de la Universidad Debre Berhan. La población estuvo conformada por 144 estudiantes de medicina, donde el 85.4% eran del sexo masculino y 14.6% del sexo femenino.

Se reportó que los estudiantes de medicina que no estaban satisfechos con sus profesores de práctica tenían casi cuatro veces más probabilidad de desarrollar burnout que aquellos estudiantes que estaban satisfechos ($OR=3.8$, $IC95\%$ [1.3, 11.6], $p=.018$), así mismo, los estudiantes de medicina que contaban con un apoyo social moderado tenían menor probabilidad de presentar burnout que los demás ($OR=0.2$, $IC95\%$ [0.1, 0.8], $p=.019$). Además, los estudiantes de medicina que presentaban buenos niveles de satisfacción con su educación tenían menor probabilidad de presentar burnout que los estudiantes con poca satisfacción ($OR=0.1$, $IC95\%$ [0.0, 0.7], $p=.019$).

Vázquez-Puente et al. (2024), realizaron un estudio en México de tipo descriptivo y predictivo con el objetivo de identificar si el burnout predice el consumo de alcohol en trabajadores de la salud. La muestra estuvo conformada por 420 participantes, en donde las mujeres se presentaron en mayor proporción (70%).

Referente al burnout, la subescala de realización personal reportó media más altas ($\bar{X}=76.8$, $DE=19.2$), se identificó diferencia significativa por sexo en el consumo de alcohol de riesgo ($\chi^2=12.881$, $p=.001$), dependiente ($\chi^2=5.621$, $p=.018$) y perjudicial ($\chi^2=9.034$, $p=.003$). Se identificó relación significativa de forma negativa del síndrome de burnout y la edad ($r_s=-.113$, $p<.05$), mientras que se reportó relación significativa de forma positiva del burnout y consumo de alcohol ($r_s=.165$, $p<.001$). Así mismo, las variables que predijeron el consumo de alcohol de forma positiva fueron el sexo ($\beta=1.646$, $p=.001$) y el síndrome de burnout ($\beta=.054$, $p=.002$), mientras que la edad predijo el consumo de alcohol de forma negativa ($\beta=-.084$, $p=.001$).

Nivel interpersonal

Se incluye los estudios de apoyo social con el consumo de alcohol.

Apoyo social y consumo de alcohol

Hyman et al. (2017) realizaron un estudio en Estados Unidos de tipo descriptivo correlacional con el objetivo de evaluar el riesgo de agotamiento, apoyo social y habilidades de afrontamiento e identificar la relación del agotamiento con el uso de sustancias. La población estuvo conformada por 170 participantes, de los cuales el 74% era del sexo masculino y en su mayoría médicos (89%). El 76.6% de los participantes refirió un consumo de alcohol, el apoyo personal ($\beta=-.074$, $IC95\% [-.138, -.011]$, $p=.030$) y el apoyo profesional ($\beta=-.116$, $IC95\% [-.212, -.021]$, $p=.020$) presentaron significancia estadística de forma negativa con el agotamiento emocional. Lo mismo se identificó con el apoyo profesional, el cual reportó significancia estadística negativa con la falta de realización personal ($\beta=-.087$, $IC95\% [-.170, -.004]$, $p=.040$), mientras que el apoyo personal se relacionó de forma significativa positiva con la falta de realización personal ($\beta=.078$, $IC95\% [.023, .133]$, $p<.010$), mientras que el uso de alcohol no reportó significancia estadística.

Labrague y De los Santos (2020) realizaron un estudio en Filipinas de tipo transversal, con el objetivo de evaluar las relaciones causales entre el apoyo social, el apoyo organizacional y la ansiedad. La muestra estuvo conformada por 325 enfermeras con una media de edad de 30.94

años ($DE=6.67$), mientras que el promedio de años dentro de la profesión fue de 8.92 ($DE=7.4$). Se presentó en mayor proporción el sexo femenino (74.8%), quienes en su mayoría tenían grado académico de licenciatura (82.2%). En cuanto a la preparación para cuidar a un paciente, se reportó en mayor proporción a las enfermeras que estaban “inseguras” (45.2%), seguida de “algo preparadas” (32%). Así mismo, se presentó en mayor proporción las enfermeras que “no estaban seguras” (35.7%) de disponer cuidados a pacientes, seguido de quienes “si estaban dispuestas” (20.3%).

Se presentó relación negativa significativa entre la ansiedad y el apoyo organizativo ($r=-.187, p>.001$), donde la puntuación media fue de 3.803 ($DE=.87$) interpretándose como “apoyo organizacional moderado”. Se identificó al 37.8% con niveles disfuncionales de ansiedad. La puntuación media de la escala fue de 8.4 ($DE=4.32$). Se mostró relación negativa significativa entre la ansiedad y el apoyo social ($r=-.20, p<.001$). Mientras que la puntuación media para el apoyo social fue de 3.95, interpretándose como “apoyo social moderado”. El apoyo social fue predictor de la ansiedad, por lo cual se identificó que el tener mayor apoyo social percibido genera menor ansiedad en las enfermeras ($\beta=-.14, p=.011$). También, se identificó al apoyo organizativo como predictor, identificando que el tener mayor apoyo organizativo genera menor ansiedad por parte de las enfermeras ($\beta=-.12, p=.023$).

Liu y Aungsuroch (2019) realizaron un estudio en China de tipo transversal con el objetivo de identificar relaciones estructurales entre el apoyo social percibido por las enfermeras chinas y el síndrome de burnout. La población estuvo conformada por 444 participantes de los cuales el 99.3% era del sexo femenino con una edad media de 30.4 años ($DE=5.7$), la mayoría de los participantes tenían título de la carrera (82.9%) y se encontraban en el departamento de cirugía (37.8%). El apoyo social presentó una media de 5.33 ($DE=.96$) y el síndrome de burnout reportó 1.90 ($DE=1$). El apoyo social se relacionó significativamente de manera negativa con el síndrome de burnout ($r=-.41, p<.010$). Se identificó que el apoyo social ($\beta=-.50$) influyó significativamente de manera directa en el síndrome de burnout ($r^2=.58, p<.001$).

Xie et al. (2020) realizaron un estudio en China de tipo descriptivo transversal con el objetivo de explorar los síntomas depresivos, y analizar el impacto del apoyo social en la salud mental de las enfermeras. La población estuvo conformada por 4238 participantes de los cuales el 98% era del sexo femenino. Se presentó significancia estadística ($p<.001$) en los participantes con edad entre 26 y 30 años (35.5%), la mayoría de los participantes reportaron grado académico

de licenciatura (73.2%). En cuanto al rol que desempeñaban, se identificó en mayor proporción a las enfermeras generales (79.7%) reportando diferencia ($p<.001$), las cuales contaban con más de cinco años de experiencia (66.2%) siendo estadísticamente significativo ($p<.001$). El apoyo social se relacionó de manera negativa con los síntomas depresivos ($r=-.44$, $p<.001$). De igual manera, se reportó al apoyo social como factor protector para la depresión ($\beta=-.44$, $p<.001$).

Zhao et al. (2021) realizaron un estudio en China de tipo descriptivo transversal con el objetivo de examinar las relaciones entre la resiliencia, la satisfacción laboral, el apoyo social y la intención de rotación de las enfermeras. La población estuvo conformada por 296 participantes de los cuales el 91.9% eran del sexo femenino con título de licenciatura 80.4%. El personal de enfermería menor o igual a 30 años (40.9%) presentó mayor intención de rotación del puesto obteniendo una puntuación media de 13.37 ($DE=4.03$) presentando diferencia ($t=4.60$, $p=.011$), así mismo, el tener hijos (63.9%) presentó mayor intención de rotación con puntuación media de 12.27 ($DE=3.43$) presentando diferencia ($t=-2.04$, $p=.042$).

El desempeñarse como enfermera general (86.8%) presentó mayor intención de rotación con puntuación media de 12.49 ($DE=3.66$) mostrando diferencia ($t=3.62$, $p=.028$) y el trabajar cinco horas o menos (67.9%) presentó mayor intención de rotación con puntuación media de 12.31 ($DE=3.58$) siendo estadísticamente significativo ($t=-2.05$, $p=.041$). Mientras que los departamentos de cirugía y medicina interna (40.8%), así como tener grado de licenciatura (80.4%) presentaron mayor intención de rotación, reportando diferencia ($t=8.51$, $p<.001$) y ($t=9.49$, $p<.001$). Se identificó los puntajes medios del apoyo social ($\bar{X}=42.39$, $DE=7.99$).

Nivel organizacional

Se incluyen estudios relacionados sobre clima organizacional en personal salud en virtud de la escasa evidencia científica relacionada al consumo de alcohol. También se incluyen estudios relacionados sobre clima organizacional y consumo de alcohol en población trabajadora.

Clima organizacional

Villarreal-Mata et al. (2023) realizaron un estudio en México de tipo descriptivo, transversal y correlacional con el objetivo de conocer la relación de satisfacción laboral y consumo de alcohol en personal de enfermería. La población estuvo conformada por 587 participantes de los cuales 75% eran mujeres y 25% hombres. Referente a los resultados, el personal de enfermería que labora en área crítica ($\bar{X}=57.2$, $DE=18.7$) mostró menos satisfacción que el área no crítica ($\bar{X}=60.1$, $DE=14.9$). En cuanto al consumo de alcohol se encontró que se

presenta una pequeña diferencia de medianas, en la que se observa mayor consumo en el área crítica ($\bar{X}=3.73$, $DE=4.31$) que en la no crítica ($\bar{X}=3.48$, $DE=2.94$). Así mismo, se obtuvo una relación negativa y significativa entre la satisfacción laboral y el consumo de alcohol ($r_s=-.195$, $p<.05$).

Berberoglu (2018) realizó un estudio en la República de Chipre de tipo transversal con el objetivo de evaluar las percepciones de los empleados de atención médica sobre el clima organizacional y probar el impacto del clima organizacional sobre el compromiso y el desempeño organizacional percibido. La población estuvo conformada por 211 participantes de los cuales 74.6% eran del sexo femenino, reportándose la profesión de enfermería en mayor proporción (48.4%).

Se identificó relación significativa positiva entre el clima organizacional y el compromiso laboral ($r=.45$, $p=.010$) y el clima organizacional con el desempeño organizacional percibido ($r=.67$, $p=.010$), mientras que se presentó relación significativa negativa en el clima organizacional con el salario ($r=-.16$, $p=.050$). Así mismo, se encontró relación significativa en el clima organizacional como predictor del compromiso organizacional ($t=6.58$, $p<.001$) y del desempeño organizacional percibido ($t=11.80$, $p<.001$).

Vizcarra et al. (2015) realizaron un estudio en Perú de tipo transversal, correlacional, con el objetivo de determinar la relación del clima laboral con el síndrome de burnout y el perfil de personalidad en las áreas de un hospital público. La población estuvo conformada por 30 participantes, de los cuales el 83.3% eran del sexo femenino y 60% personal de enfermería. Se reportó relación significativa positiva en el cansancio emocional con la despersonalización ($r=.24$, $p<.050$), mientras que se observó relación significativa negativa en el cansancio emocional con la autorregulación ($r=-.35$, $p<.050$), involucramiento laboral ($r=-.43$, $p<.050$), supervisión ($r=-.34$, $p<.050$), comunicación ($r=-.35$, $p<.050$) y condiciones laborales ($r=-.34$, $p<.050$). La dimensión despersonalización se relacionó de manera positiva con el cansancio emocional ($r=.24$, $p<.050$).

Del Ángel-Salazar et al. (2020) realizaron un estudio en México de tipo correlacional transversal analítico, con el objetivo de analizar la relación entre el clima organizacional y la satisfacción laboral del personal de una institución de salud. La población estuvo conformada por 182 trabajadores de los cuales 68.1% eran del sexo femenino y 96.7% eran trabajadores de tiempo completo con edades entre 25 y 60 años con una media de edad de 39.5 ($DE=7$). Se

reportó en mayor proporción que los trabajadores percibían un clima laboral con necesidad de mejoras (56%).

Sobre el análisis de las características específicas del clima organizacional los trabajadores se encuentran moderadamente satisfechos con el clima en las áreas de relaciones interpersonales (76.4%), sentido de pertinencia (36.8%), disponibilidad de recursos (40.1%), claridad y coherencia en la dirección (39.6%), y valores colectivos (45.6%). Por el contrario, en el área de estilo de dirección (44%) y estabilidad laboral (42.9%), la percepción del clima fue muy satisfactoria. Sin embargo, en el área de retribución de la empresa los trabajadores se mostraron moderadamente insatisfechos (51.1%). Referente a la categoría laboral; se presentó en mayor proporción que el personal médico (67.6%) y de enfermería (72.1%) perciben un clima organizacional saludable. Así mismo, se identificó una relación significativa positiva entre el clima organizacional y la satisfacción laboral ($r_s=.20$, $p=.050$).

Cruz et al. (2021), realizaron un estudio en México de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de determinar la relación y el efecto entre el clima laboral y el consumo de alcohol de trabajadores de la industria. La población estuvo conformada por 224 participantes, de los cuales el 51.3% eran hombres y 48.7% mujeres con una media de edad de 32.9 años ($DE=9.9$) de los cuales el 100% refirió haber consumido alcohol alguna vez en la vida y último año, el 75% en el último mes y 42% en los últimos siete días.

La edad de inicio de consumo de alcohol fue de 17.5 años ($DE=3.2$), el clima laboral reportó media de 66.7 ($DE=21.6$), mientras que la media para el consumo de bajo riesgo fue de 27.5 ($DE=22.24$), consumo dependiente de 6.5 ($DE=14$) y consumo perjudicial de 6.0 ($DE=13.4$). Respecto al clima laboral, se identificó relación significativa de manera negativa con el consumo de alcohol ($r=-.32$, $p=.001$). Así mismo, por dimensión se encontró relación significativa de manera negativa en la satisfacción con los jefes y el consumo de alcohol ($r=-.31$, $p=.001$) y en el clima laboral y el consumo de alcohol ($r=-.32$, $p=.001$). Referente al efecto, se reportó que el clima laboral actúa como variable predictor del consumo de alcohol ($\beta=-.25$, $p<.001$) con una varianza explicada del 11.3%.

Nivel políticas públicas

Se incluye los estudios de apoyo a las políticas públicas para reducir los problemas asociados con el consumo de alcohol en personal de salud, así como mujeres embarazadas y personas adultas debido a la escasa evidencia científica.

Percepción de políticas públicas y consumo de alcohol

Pace et al. (2019) realizaron un estudio en Estados Unidos con el objetivo de brindar recomendaciones para la gestión de enfermería basadas en las experiencias de enfermeras actuales y anteriores que fueron atendidas por un programa de asistencia de salud entre pares (PHAP). La población estuvo conformada por 268 participantes, de los cuales el sexo femenino se presentó en mayor proporción (83%), mientras que la media de edad fue de 43 años ($DE=10.69$).

Se reportó un consumo de alcohol en el 77% de los participantes, quienes mencionaron tener un consumo desde hace más de 5 años. El 16% de los participantes que consumían alcohol refirieron hacerlo debido a algún trastorno mental, mientras que el 16% refirió el consumo debido a estrés laboral. Respecto al uso de alcohol en el trabajo, el 6% declaró realizar esta práctica, sin embargo, el 62% no creía que su uso afectara la práctica, así mismo, el 22% estuvo de acuerdo en que el uso de alcohol afectó su labor donde se ponía en riesgo al paciente.

Los participantes reportaron que la familia (27%), amigos (25%), compañeros de trabajo (17%) y personal superior (12%) habían identificado su consumo. Del 20% de los enfermeros que acudieron al programa PHAP, el 53% informaron que sus problemas de salud mental afectaron negativamente su desempeño laboral y que los síntomas depresivos (45%) era un indicador clave para identificar de forma temprana los síntomas de salud mental.

Respecto al programa PHAP, el 58% de los participantes estuvieron satisfechos con su implementación. En cuanto a los servicios ofrecidos por el programa, los participantes refirieron que es útil en la consejería individual (79%), la gestión de casos (65%), reuniones de educación entre pares (57%), evaluación (53%), plan de prevención de recaídas (45%) referencias de empleo (41%) e informes de auto-estado (35%). El 37% de los participantes consideró al programa como un recurso significativo, así mismo, que les ayudó y generó un valor significativo en su vida (34%). Por otra parte, el 21% de los participantes presentó desafíos para volver a la práctica laboral, el 18% comentó que los supervisores no estaban dispuestos a contratarlos por haber estado en el programa.

Toney-Butler y Siela (2022) realizaron una investigación en Estados Unidos con la finalidad de indagar el reconocimiento del deterioro por alcohol y drogas en el lugar de trabajo y como el estado de Florida está abordando este problema, dentro del cual se señala el Proyecto de

Intervención para Enfermeras, el cual tiene la finalidad de brindar una alternativa a la disciplina legal a las enfermeras detectadas con problemas de alcohol o drogas en el lugar de trabajo.

El proyecto brinda apoyo al profesional de la salud en lugar de emitir una sanción que le provoque perder su licencia de forma permanente, brinda rehabilitación de manera confidencial, fomenta a la participación de enfermeras en programas de recuperación y tratamiento, así como el no regreso a la práctica hasta que sea seguro. El profesional de la salud puede evitar una acción disciplinaria en su contra si acepta los siguientes puntos; 1) admitir el deterioro, 2) inscribirse voluntariamente en un programa de tratamiento, 3) retirarse o limitarse a la práctica según lo establecido y 4) entregar todos los registros médicos al encargado del caso.

Algunas acciones disciplinarias sobre el uso de sustancias son las siguientes:

- a) Conducta no profesional que incluye cualquier incumplimiento de las normas de la práctica de enfermería aceptable en donde no es necesario establecer una lesión real. *“la mayoría de los estados exigen la denuncia de una conducta no profesional, ya sea médico, enfermera o profesional asociado”.*
- b) Participar o intentar participar en posesión, venta o distribución de sustancias controladas para fines distintos a los autorizados. *“Todos los estados y gobierno federal ven de forma negativa a los profesionales de salud que participan en la venta ilegal de sustancias controladas con o sin receta. Las sanciones por violación pueden incluir multas y sentencias de cárcel”.*
- c) No poder ejercer la profesión debido al uso de alcohol, químicos o drogas o cualquier otro tipo de material como resultado de cualquier condición mental o física. *“Todos los estados tienen distintas reglas respecto a la evaluación y enjuiciamiento de un profesional de salud que debido a una enfermedad mental o al uso ilícito de sustancias controladas, pone en riesgo la seguridad del paciente”.*
- d) Incumplir con cualquier disposición estipulada u órdenes legales ingresadas previamente a un procedimiento disciplinario, así como el no cumplir con citaciones legales. *“Si el profesional de la salud no cumple con las disposiciones teniendo conocimiento de tales, la consecuencia es más grave. Todo profesional de salud está obligado a conocer las normas y reglamentos de la ley de práctica en los que tienen licencia”.*

Valladares-Trujillo et al. (2024) realizaron un estudio en México de tipo descriptivo correlacional con el objetivo de identificar la influencia de la percepción de políticas públicas con el consumo de alcohol en personal de salud. La muestra estuvo conformada por 350 participantes de los cuales 60% eran mujeres y 40% hombres. Referente a los resultados se identificó que una asociación negativa y significativa entre la percepción de políticas públicas y consumo de alcohol ($r_s = -.361$, $p < .001$) identificando que, a menor percepción, mayor es la ingesta de alcohol. De igual manera se encontró que la percepción de políticas obtuvo efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol ($\beta = -.065$, $p = .010$).

Adebiyi y Mukumbag (2021) realizaron un estudio cualitativo exploratorio con un paradigma interpretativo con el objetivo de explorar las perspectivas de los formuladores de políticas y los proveedores de servicios que están involucrados en el desarrollo e implementación de políticas y la provisión de servicios sobre por qué la prevalencia del trastorno por consumo de alcohol fetal sigue sin disminuir en Sudáfrica a través del modelo ecológico de McLeroy. La muestra estuvo conformada por 75 participantes, de los cuales 26 eran docentes, 10 eran médicos y 6 enfermeros. Se siguieron los criterios consolidados para informar sobre investigaciones cualitativas a través de preguntas abiertas, todo el proceso de investigación se documentó en el uso de un diario reflexivo, el cual contenía discusiones, deliberaciones y las decisiones tomadas. A nivel intrapersonal se identificaron dos factores; 1) condiciones sociales y económicas y 2) condiciones de vida.

Respecto al primer factor, por medio del diálogo con el participante se identificó el desempleo y la pobreza como algunas condiciones desencadenantes. “El desempleo y la pobreza, todos forman parte (parte de) el problema. Tenemos mucha gente en las calles que no tienen trabajo; desempleados” (Profesional de salud 2). En el segundo factor, se identificó que a través del alcohol y el sexo no presentan frío, aumentando la probabilidad de quedar embarazadas y que el feto tenga exposición hacia el alcohol. “Beben para no presentar frío por la noche y tienen relaciones sexuales porque los mantiene sin frío por la noche, pero luego ella llega a la clínica nueve meses después para dar luz a un niño con trastorno por consumo de alcohol fetal, del que no tiene conocimiento porque no tiene educación” (Profesional de salud 3).

A nivel interpersonal se identificó un factor; 1) abuso emocional físico.

En cuanto a este factor, se encontró que se consume alcohol porque ven esta conducta como una forma de relajación y estrategia de afrontamiento. “Cuando les preguntamos a las

mujeres si beben mucho durante el embarazo, el 99% de ellas dice sí. Sé que no debo beber cuando estoy embarazada. Estaba muy estresada porque mi esposo me dejó [beber alcohol] fue agradable, me ayuda a relajarme” (Profesional de salud 1).

A nivel organizacional se identificaron siete factores; 1) recursos inadecuados, 2) intervención inadecuada apropiada para la edad, 3) falta de colaboración multisectorial, 4) formación inadecuada de los profesionales, 5) datos de prevalencia inexactos, 6) falta de enfoque en el trastorno por consumo de alcohol fetal y 7) falta de intervenciones basadas en evidencia.

Respecto al primer factor, los participantes informaron sobre la falta de recursos humanos y financieros que repercuten la eficacia de intervenciones enfocadas a reducir el consumo de alcohol en Sudáfrica. *“Dicen que el departamento de trabajo social debería estar haciendo X y Z, pero prácticamente todos sabemos que los trabajadores sociales están abrumados masivamente”* (Profesional de servicio social 1). En el segundo factor, se menciona la falta de intervenciones para grupos de edad apropiadas contribuye al aumento del consumo de alcohol. *“Hay una carencia tan severa de servicios para nuestros jóvenes y adolescentes y yo me pregunto continuamente ¿qué pasa con ellos cuando pasan a la edad escolar? ¿qué servicios están disponibles para ellos? los jóvenes de 13 años ahora tienen relaciones sexuales y comienzan a beber a esa edad”* (Profesional de salud 1).

El tercer factor, refiere que los departamentos de educación, salud y desarrollo social trabajan en conjunto para reducir la incidencia de consumo, sin embargo, los participantes no creen en ello. *“La salud, educación y el desarrollo social necesitan trabajar más juntos, saben, necesitan desarrollar programas juntos y no de forma aislada, no diferentes programas para diferentes departamentos”* (Educador 1). En el cuarto factor, los participantes refieren una formación deficiente hacia los profesionales que trabajan los trastornos por consumo de alcohol. *“Nunca obtienes la capacitación que necesitas sobre cómo manejar esto. [La capacitación] se trata más de dar información sobre el trastorno por consumo de alcohol fetal, por lo que no es algo que diga que tiene confianza después de la capacitación”* (Profesional de salud 1).

Respecto al quinto factor, un formulador de políticas comentó que existen múltiples causas que influyen en el retraso del desarrollo, lo que indica que el diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol fetal sea más complejo. *“No sabemos cuántos de esos niños con o sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad tiene esta disposición debido al consumo de alcohol o drogas en el embarazo”* (Departamento de salud 1). El sexto factor, hace referencia a

que el trastorno por consumo de alcohol fetal no es prioridad dentro de los programas de concientización y prevención, sino que se encuentra en un contexto social más amplio.

“Básicamente, no hay un enfoque prioritario o enfoque principal en el trastorno por consumo de alcohol fetal en términos de concientización y prevención. Es un programa de concientización sobre el abuso de alcohol y drogas” (Desarrollo social 1).

Referente al último factor, las intervenciones basadas en evidencia pueden reducir el consumo, sin embargo, no se identifica suficientes intervenciones para su prevención. *“No existe un programa desarrollado basado en evidencia, académico o teórico para abordar el trastorno por consumo de alcohol fetal. Entonces, es solo un servicio general de concientización y prevención cuando se trata de trastorno por consumo de alcohol fetal”* (Desarrollo social 1).

A nivel comunidad, se identificó un factor; 1) campaña de sensibilización inadecuada.

En cuanto a este factor, se identificó que las personas necesitan ser informadas sobre los peligros del consumo, sin embargo, los participantes refirieron no llevarse a cabo. *“Las personas deberían ser conscientes de los impactos de las discapacidades primarias y secundarias... Si hubiera conciencia, entonces la prevención evitaría que nacieran más niños”* (Profesional de servicio social 1).

A nivel de políticas, se identificaron siete factores; 1) subsidio social como facilitador, 2) soporte inadecuado, 3) disponibilidad de puntos de venta ilegales de alcohol, 4) menos atención para abordar las causas fundamentales en la comunidad, 5) falta de una política específica, 6) problemas asociados con el desarrollo e implementación de políticas y 7) incapacidad para traducir las declaraciones de políticas existentes en la práctica.

En el primer factor, los proveedores de servicios refieren que los subsidios sociales promueven el consumo de alcohol. *“Una madre está dando a luz a un segundo hijo diagnosticado con síndrome alcohólico fetal. No creo que deban recibir un subsidio social. Para el primer hijo, tal vez ella no tenía educación y quedó embarazada porque algunas de las madres obtienen un hijo para obtener un subsidio social por hijo”* (Profesional de servicio social 2). En el segundo factor, los participantes resaltaron la necesidad de mayor apoyo hacia las mujeres con problemas de alcohol. *“Estas personas necesitan mucho apoyo; necesitan tener sesiones de consejería uno-a-uno. Pero, el departamento de desarrollo social tiene otras prioridades antes de comenzar a brindar mucho más apoyo a las mujeres”* (Profesional del servicio social 1).

En cuanto al tercer factor, la presencia de tabernas hace que el alcohol tenga mayor disponibilidad para la población. *“Muchas tabernas ilegales prevalecen en las zonas agrícolas. Esas son las cosas que debemos analizar y abordar, no solo mirar el trastorno por consumo de alcohol. Hay un gran problema, la gente tiene acceso al alcohol barato”* (Desarrollo social 2). El cuarto factor, refiere un inadecuado abordaje desde la raíz hacia el aumento de la prevalencia del consumo de alcohol. *“No hemos abordado la causa raíz [de trastornos por consumo de alcohol fetal], los problemas más grandes en nuestras comunidades. La gente está sufriendo, están desempleados y viven en la pobreza. Hay un gran problema, la gente tiene acceso a alcohol barato”* (Desarrollo social 2).

Referente al quinto factor, los participantes indican la necesidad de políticas. *“No existe una pauta que nos guíe sobre cómo hacer las cosas, cómo brindar nuestros servicios mejor de lo que estamos haciendo en este momento”* (Profesional de servicio social 1). En el sexto factor, se aborda aspectos prácticos de contar con políticas para el trastorno del consumo de alcohol fetal y su implementación por separado. *“Si es práctico ya sabes, lo primero que nos fijamos es su practicidad ¿Se puede implementar? ¿Puede la política abordar el problema y puede cumplir el propósito para el que se está desarrollando?”* (Departamento de educación 2).

En el último factor, se abordó que a pesar de que existen políticas para la prevención, estas no se reflejan en la práctica. *“Tenemos una política provisional, que no se ha traducido en la práctica. Una intervención debe ser en todas las áreas donde la incidencia es alta”* (Departamento de educación 3).

Weerasinghe et al. (2020) realizaron un estudio en Canadá de tipo cuasi experimental con el objetivo de examinar si el aumento en el conocimiento sobre el vínculo del alcohol y cáncer después de una intervención se asocia con mayor apoyo a las políticas de alcohol. La población estuvo conformada por 1730 participantes de los cuales el 50.6% eran hombres y 49.4% mujeres.

Se identificó que el tener alto nivel educativo aumenta 1.59 la probabilidad de apoyar las políticas de precio al alcohol ($OR=1.59$, $IC95\%$ [1.15, 2.20], $p<.050$), así mismo el riesgo de consumo de alcohol aumenta .55 la probabilidad de no apoyar las políticas de precio al alcohol ($OR=.55$, $IC95\%$ [.35, .86], $p<.050$). El ser mujer aumenta 1.31 la probabilidad de apoyo a las políticas de disponibilidad de alcohol ($OR=1.31$, $IC95\%$ [1.06, 1.63], $p<.050$), mientras que ser mayor de 45 años aumenta 2.06 la probabilidad de apoyo a las políticas de disponibilidad de alcohol ($OR=2.06$, $IC95\%$ [1.27, 3.33], $p<.050$).

Referente a las políticas de mercadeo del alcohol, el sexo femenino aumenta 1.51 la probabilidad de apoyar las políticas ($OR=1.51$, $IC95\%$ [1.20, 1.92], $p<.050$), ser mayor de 45 años aumenta 2.41 la probabilidad de apoyar las políticas ($OR=2.41$, $IC95\%$ [1.60, 3.63], $p<.050$) y tener alto nivel de educación aumenta 1.84 la probabilidad de apoyar las políticas ($OR=1.84$, $IC95\%$ [1.30, 2.59], $p<.050$).

Nivel cultural

Se incluye los estudios de actitudes hacia el consumo y consumo de alcohol en personal de salud.

Actitudes hacia el consumo y consumo de alcohol

Morales-Castillo et al. (2021) realizaron un estudio en México con el objetivo de verificar la asociación del patrón de consumo de alcohol y actitudes de las enfermeras asistenciales frente al alcohol, alcoholismo y al alcohólico. La muestra estuvo conformada por 163 participantes, de los cuales se presentó en mayor proporción el sexo femenino (92%) y la categoría de enfermero general (92.6%) con una media de edad de 33.43 años ($DE=7.01$). Se reportó una media de inicio del consumo de alcohol de 18.15 años ($DE=8.28$), así mismo se identificó un consumo medio en un día típico de 2.52 ($DE=2.41$) bebidas alcohólicas, prefiriendo el consumo de cerveza (33.7%). Respecto a las prevalencias de consumo, se destacó una prevalencia global de 66.9%, lápsica de 44.9%, actual de 25.2% e instantánea de 9.2%, identificando en mayor proporción al personal de enfermería con un consumo de riesgo (95.7%).

Se reportó relación significativa entre el factor 1) el trabajo y relaciones interpersonales de personas con trastornos relacionados al alcohol y los factores 2, 3 y 4. Respecto al factor 2) la persona con trastornos relacionados al alcohol ($r=.75$, $p=.001$), el factor 3) la etiología del alcoholismo ($r=.58$, $p=.001$) y el factor 4) las bebidas alcohólicas y su uso ($r=.42$, $p=.001$). El factor 2) la persona con trastornos relacionados al alcohol presentó relación significativa con los factores 3 y 4. Respecto al factor 3) la etiología del alcoholismo ($r=.75$, $p=.001$) y el factor 4) las bebidas alcohólicas y su uso ($r=.47$, $p=.001$). El factor 3) las bebidas alcohólicas y su uso presentó relación significativa con el factor 4) las bebidas alcohólicas y su uso ($r=.59$, $p=.001$).

De Vargas et al. (2020) realizaron un estudio en Brasil con el objetivo de identificar y comparar las actitudes de los profesionales de la salud hacia las personas con trastorno por consumo de alcohol (AUD), problemas asociados y determinar la relación entre sus actitudes y variables sociodemográficas, profesionales y educativas. La muestra estuvo conformada por 831

participantes, de los cuales el 71% eran enfermeros y 10% médicos, así mismo, el 87% eran del sexo femenino con una edad media de 34 años ($DE=10.3$).

Respecto al factor 1) actitudes hacia el trabajo y las relaciones interpersonales con los pacientes con AUD, los médicos ($\bar{X}=3.63$, $DE=.49$) reportaron mayor puntaje que los enfermeros ($\bar{X}=3.37$, $DE=.59$), en el factor 2) las actitudes hacia las personas con AUD, los médicos ($\bar{X}=3.69$, $DE=.59$) reportaron mayor puntaje que los enfermeros ($\bar{X}=3.29$, $DE=.96$). De igual manera, en el factor 4) la actitud hacia las bebidas alcohólicas y su uso, los médicos ($\bar{X}=3.02$, $DE=.39$) reportaron mayor puntaje que los enfermeros ($\bar{X}=2.85$, $DE=.43$). Mientras que en el factor 3) las actitudes hacia AUD, los enfermeros ($\bar{X}=3.08$, $DE=.40$) reportaron mayor puntaje que los médicos ($\bar{X}=2.99$, $DE=.47$).

Se identificó que los médicos tienen mayor actitud positiva ($\beta=0.25$, $IC95\%$ [.12, .38], $p=.01$), de igual manera se observó que a mayor edad del participante, el factor 1) las actitudes hacia el trabajo y las relaciones interpersonales con los pacientes con AUD ($\beta=-.007$, $IC95\%$ [-.01, .003], $p<.001$) y factor 2) las actitudes hacia las personas con AUD ($\beta=-0.02$, $IC95\%$ [-.02, -.01], $p<.001$) eran mayormente negativas. Respecto al factor 2) las actitudes hacia las personas con AUD, se identificó que ser médico genera un efecto positivo ($\beta=.46$, $IC95\%$ [.21, .72], $p=.030$), mientras que en el factor 4) la actitud hacia las bebidas alcohólicas y su uso se observó que ser médico tiene efecto positivo ($\beta=.25$, $IC95\%$ [.08, .41], $p=.030$).

Jiranimarai et al. (2017) realizaron un estudio en Tailandia con el objetivo de explorar si las creencias funcionales y de minimización de riesgo se asociaban con la intención de dejar de beber alcohol y la confianza para dejar de beber alcohol. La muestra estuvo conformada por 1564 trabajadores de salud. Se identificó diferencia significativa en el factor 1) creencias funcionales con las siguientes creencias de salud: el personal de salud disfruta consumir alcohol por lo cual no puede dejarlo ($\chi^2=4313.6$, $p<.010$), el beber los calma en momentos de estrés o molestia ($\chi^2=4444.3$, $p<.010$), beber les ayuda a concentrarse mejor ($\chi^2=4156$, $p<.010$), consumir alcohol es parte importante de su vida ($\chi^2=4143.3$, $p<.010$) y les facilita el proceso de socialización ($\chi^2=4368$, $p<.010$).

También se reportó diferencia significativa en el factor 2) minimizador de riesgo con las siguientes creencias: el personal de salud refiere que la evidencia médica sobre los daños del consumo de alcohol es exagerado ($\chi^2=4064.5$, $p<.010$), el consumir alcohol no representa mayor

riesgo que otras cosas que realiza la gente ($\chi^2=4092.9$, $p<.010$), creen que se deben morir de algo por lo cual deben disfrutar y beber ($\chi^2=4274.1$, $p<.010$) y piensan que tienen buenos genes que los ayude a consumir alcohol sin repercusiones ($\chi^2=4182.2$, $p<.010$).

López et al. (2024) realizaron un estudio en México de tipo descriptivo correlacional con el objetivo de determinar la relación de las actitudes hacia el consumo y consumo de alcohol del personal de salud. La muestra estuvo conformada por 420 participantes. Referente a los resultados, se obtuvo una relación entre las actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol ($r_s=.409$, $p<.001$), lo que significa que, a mayores actitudes hacia el consumo, se presenta un mayor consumo de alcohol en el personal de salud. Así mismo, se identificó que las actitudes hacia el consumo ($\beta=.135$, $p=.001$) fueron predictores del 18.0% de la varianza en el aumento del consumo de alcohol ($F_{(419)}=30.3$, $p=0.02$).

Síntesis de estudios relacionados

En síntesis, de los estudios relacionados referente a la edad, sexo y consumo de alcohol, se identificó mayor proporción en personal de medicina que enfermería y el sexo femenino, con mayor prevalencia de consumo en el rango de 40 a 45 años, presentando consumo peligroso en mayor proporción (Álvarez et al., 2020; León-Seminario y Peña-Sánchez, 2018; Londoño y Álvarez, 2017; Thiebaud et al., 2021).

En escolaridad y consumo de alcohol, se identificó en mayor proporción a personal de salud con estudios técnicos, los cuales presentan consumo de moderado a alto riesgo. Así mismo, se observó que el nivel educativo del personal de salud puede favorecer el consumo de alcohol (Alvarado et al., 2022; Juárez-Jiménez et al., 2015; Osorio et al., 2020; Romero-Rodríguez et al., 2020; Saridi et al., 2016; Vicente-Herrero et al., 2018).

Referente a la ansiedad y consumo de alcohol, se identificó mayor ansiedad y síntomas depresivos en el personal de enfermería que en los médicos, sin embargo, ambas profesiones reportaron mayores síntomas en comparación con la población general, siendo la incapacidad de conciliar el sueño y la migraña factores desencadenantes de la ansiedad. El personal de enfermería y medicina refirieron asociación positiva entre la ansiedad y el consumo de alcohol (Greenberg et al., 2021; Jaguga et al., 2022; Monterrosa-Castro et al., 2020; Morawa et al., 2021; Wozniak et al., 2021).

En síntomas depresivos y consumo de alcohol, se identificó al personal de salud de sexo femenino con mayores síntomas depresivos y mayor probabilidad de consumir alcohol, sin

embargo, el sexo masculino presenta mayor consumo de alcohol. Se reportó que los enfermeros generales tienen más del doble de probabilidad de presentar síntomas depresivos que el resto del personal de enfermería. Así mismo, el personal de enfermería con consumo de alcohol tiene el doble de probabilidad de reportar síntomas depresivos que el personal sin consumo (Beck et al., 2023; Foli et al., 2021; Junqueira et al., 2018; Londoño et al., 2017; Prado et al., 2022; Vázquez-Puente et al., 2023).

Respecto al síndrome de burnout y consumo de alcohol, se identificó relación en la dimensión de despersonalización con el género, puesto de trabajo y consumo de alcohol. Referente al sexo, se identificó mayor consumo de alcohol con el personal de salud masculino que padece síndrome de burnout moderado y severo. Mientras que el personal de salud femenino reportó relación de consumo con la dimensión de agotamiento (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Di Monte et al., 2020; Fischer et al., 2016; Gebreegziabhere et al., 2019; Vázquez-Puente et al., 2024; Wijeratne et al., 2021).

En el apoyo social y consumo de alcohol, se identificó al personal de salud que presenta mayor apoyo social tiene menor riesgo de padecer ansiedad, estrés laboral, así como mayor autoeficacia. Mientras que aquellos con menor apoyo social, reportando mayor probabilidad de presentar síndrome de burnout y síntomas depresivos, así como falta de realización personal (Hyman et al., 2017; Labrague y De los Santos, 2020; Liu y Aungsuroch, 2019; Xie et al., 2020; Zhao et al., 2021).

En el clima organizacional y consumo de alcohol, se identificaron percepciones positivas y negativas del personal de salud. Referente a las positivas, el personal menciona que si se encuentran dentro de un clima organizacional eficiente incide en mayor compromiso laboral y mejor desempeño organizacional. Sin embargo, si el clima donde laboran es deficiente, algunos aspectos como la satisfacción de los trabajadores, la autonomía en el trabajo, la unión y apoyo entre los trabajadores y la motivación presentan relación con el agotamiento emocional y la despersonalización. Respecto al consumo de alcohol se identificó una relación negativa, indicando que tener menor clima organizacional saludable y menor satisfacción con los jefes influye en el consumo de alcohol (Berberoglu, 2018; Cruz et al., 2021; Del Ángel-Salazar et al., 2020; Villarreal-Mata et al., 2023; Vizcarra et al., 2015).

Respecto a la percepción de políticas públicas y consumo de alcohol, se identificó que el personal de salud percibe que el consumo de alcohol no afecta la práctica laboral, a pesar de

observarse una satisfacción por los programas de asistencia de salud. Pero al inscribirse voluntariamente en estos programas el personal de salud presenta desafíos para volver a la práctica ya que los supervisores no muestran interés en ellos por haber formado parte de estos programas. Estos programas evalúan el periodo de sobriedad a través de pruebas de detección de drogas en orina para demostrar que están preparadas para laborar, sin embargo, el personal de salud refiere la falta de políticas específicas que puedan traducirse o llevarse a la práctica. Así mismo, ser mujer, mayor de 45 años y tener estudios educativos aumentan la probabilidad de apoyar de forma positiva a las políticas sobre el consumo de alcohol (Adebiyi y Mukumbag, 2021; Pace et al., 2019; Toney-Butler y Siela, 2022; Valladares-Trujillo et al., 2024; Weerasinghe et al., 2020).

En las actitudes hacia el consumo y consumo de alcohol, se identificó que el personal de medicina presenta mayores actitudes positivas hacia el trabajo y a las relaciones interpersonales con personas que tiene un consumo de alcohol. Sin embargo, se observó que el tener mayor edad genera actitudes más negativas, así mismo, el personal de salud considera que el beber alcohol les ayuda a calmar el estrés, les facilita el proceso de socialización y les ayuda a concentrarse (De Vargas et al., 2020; Jiranimarai et al., 2017; López et al., 2024; Morales-Castillo et al., 2021).

MARCO TEÓRICO

El referente teórico que se utilizó en el presente estudio es el Modelo Socio Ecológico (MSE) de McLeroy et al. (1988), el cual se sustenta a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Dicho modelo fue desarrollado con la finalidad de obtener una comprensión del desarrollo humano, a partir de esto se ha expuesto una serie de aportaciones descritas en distintas fases, iniciando por un enfoque humano, hasta lograr mayor énfasis en el individuo y las etapas de desarrollo, en las cuales está inmerso en un progreso dinámico en el cual factores como el ambiente están incluido y puede ser modificable.

La primera fase está centrada en cómo afectan al individuo las interacciones de los niveles ecológicos. La segunda fase está constituida por las características personales (biológicas y psicológicas) y su interacción dentro del contexto. Mientras que la tercera fase se centra en la influencia de los procesos en el individuo y el resultado, así como la influencia de estos procesos con base a las características personales y del ambiente en el que se encuentra (Eriksson et al., 2018).

En este modelo la definición del ambiente ecológico es a través de estructuras que guardan relación con niveles sociales que requieren de una interacción para poder llegar a otro, dichos conceptos fueron denominados; microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. El microsistema es el nivel más cercano y representa la familia, el mesosistema abarca relaciones entre dos o más entornos del individuo, el exosistema aborda contextos más amplios, en este sistema el papel que desempeña el individuo no es de forma activa, mientras que el macrosistema es representado por la cultura donde interactúa el individuo con la sociedad. Estos sistemas dependen uno de otro, por lo cual se requiere una participación y comunicación entre los distintos sistemas (Bronfenbrenner, 1979; Frias-Armenta et al., 2003).

Con base a lo descrito anteriormente, el MSE de McLeroy et al. (1988) considera al comportamiento como el resultado de interés el cual será determinado por la interacción de los niveles sociales, donde se incluyen al individuo y sus características como el conocimiento, habilidades, concepto y confianza de sí mismo (intrapersonal), relaciones sociales incluidos los lazos y conexiones familiares y amistad (interpersonal), influencias y factores organizacionales (organizacional), legislación, políticas, impuestos, agencias reguladoras (políticas públicas) y

actitudes, normas, creencias o valores propios del individuo respecto al consumo de drogas (cultura).

Estos niveles brindan un panorama ecológico que implica una causalidad recíproca entre el individuo y el medio ambiente, ya que las estrategias encaminadas hacia la prevención de la salud se fundamentan en las creencias, entendimientos y teorías de los determinantes de la conducta, y mediante estos niveles de influencia se reflejan las estrategias de promoción de la salud (McLeroy et al., 1988; Simons-Morton et al., 2012). Este enfoque proporciona un marco para la comprensión y análisis de los componentes afines a los problemas de salud, así como las conductas directas e indirectas relacionadas con la finalidad de identificar estrategias de intervención en el campo de la enfermería.

Modelo Socio Ecológico

El MSE de McLeroy et al. (1988) refiere que las estrategias de promoción de la salud se basan en creencias, entendimientos y determinantes de la conducta. Los cinco niveles sociales muestran las estrategias en la promoción de la salud, en los cuales el consumo de alcohol podría ser el resultado entre la interacción de las características individuales, apoyo de familia o amigos, organizaciones, políticas públicas y cultura (Falco et al., 2013; Glanz et al., 2008; McLeroy et al., 1988; Simons-Morton et al., 2012).

La perspectiva del MSE refiere el comportamiento del individuo en un amplio contexto. Dentro del modelo, la conducta es el resultado de las relaciones sociales, y las organizaciones con las que tiene interacción (McLeroy et al., 2003). El MSE categoriza los determinantes de la conducta en niveles de influencia. Así mismo, Simons-Morton, McLeroy y Wendel en el año 2012 añaden el nivel de cultura, por lo cual, los niveles sociales de influencia que propone el MSE son los siguientes:

Nivel intrapersonal. Se enfoca en aspectos relacionados a cogniciones que afectan el comportamiento de una persona debido a que existe una fuerte relación entre las cogniciones y los comportamientos por ser precursoras de las conductas, por lo tanto, un cambio en dichas cogniciones individuales producirá un cambio de conducta.

Estos cambios se localizan dentro de la persona en lugar del entorno social, por lo cual es necesario el uso de estrategias como programas educativos o grupos de apoyo en donde incluyan factores como el conocimiento, habilidades, concepto de sí mismo y confianza en sí mismo con la

finalidad de generar un efecto en el comportamiento del individuo relacionado con la conducta (McLeroy et al., 1988).

Nivel interpersonal. Se centra en las influencias interpersonales del comportamiento, se incluye influencias de familia, amigos, conocidos y vecinos que proporcionan componentes mediadores importantes en la vida y el bienestar general. Dentro de este nivel, la influencia social puede presentarse de forma indirecta y no ser intencional a través de la percepción que tiene una persona de lo que está permitido y cómo otros individuos perciben que debería de ser ese comportamiento (McLeroy et al., 1988).

Nivel organizacional. Abarca el uso de las características de la organización para apoyar el cambio de comportamiento del individuo ya que las estructuras y los procesos pueden tener influencia sobre aspectos relacionados con la salud, pueden ser efectos positivos y/o negativos en la salud de sus miembros al proporcionar recursos económicos y sociales. Las organizaciones influyen de manera considerable en la promoción de la salud y prevención de enfermedades al brindar servicios directos (programas contra el consumo de alcohol) y aplicar recursos esenciales para proporcionar medios en la planificación e implementación de programas basados en la comunidad (McLeroy et al., 1988).

Nivel políticas públicas. Se refiere a la regulación, interpretación y aplicación de las leyes locales, estatales y federales, las cuales pueden presentar variaciones e incluir políticas enfocados a la salud pública. Estos enfoques de política son esfuerzos de promoción de la salud que se presentan en distintas temáticas con la finalidad de ofrecer un cambio en el entorno social, puede afectar a gran parte de la población durante largos periodos de tiempo por lo que generalmente requieren un amplio consenso sobre un problema y soluciones potenciales entre sus formuladores. Así mismo, las actividades de desarrollo de políticas pueden incluir aumentar la conciencia pública sobre temas específicos de salud y políticas; así como educar al público sobre el proceso de desarrollo de políticas (McLeroy et al., 1988).

A continuación, se presenta el nivel social de cultura, propuesto de forma complementaria a los anteriores por Simons-Morton et al. 2012, el cual ha sido utilizado en distintas disciplinas relacionadas a la salud pública (Lee, 2007; Schensul, 2009). Sin embargo, las investigaciones en la promoción de la salud han sido escasas, por lo cual, en el presente estudio se pretende abordar el nivel cultura por la afectación que se presenta en diversas formas, incluyendo las actitudes,

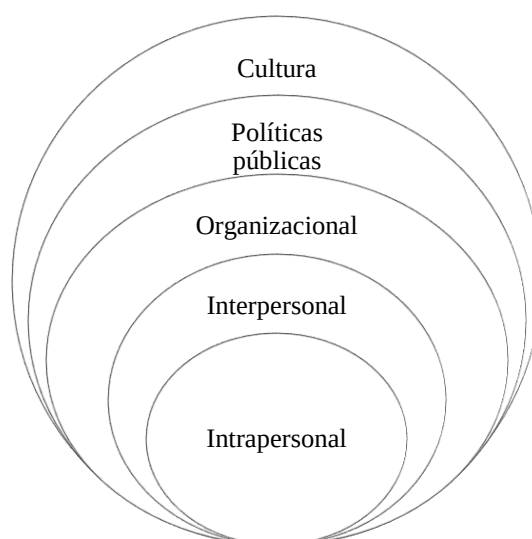
creencias y la forma de comunicación que las personas tienen sobre los problemas de salud (Simons-Morton et al., 2012).

Nivel cultura. Afecta los hábitos y prácticas que pueden generar un aumento o disminución de los riesgos a la salud, en este nivel las actitudes hacia el consumo se perciben como verdaderas y aceptadas por el individuo, suelen medirse en forma de creencias, percepciones, actitudes y valores hacia un fenómeno. Estos componentes pueden ser de forma general refiriéndose a patrones culturales de pensamiento y comportamiento, por otra parte, pueden ser componentes específicos con respecto a un comportamiento y un grupo poblacional, por lo tanto, la transmisión de las normas sociales culturales se produce a través de procesos socio evolutivos (Simons-Morton et al., 2012).

Con base a la descripción planteada con anterioridad, para fines del presente estudio se incluyeron los niveles (1) intrapersonal, (2) interpersonal, (3) organizacional, (4) políticas públicas y (5) cultura como se muestra en su descripción gráfica (Figura 1).

Figura 1

Modelo Socio Ecológico McLeroy et al. (1988), adaptado por Simons-Morton et al. (2012).



Conducta: en el presente estudio la conducta es el resultado de la influencia de los cinco niveles sociales del modelo. Se considera como conducta al consumo de alcohol (el cual será medida a través de las prevalencias; global, lápsica, actual e instantánea y los tipos de consumo de alcohol; de riesgo, dependiente y perjudicial).

Consumo de alcohol

Se considera a la ingesta de bebida alcohólica en términos de frecuencia a través de prevalencias (global, lápsica, actual, instantánea), cantidad de consumo (cantidad de bebidas alcohólicas) y tipos de consumo (de riesgo, dependiente, perjudicial).

El consumo de alcohol es la ingesta de una sustancia con etanol como componente principal, genera adicción y dependencia tanto física y psicológica; es catalogada como una droga causante de adicción ya que deprime al sistema nervioso central. Algunos daños que pueden presentarse ante su consumo se encuentran ubicados principalmente en órganos, así como la manifestación de comportamientos agresivos, los cuales si no se intervienen a tiempo puede desencadenar padecimientos de trastornos mentales como una disminución en los pensamientos y el cambio en el estado de ánimo (OMS, 2024; OPS, 2015).

Su presentación es en estado líquido e incoloro soluble en agua y grasas, su principal componente se produce a través de la fermentación de levadura, azúcares y almidones, siendo caracterizado por ser una sustancia psicoactiva, por la depresión al sistema nervioso central que genera, así como la capacidad de causar dependencia (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2017).

En este sentido, una bebida alcohólica puede contener de 2% hasta 55% en volumen de concentración de alcohol etílico. Algunas de las presentaciones son: bebidas fermentadas (cerveza, sidra, vino y pulque) caracterizadas por contener entre 2% y 20% de concentración alcohólica; bebidas destiladas (mezcal, ron, tequila, vodka, whisky) aquí el contenido alcohólico oscila entre 32% a 55%; licores o cremas (anís, sambuca, licor de fruta) los cuales contienen desde 13.5% hasta 55% contenido alcohólico; cocteles, el contenido alcohólico de estos se encuentra entre el 12% y 32%, mientras que las bebidas alcohólicas preparadas contienen entre el 2% y 12% de alcohol (Secretaría de Salud [NOM-199-SCFI], 2017).

Es proceso de absorción es mediante el intestino delgado (40%), posterior a esto se distribuye en el organismo principalmente en tejidos con grandes cantidades de lípidos, después gran parte del alcohol se metaboliza en el hígado, de ahí se pasa a ser eliminado mediante la orina y los pulmones. El mecanismo de acción del genera la depresión del sistema nervioso central generando una parálisis descendente, así mismo se inhibe la euforia, se disminuye el autocontrol y la visión. Por otro lado, el sistema cardiovascular favorece a la liberación de la histamina produciendo vasodilatación y elevando la presión arterial.

El consumo de alcohol se valora a través de las prevalencias, consideradas una medida epidemiológica que indica la proporción de casos que se presentan en un momento en el tiempo y se expresa en proporciones o tasas, se evalúa a través de cuatro tipos de prevalencias; “global” proporción de personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida, “lápsica” proporción de personas que han consumido alcohol en los últimos doce meses, “actual” proporción de personas que han consumido en el último mes e “instantánea” proporción de personas que han consumido alcohol en los últimos siete días (INPRFM et al., 2017).

Respecto a los tipos de consumo de alcohol, la OMS considera tres tipos de consumo con base a sus criterios de clasificación (de riesgo, dependiente y perjudicial), los cuales son valorados a través del Instrumento de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT) para identificar, intervenir y/o disminuir el riesgo de consumo (Babor et al., 2001).

El consumo de riesgo es un patrón del consumo de alcohol en el cual se incrementa el riesgo de presentar consecuencias adversas para el bebedor o las personas a su alrededor. El consumo dependiente, representa un conjunto de cambios conductuales, cognitivos y fisiológicos, que pueden aparecer posterior al consumo repetido de alcohol, incluye deseos intensos hacia el consumo y dificultad para controlarlo, la persona consumidora tiene prioridad por el consumo en lugar de otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física. Mientras que el consumo perjudicial es el consumo de alcohol que conlleva a consecuencias físicas y mentales, así como consecuencias sociales (Babor et al., 2001).

Estructura Conceptual-Teórico-Empírico (C-T-E)

La implementación de la Estructura Conceptual-Teórico-Empírico (C-T-E) se utiliza para realizar un análisis de los componentes de una estructura, así como el contenido de una teoría con la finalidad de mostrar la explicación de un modelo conceptual, a partir del cual se extrae un enunciado explícito y un diagrama estructural de la investigación. Permitiendo identificar los conceptos y proposiciones que lo conforman para obtener una estructura que muestre los componentes de manera clara, concisa y representativa, por lo cual se requiere el uso reflexivo y analítico del pensamiento, así como una planificación cuidadosa para lograr el objetivo (Fawcett, 1999).

La C-T-E está conformada por cinco pasos; 1) identificación de conceptos, 2) clasificación de conceptos de teoría de rango medio, 3) identificación y clasificación de proposiciones, 4) ordenamiento jerárquico de las proposiciones y 5) construcción del diagrama (Fawcett, 1999).

Paso uno: Identificación de conceptos

El primer paso consiste en la identificación de conceptos que guían el desarrollo de la teoría (Fawcett, 1999). En la presente investigación fue seleccionado el Modelo Socio Ecológico de McLeroy et al. (1988) adaptado por Simons-Morton et al. (2012), ya que facilita la interacción entre distintos niveles sociales con el comportamiento y la salud del individuo, permitiendo una comprensión a mayor profundidad en el comportamiento de la salud mediante el análisis de las influencias de cada nivel y sus efectos interactivos.

El comportamiento de la salud personal se ve influenciado por distintos aspectos además de las cogniciones propias, estos aspectos abarcan las relaciones con los demás, la afiliación a organizaciones, aspectos de políticas a fines y las conexiones culturales. Por lo tanto, su composición se distribuye en cinco niveles, dentro de los cuales se incluyen aspectos relevantes para el desarrollo de conductas saludables.

El primer nivel más cercano al individuo denominado intrapersonal incluye características individuales entre las cuales se encuentran las percepciones biológicas y psicológicas donde se abordan la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout, con la finalidad de generar un efecto en el comportamiento del personal de salud mediante la prevención de consumo de alcohol (McLeroy et al., 1988; Simons-Morton et al., 2012).

En el nivel interpersonal, las principales fuentes de influencia que se presentan en el comportamiento del personal de salud relacionado a la salud es el apoyo social, esta se lleva a cabo en espacio de interacción con la familia, amigos y vecinos, que existen dentro de cada grupo específico (McLeroy et al., 1988; Simons-Morton et al., 2012).

En el nivel organizacional, se presentan estructuras organizacionales dentro de las cuales el personal de salud forma parte, en este nivel se incluye el clima organizacional. Dichas estructuras pueden influenciar el comportamiento de salud proporcionando servicios directos contra el consumo de alcohol (McLeroy et al., 1988; Simons-Morton et al., 2012).

En el nivel políticas públicas, se incluye legislaciones, impuestos y agencias reguladoras, así como la apreciación de políticas locales, estatales y federales, su regulación, interpretación y aplicación. Estos enfoques ofrecen un potencial considerable para cambiar el entorno social con respecto al comportamiento de salud del personal sanitario, donde se incluye la percepción de políticas públicas (McLeroy et al., 1988; Simons-Morton et al., 2012).

Referente al nivel cultura, representa un sistema compartido de normas, creencias, valores y comportamientos, los cuales difieren por la región, nacionalidad o religión. Este nivel, puede afectar la salud de diversas maneras con base a las actitudes que se tiene respecto ciertas conductas como el consumo de alcohol del personal de salud, aquí se incluye las actitudes hacia el consumo (Simons-Morton et al., 2012).

Paso dos: Clasificación de conceptos del modelo explicativo

El segundo paso consiste en la clasificación de los conceptos del modelo explicativo. Los conceptos presentados a continuación son clasificados con el continuo de observabilidad de Kaplan (1964), en el cual se representa a un fenómeno como un referente empírico directamente observable. Por lo tanto, se analizan los niveles de abstracción de las principales variables del estudio, así como las correlaciones.

Nivel intrapersonal. Se incluyen las características individuales de una persona, dentro de este nivel se encuentra la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout. Respecto a la edad, puede presentarse como un factor de riesgo o protección dependiendo de la etapa en que se encuentre la persona, el inicio del consumo de alcohol a una edad temprana está relacionado con el consumo problemático y otros comportamientos de riesgo, referente al consumo de alcohol en edades tempranas se ha visto asociado con un consumo

intensivo y excesivo de alcohol hasta llegar a la embriaguez que se presenta de manera frecuente en la edad adulta (Hernández et al., 2009).

De acuerdo con la evidencia se ha encontrado que el personal de salud que inicia el consumo de alcohol a menor edad presenta mayor probabilidad de generar abuso o dependencia en la edad adulta, hasta puede llegar a producir daños en la salud al ser considerado como parte del proceso de adquisición de la madurez (Portela et al., 2015). Esta variable se midió mediante la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA).

En cuanto al sexo, se ha identificado que influye de diversas formas, entre ellas, al momento de presentar intoxicación con bebidas alcohólicas, debido a que el sexo masculino presenta mayor proporción de consumo de alcohol (51.4%) en comparación con el sexo femenino (48.6%), esto sobre todo en contextos de fin de semana. Sin embargo, con el paso del tiempo el consumo se modifica, ya que las personas cambian su frecuencia de consumo hasta adquirir una ingesta diaria provocando que esta situación sea reflejada específicamente en el sexo masculino al presentar un consumo de alcohol superior a 3.5 veces en relación con el sexo femenino. Así mismo, la incorporación del sexo femenino en el consumo de alcohol ha sido considerada como una forma de romper los códigos tradicionales, ya que cada vez incorporan en mayor medida las prácticas tradicionalmente masculinas (Fernández et al., 2019; Romo-Avilés, 2015).

Se ha documentado que el personal de enfermería masculino presenta mayor probabilidad de consumo en comparación con el resto del personal de salud, esto se refleja en mayor cantidad de bebidas alcohólicas por mes. Por otra parte, la población femenina presenta mayor vulnerabilidad a padecer problemas de salud asociados al consumo de alcohol, por lo cual son más susceptibles a recibir agresiones sexuales. A medida que aumenta el consumo de alcohol, el hombre adopta mayores prevalencias de intoxicación etílica en relación con las mujeres (Cabanillas-Rojas, 2020; Jaguga et al., 2022). Esta variable se midió mediante la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA).

Respecto a la escolaridad, se ha identificado que tener menor años de formación académica por parte del profesional sanitario, puede influir en la adquisición de menor conocimientos sobre las consecuencias a la salud respecto al consumo de alcohol. De acuerdo con el grado de estudios se ha evidenciado que el tener escolaridad técnica y de pregrado, influye en mayor consumo de alcohol en comparación con aquellos que cuentan con estudios de posgrado (Barbera et al., 2015; López et al., 2015; Osorio et al., 2020). Sin embargo, distintos estudios han

reportado que la población general con estudios superiores presenta un consumo severo de alcohol en comparación con aquellos que cuentan con un nivel básico (Cabrera-Jiménez et al., 2013; Pavón-León et al., 2018; Ruiz-Flores et al., 2017). Esta variable se midió mediante la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA).

Otra variable de interés es la ansiedad, la cual es representada por una preocupación excesiva y persistente donde una persona tiene dificultad para controlarse en diversos acontecimientos, puede presentarse de forma protectora al ayudar a anticipar el peligro que se puede presentar en un futuro, sin embargo, puede repercutir en la salud mental de la persona y en consecuencia recurrir al consumo de alcohol (Londoño y Álvarez, 2017; Tortella-Feliu, 2014). Se ha establecido que las personas con trastornos de ansiedad pueden desarrollar trastornos por uso de sustancias como el consumo de alcohol en el intento de autorregular los síntomas, llegando a identificarse en mayor proporción en el personal de enfermería femenino en comparación con el personal médico (Jiménez-López y Jurado, 2014; Lozano-Vargas, 2020). Esta variable se midió a través de la Escala de Ansiedad Generalizada [GAD-7] (Spitzer et al., 2006).

Referente a los síntomas depresivos, estos pueden afectar la forma en que una persona se siente, piensa y coordina actividades como dormir, comer o trabajar, las jornadas extensas y dilemas éticos pueden generar este trastorno mental. Se ha identificado relación positiva entre la presencia de síntomas depresivos y el consumo de alcohol en población adulta, por lo cual a mayor riesgo de presentar síntomas depresivos mayor es el consumo de alcohol. De igual manera, si se presenta un consumo a temprana edad como la adolescencia, puede favorecer a síntomas depresivos en la edad adulta (Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2020; Graham et al., 2007; Pedrelli et al., 2016).

Desde la perspectiva del personal de salud, la literatura ha reportado a los trabajadores de instituciones de segundo nivel con mayores síntomas depresivos en comparación con los trabajadores de instituciones de tercer nivel, siendo el personal femenino quién presenta mayor prevalencia de depresión (Lai et al., 2020; National Institute of Mental Health [NIH], 2021; Xie et al., 2020). Esta variable se midió mediante el Cuestionario de Salud del Paciente [PHQ-9] (Spitzer et al., 1999).

El síndrome de burnout afecta la satisfacción laboral, la salud y el bienestar personal, teniendo consecuencias en la calidad del cuidado brindado y en el crecimiento profesional, también, se ha reportado una relación del consumo de alcohol en el personal de salud en donde

presenta el riesgo de desarrollar tres veces más el síndrome de burnout cuando existe un consumo en cuatro o más ocasiones a la semana, siendo un factor desencadenante el exceso de horas laborales (Navinés et al., 2021; Vinueza et al., 2020). Este síndrome se ha presentado en diversos países, entre ellos Turquía y Bulgaria, donde el porcentaje de personal de salud que presentó agotamiento emocional fue del 50% y 35% respectivamente, mientras que en otros países las cifras se encuentran entre el 15% y 21% en esta población (Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Esta variable fue medida mediante el Inventario de Burnout de Maslach [MBI] (Maslach y Jackson, 1981).

Nivel interpersonal. Se incluyen las influencias del entorno donde se encuentra el individuo a través del apoyo social, este desempeña un papel fundamental en el desarrollo de los profesionales de salud, ya que ayuda de forma positiva en la satisfacción emocional. Es aquí donde se realiza el aprendizaje básico necesario para el desenvolvimiento adecuado en la sociedad, sin embargo, la falta de cercanía y afecto puede influir en el momento de adquirir una capacidad adecuada para regular el apego negativo, en consecuencia, puede ocasionar un consumo de esta sustancia como medida de afrontamiento (Momeñe et al., 2021; Vielva et al., 2001).

En este sentido, el contar con una red de apoyo o compañía que pueda brindar soporte en los momentos de ayuda en la vida diaria, es vital para la salud integral, generando rechazo al consumo de alcohol, debido a que se cuenta con vínculos fuertes y estables con los pares (familia, amigos y otras personas significativas). El apoyo social se considera un factor de estabilidad emocional para el personal de salud, ya que, al presentarse mayor relación con los pares, mayor será la probabilidad de que la convivencia sea con usuarios en entornos sin consumo de alcohol. Mientras que un menor vínculo afectivo genera mayor probabilidad de tener conductas antisociales y un consumo de alcohol (García-Torres et al., 2017; Pérez-Islas y Arellanes-Hernández, 2015).

Sin embargo, si el personal de salud percibe un consumo de alcohol por parte de los pares, puede generar mayor probabilidad de adquirir esta conducta, sin tomar en cuenta la cantidad y frecuencia del consumo (Alonso et al., 2009). Esta variable fue medida mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido [MSPSS] (Zimet et al., 1988).

Nivel organizacional. Se incluye el clima organizacional, el cual se representa como las percepciones subjetivas y socialmente compartidas que tienen los trabajadores sobre las

características de la organización y el ambiente de trabajo, en donde se destaca la percepción de atributos a nivel individual (persona), interpersonal (relación trabajador-entorno laboral) y organizacional (trabajo y el ambiente), generando influencia en el comportamiento y desempeño del personal de salud (Patlán y Flores, 2013).

Este nivel representa un elemento fundamental en los procesos organizativos, de gestión y cambio, repercutiendo en el comportamiento y motivación del personal de salud, por lo cual representa un factor negativo ante el consumo de alcohol, permitiendo identificar apreciaciones y pensamientos de los compañeros respecto a ciertas situaciones que pueden ser intervenidas adecuadamente para lograr sus objetivos. El comportamiento no depende de los factores existentes, sino de la percepción que se tiene de esos factores, sin embargo, dichas percepciones son efectuadas en base a la interacción con la institución (Segredo, 2017).

Así mismo, cuando el clima organizacional es positivo, provee logros, productividad, unión y apoyo de compañeros de trabajo, motivación, liderazgo y satisfacción del personal de salud, mientras que, al ser negativo se manifiesta mediante la inadaptación, alta rotación de personal, ausentismo y baja productividad. Por lo cual, se ha asociado el consumo y dependencia de alcohol con limitadas condiciones de trabajo, repercutiendo en bajo desempeño, faltas injustificadas y accidentes de trabajo, lo que conlleva a presentar mayores problemas laborales en comparación con quienes no consumen estas sustancias (González y Pérez, 2011; Patlán y Flores, 2013). Esta variable fue medida a través de la Escala Multidimensional de Clima Organizacional [EMCO] (Gómez y Vicario, 2010).

Nivel políticas públicas. Se incluye la percepción de políticas públicas del personal de salud, en este nivel las políticas públicas se diseñan con la finalidad de fortalecer asociaciones voluntarias que sirven como estructuras mediadoras, para crear entornos que puedan generar respuestas de salud a la mayor población posible en un lapso prolongado. Es importante reconocer las estructuras mediadoras, que sirven como puntos de acceso e influyen en el proceso de formulación de políticas públicas. En este nivel se considera importante conocer esa apreciación que tiene el personal de salud sobre la regulación y prevención del consumo de alcohol al ser una droga de fácil acceso y socialmente aceptada. Esta variable fue medida a través del Instrumento de Apoyo a las Políticas para Reducir los Problemas Asociados con el Alcohol [APRPAA] (Buykx, 2016).

Nivel cultura. Se incluye las actitudes hacia el consumo, las cuales son representadas por aquellas acciones tomadas por el personal sanitario para abordar los problemas de salud a través de las creencias, valores y normas culturales de la ingesta de alcohol, las cuales han sido documentadas como fuertes predictores del consumo (LaBrie et al., 2012; O'Grady et al., 2011; Paschall et al., 2012).

Los valores y normas culturales pueden generar un cambio en las actitudes que tiene el personal de salud sobre el consumo de sustancias, esto se debe a la influencia que ejerce en las creencias sobre las conductas de riesgo para la salud (Escobedo et al., 2018; Soto et al., 2011). En este sentido, desde edades tempranas las actitudes y normas de los pares son visualizadas con mayor permisividad en comparación con los padres, lo que indica prácticas de riesgo en el consumo de alcohol en la edad adulta (Jackson et al., 2014; Zehe y Colder, 2014). Esta variable fue medida a través de la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol [EACA] (García-Rodríguez y López, 2001).

Los diez conceptos presentados y descritos anteriormente se incluyeron en el Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud, dichos conceptos están agrupados en los cinco niveles mencionados.

Paso tres: Identificación y clasificación de proposiciones

El MSE no contiene supuestos teóricos, sin embargo, se puede identificar una proposición central a través de su contenido, la cual refiere que el comportamiento o la conducta del personal de salud se establece en base a los cinco niveles sociales; intrapersonal, interpersonal, organizacional, políticas públicas y cultura.

Planteando la proposición en el presente estudio, indica que la conducta de salud (consumo de alcohol) involucra múltiples influencias a través de los cinco niveles sociales (intrapersonal, interpersonal, organizacional, políticas públicas y cultura), y son estas múltiples influencias las que determinan el comportamiento o conducta.

Debido a que la proposición general se plantea de forma abstracta, el presente modelo plantea relaciones entre los conceptos incluidos en los cinco niveles sociales, los cuales tienen influencia sobre la conducta resultado (consumo de alcohol):

1. La edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout influyen en el consumo de alcohol del personal de salud.
2. El apoyo social afecta el consumo de alcohol del personal de salud.

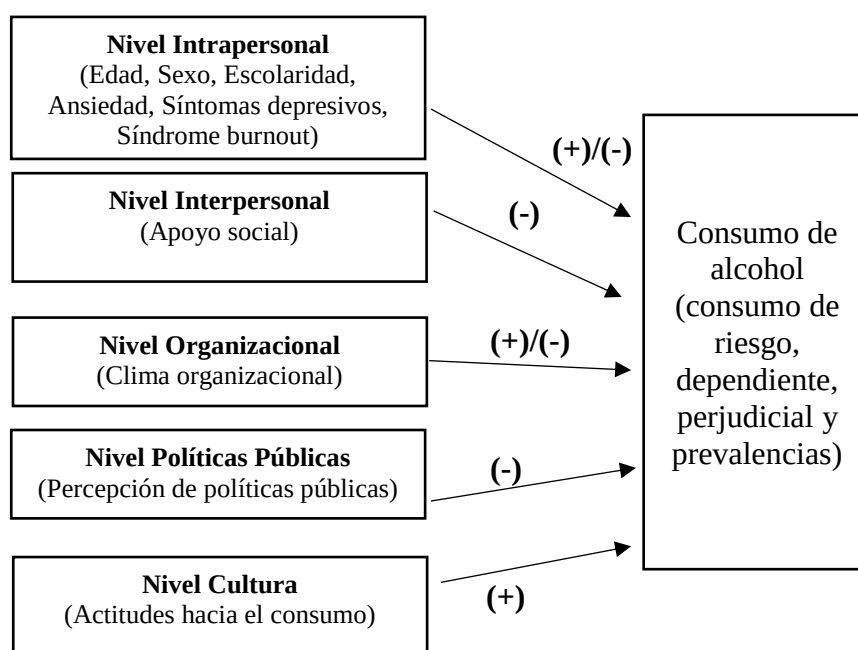
3. El clima organizacional predice el consumo de alcohol del personal de salud.
4. La percepción de políticas públicas afecta el consumo de alcohol del personal de salud.
5. Las actitudes hacia el consumo predicen el consumo de alcohol en el personal de salud.
6. Los niveles sociales intrapersonal, interpersonal, organizacional, políticas públicas y cultura, influyen en el consumo de alcohol.

Las seis proposiciones mencionadas con anterioridad indican un vínculo entre dos o más conceptos, por lo cual se pueden categorizar de tipo relacional (Fawcett, 1999; Fawcett y DeSanto-Madeyra, 2013).

La figura 2 muestra la representación de proposiciones del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud, donde se plantea que, a mayor edad, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo, se asocian con el consumo de alcohol.

Figura 2

Modelo Socio Ecológico de Consumo de Alcohol en Personal de Salud



Paso cuatro: ordenamiento jerárquico de proposiciones

Un conjunto de proposiciones indica una justificación sobre de la existencia de un fenómeno, las cuales pueden representarse a través de un orden jerárquico basándose en el nivel de abstracción y el razonamiento inductivo o deductivo. Por lo cual, en el presente estudio se utiliza el nivel de abstracción (Fawcett, 1999).

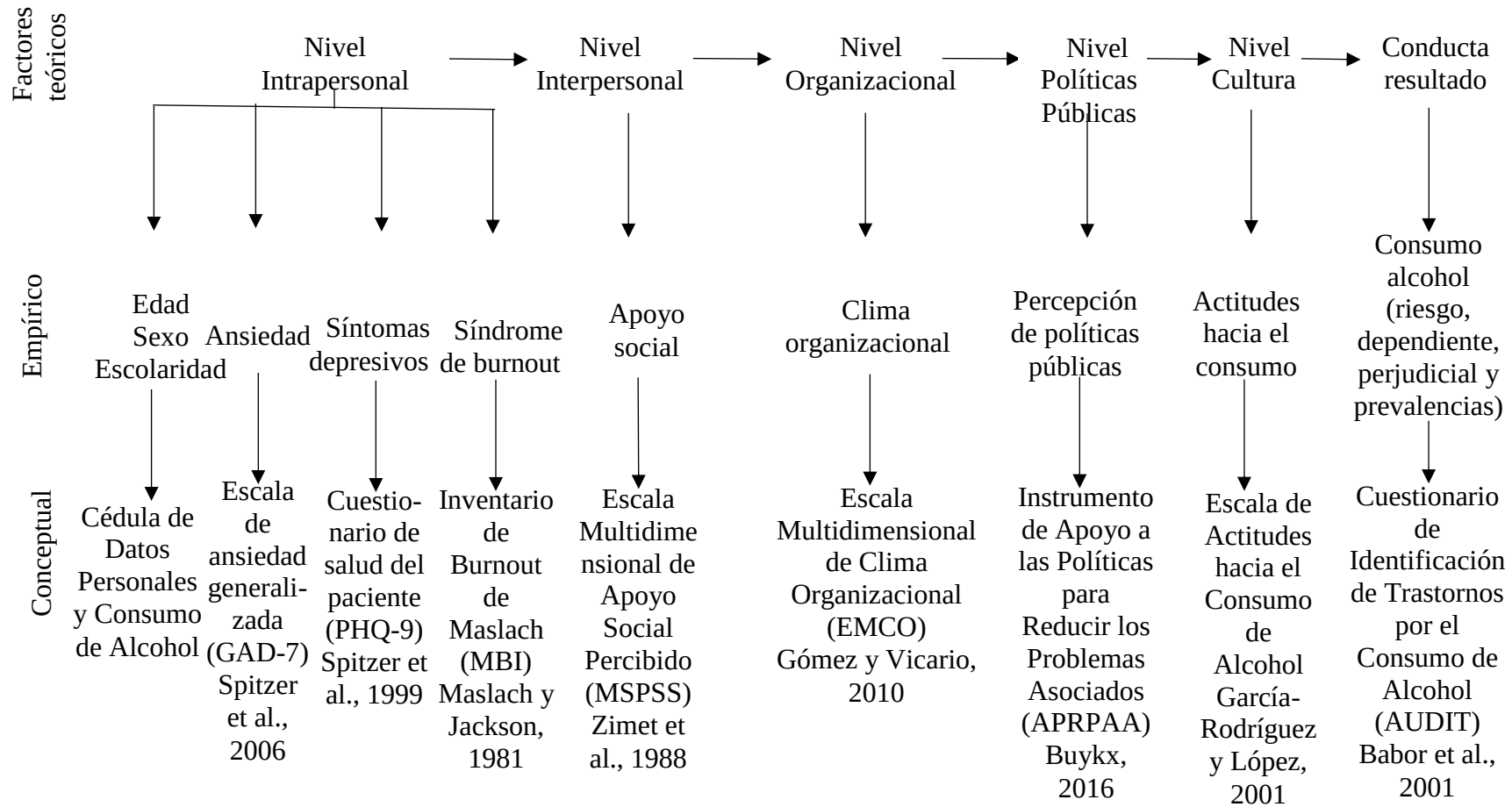
La proposición del MSE de McLeroy et al. (1988) se menciona de manera general y con gran alcance, por lo cual se considera abstracta debido al amplio campo de aplicación. Por tal motivo, las seis proposiciones planteadas en el presente estudio se enfocan en un fenómeno en específico, siendo proposiciones relacionales, las cuales serán operacionalizadas.

Paso cinco: construcción del diagrama

El último paso es la construcción de la estructura C-T-E, este diagrama se elabora con la finalidad de ayudar a determinar la asociación que tienen los conceptos y proposiciones del Modelo Socio Ecológico (Fawcett, 1999). La figura 3 muestra la relación de los cuatro niveles sociales (intrapersonal, interpersonal, organizacional, políticas públicas) del MSE de McLeroy et al. (1988) y el nivel social (cultura) añadido por Simons-Morton et al. (2012), los cuales se utilizaron para guiar la composición estructural. Por lo que se proponen los conceptos integrados en el MSE agrupados en cinco niveles, así como los instrumentos de evaluación que se utilizarán para medir cada uno de los conceptos del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud.

Figura 3

Estructura Conceptual – Teórico – Empírico (C-T-E) del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud



Definición de términos

A continuación, se presenta las definiciones operacionales de las variables del presente estudio.

Edad, son los años de vida cumplidos que el personal de salud manifiesta tener al momento de la aplicación de los instrumentos.

Sexo, es el conjunto de características biológicas, fisiológicas y anatómicas que definen al personal de salud como hombre o mujer.

Escolaridad, es el número de años estudiados, además del último grado de estudios que el personal de salud refiere haber obtenido en el momento de la recolección de datos.

Estos datos sociodemográficos fueron medidos a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol.

Ansiedad, es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión y pensamientos de angustia ante un evento estresante, el personal de salud puede presentar sentimientos de preocupación, aumento de irritabilidad, dificultad para concentrarse y dificultad para dormir algunos días, la mitad de los días o casi todos los días, durante las últimas dos semanas. Este concepto fue medido a través de la Escala de Ansiedad Generalizada [GAD7] (Spitzer et al., 2006).

Síntomas depresivos, es la pérdida de interés en las actividades que realiza en personal de salud en la vida cotidiana, incluye sensación de desesperación, baja autoestima y sensación general de incapacidad durante varios días, más de la mitad de los días o casi todos los días generando depresión mínima, moderada y severa. Este concepto fue medido a través del Cuestionario de Salud del Paciente [PHQ-9] (Spitzer et al., 1999).

Síndrome de Burnout, es el incremento en el agotamiento emocional, la despersonalización y la pérdida de realización en el trabajo que presenta el personal de salud, acompañado de un aislamiento laboral y negatividad que puede ocasionar tristeza, conductas antisociales y menor rendimiento laboral. Este concepto fue medido a través del Inventario de Burnout de Maslach [MBI] (Maslach y Jackson, 1981).

Apoyo social, es la evaluación subjetiva o percibida de los apoyos sociales a través de la familia, amigos y otras personas significativas con los que cuenta el personal de salud para determinar una crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares,

discusiones con amigos). Este concepto fue medido a través del Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido [MSPSS] (Zimet et al., 1988).

Clima organizacional, es el conjunto de percepciones subjetivas socialmente compartidas que tiene el personal de salud sobre el ambiente de trabajo, la satisfacción, relaciones sociales, unión entre compañeros y liderazgo de los directivos de la organización, las cuales influyen en el desempeño y comportamiento en la organización. Este concepto fue medido a través de la Escala Multidimensional de Clima Organizacional [EMCO] (Gómez y Vicario, 2010).

Percepción de Políticas Públicas, es la apreciación que tiene el personal de salud sobre el precio, mercadeo e información de las políticas públicas de regulación y prevención del consumo de alcohol con la finalidad de obtener la percepción de utilidad en la disminución del consumo. Este concepto fue medido a través de la Escala de Apoyo a las Políticas Públicas para Reducir los Problemas Asociados con el Alcohol [APRPAA] (Buykx, 2016).

Actitudes hacia el consumo, son las creencias, valores y normas aceptadas que tiene el personal de salud a través del índice de desagrado y la predisposición para el uso y consumo de alcohol. Este concepto fue medido a través de la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol [EACA] (García-Rodríguez y López, 2001).

Prevalencia de consumo de alcohol, es considerada una medida epidemiológica expresada en tasas, que indica la proporción del personal de salud que consume estas sustancias mediante cuatro prevalencias (global, lápsica, actual e instantánea). fue medido mediante la Cédula de Datos e Historial de Consumo de Alcohol.

Prevalencia global, es la proporción del personal de salud que ha consumido alcohol alguna vez en la vida.

Prevalencia lápsica, es la proporción del personal de salud que ha consumido alcohol en los últimos doce meses previos a la aplicación de la cédula de datos.

Prevalencia actual, es la proporción del personal de salud que ha consumido alcohol en el último mes previo a la aplicación de la cédula de datos.

Prevalencia instantánea, es la proporción del personal de salud que ha consumido alcohol en los últimos siete días previos a la aplicación de la cédula de datos.

Consumo de alcohol, es la ingesta de alcohol en el personal de salud y se clasifica en tres tipos de consumo; de riesgo, dependiente y perjudicial. fue valorado con el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al consumo de Alcohol [AUDIT] (Babor et al., 2001).

Consumo de riesgo, es el consumo de alcohol considerado en el personal de salud en hombres cuando es menor a cuatro bebidas estándar y en mujeres de dos bebidas estándar, no más de tres veces por semana, en este tipo de consumo aún no se experimentan trastornos. Se valorará mediante las preguntas uno, dos y tres del AUDIT.

Consumo dependiente, es el consumo de alcohol considerado en el personal de salud en hombres cuando es de cinco a nueve bebidas estándar y en mujeres de tres a cinco bebidas estándar, algunas consecuencias son deseo intenso de consumo, dificultad para controlar el consumo. Se valorará mediante las preguntas cuatro, cinco y seis del AUDIT.

Consumo perjudicial, es el consumo de alcohol considerado en el personal de salud en hombres cuando es más de diez bebidas estándar y en mujeres de más de seis bebidas estándar, algunas consecuencias son sentimientos de culpa después del consumo, lagunas de memoria, lesiones por consumo. Se valorará mediante las preguntas siete, ocho, nueve y diez del AUDIT.

JUSTIFICACIÓN

Algunos factores relacionados a la ingesta de alcohol en esta población son aspectos individuales que se generan a partir de altos niveles de exposición laboral, sobrecargas de tarea, entre otros factores, propiciando que se presenten en mayor proporción problemas de salud mental favoreciendo el consumo de alcohol como un medio de afrontamiento ante la situación (García-Álvarez et al., 2020; Giorgi et al., 2021). Aunado a esto, el apoyo que el personal de salud puede recibir por parte de familiares y amigos, el desempeño que tiene en la organización del trabajo, las políticas implementadas respecto al consumo y las actitudes hacia el alcohol son elementos que pueden repercutir en la salud. En este sentido, el personal de salud presenta consecuencias psicológicas negativa como ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, entre otras consecuencias que pueden generar un abuso o dependencia del alcohol (Zarzour et al., 2021).

Referente a la ansiedad, la literatura ha reportado que el personal de salud manifiesta distintos tipos que van desde ansiedad leve hasta ansiedad grave (Chotalia, 2022; Torrecilla et al., 2021) influyendo positivamente a la manifestación de mayores probabilidades de tener o aumentar el consumo de alcohol (Zarzour et al., 2021). Otro padecimiento que genera impacto e influye en la ingesta de la sustancia son los síntomas depresivos, estos suelen manifestarse a través de un estado de ánimo alterado como la irritabilidad, junto con una serie de síntomas cognitivos y físicos entre las que se encuentra la dificultad para concentrarse y falta de energía (Vázquez-Puente et al., 2023).

Se ha evidenciado que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y aquellas con síntomas de ansiedad suelen tener mayor consumo de alcohol (McHugh y Weiss, 2019). En Reino Unido se identificó que el 80.2% del personal de salud tuvo al menos un problema de salud, mientras que el 71.6% tenía ansiedad y síntomas depresivos (Chotalia et al., 2022).

La literatura refiere una variable más que tiene influencia con el consumo de alcohol en dicha población, esta es denominada síndrome de burnout y puede ser evidenciado a consecuencia del estrés laboral prolongado, que con el paso del tiempo se convierte en burnout. Este síndrome abarca aspectos relacionados con el agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Domínguez-Espinoza et al., 2023). En sentido, se ha identificado

que el personal de salud presenta síntomas de burnout con influencia positiva hacia el consumo de alcohol (Alexandrova-Karamanova et al., 2016; Fischer et al., 2016).

Ante esta situación el personal de salud puede realizar prácticas saludables para prevenir el consumo de alcohol a través de una nutrición adecuada, ejercicio, entre otros aspectos. Sin embargo, existen cuestiones comportamentales que generan mayor aceptabilidad social al consumo que contribuyen a presentar actitudes positivas hacia la ingesta de la sustancia (Jones-Webb y Karriker-Jaffe, 2013; Reeve et al., 2013). Se ha documentado que el personal de salud presenta actitudes hacia el consumo de alcohol a consecuencia del ambiente de trabajo, falta de diálogo laboral, exceso de trabajo, situaciones donde hay saturación de camas en hospitales y algunos escenarios donde el paciente requiere un cuidado de mayor complejidad (Alonso-Castillo et al., 2018).

Por lo tanto, realizar servicios de labores en un entorno donde no se tenga descansos adecuados, trabajar horas extras, tener mayor percepción de estrés, escasez en los recursos disponibles, entre otros factores, puede afectar negativamente la salud personal de salud, siendo propensos a presentar conductas de riesgo hacia el consumo de alcohol dos veces más que la población general, refiriendo en mayor proporción una asociación del consumo con factores intrapersonales (agotamiento emocional, angustia y despersonalización), generando mayor probabilidad de presentar errores médicos (Conroy et al., 2021; Cortés-Álvarez y Vuelvas-Olmos, 2020; Madoz-Gúrpide et al., 2023; Morawa et al., 2021; Searby et al., 2022; Silczuk, 2020).

El consumo de alcohol se encuentra relacionado con la presencia de enfermedades como neoplasias, infecciones de transmisión sexual incluyendo la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales (OPS, 2015). Esta sustancia está posicionada en el segundo lugar dentro de los factores de riesgo de muerte en hombres y quinto en mujeres, generando el equivalente a un deceso cada cien segundos en el año 2016 de acuerdo con datos proporcionados por la OMS, las causas que se atribuyen en mayor proporción son problemas sociales (OPS, 2020; CICAD, 2019).

Diversos estudios han centrado el interés en identificar asociación entre factores aislados sin incluir al consumo de alcohol; o bien, investigaciones que impliquen aspectos individuales con la ingesta de alcohol en el personal de salud (Cortés-Álvarez et al., 2020; DeFord et al., 2019; Lai et al., 2020; Moreira y Duval, 2021). Sin embargo, son escasas las investigaciones identificadas que indiquen una asociación conjunta entre los factores y el consumo de alcohol

específicamente en esta población (Toney-Butler y Siela, 2022; Uchendu et al., 2020). Por lo anterior, el interés del presente estudio se enfoca en realizar un abordaje holístico hacia la conducta del consumo de alcohol en personal de salud mediante la interacción de cinco niveles sociales en los cuales se desenvuelve el individuo y puede generar daño en la salud a través de aspectos intrapersonales, interpersonales, organizacionales, percepción de políticas públicas y cultura (Huang et al., 2020; Simons-Morton et al., 2012).

En este sentido, los problemas de salud mental pueden ocasionar un impacto en las esferas familiares y sociopolíticas del personal sanitario o viceversa, produciendo disminución en la productividad, logro de metas personales y familiares, así como en el desempeño adecuado de los roles sociales, educativos y laborales. Por tal motivo, el personal de salud puede reportar padecimientos de problemas de salud mental relacionado con la ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout y trastornos de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas (Londoño y Álvarez, 2017).

Las situaciones derivadas de estas circunstancias pueden desencadenar una prestación inadecuada de servicios, lo que resulta en una atención ineficiente, accidentes, lesiones, alta rotación de personal y un aumento en los costos de atención médica, siendo necesario una evaluación holística del personal de salud para tener un apoyo y evitar estos factores (Frone, 1999; Okechukwu et al., 2020). Debido a lo anterior, aunado a las condiciones laborales desfavorables, puede generar conductas favorables hacia el consumo con la finalidad de adquirir un estado de relajación como una forma de sobrellevar el exceso de carga laboral y la limitada remuneración económica (Lara et al., 2012).

Aunado a lo anterior, se ha documentado que el personal de salud consume alcohol debido a una interacción que se genera entre la sustancia (alcohol), el aspecto individual que caracteriza a la persona (género, características biológicas, historial personal) y factores ambientales, ocasionando se catalogue internacionalmente como un asunto para intervenir de forma inmediata (Duffy, 2015). Esto da las pautas para que se apliquen teorías de rango medio a través de modelos explicativos que incluyan al consumo de alcohol, con la finalidad última de identificar relaciones entre los conceptos y sus distintos niveles de influencia social.

En este sentido, la ecología social se encarga de estudiar el efecto en los distintos niveles sociales, el comportamiento y la salud. Por lo cual, el comportamiento que tiene el personal de salud es influenciado por aspectos individuales, interrelaciones con otras personas, afiliación

hacia organizaciones, percepciones políticas y aspectos culturales (Simons-Morton et al., 2012). Es por esto que existen modelos ecológicos que tratan de identificar una relación entre los individuos y los distintos entornos ambientales en los cuales forman parte a través de sistemas interactivos y dinámicos (Guzmán-Ramírez et al., 2020).

Los modelos ecológicos consideran al comportamiento de una persona como la parte del individuo que se encuentra afectada y genera repercusiones en el entorno social, por lo que diversos modelos dividen el entorno social en niveles para centralizar la problemática en cada aspecto e identificar las influencias sociales con la finalidad de desarrollar estrategias apropiadas hacia cierto fenómeno. Por lo tanto, los modelos ecológicos son sistemas que analizan el comportamiento de una persona como el interés final (McLeroy et al., 1988).

Los modelos ecológicos ayudan en la explicación del comportamiento del consumo de alcohol, sin embargo, algunos modelos están enfocados en el individuo y el proceso de cambio, sin tener en cuenta factores que pudieran influir en el comportamiento (factores interpersonales, entorno social y cultura), en el sentido que las influencias de la ingesta de bebidas alcohólicas pueden provenir de diferentes contextos. En este sentido, el Modelo Socio Ecológico (MSE) de McLeroy et al. (1988) se considera apropiado para obtener mayor comprensión de este comportamiento (Alghzawi y Ghanem, 2021), por tal motivo, se utilizará en el presente estudio.

Por lo anteriormente expuesto, el propósito del presente estudio fue determinar la capacidad explicativa del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la capacidad explicativa de una Teoría de Rango Medio a través de la perspectiva teórica del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Calcular la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por edad y sexo.
2. Identificar los tipos de consumo de alcohol (riesgo, dependiente y perjudicial) por edad y sexo.
3. Describir la ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo por edad y sexo.
4. Identificar la relación de la escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout con el consumo de alcohol.
5. Describir la relación del apoyo social con el consumo de alcohol.
6. Estimar la relación del clima organizacional con el consumo de alcohol.
7. Estimar la relación de la percepción de políticas públicas con el consumo de alcohol.
8. Identificar la relación de las actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol.

HIPÓTESIS

H_A1: La edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout influyen en el consumo de alcohol y las cuatro prevalencias.

H_A2: El apoyo social afecta el consumo de alcohol.

H_A3: El clima organizacional predice el consumo de alcohol.

H_A4: La percepción de políticas públicas afecta el consumo de alcohol.

H_A5: Las actitudes hacia el consumo influyen en el consumo de alcohol.

H_A6: La edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo influyen en el consumo de alcohol de acuerdo con las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, último año, último mes y últimos siete días.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el presente apartado se describe el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, descripción de los instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y análisis estadístico para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas en el estudio.

Diseño del estudio

El presente estudio tuvo un diseño descriptivo, correlacional, predictivo. Se considera descriptivo ya que se describió las variables de los niveles intrapersonal (edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout), interpersonal (apoyo social), organizacional (clima organizacional), políticas públicas (percepción de políticas públicas) y cultura (actitudes hacia el consumo). Se considera correlacional porque se estableció la relación que existe entre las variables del estudio y predictivo, ya que se predice las relaciones causales entre variables independientes e dependientes del modelo socio ecológico del consumo de alcohol en personal de salud (Grove et al., 2016).

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 865 participantes de ambos sexos, personal de salud (enfermería y medicina) trabajadores de dos instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención de la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Se utilizó el muestreo de tipo sistemático de uno en tres, con inicio aleatorio, considerando un periodo de recolección de datos de dos meses.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se estimó a través del paquete estadístico nQuery Advisor versión 4.0 (Elashoff, 2007), considerando como principal parámetro a estimar un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para 11 variables, un nivel de confianza de 95%, con un límite de error de estimación de .05, una potencia de 90%, con un tamaño de efecto de diseño de .09 de acuerdo con Cohen (1988), se consideró una tasa de no respuesta del 20%. La muestra estuvo conformada por 420 participantes con asignación proporcional al tamaño de la muestra, de dos instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención.

Criterios de inclusión

Para este estudio se estableció como criterios de inclusión ser personal de salud de medicina y enfermería y tener edad igual o mayor a 18 años.

Criterios de exclusión

Se determinó necesaria la exclusión de participantes que sean estudiantes y que fueran trabajadores por contrato eventual.

Instrumentos de medición

En el presente apartado se realiza una descripción de los instrumentos de medición que fueron utilizados en la recolección de datos para el estudio, los cuales son auto aplicados de manera presencial con lápiz y papel. Se aplicó a los participantes una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y nueve instrumentos de medición.

La Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (Anexo 1), está conformada por 11 preguntas que se divide en dos apartados. El primer apartado, indaga datos sociodemográficos, incluye cinco preguntas referentes a la edad, sexo, profesión, escolaridad y categoría laboral. El segundo apartado contiene seis preguntas respecto a prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días con respuesta dicotómica de sí y no, en este apartado se incluye la edad de inicio de consumo de alcohol, así como el número de bebidas consumidos en un día típico.

El primer instrumento fue la Escala de Ansiedad Generalizada [GAD-7] (Anexo 2), es un instrumento elaborado por Spitzer et al. (2006) en el idioma inglés en 15 clínicas de atención primaria, este cuestionario consta de siete reactivos utilizados en la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada con base a los criterios del DSM-5, el cual se ha utilizado en personal de salud. La valoración se realiza con una escala tipo Likert de 4 puntos; (0) nada, (1) varios días, (2) más de la mitad de los días, (3) casi todos los días con puntuaciones que van de cero a tres, realizando una sumatoria al finalizar las siete preguntas.

La puntuación mínima del instrumento es de cero y la máxima de 21. Una puntuación en el rango de cero a cuatro indica “nada”, es decir que no presenta síntomas de ansiedad, una puntuación entre cinco y nueve indica “varios días” a partir de esta puntuación indica la presencia de síntomas de ansiedad, una puntuación entre 10 a 14 indica “más de la mitad de los días” y una puntuación entre 15 a 21 indica “casi todos los días”. Mientras que una puntuación ≥ 10 indica un trastorno de ansiedad generalizada.

La Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) ha reportado valores aceptables de sensibilidad (.92) y especificidad (.83). Así mismo, ha sido validada y aplicada por Camargo y

colaboradores en población colombiana en el año 2021 a través de una muestra de 1030 médicos obteniendo un Alpha de Cronbach de $\alpha=.92$ (Camargo et al., 2021; Spitzer et al., 2006).

El segundo instrumento de aplicación fue el Cuestionario de Salud del Paciente [PHQ-9] (Anexo 3), el cual fue elaborado por Spitzer et al. (1999) en el idioma inglés en clínicas de atención primaria en población mayores de 18 años. La medición del instrumento se enfoca en la presencia y severidad de síntomas depresivos, contiene nueve reactivos que están distribuidos en forma de una escala de tipo adjetival que evalúa la presencia del síntoma en las dos últimas semanas a través de los cuales el participante indica si el síntoma les ha molestado “ningún día”, “varios días”, “más de la mitad de los días” o “casi todos los días”, cada reactivo obtiene una puntuación entre cero y tres, con una puntuación mínima de cero y máxima de 27.

Se indica una depresión mínima cuando se obtiene una puntuación entre cinco a nueve, se indica una depresión moderada con una puntuación entre 10 a 14, una depresión moderadamente grave cuando la puntuación es de 15 a 19 y una depresión severa cuando la puntuación es entre 20 a 27. La ideación suicida se evalúa a través del noveno reactivo, los participantes que responden “ningún día”, se consideran negativos para la ideación suicida, mientras que los que contestan “varios días”, “más de la mitad de los días” o “casi todos los días” se consideran positivos a la ideación suicida.

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) se aplicó en ocho centros de atención primaria en 3000 participantes donde se reportó valores aceptables de sensibilidad ($\alpha=.73$) y especificidad ($\alpha=.94$). Así mismo, esta escala ha sido aplicada por Talih y colaboradores en población libanesa en el año 2015 en una muestra de 311 participantes reportando una sensibilidad del 93% y especificidad del 88%. Respecto a población latina, Cehua y colaboradores en el año 2022 realizaron la validación en médicos de Perú reportando un Alpha de Cronbach de $\alpha=.88$; así mismo Cassiani-Miranda y colaboradores en el año 2017 en Colombia obtuvieron Alpha de Cronbach de $\alpha=.83$; mientras que, Baader y colaboradores validaron el cuestionario en el año 2012 en población chilena reportando un Alpha de Cronbach aceptable de $\alpha=.85$ (Baader et al., 2012; Cehua et al., 2022; Cassiani-Miranda et al., 2017; Spitzer et al., 1999).

El tercer instrumento fue el Inventario de Burnout de Maslach [MBI] (Anexo 4), elaborado por Maslach y Jackson (1981), este instrumento consta de 22 reactivos en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo con la finalidad de

medir la frecuencia y la intensidad del desgaste. Estos ítems se distribuyen en tres factores o subescalas: agotamiento emocional (nueve ítems), despersonalización (cinco ítems) y realización personal en el trabajo (ocho ítems). Los reactivos se responden en términos de la frecuencia con la que el encuestado experimenta sentimientos, por ejemplo, me siento agotado por mi trabajo, realmente no me importa lo que les pase a algunos destinatarios. En una escala de siete puntos que se comprenden por; nunca (0), pocas veces al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), pocas veces al mes (3), una vez a la semana (4), pocas veces a la semana (5), todos los días (6).

La subescala de agotamiento emocional valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, consta de nueve reactivos (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) con puntuación mínima de cero y máxima de 54. La subescala de despersonalización valora el grado en que la persona reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, consta de cinco reactivos (5, 10, 11, 15, 22) con puntuación mínima de cero y máxima de 30. Mientras que la subescala de realización personal evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, se compone de ocho reactivos (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) con puntuación mínima de cero y máxima de 48.

Este instrumento ha sido validado en población mexicana por Moreno-Jiménez en el año 2006, reportando Alpha de Cronbach aceptables para las tres subescalas; cansancio emocional [$\alpha=.87$], realización personal [$\alpha=.81$], despersonalización [$\alpha=.78$]. Así mismo, Cruz et al. aplicaron este instrumento en personal de la salud mexicanos en el año 2011, reportando Alpha de Cronbach por subescala; cansancio emocional ($\alpha=.86$), realización personal ($\alpha=.53$), despersonalización ($\alpha=.81$) (Cruz et al., 2011; Moreno-Jiménez et al., 2006).

El cuarto instrumento fue la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS) (Anexo 5), el cual fue elaborado por Zimet et al. (1988) y fue adaptada al idioma español por Landeta y Calvete en el año 2002, este instrumento mide la evaluación subjetiva o percibida de los apoyos sociales considerando tres fuentes particulares: la familia, los amigos y otras personas significativas. Consta de 12 reactivos agrupados en tres subescalas con respuesta tipo Likert entre uno y siete puntos que va de “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. La subescala de apoyo social de familia consta de cuatro reactivos (3, 4, 8, 11), la subescala de apoyo social de amigos consta de cuatro reactivos (6, 7, 9, 12), mientras que la subescala de otros significativos consta de cuatro reactivos (1, 2, 5, 10).

El puntaje total corresponde a la sumatoria de los puntajes de cada ítem respondido, por lo que se obtendrá un puntaje mínimo de 12 y máximo de 84 puntos, por cuanto a mayor puntaje corresponde un mayor apoyo social percibido y viceversa, para el análisis estadístico se obtendrán índices en una escala de 0 a 100.

La Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS) en su primera publicación reportó consistencia interna mediante Alpha de Cronbach arrojando puntuación de $\alpha=.91$ en la escala total y por subescala los valores fueron $\alpha=.90$ (apoyo social de familia), $\alpha=.94$ (apoyo social de amigos) y $\alpha=.95$ (apoyo social de otros significativos) siendo aceptable. Distintos autores han reportaron propiedades psicométricas de la escala en población latina, Mosqueda y colaboradores en el año 2015 validaron la escala en población chilena reportando Alpha de Cronbach por subescala; familia ($\alpha=.85$), amigos ($\alpha=.88$), otros significativos ($\alpha=.78$) y total ($\alpha=.88$) (Mosqueda et al., 2015; Zimet et al., 1988).

El quinto instrumento fue la Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO) (Anexo 6), este es un instrumento elaborado por Gómez y Vicario (2010) en el idioma español en una muestra de trabajadores del sector empresarial, evalúa la percepción que tienen los trabajadores de una organización. El participante valora ocho factores distribuidos en tres niveles, consta de 29 reactivos distribuidos en los factores ([1] satisfacción de trabajadores, [2] autonomía en el trabajo, [3] relaciones sociales entre los miembros de la organización, [4] unión y apoyo entre los compañeros de trabajo, [5] consideración de directivos, [6] beneficios y recompensas, [7] motivación y esfuerzo, [8] liderazgo de directivos.

La valoración se realiza con una escala tipo Likert de cinco puntos (1 nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 casi siempre y 5 siempre), con una puntuación mínima de 29 y máxima de 145 puntos, donde a mayor puntaje, existe mejor clima organizacional, para el análisis estadístico se obtendrán índices en una escala de cero a 100.

Este instrumento cuenta con cuatro reactivos expresados de manera negativa (4, 18, 19, 29) los cuales tendrán que invertirse para el proceso estadístico. El nivel sistema individual está conformado por siete reactivos para los factores satisfacción de trabajadores y autonomía en el trabajo. El factor satisfacción de trabajadores tiene cuatro reactivos (1, 2, 3, 4) con una puntuación mínima de cuatro y máxima de 20, el factor autonomía en el trabajo consta de tres reactivos (5, 6, 7) con una puntuación mínima de tres y máxima de 15.

El nivel sistema interpersonal está conformado por siete reactivos para los factores relaciones sociales entre los miembros de la organización y unión y apoyo entre los compañeros de trabajo. El factor relaciones sociales entre los miembros de la organización tiene tres reactivos (8, 9, 10) con una puntuación mínima de tres y máxima de 15, el factor unión y apoyo entre los compañeros de trabajo consta de cuatro reactivos (11, 12, 13, 14) con puntuación mínima de cuatro y máxima de 20.

El nivel sistema organizacional está conformado por 15 reactivos para los factores consideración de directivos, beneficios y recompensas, motivación y esfuerzo y liderazgo de directivos. El factor consideración de directivos contiene cinco reactivos (15, 16, 17, 18, 19) con puntuación mínima de cinco y máxima de 25, el factor beneficios y recompensas consta de cuatro reactivos (20, 21, 22, 23) con puntuación mínima de cuatro y máxima de 20, el factor motivación y esfuerzo tiene tres reactivos (24, 25, 26) con puntuación mínima de tres y máxima de 15, el factor liderazgo de directivos consta de tres reactivos (27, 28, 29) con puntuación mínima de tres y máxima de 15.

La Escala Multidimensional de Clima Organizacional fue aplicada por Patlán y Flores en el año 2013 con una muestra de 673 trabajadores de la salud, pertenecientes a un instituto de salud de México reportando un Coeficiente Alpha de Cronbach aceptable para cada uno de los factores: $F1=.78$, $F2=.78$, $F3=.72$, $F4=.77$, $F5=.84$, $F6=.73$, $F7=.77$, $F8=.73$. Así mismo, reporta un Alpha total de $\alpha=.92$ (Gómez y Vicario, 2010; Patlán y Flores, 2013).

El sexto instrumento fue el Instrumento de Apoyo a las Políticas para Reducir los Problemas Asociados (APRPAA) (Anexo 7), es un instrumento elaborado por el Instituto Australiano de Salud y Bienestar (AIHW) (2010) y traducido por González et al. (2023). Consta de 21 reactivos agrupados en cuatro dimensiones; (1) precio (1,2,3,4,5,6), (2) mercadeo e información (7,8,15,17,18,19,20,21), (3) reducción de daños (11,12,13,14,16) y (4) beber mientras se maneja o conduce (9,10), con la finalidad de obtener la percepción de utilidad de las políticas en la disminución del consumo y problemas asociados al consumo de alcohol.

Su medición es a través de una escala tipo Likert de cinco puntos; 1) “Totalmente en desacuerdo”, 2) “Desacuerdo”, 3) “Ni de acuerdo ni desacuerdo”, 4) “De acuerdo”, 5) “Totalmente de acuerdo”. La escala cuenta con una puntuación mínima de 16 y máxima de 80, donde a mayor puntuación, mayor es el apoyo a las políticas públicas. Para su análisis se obtendrán índices en una escala de cero a 100. El instrumento ha sido utilizado parcialmente por

Weerasinghe et al. en el año 2020 en Canadá, reportando un Alpha de Cronbach de $\alpha=.85$ en la dimensión disponibilidad, $\alpha=.77$ en la dimensión precio y $\alpha=.81$ en la dimensión marketing.

El séptimo instrumento fue la Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol [EACA] (Anexo 8), es un instrumento elaborado por García-Rodríguez y López (2001) en idioma español en población adolescente, el cual está conformado por 13 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones (1= De acuerdo totalmente, 2= De acuerdo, 3= Ni de acuerdo ni desacuerdo, 4= Desacuerdo, 5= Desacuerdo totalmente). El instrumento se compone de tres dimensiones; índice de desagrado por el alcohol (1,2,3,4) actitud de predisposición para el uso y consumo de alcohol (5,6,7,10,11,13), predisposición para la acción contra el consumo de alcohol (8,9,12).

Los reactivos de la dimensión índice de desagrado por el alcohol requieren ser invertidos, por lo tanto, la escala cuenta con una puntuación mínima de 13 y máxima de 65. Para el tratamiento estadístico se calcularán índices con valor de cero a 100, lo que indica que, a mayor puntuación, mayor serán las actitudes hacia el consumo de alcohol. Este instrumento ha sido validado en población adolescente y reportado consistencia interna de Alpha de Cronbach aceptable en las tres dimensiones; (1) índice de desagrado por el alcohol ($\alpha=.91$), (2) actitud de predisposición para el uso y consumo de alcohol ($\alpha=.82$) y (3) predisposición para la acción contra el consumo de alcohol ($\alpha=.60$) (García del Castillo et al., 2012).

El último fue Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT) (Anexo 9), es un instrumento de tamizaje internacional elaborado por Babor et al. (2001), donde los reactivos que lo conforman examinan el tipo de consumo de alcohol (de riesgo, dependiente y perjudicial). El cuestionario consta de 10 ítems con opción múltiple, los cuales corresponden a tres dominios con opción de respuesta tipo Likert con puntuación de cero a cuatro.

El primer dominio corresponde al consumo de riesgo de alcohol el cual es medido con los reactivos del uno al tres, estos determinan la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol. Cada reactivo se valora con cinco opciones de respuesta, el reactivo uno mide la frecuencia de bebidas alcohólicas, los valores posibles son; cero corresponde a nunca; uno, una vez al mes o menos; dos, dos o cuatro veces al mes; tres, dos o tres veces por semana; cuatro, cuatro o más veces por semana.

La pregunta dos indaga el número de copas consumidas en un día típico, con respuesta de; cero que corresponde de una a dos copas; uno, corresponde de tres a cuatro copas; dos, de cinco a seis copas; tres, de siete a nueve copas; cuatro, de 10 o más copas. El reactivo tres valora la frecuencia de ingesta de seis o más copas, con respuesta de cero corresponde a nunca; uno, a menos de una vez al mes; dos, mensualmente; tres, semanalmente; cuatro, consumo casi a diario o diario.

Los reactivos del cuatro al seis valoran el dominio de dependencia del consumo de alcohol, indaga síntomas como, el deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo y consumo matutino. Las opciones de respuesta para estos tres reactivos son; cero que corresponde a nunca; uno, menos de una vez al mes; dos, mensualmente; tres, semanalmente; cuatro, a diario o casi diario. El último dominio, consumo perjudicial de alcohol está conformado por los reactivos del siete al 10 y estos determinan las consecuencias de salud física y mental, así como sentirse culpable por el consumo de alcohol, la presencia de lagunas mentales y sufrir lesiones relacionadas por el consumo de alcohol y que además otras personas cercanas le hayan mostrado preocupación por el consumo.

El patrón de respuesta para las preguntas siete y ocho son; cero, nunca; uno, menos de una vez al mes; dos, mensualmente; tres, semanalmente; cuatro, a diario o casi diario. El patrón de respuesta para las dos últimas preguntas es; cero que significa nunca; dos, si pero no en el curso del último año; cuatro, corresponde a si en el último año.

La sumatoria del puntaje la escala oscila de cero a 40 puntos, permitiendo establecer puntos de corte para cada patrón de consumo, estableciéndose que, a mayor puntuación, mayor es el consumo de alcohol en el participante. Una puntuación igual o mayor a uno en la pregunta dos o tres, indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de cero en las preguntas cuatro a seis, implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas siete a 10, indica que el participante ya manifiesta daños relacionados con el consumo de alcohol. Además, se obtendrán índices de cero a 100 que indicarán que, a mayor índice, más alto será el consumo de alcohol de riesgo, dependiente y perjudicial.

Diferentes autores han utilizado este instrumento en población mexicana obteniendo consistencia interna aceptable con un Alpha de Cronbach que oscila entre $\alpha=.83$ y $\alpha=.87$ (Gámez

et al., 2017; Rodríguez et al., 2016; Vázquez et al., 2016). Así mismo, los autores del instrumento reportaron un Alpha de Cronbach de $\alpha=.90$ lo que indica consistencia interna aceptable.

Procedimiento de recolección de datos

Para la realización de este estudio se solicitó la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se usó medios electrónicos para enviar el proyecto y recibir el dictamen de ambos comités. Posteriormente a la autorización de ambos comités, se procedió a solicitar autorización por vía electrónica a las autoridades de las dos instituciones hospitalarias mediante comunicados oficiales para realizar el estudio. Después de obtener la autorización correspondiente, se solicitó a las autoridades competentes las listas del personal de salud (medicina y enfermería) por área o departamento y turno de trabajo para realizar el muestreo de tipo sistemático con inicio aleatorio de uno en tres hasta alcanzar el tamaño de la muestra, se gestionó los horarios en los diferentes departamentos y turnos para poder realizar la invitación a los participantes del estudio y aclarar sus dudas.

Se realizó una capacitación presencial al personal que estuvo apoyando en la recolección de datos del estudio, se formaron dos grupos de apoyo para realizar la recolección en las dos instituciones hospitalarias, los miembros de cada grupo fueron asignados en las áreas o departamentos institucionales.

Una vez realizado esto, se acudió con el jefe de enseñanza para solicitar los listados de los trabajadores, para la aleatorización del personal de medicina y enfermería se realizó la asignación proporcional de los participantes considerando los diferentes departamentos y turnos. Posteriormente se utilizó una tabla de números aleatorios a través de la cual se hizo la selección del primer participante, se contó dos nombres de trabajadores y el tercer trabajador fue seleccionado como el segundo participante, esto se realizó por departamento y turno hasta completar el tamaño de muestra del personal de medicina y enfermería de ambas instituciones hospitalarias.

Antes de iniciar la recolección se procedió a identificarse con el personal de salud y se le realizó las preguntas referentes a si son trabajadores de la institución y la edad de tal manera que se asegurara que cumple con los criterios para formar parte del estudio, a su vez se le invitó a participar en el estudio abordándolo en el departamento y turno laboral. Previamente se solicitó consentimiento al jefe inmediato, a quien se le pidió el apoyo para entrevistar a algunos

trabajadores del departamento en el horario que fuera más pertinente y que no interfiera con las actividades laborales.

Se procedió a realizar la recolección de datos, se identificó al personal de medicina y enfermería, se les realizó la invitación para participar en el estudio, si el trabajador aceptaba participar se le solicitó una cita para acudir con él, en el horario que consideró pertinente y conveniente para realizar la aplicación del Consentimiento Informado (Anexo 10) el cual debió ser leído y firmado para poder formar parte del estudio, una vez aceptada la participación se entregó una copia del consentimiento firmado al participante y se aplicaron los instrumentos de medición del estudio.

Antes de iniciar con la aplicación de los instrumentos, se ratificó la información del propósito u objetivos del estudio y se les informó que los datos proporcionados serían confidenciales y anónimos, por lo que no se requirió sus nombres; así mismo, se les notificó que, a pesar de haber firmado el Consentimiento Informado tendrían el derecho de no participar en el estudio si ellos así lo decidieran, sin tener repercusiones en la institución hospitalaria.

Para contestar la batería de instrumento se les entregó un sobre sellado, el cual contenía los cuestionarios a llenar, primeramente, se aplicó la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (Anexo 1), posteriormente la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Anexo 2), seguida del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) (Anexo 3), el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Anexo 4), la Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS) (Anexo 5), la Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO) (Anexo 6), el Instrumento de Apoyo a las Políticas para Reducir los Problemas Asociados (APRPAA) (Anexo 7), la Escala de Actitud hacia el Consumo de Alcohol (EACA) (Anexo 8) y finalmente el Cuestionario de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT) (Anexo 9).

Estos instrumentos fueron respondidos a lápiz y papel. El tiempo aproximado para contestar los instrumentos fue de 50 minutos. Se cuidó que solo el personal de salud seleccionado fuera quien participara en el llenado del instrumento de manera individual y privada para garantizar que sea el participante quien respondiera los instrumentos.

El investigador estuvo al pendiente por si surgía dudas en el transcurso del llenado de los instrumentos. Así mismo, se enfatizó que, si alguna pregunta les provoca incomodidad, podrían suspender por un lapso y posterior seguir contestándolo si así lo decidieran, de lo contrario tuvieron la libertad de abandonar el estudio en el momento que ellos lo decidieran, sin embargo,

no sucedió en el presente estudio. Al finalizar el llenado se les indicó que guardaran los instrumentos en el sobre, el cual fue depositado en una recipiente forrado que se ubicó de manera estratégica, una vez realizado esto, se agradeció la colaboración a todos los participantes; además se informó que estos datos estarían resguardados en un lugar seguro, posterior a ello el investigador los destruiría, de igual manera, se agradeció a las autoridades de la institución hospitalaria por las atenciones brindadas y su colaboración para el presente estudio.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), en su última reforma publicada (DOF 02-04-2014).

En apego al título Segundo; de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, se cuidó el anonimato del participante, así como el derecho a participar o no en el estudio; considerado esto, en todo momento sin ninguna repercusión como lo estipula el Capítulo I, Artículo 13; que hace mención que en toda investigación en la que sea participe el ser humano, deberá prevalecer el criterio de respeto y dignidad, así como la protección de sus derechos y bienestar, por lo que en el presente estudio se trató con respeto y consideración a los participantes, además se ofreció a los participantes un trato atento, profesional y con respeto a su persona en todo el proceso de la recolección de datos.

Conforme al Artículo 14, Fracciones V, VI VII, VIII y IX el estudio contó con el consentimiento informado por escrito el cual fue realizado por un profesional de salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano como se establece en el Artículo 14. El estudio contó con la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como la autorización de los directivos de las dos unidades hospitalarias en las que se llevó a cabo el estudio, además de contar con la autorización del participante.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 16, se garantizó el anonimato de la información del participante, aclarando que su nombre no aparecería en ninguno de los cuestionarios, además se le aclaró que los datos proporcionados solo serán reportados de forma general.

En conformidad al Artículo 17, el estudio se consideró de riesgo mínimo ya que no se incluyó ninguna intervención ni se modificó de manera intencionada ninguna variable tanto fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes, sin embargo, algunas de las preguntas podían causar incomodidad.

Conforme al Artículo 20 para la aplicación de los cuestionarios se solicitó a través del consentimiento informado (Anexo 10) la autorización por escrito y en apego al Artículo 21 Fracciones I, III, IV, VI, VII y VIII, se les informó sobre el objetivo del estudio, los riesgos y beneficios del mismo. Así como la garantía de recibir respuesta por el investigador a cualquier

pregunta o aclaración de dudas sobre lo relacionado con los procedimientos en el estudio. Tuvieron la libertad de retirar su consentimiento informado en cualquier momento del estudio sin ningún problema que los afecte. Se garantizó la seguridad de que no se identificó al participante y se mantuvo en todo momento la confidencialidad y privacidad de la información recabada a partir de los cuestionarios.

Así mismo, el estudio se apegó al Artículo 22, Fracciones I, II y V en el sentido de que el consentimiento informado fue elaborado por el autor principal del estudio, revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación, además se realizó la entrega del consentimiento informado (Anexo 10) por escrito, en donde se señaló los objetivos, justificación, procedimiento de la investigación, riesgos, beneficios, la libre elección de participar y la opción de retirar su consentimiento en cualquier momento que lo decidiera, lo cual no sucedió. Finalmente, de acuerdo al Artículo 57, el personal de salud se consideró un grupo subordinado, por lo cual tuvo la libre elección de aceptar o negar su participación sin repercusiones en su situación laboral y que los resultados de la investigación no serían utilizados en perjuicio de los participantes apegándose a lo descrito por el Artículo 58 Fracción I y II.

Análisis de datos

Los datos fueron capturados y analizados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows ®. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach. Se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad, además de la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas en el estudio. De igual manera, se calculó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la distribución de las variables numéricas y continuas, haciendo uso de la estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al primer objetivo que fue “calcular la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por edad y sexo”, se obtuvo frecuencias, proporciones, estimación puntual y por intervalo de confianza del 95%, así como el uso de la Prueba de Chi Cuadrada de Pearson.

Respecto al segundo objetivo que refiere “Identificar los tipos de consumo de alcohol (riesgo, dependiente y perjudicial) por edad y sexo”, se obtuvo frecuencias, proporciones,

estimación puntual y por intervalo de confianza del 95%, de igual manera se empleó la prueba estadística de Chi Cuadrada de Pearson.

Referente al tercer objetivo que señala “Describir la ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo por edad y sexo” se utilizó medidas de tendencia central y las pruebas *U* de Mann-Whitney y *H* de Kruskal-Wallis de acuerdo con la normalidad obtenida en las variables de estudio.

Para los objetivos del cuarto al octavo objetivo que señalan “Identificar la relación de la escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol” se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman (enfoque no paramétrico).

Para dar respuesta a las hipótesis de la uno a la cinco que plantean que “la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo influyen en el consumo de alcohol” se utilizó Modelos de Regresión Lineal Múltiple, mientras que para la hipótesis seis que planteó “la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo influyen en el consumo de alcohol de acuerdo a las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, último año, último mes y últimos siete días” se realizaron Modelos de Regresión Logística.

Finalmente, para dar respuesta al objetivo general del presente estudio que fue “determinar la capacidad explicativa a través de la perspectiva teórica del Modelo socio ecológico de consumo de alcohol en personal de salud”, se realizaron Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos del presente estudio mediante el análisis de los datos, iniciando la consistencia interna de los instrumentos utilizados, seguida de la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas, características del consumo de alcohol, prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Consistencia interna de instrumentos

Tabla 1

<i>Consistencia interna de instrumentos</i>			
Instrumento/Subescalas	Reactivos	Total reactivos	α
Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	1 - 7	7	.89
Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)	1 - 9	9	.89
Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	1 - 22	22	.77
Agotamiento emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	9	.88
Despersonalización	5,10,11,15,22	5	.58
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	8	.80
Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS)	1 - 12	12	.92
Apoyo social de familia	3,4,8,11	4	.79
Apoyo social de amigos	6,7,9,12	4	.83
Apoyo social de otros significativos	1,2,5,10	4	.78
Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO)	1 - 29	29	.92
Satisfacción de trabajadores	1,2,3,4	4	.76
Autonomía en el trabajo	5,6,7	3	.83
Relaciones sociales en miembros de la organización	8,9,10	3	.84
Unión y apoyo entre compañeros de trabajo	11,12,13,14	4	.87
Consideración de directivos	15,16,17,18,19	5	.79
Beneficio y recompensas	20,21,22,23	4	.87
Motivación y esfuerzo	24,25,26	3	.86
Liderazgo de directivos	27,28,29	3	.55

Nota. $n = 420$; α = Alpha de Cronbach.

Tabla 1*Consistencia interna de los instrumentos (Continuación...)*

Instrumento/Subescalas	Reactivos	Total reactivos	α
Instrumento para Apoyo a las Políticas Públicas para Reducir los Problemas Asociados (APRPAA)	1 - 21	21	.94
Precio	1,2,3,4,5,6	6	.93
Mercadeo e información	7,8,15,17,18,19,20,21	8	.89
Reducción de daños	11,12,13,14,16	5	.79
Beber mientras se conduce	9,10	2	.80
Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (EACA)	1 - 13	13	.70
Índice de desagrado por el alcohol	1,2,3,4	4	.87
Actitud de predisposición para uso y consumo	5,6,7,10,11,13	6	.81
Predisposición para la acción contra el consumo	8,9,12	3	.52
Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)	1 - 10	10	.85
Consumo de riesgo	1,2,3	3	.84
Consumo dependiente	4,5,6	3	.71
Consumo perjudicial	7,8,9,10	4	.77

Nota. $n = 420$; $\alpha =$ Alpha de Cronbach.

La consistencia interna de los instrumentos se determinó mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach como se observa en la tabla 1, la Escala de Ansiedad Generalizada ($\alpha=.89$), el Cuestionario de Salud del Paciente ($\alpha=.89$), la Escala de Apoyo Social Percibido ($\alpha=.92$), el Instrumento de Apoyo a las Políticas para Reducir los Problemas Asociados ($\alpha=.94$) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol ($\alpha=.85$), mostraron confiabilidad estadísticamente aceptable en la escala total y por subescalas.

Respecto al Inventario de Burnout de Maslach se identificó consistencia interna aceptable en la escala total ($\alpha=.77$) y en las subescalas de agotamiento emocional ($\alpha=.88$) y realización personal ($\alpha=.80$), sin embargo, la dimensión despersonalización ($\alpha=.58$) reportó baja consistencia interna. Así mismo, la Escala Multidimensional de Clima Organizacional reportó consistencia interna aceptable en la escala total ($\alpha=.92$), así como en sus subescalas satisfacción de trabajadores ($\alpha=.76$), autonomía en el trabajo ($\alpha=.83$), relaciones sociales en miembros de la organización ($\alpha=.84$), unión y apoyo entre compañeros de trabajo ($\alpha=.87$), consideración de

directivos ($\alpha=.79$), beneficios y recompensas ($\alpha=.87$) y motivación y esfuerzo ($\alpha=.86$). Sin embargo, en la subescala de liderazgo de directivos ($\alpha=.55$) reportó baja consistencia interna.

La Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol reportó consistencia interna aceptable en su escala total ($\alpha=.70$) y en las subescalas de índice de desagrado por el alcohol, ($\alpha=.87$) y actitud de predisposición para uso y consumo ($\alpha=.81$), sin embargo, reportó baja consistencia interna en la dimensión de predisposición para la acción contra el consumo ($\alpha=.52$).

Estadística descriptiva

Tabla 2

<i>Características sociodemográficas (edad, sexo, profesión, escolaridad, categoría laboral)</i>		
Características <i>n</i> = 420	<i>f</i>	%
Edad		
18-33 años	258	61.4
34-49 años	136	32.4
50-64 años	26	6.2
Sexo		
Femenino	296	70.5
Masculino	124	29.5
Profesión		
Enfermería	391	93.1
Medicina	29	6.9
Escolaridad		
Técnico	83	19.8
General	85	20.2
Licenciatura	203	48.3
Especialidad	36	8.6
Maestría	13	3.1
Doctorado	0	0.0
Categoría laboral		
Auxiliar de enfermería	81	19.3
Enfermero general	150	35.7
Licenciatura en enfermería	128	30.4
Enfermero especialista	37	8.8
Médico general	25	4.8
Médico especialista	4	1.0

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = muestra.

En la tabla 2 se muestra las características sociodemográficas de los participantes, teniendo una edad entre los 18 y 64 años, presentándose en mayor proporción el personal de salud perteneciente al grupo de 18 a 33 años (61.4%). En relación con el sexo, se identificó en mayor proporción el sexo femenino (70.5%). Respecto a la profesión el 93.1% de los participantes pertenecían a la profesión de enfermería. Así mismo, se reportó que el 48.3%

reportó estudios de licenciatura, y de acuerdo con la categoría laboral el 35.7% refiere estudios de enfermería general.

Tabla 3

Reactivos de escala de ansiedad generalizada

¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguiente problemas?

No.	Reactivo
1	Sensación de nerviosismo, de ansiedad, de tener los nervios de punta
2	Incapacidad para eludir o controlar la preocupación
3	Preocupación excesiva por diferentes cosas o situaciones
4	Dificultad para relajarse
5	Intranquilidad de tal grado que no puede quedarse quieto
6	Facilidad para enfadarse o irritabilidad
7	Sentido miedo, como si pudiera suceder algo malo

En la tabla 3 se observan los reactivos de la escala de ansiedad generalizada.

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de la escala de ansiedad generalizada

Ítem	Nada		Varios días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	228	54.3	141	33.6	38	9.0	13	3.1
2	280	66.7	100	23.8	31	7.4	9	2.1
3	170	40.5	175	41.7	55	13.1	20	4.8
4	175	41.7	170	40.5	58	13.8	17	4.0
5	264	62.9	105	25.0	41	9.8	10	2.4
6	181	43.1	160	38.1	57	13.6	22	5.2
7	247	58.8	120	28.6	43	10.2	10	2.4

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

En la tabla 4 se puede observar las frecuencias y porcentajes de los reactivos de la escala de ansiedad generalizada, identificando que durante varios días han presentado sensación de nerviosismo, ansiedad o tener los pelos de punta (33.6%), han sido incapaces de eludir o controlar alguna preocupación (23.8%), han tenido preocupación excesiva por situaciones distintas (41.7%). Así mismo, el personal de salud refiere presentar durante varios días dificultad para relajarse (40.5%), intranquilidad al grado de no poder permanecer quieto (25%), enfadarse con facilidad (38.1%) y han sentido miedo al grado sentir que sucederá algo malo (28.6%).

Tabla 5*Reactivos del cuestionario de salud del paciente*

¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

No.	Reactivo
1	Poco interés en hacer las cosas
2	Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), sin esperanza
3	Ha tenido dificultad para permanecer o quedarse dormido(a), o ha dormido demasiado
4	Se ha sentido cansado o con poca energía
5	Sin apetito o ha comido en exceso
6	Se ha sentido mal con usted mismo(a) o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia
7	Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver televisión
8	Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado o lo contrario, muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal
9	Pensamientos de que, estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

En la tabla 5 se muestran los reactivos del cuestionario de salud del paciente.

Tabla 6*Frecuencias y porcentajes del cuestionario de salud del paciente*

Ítem	Nada		Varios días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	225	53.6	158	37.6	28	6.7	9	2.1
2	240	57.1	138	32.9	33	7.9	9	2.1
3	187	44.5	149	35.5	59	14.0	25	6.0
4	88	21.0	216	51.4	81	19.3	35	8.3
5	204	48.6	144	34.3	50	11.9	22	5.2
6	262	62.4	113	26.9	27	6.4	18	4.3
7	259	61.7	121	28.8	28	6.7	12	2.9
8	320	76.2	74	17.6	20	4.8	6	1.4
9	361	86.0	35	8.3	13	3.1	11	2.6

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

En la tabla 6 se puede observar las frecuencias y porcentajes de los reactivos del cuestionario de salud del paciente, identificando que durante varios días han presentado poco interés o placer en hacer las cosas (37.6%), se han sentido decaído, deprimido y sin esperanza (32.9%), han tenido dificultad para permanecer o quedarse dormido o bien ha dormido demasiado (35.5%). Así mismo, durante varios días no tienen apetito o comen en exceso (34.3%), se han sentido mal con ellos mismos, son un fracaso o han quedado mal con ellos mismos o con su

familia (26.9%), han tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades (28.8%), se han movido o hablando tan lento o lo contrario, han estado inquietos más de lo normal (17.6%). Más de la mitad del personal de salud durante varios días se ha sentido cansado o con poca energía (51.4%).

Tabla 7

Reactivos del inventario de burnout de Maslach

No.	Reactivo
1	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo
2	Me siento cansado al final de la jornada de mi trabajo
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4	Puedo comprender como se sienten los pacientes
5	Creo que no estoy tratando a los pacientes como se merecen
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de los pacientes
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo en beneficio de los pacientes
10	Me he vuelto más insensible con los pacientes desde que ejerzo la profesión
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo
13	Me siento frustrado(a) en mi trabajo
14	Creo que trabajo demasiado
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a alguno de los pacientes
16	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con los pacientes
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20	Me siento acabado en este trabajo, al límite de mis posibilidades
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas

En la tabla 7 se muestran los reactivos del inventario de burnout de Maslach.

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes del inventario de burnout de Maslach, subescala agotamiento emocional

Ítem	Nada		Pocas veces al año		Una vez al mes o menos		Pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	63	15.0	123	29.3	57	13.6	63	15.0	49	11.7	43	10.2	22	5.2
2	15	3.6	86	20.5	34	8.1	90	21.4	55	13.1	67	16.0	73	17.4
3	88	21.0	93	22.1	46	11.0	84	20.0	42	10.0	42	10.0	25	6.0
6	128	30.5	96	22.9	29	6.9	65	15.5	30	7.1	38	9.0	34	8.1
8	122	29.0	95	22.6	45	10.7	53	12.6	39	9.3	33	7.9	33	7.9
13	169	40.2	105	25.0	37	8.8	56	13.3	23	5.5	19	4.5	11	2.6
14	66	15.7	87	20.7	41	9.8	66	15.7	42	10.0	61	14.5	57	13.6
16	182	43.3	102	24.3	38	9.0	52	12.4	18	4.3	15	3.6	13	3.1
20	175	41.7	90	21.4	41	9.8	50	11.9	19	4.5	26	6.2	19	4.5

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

En la tabla 8 se muestran las frecuencias y porcentajes de la subescala agotamiento emocional del inventario de burnout de Maslach, donde se identifica que el 29.3% del personal de salud se encuentra emocionalmente agotado por el trabajo pocas veces al año, el 17.4% se encuentra cansado al final de la jornada de trabajo todos los días, el 20% se encuentra fatigado al levantarse por la mañana pocas veces al mes. El 22.9% refiere que trabajar todo el día con pacientes requiere gran esfuerzo provocando cansancio pocas veces al año, el 22.6% siente que el trabajo lo está desgastando pocas veces al año.

El 25% del personal de salud se siente frustrado por su trabajo pocas veces al año, el 15.7% cree que trabaja demasiado pocas veces al mes, el 24.3% menciona que trabajar directamente con pacientes les produce estrés pocas veces al año, mientras que el 21.4% comenta que se siente acabado en el trabajo al límite de sus problemas.

Tabla 9

Frecuencias y porcentajes del inventario de burnout de Maslach, subescala despersonalización

Ítem	Nada		Pocas veces al año		Una vez al mes o menos		Pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5	223	53.1	69	16.4	26	6.2	23	5.5	10	2.4	23	5.5	46	11
10	209	49.8	56	13.3	33	7.9	45	10.7	14	3.3	26	6.2	37	8.8
11	177	42.1	56	13.3	37	8.8	49	11.7	24	5.7	21	5.0	56	13.3
15	289	68.8	45	10.7	13	3.1	11	2.6	7	1.7	11	2.6	44	10.5
22	271	64.5	67	16.0	14	3.3	31	7.4	8	1.9	14	3.3	15	3.6

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 9 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala de despersonalización del inventario de burnout de Maslach, identificando que el 16.4% del personal de salud refiere cree no tratar a los pacientes como se merecen pocas veces al año, el 13.3% refiere ser insensible con los pacientes desde que ejerce la profesión pocas veces al año. El 13.3% piensa que el trabajo lo está endureciendo emocionalmente todos los días, el 10.5% no les preocupa lo que le ocurra a los pacientes todos los días, mientras que el 16% cree que los pacientes lo culpan de sus problemas pocas veces al año.

Tabla 10

Frecuencias y porcentajes del inventario de burnout de Maslach, subescala realización personal

Ítem	Nada		Pocas veces al año		Una vez al mes o menos		Pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4	11	2.6	17	4.0	12	2.9	33	7.9	28	6.7	67	16.0	252	60.0
7	23	5.5	33	7.9	18	4.3	30	7.1	24	5.7	87	20.7	205	48.8
9	18	4.3	27	6.4	10	2.4	29	6.9	30	7.1	59	14.0	247	58.8
12	18	4.3	28	6.7	18	4.3	59	14.0	35	8.3	142	33.8	120	28.6
17	12	2.9	18	4.3	21	5.0	30	7.1	35	8.3	96	22.9	208	49.5
18	15	3.6	18	4.3	23	5.5	37	8.8	46	11.0	97	23.1	184	43.8
19	20	4.8	25	6.0	29	6.9	44	10.5	35	8.3	77	18.3	190	45.2
21	23	5.5	28	6.7	25	6.0	64	15.2	48	11.4	74	17.6	158	37.6

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 10 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala realización personal del inventario de burnout de Maslach, donde el 60% del personal de salud comprende cómo se sienten los pacientes todos los días, el 48.8% trata con mucha eficacia los problemas de los pacientes todos los días. El 58.8% cree que su trabajo influye en beneficio de los pacientes todos los días, el 33.8% se siente con mucha energía en el trabajo pocas veces a la semana.

El 49.5% del personal de salud siente que puede crear un clima agradable con los pacientes todos los días, el 43.8% se siente motivado después de trabajar estar en contacto con pacientes todos los días. El 45.2% cree que consigue muchas cosas valiosas en el trabajo todos los días, así mismo, el 37.6% trata los problemas emocionalmente con mucha calma todos los días.

Tabla 11*Reactivos de la escala de apoyo social percibido*

No.	Reactivo
1	Mi familia realmente trata de ayudarme
2	Yo consigo ayuda emocional y apoyo de mi familia
3	Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia
4	La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones
5	Mis amigos realmente tratan de ayudarme
6	Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal
7	Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas
8	Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos
9	Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad
10	Hay una persona especial con quien puedo compartir mi alegría y tristezas
11	Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mi
12	Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis sentimientos

En la tabla 11 se muestran los reactivos de la escala de apoyo social percibido.

Tabla 12*Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de familia*

Reactivo		3	4	8	11
Muy en desacuerdo	<i>f</i>	19	15	13	11
	%	4.5	3.6	3.1	2.6
Totalmente en desacuerdo	<i>f</i>	11	11	3	11
	%	2.6	2.6	0.7	2.6
Ligeramente en desacuerdo	<i>f</i>	18	17	13	11
	%	4.3	4.0	3.1	2.6
Neutral	<i>f</i>	48	57	50	38
	%	11.4	13.6	11.9	9.0
Ligeramente de acuerdo	<i>f</i>	57	50	52	30
	%	13.6	11.9	12.4	7.1

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

Tabla 12

Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de familia (Continuación...)

Reactivo		3	4	8	11
Totalmente de acuerdo	<i>f</i>	87	94	120	91
	%	20.7	22.4	28.6	21.7
Muy de acuerdo	<i>f</i>	180	176	169	228
	%	42.9	41.9	40.2	54.3

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 12 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala de apoyo social de familia de la escala de apoyo social percibido, donde el 20.7% del personal de salud está de acuerdo que puede conversar sobre sus problemas con su familia, de igual manera el 13.6% refiere que está ligeramente de acuerdo en que la familia es atenta en ayudarle en la toma de decisiones. El 40.2% refiere estar muy de acuerdo en poder conversar sus problemas con los amigos, mientras que el 54.3% está muy de acuerdo en tener una persona especial de apoyo.

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de amigos

Reactivo		6	7	9	12
Muy en desacuerdo	<i>f</i>	12	11	11	13
	%	2.9	2.6	2.6	3.1
Totalmente en desacuerdo	<i>f</i>	6	2	11	12
	%	1.4	0.5	2.6	2.9
Ligeramente en desacuerdo	<i>f</i>	17	11	14	14
	%	4.0	2.6	3.3	3.3
Neutral	<i>f</i>	65	48	37	33
	%	15.5	11.4	8.8	7.9

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de amigos (Continuación...)

Reactivo		6	7	9	12
Ligeramente de acuerdo	<i>f</i>	75	45	30	27
	%	17.9	10.7	7.1	6.4
Totalmente de acuerdo	<i>f</i>	106	122	94	96
	%	25.2	29.0	22.4	22.9
Muy de acuerdo	<i>f</i>	139	181	223	225
	%	33.1	43.1	53.1	53.6

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 13 muestra las frecuencias y proporciones de la subescala de apoyo social de amigos de la escala de apoyo social percibido, donde el 17.9% del personal de salud está ligeramente de acuerdo en que puede contar con los amigos cuando las cosas salen mal, el 29% está totalmente de acuerdo en tener amigos con quien pueda compartir sus alegrías y tristezas. El 53.1% refiere estar muy de acuerdo en tener una persona especial a su lado cuando tiene necesidad, de igual manera el 53.6% está muy de acuerdo en tener una persona especial con quien poder compartir sentimientos.

Tabla 14

Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de otros significativos

Reactivo		1	2	5	10
Muy en desacuerdo	<i>f</i>	14	19	15	10
	%	3.3	4.5	3.6	2.4
Totalmente en desacuerdo	<i>f</i>	3	4	6	9
	%	0.7	1.0	1.4	2.1
Ligeramente en desacuerdo	<i>f</i>	3	9	13	15
	%	0.7	2.1	3.1	3.6
Neutral	<i>f</i>	63	60	84	34
	%	15.0	14.3	20.0	8.1

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

Tabla 14

Frecuencias y porcentajes de la escala de apoyo social percibido, subescala apoyo social de otros significativos (Continuación...)

Reactivo		1	2	5	10
Ligeramente de acuerdo	<i>f</i>	22	41	78	29
	%	5.2	9.8	18.6	6.9
Totalmente de acuerdo	<i>f</i>	102	113	99	96
	%	24.3	26.9	23.6	22.9
Muy de acuerdo	<i>f</i>	212	174	125	227
	%	50.7	41.4	29.8	54.0

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 14 muestra las frecuencias y proporciones de la subescala de apoyo social de otros significativos de la escala de apoyo social percibido, en la cual el 50.7% del personal de salud está muy de acuerdo en que la familia trata de ayudarlo, el 26.9% refiere estar totalmente de acuerdo en conseguir ayuda emocional y apoyo de su familia. El 20% mencionó ser neutral en que sus amigos tratan de ayudarlo y el 54% está muy de acuerdo en tener una persona especial con quien compartir sus alegrías y tristezas.

Tabla 15

Reactivos de escala multidimensional de clima organizacional

No.	Dimensión/Reactivo
Satisfacción de trabajadores	
1	Los trabajadores se sienten satisfechos con sus actividades
2	Los trabajadores se sienten realizados en su trabajo
3	Dentro de la organización los trabajadores disfrutan realizar sus actividades
4	Los trabajadores realizan con desagrado sus actividades
Autonomía en el trabajo	
5	Los trabajadores gozan de libertad para elegir cómo hacer sus actividades
6	Cada trabajador es libre respecto a la forma de solucionar los problemas relacionados con sus actividades
7	A cada trabajador se le brinda la oportunidad de proponer la forma en que desea realizar sus actividades

Tabla 15*Reactivos de escala multidimensional de clima organizacional (Continuación...)*

No.	Dimensión/Reactivo
Relaciones sociales en miembros de la organización	
8	Los trabajadores se llevan bien entre ellos
9	En la organización hay compañerismo entre los trabajadores
10	Existe confianza entre los compañeros para platicar cualquier tipo de problema
Unión y apoyo entre compañeros de trabajo	
11	Cuando se incorpora un nuevo empleado, los trabajadores de inmediato lo integran al grupo
12	Los trabajadores dentro de la organización se sienten parte de un mismo equipo
13	13. En mi trabajo se unen esfuerzos cuando surgen problemas laborales
14	14. En la organización la unión entre compañeros proporciona un ambiente agradable
Consideración de directivos	
15	El director trata a su personal de la manera más humana posible
16	El trato de los superiores hacia sus trabajadores es con respeto
17	Los directivos dan apoyo a su personal en la realización de sus actividades
18	El jefe trata con indiferencia a su personal
19	Dentro de la organización el jefe trata a los empleados de manera deshumanizada
Beneficios y recompensas	
20	La organización emplea incentivos para que los trabajadores realicen mejor sus actividades
21	Todos los trabajadores dentro de la organización tienen posibilidades de ser beneficiados por su trabajo
22	La organización otorga estímulos a los trabajadores para mejorar su desempeño
23	Existen distintas formas de recompensar a los trabajadores
Motivación y esfuerzo	
24	Cada trabajador realiza sus actividades con entusiasmo
25	Los trabajadores muestran agrado en realizar sus tareas
26	Los trabajadores brindan su mejor esfuerzo en la realización de su trabajo
Liderazgo de directivos	
27	El jefe mantiene una actitud abierta para recibir propuestas relacionadas con el trabajo
28	En la organización todos los empleados reciben apoyo del jefe en la realización de las tareas
29	Al jefe se le dificulta guiar a su personal para que estos cumplan con los objetivos de la organización

La tabla 15 muestra los reactivos de la escala multidimensional de clima organizacional.

Tabla 16

Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala satisfacción de trabajadores

Ítem	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	16	3.8	52	12.4	157	37.4	143	34.0	52	12.4
2	11	2.6	35	8.3	167	39.8	153	36.4	54	12.9
3	5	1.2	24	5.7	161	38.3	163	38.8	67	16.0
4	9	2.1	35	8.3	167	39.8	125	29.8	84	20.0

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 16 muestra las frecuencias y proporciones de la subescala de satisfacción del personal de la escala multidimensional de clima organizacional, donde el 37.4% del personal de salud a veces se sienten satisfechos con sus actividades, así mismo, el 39.8% a veces se sienten realizados en el trabajo. El 38.8% los trabajadores casi siempre disfrutan realizar sus actividades dentro del hospital, mientras que el 29.8% casi siempre realizan sus actividades con desagrado.

Tabla 17

Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala autonomía en el trabajo

Ítem	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5	27	6.4	59	14.0	140	33.3	126	30.0	68	16.2
6	18	4.3	47	11.2	143	34.0	134	31.9	78	18.6
7	33	7.9	65	15.5	145	34.5	108	25.7	69	16.4

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 17 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala autonomía en el trabajo de la escala multidimensional del clima organizacional, identificando el 30% del personal de salud casi siempre tienen libertad para elegir como hacer sus actividades, el 34% a veces es libre para solucionar los problemas relacionados a sus actividades, mientras que el 34.5% refiere que a veces se les brinda la oportunidad de proponer la forma de realizar las actividades.

Tabla 18

Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala relaciones sociales entre los miembros de la organización

Ítem	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8	11	2.6	31	7.4	149	35.5	170	40.5	59	14.0
9	12	2.9	26	6.2	144	34.3	177	42.1	61	14.5
10	21	5.0	56	13.3	172	41.0	119	28.3	52	12.4

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 18 muestra las frecuencias y proporciones de la subescala de relaciones sociales entre los miembros de la organización de la escala multidimensional de clima organizacional. Mostrando que el 40.5% del personal de salud casi siempre se lleva bien con sus compañeros, el 42.1% menciona que casi siempre hay compañerismo entre ellos, mientras que el 41% a veces cree que existe confianza entre los compañeros para platicar algún problema.

Tabla 19

Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala unión y apoyo entre los compañeros de trabajo

Ítem	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
11	9	2.1	29	6.9	159	37.9	145	34.5	78	18.6
12	8	1.9	35	8.3	170	40.5	144	34.3	63	15.0
13	18	4.3	46	11.0	145	34.5	134	31.9	77	18.3
14	10	2.4	28	6.7	138	32.9	161	38.3	83	19.8

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 19 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala unión y apoyo entre los compañeros de trabajo de la escala multidimensional de clima organizacional, identificando que 37.9% del personal de salud a veces incorporan de inmediato al grupo a un nuevo empleado, el 40.5% a veces se siente parte de un mismo equipo dentro del hospital. El 31.9% casi siempre se unen esfuerzos cuando hay problemas laborales, mientras que el 38.3% refiere que la unión entre compañeros en el hospital proporciona un ambiente agradable.

Tabla 20

Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala consideración de directivos

Ítem	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
15	33	7.9	57	13.6	137	32.6	125	29.8	68	16.2
16	16	3.8	30	7.1	142	33.8	123	29.3	109	26.0
17	39	9.3	69	16.4	145	34.5	113	26.9	54	12.9
18	20	4.8	38	9.0	143	34.0	78	18.6	141	33.6
19	11	2.6	24	5.7	80	19.0	108	25.7	197	46.9

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 20 presenta las frecuencias y porcentajes de la subescala consideración de directivos de la escala multidimensional de clima organizacional, donde el 32.6% refiere que a veces el director del hospital trata al personal de la manera más humana posible, el 33.8% comenta que a veces el trato de los superiores es con respeto, así mismo, el 34.5% menciona que los directivos dan apoyo al personal en la realización de las actividades. El 33.6% refiere que el

jefe trata con indiferencia al personal y el 46.9% indica que dentro del hospital el jefe trata a al personal de salud de manera deshumanizada.

Tabla 21

Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala beneficios y recompensas

Ítem	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
20	112	26.7	77	18.3	132	31.4	65	15.5	34	8.1
21	61	14.5	66	15.7	139	33.1	95	22.6	59	14.0
22	101	24.0	71	16.9	113	26.9	79	18.8	56	13.3
23	95	22.6	77	18.3	137	32.6	68	16.2	43	10.2

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 21 muestra las frecuencias y proporciones de la subescala de beneficios y recompensas de la escala multidimensional de clima organizacional, identificando con un 26.7% que el hospital nunca emplea incentivos para que los trabajadores realicen mejor sus actividades, el 33.1% comenta que a veces los trabajadores tienen la posibilidad de ser beneficiados por su trabajo. El 24% refiere que el hospital nunca otorga estímulos a los trabajadores para mejorar su desempeño, mientras que el 32.6% menciona que a veces existen distintas formas de recompensar a los trabajadores.

Tabla 22

Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala motivación y esfuerzo

Ítem	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
24	12	2.9	32	7.6	181	43.1	156	37.1	39	9.3
25	9	2.1	25	6.0	173	41.2	174	41.4	39	9.3
26	9	2.1	18	4.3	130	31.0	173	41.2	90	21.4

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 22 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala motivación y esfuerzo de la escala multidimensional de clima organizacional, donde el 43.1% del personal de salud a veces realiza sus actividades con entusiasmo, el 41.4% del personal de salud muestra agrado al realizar sus tareas y el 41.2% del personal de salud brinda su mejor esfuerzo en la realización del trabajo.

Tabla 23

Frecuencias y porcentajes de la escala multidimensional de clima organizacional, subescala liderazgo de directivos

Ítem	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
27	25	6.0	61	14.5	128	30.5	132	31.4	74	17.6
28	28	6.7	65	15.5	152	36.2	111	26.4	64	15.2
29	24	5.7	65	15.5	156	37.1	95	22.6	80	19.0

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 23 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala liderazgo de directivos de la escala multidimensional de clima organizacional, identificando que el 31.4% del personal de salud refiere que casi siempre el jefe mantiene una actitud abierta para recibir propuestas de trabajo, el 36.2% comenta que a veces los empleados reciben apoyo del jefe en la realización de tareas en el hospital y el 37.1% menciona que a veces al jefe se le dificulta guiar al personal en el cumplimiento de los objetivos.

Tabla 24

Reactivos del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados

No.	Dimensión/Reactivo
	Precio
1	Incrementar el precio de las bebidas alcohólicas.
2	Aplicar impuestos a las bebidas alcohólicas con base en el porcentaje del alcohol que contengan.
3	Establecer un precio mínimo por unidad, bajo el cual el alcohol no pueda ser vendido.
4	Reducir el número de establecimientos que venden alcohol.
5	Reducir el horario de venta de alcohol para todos los bares y antros.
6	Reducir las horas en que pueden venderse alcohol en comercios (ej. Supermercados y tiendas de autoservicio).
	Mercadeo e información
7	Prohibir el consumo de alcohol en medios de transporte público (metro, autobús, taxi).
8	Prohibir la disponibilidad de alcohol y su consumo en eventos escolares donde estén niños presentes.
15	Referir información sobre las pautas o criterios nacionales de consumo de alcohol en todos los empaques y envases de alcohol.
17	Colocar advertencias específicas para la salud en los envases de alcohol (Como en los paquetes de tabaco).
18	Prohibir el patrocinio de empresas que producen bebidas alcohólicas en eventos deportivos.
19	Limitar la publicidad de bebidas alcohólicas en la TV hasta después de las 9:00 pm.

Tabla 24*Reactivos del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados*

No.	Dimensión/Reactivo
Mercadeo e información	
20	Prohibir la publicidad de alcohol en exteriores como en espectaculares (carteles publicitarios) o paradas de camiones (autobuses).
21	Restringir la exhibición de bebidas alcohólicas en tiendas y supermercados o en pasillos específicos (ej. no permitir que se encuentren bebidas alcohólicas en la entrada de los establecimientos).
Reducción de daños	
11	Aumentar el presupuesto para otorgar servicios para el tratamiento de alcohol.
12	Los doctores o profesionales de la salud deben preguntar a los pacientes acerca de sus hábitos de consumo y de ser necesario ofrecerles recomendaciones para reducir su consumo de alcohol.
13	Introducir y promover el vino y la cerveza sin alcohol o con menos contenido de alcohol.
14	Ofrecer y promover bebidas alcohólicas de menor tamaño en bares, antros y restaurantes.
16	Hacer obligatorio que se muestre en la etiqueta de latas o botellas el número de unidades o gramos de alcohol que estas contienen.
Beber mientras se conduce	
9	Reducir el límite de bebidas alcohólicas cuando se está manejando (o conduciendo).
10	Introducir la aplicación de pruebas de aliento alcohólico al azar para los conductores de automóvil.

La tabla 24 muestra los reactivos del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados.

Tabla 25*Frecuencias y porcentajes del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados, subescala precio*

Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	47	11.2	58	13.8	198	47.1	49	11.7	68	16.2
2	51	12.1	61	14.5	185	44.1	56	13.3	67	16.0
3	40	9.5	61	14.5	200	47.6	57	13.6	62	14.8
4	40	9.5	58	13.8	169	40.2	78	18.6	75	17.9
5	34	8.1	59	14.0	154	36.7	79	18.8	94	22.4
6	33	7.9	51	12.1	167	39.8	77	18.3	92	21.9

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 25 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala de precio del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados, identificando que el

personal de salud no se muestra de acuerdo ni en desacuerdo en incrementar el precio a las bebidas alcohólicas (47.1%), aplicar impuestos a las bebidas alcohólicas con base en el porcentaje del alcohol que contengan (44%), establecer un precio mínimo por unidad, bajo el cual el alcohol no pueda ser vendido (47.6%). De igual manera no se muestra de acuerdo ni en desacuerdo en reducir el número de establecimientos que venden alcohol (40.2%), reducir el horario de venta de alcohol para bares y antros (36.7%), y reducir las horas en que pueden venderse alcohol en comercios (39.8%).

Tabla 26

Frecuencias y porcentajes del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados, subescala mercadeo e información

Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
7	17	4.0	20	4.8	64	15.2	98	23.3	221	52.6
8	20	4.8	11	2.6	58	13.8	79	18.8	252	60.0
15	11	2.6	17	4.0	148	35.2	97	23.1	147	35.0
17	8	1.9	13	3.1	78	18.6	130	31.0	191	45.5
18	17	4.0	28	6.7	135	32.1	106	25.2	134	31.9
19	14	3.3	22	5.2	145	34.5	106	25.2	133	31.7
20	13	3.1	24	5.7	163	38.8	99	23.6	121	28.8
21	14	3.3	30	7.1	167	39.8	90	21.4	119	28.3

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 26 muestra las frecuencias y proporciones de la subescala de mercadeo e información del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados, identificando que el personal de salud está totalmente de acuerdo en prohibir el consumo de alcohol en transportes públicos (52.6%) y prohibir la disponibilidad de alcohol y su consumo en eventos escolares donde estén niños (60.0%). También refieren que no están de acuerdo ni en desacuerdo en que se deba mencionar información sobre los criterios nacionales de consumo en los envases y empaques de alcohol (35.2%), pero están totalmente de acuerdo en colocar advertencias específicas en los envases de alcohol (45.5%).

De igual manera, el personal de salud refiere no estar de acuerdo ni en desacuerdo en prohibir el patrocinio de empresas productoras de alcohol en eventos deportivos (32.1%), limitar la publicidad de bebidas alcohólicas en televisión hasta después de las 9:00 pm (34.5%), prohibir la publicidad de alcohol en carteles publicitarios como las paradas de camiones (38.8%) y en restringir la exhibición de bebidas alcohólicas en pasillos específicos (39.8%).

Tabla 27

Frecuencias y porcentajes del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados, subescala reducción de daños

Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
11	21	5.0	24	5.7	123	29.3	92	21.9	160	38.1
12	14	3.3	10	2.4	68	16.2	132	31.4	196	46.7
13	20	4.8	26	6.2	157	37.4	111	26.4	106	25.2
14	27	6.4	36	8.6	184	43.8	91	21.7	82	19.5
16	11	2.6	10	2.4	89	21.2	137	32.6	173	41.2

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 27 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala de reducción de daños del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados, identificando que el personal de salud está totalmente de acuerdo en aumentar el presupuesto para otorgar servicios de tratamiento de alcohol (38.1%), el profesional de salud debe preguntar sobre los hábitos de consumo y ofrecer recomendación para la reducción de consumo (46.7%) y en hacer obligatorio que se muestre en las etiquetas de los envases el número de unidades o gramos de alcohol que contenga (41.2%). No se muestran de acuerdo ni en desacuerdo en promover el vino y la cerveza sin alcohol o con menor contenido de alcohol (37.4%) y en promover bebidas alcohólicas de menor tamaño (43.8%).

Tabla 28

Frecuencias y porcentajes del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados, subescala beber mientras se maneja o conduce

Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
9	23	5.5	11	2.6	48	11.4	57	13.6	281	66.9
10	18	4.3	24	5.7	71	16.9	81	19.3	226	53.8

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 28 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala de beber mientras se maneja o conduce del instrumento de apoyo a las políticas para reducir los problemas asociados, identificando que el personal de salud está totalmente de acuerdo en reducir el límite de bebidas alcohólicas cuando se maneja (66.9%) e introducir la aplicación de prueba de aliento alcohólico al azar para conductores (53.8%).

Tabla 29*Reactivos de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol*

No.	Reactivo
1	El alcohol no debería existir
2	Me disgusta que exista el alcohol
3	Me alegro cuando se prohíbe beber alcohol
4	Desprecio absolutamente las bebidas alcohólicas
5	Estaría dispuesto a consumir alcohol a diario
6	Estaría dispuesto a consumir alcohol cualquier hora
7	Estaría dispuesto a consumir alcohol para relacionarme mejor con los demás
8	Estaría dispuesto a convencer a los demás sobre los peligros de las bebidas alcohólicas
9	Estaría dispuesto a colaborar en cualquier campaña contra las bebidas alcohólicas
10	Estaría dispuesto a emborracharme en caso que se presente un problema grave
11	Estaría dispuesto a beber alcohol con los amigos/as siempre que pueda
12	Estaría dispuesto a impedir que un niño beba alcohol
13	Estaría dispuesto a comprar alcohol para mi uso y el de mis amigos

La tabla 29 muestra los reactivos de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol.

Tabla 30*Frecuencias y porcentajes de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol, subescala índice de desagrado por consumo de alcohol*

Ítem	De acuerdo totalmente		De acuerdo		Ni desacuerdo ni de acuerdo		Desacuerdo		Desacuerdo totalmente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	43	10.2	78	18.6	236	56.2	27	6.4	36	8.6
2	42	10.0	105	25.0	233	55.5	17	4.0	23	5.5
3	34	8.1	75	17.9	237	56.4	40	9.5	34	8.1
4	60	14.3	128	30.5	190	45.2	22	5.2	20	4.8

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 30 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala de índice de desagrado por consumo de alcohol, identificando que el personal de salud no está en desacuerdo ni de acuerdo en que el alcohol no debería de existir (56.2%), le disgusta que exista el alcohol (55.5%), se alegra cuando se prohíbe el alcohol (56.4%) y desprecia absolutamente las bebidas alcohólicas (45.2%).

Tabla 31

Frecuencias y porcentajes de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol, subescala actitud de predisposición para el uso y consumo de alcohol

Ítem	De acuerdo totalmente		De acuerdo		Ni desacuerdo ni de acuerdo		Desacuerdo		Desacuerdo totalmente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5	9	2.1	8	1.9	76	18.1	120	28.6	207	49.3
6	11	2.6	13	3.1	59	14.0	114	27.1	223	53.1
7	11	2.6	25	6.0	74	17.6	113	26.9	197	46.9
10	25	6.0	14	3.3	61	14.5	109	26.0	211	50.2
11	17	4.0	54	12.9	142	33.8	89	21.2	118	28.1
13	45	10.7	82	19.5	162	38.6	53	12.6	78	18.6

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 31 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala predisposición para el uso y consumo de alcohol de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol, identificando que el personal de salud está en desacuerdo totalmente en consumir alcohol a diario (49.3%), consumir alcohol a cualquier hora (53.1%), consumir alcohol para relacionarse mejor con los demás (46.9%) y emborracharse en caso de que se presente un problema grave (50.2%). Mientras que no está en desacuerdo ni de acuerdo en beber alcohol con los amigos siempre que se pueda (33.8%) y comprar alcohol para su uso y el de sus amigos (38.6%).

Tabla 32

Frecuencias y porcentajes de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol, subescala predisposición para la acción contra el consumo de alcohol

Ítem	De acuerdo totalmente		De acuerdo		Ni desacuerdo ni de acuerdo		Desacuerdo		Desacuerdo totalmente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8	76	18.1	128	30.5	127	30.2	43	10.2	46	11.0
9	56	13.3	87	20.7	176	41.9	56	13.3	45	10.8
12	270	64.3	42	10.0	35	8.3	10	2.4	63	15.0

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 32 muestra las frecuencias y porcentajes de la subescala predisposición para la acción contra el consumo de alcohol de la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol, identificando que el 30.5% del personal de salud está de acuerdo en convencer a los demás sobre los peligros de las bebidas alcohólicas, el 41.9% no está en desacuerdo ni de acuerdo en colaborar en alguna campaña contra las bebidas alcohólicas y el 64.3% estaría dispuesto a impedir que un niño consuma alcohol.

Tabla 33

Frecuencias y proporciones de los indicadores de AUDIT, subescala consumo de alcohol de riesgo

Reactivo	Nunca		Una o menos veces al mes		De 2 a 4 veces al mes		De 2 a 3 veces a la semana		4 o más veces a la semana	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica?	60	14.3	220	52.4	110	26.2	25	6.0	5	1.2
Reactivo	1 o 2		3 o 4		5 o 6		7, 8 o 9		10 o más	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. ¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de lo que bebes?	202	48.1	101	24.0	63	15.0	25	6.0	29	6.9
	Nunca		Una o menos veces al mes		De 2 a 4 veces al mes		De 2 a 3 veces a la semana		4 o más veces a la semana	
3. ¿Qué tan frecuente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?	228	54.3	104	24.8	57	13.6	30	7.1	1	0.2

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 420.

La tabla 33 muestra las frecuencias y proporciones de los reactivos de acuerdo con las preguntas uno a la tres del AUDIT, se observa que el 26.2% del personal de salud consume bebidas alcohólicas de 2 a 4 veces al mes, el 24.0% ingiere de 3 a 4 bebidas en un día típico, mientras que el 24.8% consume seis o más bebidas alcohólicas una vez al mes.

Tabla 34

Frecuencias y proporciones de los indicadores de AUDIT, subescala consumo de alcohol dependiente

Reactivo	Nunca		Una o menos veces al mes		De 2 a 4 veces al mes		De 2 a 3 veces a la semana		4 o más veces a la semana	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	378	90.0	30	7.1	8	1.9	3	0.7	1	0.2
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías haber hecho por beber?	383	91.2	32	7.6	4	1.0	1	0.2	0	0.0
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?	388	92.4	24	5.7	2	0.5	5	1.2	1	0.2

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 34 muestra las frecuencias y proporciones de acuerdo con las preguntas que valoran el consumo dependiente en base al AUDIT, se identifica que el 7.1% del personal de salud no pudo parar de beber una vez que había iniciado durante el último año una vez al mes, con cifras similares, el 7.6% dejó de hacer algo por consumir alcohol en el último año una vez al mes, mientras que el 5.7% ingirió alcohol la mañana siguiente después de consumir alcohol en exceso el día anterior una vez al mes.

Tabla 35

Frecuencias y proporciones de los indicadores de AUDIT, subescala consumo de alcohol perjudicial

Reactivo	Nunca		Una o menos veces al mes		De 2 a 4 veces al mes		De 2 a 3 veces a la semana		4 o más veces a la semana	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	345	82.1	65	15.5	5	1.2	3	0.7	2	0.5
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?	352	83.8	54	12.9	13	3.1	1	0.2	0	0.0
Reactivo	No		Sí, pero no en el curso del último año				Sí, el último año			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol?	387	92.1	29	6.9	4	1.0				
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber?	381	90.7	26	6.2	13	3.1				

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= 420.

La tabla 35 identifica las frecuencias y proporciones de los reactivos que valoran el consumo perjudicial con base al AUDIT, se muestra que el 15.5% del personal de salud se sintió culpable por haber consumido alcohol durante el último año al menos una vez al mes, así mismo, el 12.9% olvidó algo mientras consumía alcohol en el último año al menos una vez al mes. Mientras que el 6.9% refirió haberse lesionado o alguien resultó herido a consecuencia del consumo de alcohol, pero no en el curso del último año, así mismo, el 6.2% comentó que amigos o personal médico se ha preocupado por la forma en que ingieren alcohol, pero no en el curso del último año.

Estadística Inferencial

Se determinó la distribución de los datos por medio de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Los resultados de la tabla 36 reportan que la mayoría de las variables del estudio no mostraron normalidad ($p < .05$). Por tal motivo, para el tratamiento estadístico se tomó la decisión del uso de la estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Tabla 36

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min	Max	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad	420	33.3	30.0	9.4	18.0	64.0	.153	.001
Edad de inicio	374	19.2	18.0	4.2	11.0	50.0	.222	.001
Consumo en un día típico	374	3.6	2.0	3.7	0.0	24.0	.186	.001
Índice total GAD-7	420	21.7	14.2	20.9	0.0	100	.163	.001
Índice total PHQ-9	420	19.9	14.8	18.9	0.0	96.3	.155	.001
Índice total MBI	420	47.7	47.7	12.7	0.0	83.3	.050	.014
Índice total MSPSS	420	79.5	83.3	19.0	0.0	100	.141	.001
Índice total EMCO	420	60.1	59.9	15.2	13.7	100	.041	.087
Índice total APRPAA	420	67.7	66.6	18.6	0.0	100	.051	.010
Índice total EACA	420	55.3	54.8	12.7	7.6	86.5	.069	.001
Sumatoria AUDIT total	420	4.2	2.0	4.7	0.0	29.0	.210	.001
Consumo de riesgo	199	3.0	2.0	2.6	0.0	12.0	.203	.001
Consumo dependiente	85	0.3	0.0	1.0	0.0	8.0	.465	.001
Consumo perjudicial	81	0.8	0.0	1.9	0.0	13.0	.404	.001

Nota. *n*= muestra; $\bar{X}$ = media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; Min= valor mínimo; Max= valor máximo; *D^a*= Estadístico de prueba; *p*= significancia; GAD-7= Escala de Ansiedad Generalizada; PHQ-9= Cuestionario de Salud del Paciente; MBI= Inventario de Burnout de Maslach; MSPSS= Escala de Apoyo social percibido; EMCO= Escala Multidimensional de Clima Organizacional; APRPAA= Instrumento para Apoyo a las Políticas Públicas para Reducir los Problemas Asociados; EACA= Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol; AUDIT= Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol.

La tabla 36 muestra la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, se observa que los participantes tenían en promedio 33.3 años ($DE=9.4$). La edad de inicio de consumo de alcohol fue de 19.2 años ($DE=4.2$), mientras que el consumo de alcohol reportado en un día típico fue de 3.6 bebidas alcohólicas ($DE=3.7$).

Referente a los instrumentos de medición, el índice total de la Escala de Ansiedad Generalizada obtuvo media de 21.7 ($DE=20.9$), el índice total del Cuestionario de Salud del Paciente reportó media de 19.9 ($DE=18.9$), el índice total del Inventario de Burnout de Maslach indicó una media de 47.7 ($DE=12.7$). Así mismo, el índice total de la Escala de Apoyo Social Percibido reportó media de 79.5 ($DE=19.0$), la Escala Multidimensional de Clima Organizacional obtuvo media de 60.1 ($DE=15.2$), el Instrumento para Apoyo a las Políticas Públicas para Reducir los Problemas Asociados indicó una media de 67.7 ($DE=18.6$) y la Escala de Actitudes hacia el consumo de Alcohol reportó media de 55.3 ($DE=12.7$).

Por otra parte, la sumatoria total del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol reportó media de 4.2 ($DE=4.7$), la sumatoria del consumo de riesgo indicó media de 3.0 ($DE=2.6$), la sumatoria del consumo dependiente obtuvo media de 0.3 ($DE=1.0$), mientras que la sumatoria del consumo perjudicial mostró media de 0.8 ($DE=1.9$).

Para dar respuesta al primer objetivo que refiere calcular la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol por edad y sexo, los resultados se muestran en las tablas 37 a la 39.

Tabla 37

Prevalencias de consumo de alcohol

Prevalencia	Sí		No		IC 95%	
<i>n</i> = 420	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Alguna vez en la vida	374	89.0	46	11.0	86.0	92.0
En el último año	314	74.8	106	25.2	71.0	79.0
En el último mes	231	55.0	189	45.0	50.0	60.0
En los últimos siete días	132	31.4	288	68.6	27.0	36.0

Nota. *n*= muestra; *f*= frecuencia; %= porcentaje; IC= intervalo de confianza; *LI*= límite inferior; *LS*= límite superior.

La tabla 37 muestra las prevalencias del consumo de alcohol, se observa que el 89% ($IC_{95\%}$ [86, 92]) del personal de salud ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 74.8% ($IC_{95\%}$ [71, 79]) ha consumido alcohol en el último año, el 55% ($IC_{95\%}$ [50, 60]) consumió alcohol en el último mes y el 31.4% ($IC_{95\%}$ [27, 36]) en los últimos siete días.

Tabla 38*Prevalencias de consumo de alcohol por edad*

Variable	18-33 años		34-49 años		50-64 años		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Alguna vez en la vida <i>n</i> = 374								
Sí	232	62.1	122	32.6	20	5.3	4.18	.124
No	26	56.5	14	30.4	6	13.1		
En el último año <i>n</i> = 314								
Sí	198	63.0	101	32.2	15	4.8	4.57	.102
No	60	56.6	35	33.0	11	10.4		
En el último mes <i>n</i> = 231								
Sí	150	64.9	69	29.9	12	5.2	2.84	.241
No	108	57.2	67	35.4	14	7.4		
En los últimos siete días <i>n</i> = 132								
Sí	86	65.2	41	31.1	5	3.7	2.33	.311
No	172	59.7	95	33.0	21	7.3		

Nota. *n*= muestra de consumidores; χ^2 = estadístico de chi cuadrada; *p*= significancia estadística; *f*= frecuencia; %= porcentaje.

En la tabla 38 se muestra las prevalencias de consumo de alcohol por edad, no se observa diferencia significativa en las cuatro prevalencias ($p>.05$). Sin embargo, se identifica mayor proporción de consumo de alcohol en el grupo de 18 a 33 años de edad.

Tabla 39*Prevalencia de consumo de alcohol por sexo*

Variable	Masculino				Femenino				χ^2	p
$n= 374$	Sí		No		Sí		No			
Alcohol	f	%	f	%	f	%	f	%		
Alguna vez en la vida	112	90.3	12	9.7	262	88.5	34	11.5	.293	.588
Último año	99	79.8	25	20.2	215	72.6	81	27.4	2.403	.121
Último mes	79	63.7	45	36.3	152	51.4	144	48.6	5.393	.020
Últimos siete días	48	38.7	76	61.3	84	28.4	212	71.6	4.328	.037

Nota. *n*= muestra de consumidores; χ^2 = estadístico de chi cuadrada; *p*= significancia estadística; *f*= frecuencia; %= porcentaje.

La tabla 39 muestra las prevalencias de consumo de alcohol por sexo, en la cual se identificó diferencia significativa ($p<.05$) en dos de las cuatro prevalencias. En las prevalencias de último mes ($\chi^2= 5.393$, $p=.020$), así como en la prevalencia de los últimos siete días ($\chi^2= 4.328$, $p=.037$).

Para dar respuesta al objetivo dos que señala identificar los tipos de consumo de alcohol (riesgo, dependiente, perjudicial) por edad y sexo, los resultados se muestran en las tablas 40 a la 42.

Tabla 40

Tipos de consumo de alcohol

Consumo de alcohol	Sí		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
De riesgo	199	54.5	166	45.5	49.3	59.6
Dependiente	85	23.2	280	76.8	18.9	27.6
Perjudicial	81	19.3	284	80.7	17.9	26.4

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; IC= intervalo de confianza; *LI*= límite inferior; *LS*= límite superior.

La tabla 40 muestra el tipo de consumo de alcohol del personal de salud, se puede observar que el 54.5% (IC95% [49.3, 59.6]) de los participantes tiene un consumo de riesgo, el 23.2% (IC95% [18.9, 27.6]) presenta consumo dependiente, mientras que el 19.3% (IC95% [17.9, 26.4]) refiere consumo perjudicial de alcohol.

Tabla 41

Tipos de consumo de alcohol por edad

Edad/ Tipo de consumo		18 – 33 años		34 – 49 años		50 – 64 años		χ^2	<i>p</i>
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
De riesgo	Si	105	52.8	78	39.2	16	8.0	12.137	.002
	No	153	69.3	58	26.2	10	4.5		
Dependiente	Si	64	75.3	20	23.5	1	1.2	10.242	.006
	No	194	57.9	116	34.6	25	7.5		
Perjudicial	Si	59	72.8	19	23.5	3	3.7	5.598	.061
	No	199	58.7	117	34.5	23	6.8		

Nota. *f*= frecuencia; %= porcentaje; χ^2 = estadístico de chi cuadrada; *p*= significancia estadística.

La tabla 41 muestra el tipo de consumo de alcohol en el personal de salud por edad, identificando diferencia significativa ($p<.050$) en dos tipos de consumo, en el consumo de riesgo ($\chi^2=12.137$, $p=.002$) y el consumo dependiente ($\chi^2=10.242$, $p=.006$). Así mismo, se observa que el grupo de edad de 18 a 33 años presenta mayor proporción de consumo en los tres tipos de consumo en comparación con los grupos de 34 a 49 años y el de 50 a 64 años.

Tabla 42*Tipos de consumo de alcohol por sexo*

Variable	Masculino		Femenino		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
De riesgo						
Sí	42	33.9	157	53.0	12.881	.001
No	82	66.1	139	47.0		
Dependiente						
Sí	34	27.4	51	17.2	5.621	.023
No	90	72.6	245	82.8		
Perjudicial						
Sí	35	28.2	46	15.5	9.034	.003
No	89	71.8	250	84.5		

Nota: *f*= frecuencia; %= porcentaje; χ^2 = estadístico de chi cuadrada; *p*= significancia estadística.

La tabla 42 muestra los tipos de consumo de alcohol del personal de salud por sexo, donde se identifica diferencia significativa ($p<.050$) en el tipo de consumo de riesgo ($\chi^2=12.881$, $p=.001$), consumo dependiente ($\chi^2=5.621$, $p=.023$) y consumo perjudicial ($\chi^2=9.034$, $p=.003$). Así mismo, se observa que el sexo femenino presentó mayor proporción en el consumo de riesgo, mientras que el masculino reportó mayor prevalencia en el consumo dependiente y perjudicial.

Para dar respuesta al objetivo tres que fue describir la ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo por edad y sexo, los resultados se muestran en las tablas 43 y 44.

Tabla 43*Prueba H de Kruskal Wallis para variables de estudio por edad*

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Ansiedad								
18-33 años	258	25.1	19.0	22.6	0.00	100	16.707	.001
34-49 años	136	17.1	14.2	16.8	0.00	80.9		
50-64 años	26	12.4	9.5	14.5	0.00	61.9		
Síntomas depresivos								
18-33 años	258	23.1	18.5	20.1	0.00	96.3	23.630	.001
34-49 años	136	15.9	11.1	15.8	0.00	92.59		
50-64 años	26	9.6	7.4	11.9	0.00	55.5		
Síndrome de burnout								
18-33 años	258	47.9	49.2	13.7	3.79	83.3	7.754	.021
34-49 años	136	48.4	47.7	11.3	0.00	77.2		
50-64 años	26	41.9	42.4	8.5	18.1	53.7		
Apoyo social								
18-33 años	258	78.4	82.6	20.3	0.00	100	4.342	.114
34-49 años	136	82.1	85.4	16.6	16.6	100		
50-64 años	26	76.7	81.2	15.6	43.0	100		
Clima Organizacional								
18-33 años	258	59.3	58.6	16.2	13.7	100	6.472	.039
34-49 años	136	60.1	60.3	13.0	29.3	90.5		
50-64 años	26	67.5	68.5	13.6	43.1	93.9		
Percepción de políticas públicas								
18-33 años	258	65.9	66.6	17.6	0.00	100	10.692	.005
34-49 años	136	70.3	69.4	19.0	2.38	100		
50-64 años	26	75.4	80.3	22.2	22.62	100		
Actitudes hacia el consumo								
18-33 años	258	54.0	53.8	12.3	21.15	86.54	16.475	.001
34-49 años	136	56.7	57.6	13.4	7.69	80.7		
50-64 años	26	61.9	62.5	10.2	40.38	82.69		

Nota. $\bar{X}$ = media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; *min*= mínimo; *max*= máximo; *H*= Estadístico de prueba; *p*= significancia.

En la tabla 43 se muestran los puntajes de las variables del estudio y las diferencias por edad, identificando diferencia significativa en los puntajes de ansiedad ($H= 16.707$, $p=.001$), en donde el grupo de 18 a 33 años de edad reportó una media más alta

($\bar{X}=25.1$, $Mdn=19.0$, $DE=22.6$) en comparación con los otros grupos. Referente a los síntomas

depresivos, se identificó diferencia significativa en los puntajes ($H=23.630$, $p=.001$), en donde el grupo de 18 a 33 años de edad reportó una media más alta ($\bar{X}=23.1$, $Mdn=18.5$, $DE=20.1$) en comparación con los otros grupos.

De acuerdo con el síndrome de burnout, se identificó diferencia significativa en los puntajes ($H=7.754$, $p=.021$), en donde el grupo de 34 a 49 años reportó media más alta ($\bar{X}=48.4$, $Mdn=47.7$, $DE=22.6$) que los otros grupos. De igual forma, se identificó diferencia significativa en los puntajes de clima organizacional ($H=6.472$, $p=.039$), en donde el grupo de 50 a 64 años obtuvo la media más alta ($\bar{X}=67.5$, $Mdn=68.5$, $DE=13.6$).

En cuanto a los puntajes de la percepción de políticas públicas se encontró diferencia significativa ($H=10.692$, $p=.005$), en donde el grupo de 50 a 64 años reportó media más alta ($\bar{X}=75.4$, $Mdn=80.3$, $DE=22.2$) que los demás grupos. De igual forma, los puntajes de las actitudes hacia el consumo reportaron diferencia significativa ($H=16.475$, $p=.001$), en donde el grupo de 50 a 64 años reportó media más alta ($\bar{X}=61.9$, $Mdn=62.5$, $DE=10.2$).

Tabla 44

Prueba U de Mann-Whitney para variables de estudio por sexo

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Ansiedad								
Masculino	124	19.3	14.2	20.5	0.00	100	16229.0	.060
Femenino	296	22.7	19.0	21.0	0.00	100		
Síntomas depresivos								
Masculino	124	17.0	12.9	15.9	0.00	85.1	16387.5	.082
Femenino	296	21.2	14.8	19.9	0.00	100		
Síndrome de burnout								
Masculino	124	47.0	47.7	12.7	5.30	83.3	17730.0	.584
Femenino	296	48.0	48.1	12.8	0.00	83.3		
Apoyo social								
Masculino	124	77.4	83.3	21.0	0.00	100	17177.5	.300
Femenino	296	80.4	83.3	18.0	0.00	100		

Nota. $\bar{X}$ = media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; *min*= mínimo; *max*= máximo; *H*= Estadístico de prueba; *p*= significancia.

Tabla 44*Prueba U de Mann-Whitney para variables de estudio por sexo (Continuación...)*

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Clima organizacional								
Masculino	124	59.8	60.3	16.4	13.79	100		
Femenino	296	60.2	59.4	14.6	18.1	100	18148.5	.858
Percepción de políticas públicas								
Masculino	124	67.5	66.6	18.1	9.52	100	18290.5	.957
Femenino	296	67.8	66.6	18.8	0.00	100		
Actitudes hacia el consumo								
Masculino	124	53.0	53.8	14.2	7.69	84.63	16003.0	.038
Femenino	296	56.3	55.7	11.9	17.31	86.5		

Nota. $\bar{X}$ = media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; *min*= mínimo; *max*= máximo; *H*= Estadístico de prueba; *p*= significancia.

En la tabla 44 se muestran los puntajes de las variables de estudio por sexo, se puede identificar que solamente existe diferencia significativa en los puntajes de las actitudes hacia el consumo ($U=16003.0$, $p=.038$) en donde el sexo femenino reportó media más alta ($\bar{X}=56.3$, $Mdn=55.7$, $DE=11.9$) en comparación con los hombres ($\bar{X}=53.0$, $Mdn=53.8$, $DE=14.2$).

De acuerdo con las medias obtenidas, se puede observar que el sexo femenino reportó medias más altas en la ansiedad ($\bar{X}=22.7$, $Mdn=19.0$, $DE=21.0$), síntomas depresivos ($\bar{X}=21.2$, $Mdn=14.8$, $DE=19.9$), síndrome de burnout ($\bar{X}=48.0$, $Mdn=48.1$, $DE=12.8$), apoyo social ($\bar{X}=80.4$, $Mdn=83.3$, $DE=18.0$), clima organizacional ($\bar{X}=60.2$, $Mdn=59.4$, $DE=14.6$) y percepción de políticas públicas ($\bar{X}=67.8$, $Mdn=66.6$, $DE=18.8$) en comparación con el sexo masculino.

Para dar respuesta al objetivo cuatro que fue identificar la relación de la escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout con el consumo de alcohol, los resultados se muestran en la tabla 45.

Tabla 45

Coeficiente de correlación de Spearman de variables del nivel intrapersonal con el consumo de alcohol

Variable	1	2	3
1. Ansiedad	-		
2. Síntomas depresivos	.644* (.001)	-	
3. Síndrome de burnout	.239* (.001)	.330* (.001)	-
4. Consumo de alcohol (AUDIT)	.216* (.001)	.210* (.001)	.165* (.001)

Nota. AUDIT= Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol; * $p < .001$.

La tabla 45 muestra la asociación entre las variables del nivel intrapersonal con el consumo de alcohol, la variable de ansiedad presentó relación positiva y significativa con los síntomas depresivos ($r_s = .644$, $p < .001$), el síndrome de burnout ($r_s = .239$, $p < .001$) y el consumo de alcohol AUDIT ($r_s = .216$, $p < .001$). La variable de síntomas depresivos mostraron relación positiva y significativa con el síndrome de burnout ($r_s = .330$, $p < .001$) y el consumo de alcohol AUDIT ($r_s = .210$, $p < .001$). De igual manera, el síndrome de burnout presentó relación positiva y significativa con el consumo de alcohol AUDIT ($r_s = .165$, $p < .001$). Lo que significa que a mayor ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout mayor es el consumo de alcohol (AUDIT) en el personal de salud.

Para dar respuesta al objetivo cinco que fue describir la relación del apoyo social con el consumo de alcohol, los resultados se muestran en la tabla 46.

Tabla 46

Coeficiente de Correlación de Spearman de variable del nivel interpersonal con el consumo de alcohol

Variable	1
1. Apoyo social	-
2. Consumo de alcohol (AUDIT)	-.068 (.167)

Nota. AUDIT= Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol.

En la tabla 46 no se encontró relación entre el apoyo social y el consumo de alcohol AUDIT ($r_s = -.068$, $p = .167$).

Para dar respuesta al objetivo seis que fue estimar la relación del clima organizacional con el consumo de alcohol, los resultados se muestran en la tabla 47.

Tabla 47

Coeficiente de Correlación de Spearman de variable del nivel organizacional con el consumo de alcohol

Variable	1
1. Clima organizacional	-
2. Consumo de alcohol (AUDIT)	-.033 (.496)

Nota. AUDIT= Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol.

En la tabla 47 no se identificó relación entre el clima organizacional y el AUDIT ($r_s = -.033$, $p = .496$).

Para dar respuesta al objetivo siete que fue estimar la relación de la percepción de políticas públicas con el consumo de alcohol, los resultados se muestran en la tabla 48.

Tabla 48

Coeficiente de Correlación de Spearman de variable del nivel políticas públicas con el consumo de alcohol

Variable	1
1. Percepción de políticas públicas	-
2. Consumo de alcohol (AUDIT)	-.291* (.001)

Nota. AUDIT= Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol; * $p < .001$.

En la tabla 48 se identificó relación negativa y significativa entre la percepción de políticas públicas y el AUDIT ($r_s = -.291$, $p < .001$).

Para dar respuesta al objetivo ocho que señala identificar la relación de las actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol, los resultados se muestran en la tabla 49.

Tabla 49

Coeficiente de Correlación de Spearman de variable del nivel cultura con el consumo de alcohol

Variable	1
1. Actitudes hacia el consumo	-
2. Consumo de alcohol (AUDIT)	-.406* (.001)

Nota. AUDIT= Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol; * $p < .001$.

En la tabla 49 se observa relación negativa y significativa entre las actitudes hacia el consumo y el consumo de alcohol AUDIT ($r_s = -.406$, $p < .001$).

Para dar respuesta a la hipótesis uno donde se planteó que la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout influyen en el consumo de alcohol, los resultados se muestran en las tablas 50 y 51.

Tabla 50

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método intro para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout y consumo de alcohol

	SC	gl	CM	F	p
Regresión	965.527	6	160.921	7.77	.001
Residuo	8543.451	413	20.686		
Total	9508.979	419			
	$R^2 = 10.2\%$				
Modelo 1		Coeficiente			
	β	EE	B	t	p
Constante	3.571	1.344		2.65	.008
Edad	-.061	.025	-.121	-2.46	.014
Sexo	1.730	.492	.166	3.51	.001
Escolaridad	-.206	.227	-.043	-.90	.366
Ansiedad	.027	.014	.118	1.85	.064
Síntomas depresivos	.013	.016	.053	.81	.414
Síndrome de burnout	.038	.018	.102	2.07	.038

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; SC= suma de cuadrados; gl= grados de libertad; CM= media cuadrática; F= estadístico F; p= significancia; β = beta no estandarizada; EE= error estándar; B= beta estandarizada; t= estadístico de prueba t.

En la tabla 50 observa que el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado por el método intro, indica que en conjunto fue significativo ($F_{(419)}=7.77$, $gl=6$, $p<.001$), con una varianza explicada del 10.2%. La edad mostró efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol ($\beta=-.061$, $p=.014$), el sexo masculino reportó efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol ($\beta=1.730$, $p<.001$), el síndrome de burnout reportó efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol ($\beta=.038$, $p=.038$).

Tabla 51

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método backward para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout y consumo de alcohol

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	965.527	6	160.921	1.77	.001
Residuo	8543.451	413	20.686		
Total	9508.979	419			
	$R^2 = 10.2\%$				
Modelo 1			Coeficiente		
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	3.571	1.344		2.65	.008
Edad	-.061	.025	-.121	-2.46	.014
Sexo	1.730	.492	.166	3.51	.001
Escolaridad	-.206	.227	-.043	-.90	.366
Ansiedad	.027	.014	.118	1.85	.064
Síntomas depresivos	.013	.016	.053	.81	.414
Síndrome de burnout	.038	.018	.102	2.07	.038
	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	934.218	4	233.554	11.30	.001
Residuo	8574.761	415	20.662		
Total	9508.979	419			
	$R^2 = 9.8\%$				
Modelo 3			Coeficiente		
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	3.253	1.262		2.57	.010
Edad	-.067	.024	-.134	-2.78	.006
Sexo	1.748	.488	.168	3.58	.001
Ansiedad	.034	.011	.151	3.03	.003
Síndrome de burnout	.040	.018	.108	2.21	.027

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; *SC*= suma de cuadrados; *gl*= grados de libertad; *CM*= media cuadrática; *F*= estadístico F; *p*= significancia; β = beta no estandarizada; *EE*= error estándar; *B*= beta estandarizada; *t*= estadístico de prueba t.

En la tabla 51 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado a través del método backward (hacia atrás), en el cual se obtuvieron tres modelos. El modelo fue significativo ($F_{(419)}=1.77$, $gl=6$, $p<.001$), mostrando una varianza explicada del 10.2%, las variables que mostraron un efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol fueron el sexo masculino ($\beta=1.730$, $p<.001$) y el síndrome de burnout ($\beta=.038$, $p=.038$), mientras que la edad presentó efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol ($\beta=-.061$, $p=.014$). Las variables de escolaridad, ansiedad y síntomas depresivos no mostraron efecto significativo.

Por otra parte, el modelo tres de igual manera fue significativo ($F_{(419)}=11.30$, $gl= 4$, $p<.001$), mostrando una varianza explicada del 9.8%, las variables que mostraron un efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol fueron el sexo masculino ($\beta=1.748$, $p<.001$), ansiedad ($\beta=.034$ $p=.003$), y el síndrome de burnout ($\beta=.040$, $p=.027$), mientras que la edad presentó efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol ($\beta=-.067$, $p=.006$).

Para dar respuesta a la hipótesis dos que fue, el apoyo social afecta el consumo de alcohol, los resultados se muestran en la tabla 52.

Tabla 52

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método intro para efecto del apoyo social con el consumo de alcohol

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	92.670	1	92.670	4.11	.043
Residuo	9416.309	418	22.527		
Total	9508.979	419			
	$R^2 = 1.0\%$				
Modelo 1		Coeficiente			
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	6.175	.998		6.19	.001
Apoyo social	-.025	.012	-.099	-2.02	.043

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; *SC*= suma de cuadrados; *gl*= grados de libertad; *CM*= media cuadrática; *F*= estadístico F; *p*= significancia; β = beta no estandarizada; *EE*= error estándar; *B*= beta estandarizada; *t*= estadístico de prueba t.

En la tabla 52 se puede observar que el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado por el método intro, indica que el modelo en conjunto fue significativo ($F_{(419)} = 4.11$, $gl=1$, $p=.043$), mostrando una varianza explicada del 1.0%. Donde el apoyo social mostró un efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol (β -.025, $p=.043$).

Para dar respuesta a la hipótesis tres que señala que el clima organizacional predice el consumo de alcohol los resultados se muestran en la tabla 53.

Tabla 53

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método intro para efecto del clima organizacional con el consumo de alcohol

	SC	gl	CM	F	p
Regresión	39.425	1	39.425	1.74	.188
Residuo	9469.554	418	22.654		
Total	9508.979	419			
	$R^2 = 4.0\%$				
Modelo 1	Coeficiente				
	β	EE	B	t	p
Constante	5.420	.948		5.71	.001
Clima organizacional	-.020	.015	-.064	-1.21	.188

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; SC= suma de cuadrados; gl= grados de libertad; CM= media cuadrática; F= estadístico F; p= significancia; β = beta no estandarizada; EE= error estándar; B= beta estandarizada; t= estadístico de prueba t.

En la tabla 53 se puede observar que el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado por el método intro, indica que el modelo en conjunto no fue significativo ($F_{(419)}=1.74$, $gl=1$, $p=.188$).

Para dar respuesta a la hipótesis cuatro que fue, la percepción de políticas públicas afecta el consumo de alcohol, los resultados se muestran en la tabla 54.

Tabla 54

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método intro para efecto de la percepción de políticas públicas con el consumo de alcohol

	SC	gl	CM	F	p
Regresión	727.861	1	727.861	34.64	.001
Residuo	8781.117	418	21.007		
Total	9508.979	419			
	$R^2 = 7.7\%$				
Modelo 1	Coeficiente				
	β	EE	B	t	p
Constante	9.004	.845		10.65	.001
Percepción de políticas públicas	-.071	.012	-.277	-5.88	.001

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; SC= suma de cuadrados; gl= grados de libertad; CM= media cuadrática; F= estadístico F; p= significancia; β = beta no estandarizada; EE= error estándar; B= beta estandarizada; t= estadístico de prueba t.

En la tabla 54 se puede observar que el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado por el método intro, indica que el modelo en conjunto fue significativo ($F_{(419)}=34.64$, $gl=1$, $p=.001$), mostrando una varianza explicada del 7.7%. La percepción de

políticas públicas mostró un efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol ($\beta = -.071$, $p = .001$).

Para dar respuesta a la hipótesis cinco que indica que las actitudes hacia el consumo influyen en el consumo de alcohol, los resultados se muestran en la tabla 55.

Tabla 55

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método intro para efecto de las actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol

	SC	gl	CM	F	p
Regresión	1352.894	1	1352.894	69.33	.001
Residuo	8156.085	418	19.512		
Total	9508.979	419			
	$R^2 = 14.2\%$				

Modelo 1		Coeficiente			
	β	EE	B	t	p
Constante	11.993	.960		12.49	.001
Actitudes hacia el consumo	-.141	.017	-.377	-8.32	.001

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; SC= suma de cuadrados; gl= grados de libertad; CM= media cuadrática; F= estadístico F; p= significancia; β = beta no estandarizada; EE= error estándar; B= beta estandarizada; t= estadístico de prueba t.

En la tabla 55 se puede observar que el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado por el método intro, indica que el modelo en conjunto fue significativo ($F_{(419)} = 69.33$, $gl = 1$, $p = .001$), mostrando una varianza explicada del 14.2%. Las actitudes hacia el consumo mostraron efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol ($\beta = -.141$, $p = .001$).

Para dar respuesta a la hipótesis seis que planteó, la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo influyen en el consumo de alcohol de acuerdo con las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, último año, último mes y últimos siete días los resultados se muestran en las tablas 56 a la 59.

Tabla 56

Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol alguna vez en la vida

	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Constante	3.219	1.617	3.963	1	.437	.047		
Sexo	.008	.018	.179	1	1.008	.672	.972	1.044
Edad	.235	.390	.363	1	1.249	.547	.589	2.715
Escolaridad	-.141	.183	.595	1	.869	.441	.607	1.242
Ansiedad	.020	.015	1.738	1	1.019	.187	.991	1.050
Síntomas depresivos	.036	.019	3.835	1	1.033	.050	1.000	1.076
Síndrome de burnout	.033	.015	4.951	1	1.033	.026	1.004	1.064
Apoyo social	.009	.009	1.009	1	1.009	.315	.991	1.028
Clima organizacional	.018	.011	2.730	1	1.015	.099	.997	1.041
Percepción de políticas públicas	-.035	.011	11.24	1	.971	.001	.946	.985
Actitudes hacia el consumo	-.046	.015	9.225	1	1.037	.002	.927	.984
Modelo 1 $\chi^2= 55.524$ gl= 10, $R^2= 24.8\%$, $p< .001$								
	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Síntomas depresivos	.048	.015	9.847	1	1.049	.002	1.018	1.081
Síndrome de burnout	.034	.015	5.326	1	1.034	.021	1.005	1.064
Percepción de políticas públicas	-.031	.010	9.874	1	.969	.002	.950	.988
Actitudes hacia el consumo	-.048	.015	10.34	1	.953	.001	.926	.981
Modelo 6 $\chi^2= 51.966$, gl= 5, $R^2= 23.3\%$, $p< .001$								

Nota. n= Muestra; β = Beta; EE= Error estándar; gl= Grados de libertad; OR= Razón de probabilidad; p= Significancia de p; IC95%= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 56 se observa el Modelo de Regresión Logística realizado por el método Wald para verificar las variables que mantienen contribución al modelo ($p<.05$). En el modelo 1 se

observa significancia estadística ($\chi^2=55.524$, $p<.001$) con una varianza explicada del 24.8%, donde las variables que contribuyeron al modelo de forma positiva y significativa fueron los síntomas depresivos ($\beta=.036$, $p=.050$) y síndrome de burnout ($\beta=.033$, $p=.026$), mientras que de forma negativa y significativa fue la percepción de políticas públicas ($\beta=-.035$, $p=.001$) y actitudes hacia el consumo ($\beta=-.046$, $p=.002$).

En el modelo 6 se observa significancia estadística ($\chi^2=51.966$, $p<.001$) con una varianza explicada del 23.3%, donde las variables que contribuyeron al modelo de forma positiva y significativa fueron los síntomas depresivos ($\beta=.048$, $p=.002$) y síndrome de burnout ($\beta=.034$, $p=.021$), mientras que la percepción de políticas públicas ($\beta=-.031$, $p=.002$) y actitudes hacia el consumo ($\beta=-.048$, $p=.001$) influyeron de forma negativa y significativa.

Los resultados anteriores indican el efecto significativo positivo de los síntomas depresivos y síndrome de burnout influyen como factor de riesgo para consumo de alcohol alguna vez en la vida y la percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo indican efecto negativo significativo que influye como factor protector en el consumo de alcohol alguna vez en la vida.

Tabla 57

Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en el último año

	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Constante	2.056	1.167	3.101	1	7.811	.078		
Sexo	-.012	.014	.730	1	.989	.393	.963	1.015
Edad	.407	.286	2.021	1	1.502	.155	.857	2.631
Escolaridad	-.205	.128	2.580	1	.814	.108	.634	1.046
Ansiedad	.004	.009	.258	1	1.004	.611	.987	1.022

Nota. n= Muestra; β = Beta; EE= Error estándar; gl= Grados de libertad; OR= Razón de probabilidad; p= Significancia de p; IC95%= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 57

Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en el último año (Continuación...)

	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Constante	2.056	1.167	3.101	1	7.811	.078		
Sexo	-.012	.014	.730	1	.989	.393	.963	1.015
Edad	.407	.286	2.021	1	1.502	.155	.857	2.631
Escolaridad	-.205	.128	2.580	1	.814	.108	.634	1.046
Ansiedad	.004	.009	.258	1	1.004	.611	.987	1.022
Síntomas depresivos	-.002	.010	.057	1	.998	.812	.979	1.017
Síndrome de burnout	.045	.011	17.58	1	1.046	.001	1.024	1.068
Apoyo social	.007	.007	1.137	1	1.007	.286	.994	1.021
Clima organizacional	.020	.008	5.847	1	1.020	.016	1.004	1.037
Percepción de políticas públicas	-.029	.007	15.38	1	.971	.001	.957	.986
Actitudes hacia el consumo	-.035	.011	10.58	1	.966	.001	.945	.986
Modelo 1 $\chi^2 = 67.317$, gl= 10, $R^2 = 21.9\%$, $p < .001$								
	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Constante	2.581	.990	6.798	1	13.20	.009		
Síndrome de burnout	.046	.010	19.75	1	1.047	.001	1.026	1.068
Clima organizacional	.020	.008	6.073	1	1.020	.014	1.004	1.036

Nota. n= Muestra; β = Beta; EE= Error estándar; gl= Grados de libertad; OR= Razón de probabilidad; p= Significancia de p; IC95%= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 57

Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en el último año (Continuación...)

	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Constante	2.581	.990	6.798	1	13.20	.009		
Percepción de políticas públicas	-.029	.007	15.89	1	.972	.001	.958	.986
Actitudes hacia el consumo	-.038	.010	13.15	1	.963	.001	.943	.983
Modelo 6 $\chi^2=63.465$, $gl=5$, $R^2=20.7\%$, $p<.001$								

Nota. n= Muestra; β = Beta; EE= Error estándar; gl= Grados de libertad; OR= Razón de probabilidad; p= Significancia de p; IC95%= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 57 se observa el Modelo de Regresión Logística realizado por el método Wald para verificar las variables que mantienen contribución al modelo ($p<.05$). En el modelo 1 se observa significancia estadística ($\chi^2=67.317$, $p<.001$) con una varianza explicada del 21.9%, donde las variables que contribuyeron al modelo de forma positiva y significativa fueron el síndrome de burnout ($\beta=.045$, $p=.001$) y clima organizacional ($\beta=.020$, $p=.016$), mientras que de forma negativa y significativa fue la percepción de políticas públicas ($\beta=-.029$, $p=.001$) y actitudes hacia el consumo ($\beta=-.035$, $p=.001$).

En el modelo 6 se observa significancia estadística ($\chi^2=63.465$, $p<.001$) con una varianza explicada del 20.7%, donde las variables que contribuyeron al modelo de forma positiva y significativa fueron síndrome de burnout ($\beta=.046$, $p=.001$) y clima organizacional ($\beta=.020$, $p=.014$) mientras que de forma negativa y significativa fue la percepción de políticas públicas ($\beta=-.029$, $p=.001$) y actitudes hacia el consumo ($\beta=-.038$, $p=.001$).

Los resultados anteriores indican el efecto significativo positivo del síndrome de burnout y clima organizacional influyen como factor de riesgo para consumo de alcohol en el último año y la percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo indican efecto negativo significativo que influye como factor protector en el consumo de alcohol en el último año.

Tabla 58

Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en el último mes

	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Constante	2.644	1.053	6.305	1	14.07	.012		
Sexo	.430	.241	3.192	1	1.5.38	.074	.959	2.465
Edad	-.004	.012	.122	1	.996	.727	.972	1.020
Escolaridad	-.086	.109	.617	1	.918	.432	.740	1.137
Ansiedad	-.005	.007	.426	1	.995	.514	.982	1.009
Síntomas depresivos	-.001	.008	.020	1	.999	.888	.984	1.014
Síndrome de burnout	.028	.009	9.397	1	1.028	.002	1.010	1.047
Apoyo social	.001	.006	.001	1	1.000	.983	.988	1.012
Clima organizacional	.008	.007	1.299	1	1.008	.254	.994	1.023
Percepción de políticas públicas	-.016	.006	7.031	1	.984	.008	.972	.996
Actitudes hacia el consumo	-.050	.010	27.15	1	.951	.001	.933	.969
Modelo 1 $\chi^2= 65.447$, $gl= 10$, $R^2= 19.3\%$, $p< .001$								
	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Constante	2.717	.737	13.57	1	15.13	.001		
Síndrome de burnout	.024	.008	8.204	1	1.025	.004	1.008	10.42
Percepción de políticas públicas	-.016	.006	6.679	1	.985	.010	.973	.996
Actitudes hacia el consumo	-.049	.009	27.28	1	.952	.001	.935	.979
Modelo 7 $\chi^2= 62.024$, $gl= 4$, $R^2= 18.4\%$, $p< .001$								

Nota. n= Muestra; β = Beta; EE= Error estándar; gl= Grados de libertad; OR= Razón de probabilidad; p= Significancia de p; IC95%= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 58 se observa el Modelo de Regresión Logística realizado por el método wald para verificar las variables que mantienen contribución al modelo ($p < .05$). En el modelo 1 se observa significancia estadística ($\chi^2 = 65.447$, $p < .001$) con una varianza explicada del 19.3%, donde la variable que contribuyó al modelo de forma positiva y significativa fue el síndrome de burnout ($\beta = .028$, $p = .002$), mientras que de forma negativa y significativa fue la percepción de políticas públicas ($\beta = -.016$, $p = .008$) y actitudes hacia el consumo ($\beta = -.050$, $p = .001$).

En el modelo 7 se observa significancia estadística ($\chi^2 = 62.024$, $p < .001$) con una varianza explicada del 18.4%, donde la variable que contribuyó al modelo de forma positiva y significativa fue el síndrome de burnout ($\beta = .024$, $p = .004$), mientras que de forma negativa y significativa fue la percepción de políticas públicas ($\beta = -.016$, $p = .010$) y actitudes hacia el consumo ($\beta = -.049$, $p = .001$).

Los resultados anteriores indican el efecto significativo positivo del síndrome de burnout que influye como factor de riesgo para consumo de alcohol en el último mes y la percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo influye como factor protector para consumo de alcohol en el último mes.

Tabla 59

Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en los últimos siete días

	β	EE	Wald	gl	OR	p	IC 95%	
							LI	LS
Constante	1.174	1.091	1.158	1	3.235	.282		
Sexo	.322	.247	1.701	1	1.380	.192	.850	2.240
Edad	-.007	.013	.302	1	.993	.582	.967	1.019
Escolaridad	-.015	.116	.016	1	.985	.898	.785	1.237
Ansiedad	-.014	.007	3.670	1	.986	.055	.972	1.000
Síntomas depresivos	-.001	.008	.022	1	.999	.883	.983	1.015
Síndrome de burnout	.030	.010	9.564	1	1.031	.002	1.011	1.051
Apoyo social	-.003	.006	.298	1	.997	.585	.985	1.009
Clima organizacional	.008	.008	1.175	1	1.008	.278	.993	1.024

Nota. n= Muestra; β = Beta; EE= Error estándar; gl= Grados de libertad; OR= Razón de probabilidad; p= Significancia de p; IC95%= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; R^2 = coeficiente de determinación.

Tabla 59

Modelo de Regresión Logística por método Wald para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol en los últimos siete días (Continuación...)

	β	EE	Wald	gl	OR	p	LI	IC 95% LS
Constante	1.174	1.091	1.158	1	3.235	.282		
Percepción de políticas públicas	-.006	.006	.909	1	.994	.340	.981	1.007
Actitudes hacia el consumo	-.051	.010	25.60	1	.951	.001	.932	.969
Modelo 1 $\chi^2=52.861$, $gl=10$, $R^2=16.1\%$, $p<.001$								
	β	EE	Wald	gl	OR	p	LI	IC 95% LS
Constante	1.047	.686	2.331	1	2.850	.127		
Ansiedad	-.014	.006	5.619	1	.986	.018	.975	.998
Síndrome de burnout	.028	.009	8.930	1	1.029	.003	1.010	1.048
Actitudes hacia el consumo	-.054	.010	31.39	1	.948	.001	.930	.966
Modelo 8 $\chi^2=48.363$, $gl=3$, $R^2=15.3\%$, $p<.001$								

Nota. n= Muestra; β = Beta; EE= Error estándar; gl= Grados de libertad; OR= Razón de probabilidad; p= Significancia de p; IC95%= Intervalo de confianza; LI= Límite inferior; LS= Límite superior; R^2 = coeficiente de determinación.

En la tabla 59 se observa el Modelo de Regresión Logística realizado por el método Wald para verificar las variables que mantienen contribución al modelo ($p<.05$). En el modelo 1 se observa significancia estadística ($\chi^2=52.861$, $p<.001$) con una varianza explicada del 16.1%, donde las variables que contribuyeron al modelo de forma positiva y significativa fue el síndrome de burnout ($\beta=.030$, $p=.002$), mientras que de forma negativa y significativa fue las actitudes hacia el consumo ($\beta=-.051$, $p=.001$).

En el modelo 8 se observa significancia estadística ($\chi^2=48.363$, $p<.001$) con una varianza explicada del 11.8%, donde las variables que contribuyeron al modelo de forma positiva y significativa fue el síndrome de burnout ($\beta=.028$, $p=.003$), mientras que de forma negativa y significativa fue la ansiedad ($\beta=-.014$, $p=.018$) y actitudes hacia el consumo ($\beta=-.054$, $p=.001$).

Los resultados anteriores indican el efecto significativo positivo del síndrome de burnout que influye como factor de riesgo para consumo de alcohol en los últimos siete días y la ansiedad

y actitudes hacia el consumo influyen como factor protector para el consumo de alcohol en los últimos siete días.

Para dar respuesta al objetivo general que fue determinar la capacidad explicativa de una Teoría de Rango Medio a través de la perspectiva teórica del Modelo socio ecológico de consumo de alcohol en personal de salud, los resultados se muestran en las tablas 60 – 61.

Tabla 60

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método intro para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol

	SC	gl	CM	F	p		
Regresión	2323.860	10	232.386	13.22	.001		
Residuo	7185.118	409	17.568				
Total	9508.979	419					
	$R^2 = 24.4\%$						
Modelo 1	Coeficiente						
	β	EE	B	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Constante	12.961	1.987		6.523	.412	9.055	16.86
Edad	-.021	.023	-.042	-.913	.454	-.067	.025
Sexo	1.248	.460	.120	2.716	.021	.345	2.152
Escolaridad	-.351	.212	-.074	-1.659	.094	-.767	.065
Ansiedad	.028	.013	.125	2.118	.062	.002	.055
Síntomas depresivos	.003	.015	.011	.185	.842	-.027	.032
Síndrome de burnout	.037	.017	.101	2.194	.010	.004	.071
Apoyo social	-.011	.011	-.043	-.958	.394	-.033	.011
Clima organizacional	.005	.014	.016	.350	.840	-.023	.032

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; SC= suma de cuadrados; gl= grados de libertad; CM= media cuadrática; F= estadístico F; p= significancia; β = beta no estandarizada; EE= error estándar; B= beta estandarizada; t= estadístico de prueba t; IC95%= Intervalo de confianza a 95% bootstrap.

Tabla 60

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método intro para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol (Continuación...)

	β	EE	B	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Constante	12.961	1.987		6.523	.412	9.055	16.86
Percepción de políticas públicas	-.047	.012	-.183	-4.040	.010	-.069	-.024
Actitudes hacia el consumo	-.113	.017	-.303	-6.683	.001	-.146	-.080

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; SC= suma de cuadrados; gl= grados de libertad; CM= media cuadrática; F= estadístico F; p= significancia; β = beta no estandarizada; EE= error estándar; B= beta estandarizada; t= estadístico de prueba t; IC95%= Intervalo de confianza a 95% bootstrap.

En la tabla 60 se puede observar que el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado por el método intro, indica que el modelo en conjunto fue significativo ($F_{(419)}=13.22$, $gl= 10$, $p< .001$), mostrando una varianza explicada del 24.4%. El sexo masculino ($\beta=1.248$, $p=.021$) y síndrome de burnout ($\beta=.037$, $p=.010$), mostraron efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol. Mientras que la percepción de políticas públicas ($\beta=-.047$, $p=.010$) y actitudes hacia el consumo ($\beta=-.113$, $p=.001$) mostraron efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol.

Tabla 61

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método backward para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Regresión	2323.860	10	232.386	13.22	.001		
Residuo	7185.118	409	17.568				
Total	9508.979	419					
	$R^2 =$						
	24.4%						
Modelo 1	Coeficiente						
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
						<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	12.961	1.987		6.523	.412	9.055	16.86
Edad	-.021	.023	-.042	-.913	.454	-.067	.025
Sexo	1.248	.460	.120	2.716	.021	.345	2.152
Escolaridad	-.351	.212	-.074	-1.659	.094	-.767	.065
Ansiedad	.028	.013	.125	2.118	.062	.002	.055
Síntomas depresivos	.003	.015	.011	.185	.842	-.027	.032
Síndrome de burnout	.037	.017	.101	2.194	.010	.004	.071
Apoyo social	-.011	.011	-.043	-.958	.394	-.033	.011
Clima organizacional	.005	.014	.016	.350	.840	-.023	.032
Percepción de políticas públicas	-.047	.012	-.183	-4.040	.010	-.069	-.024
Actitudes hacia el consumo	-.113	.017	-.303	-6.683	.001	-.146	-.080

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *SC*= suma de cuadrados, *gl*= grados de libertad, *CM*= media cuadrática, *F*= estadístico F, *p*= significancia, β = beta no estandarizada, *EE*= error estándar, *B*= beta estandarizada, *t*= estadístico de prueba t, IC95%= Intervalo de confianza a 95%.

Tabla 61

Modelo de Regresión Lineal Múltiple por método backward para efecto de la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivo, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol (Continuación...)

	SC	gl	CM	F	p		
Regresión	2290.939	6	381.823	21.84	.001		
Residuo	7218.040	413	17.477				
Total	9508.979	419					
	$R^2 =$						
	24.1%						

Modelo 5	Coeficiente						
	β	EE	B	t	p	IC 95%	
						LI	LS
Constante	11.998	1.496		8.018	.001	9.057	14.940
Sexo	1.271	.455	.122	2.795	.005	.377	2.165
Ansiedad	.034	.010	.148	3.279	.001	.013	.054
Síndrome de burnout	.037	.017	.100	2.225	.027	.004	.070
Percepción de políticas públicas	-.049	.011	-.192	-4.350	.001	-.071	-.027
Actitudes hacia el consumo	-.114	.017	-.306	-6.852	.001	-.147	-.081

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, SC= suma de cuadrados, gl= grados de libertad, CM= media cuadrática, F= estadístico F, p= significancia, β = beta no estandarizada, EE= error estándar, B= beta estandarizada, t= estadístico de prueba t, IC95%= Intervalo de confianza a 95%.

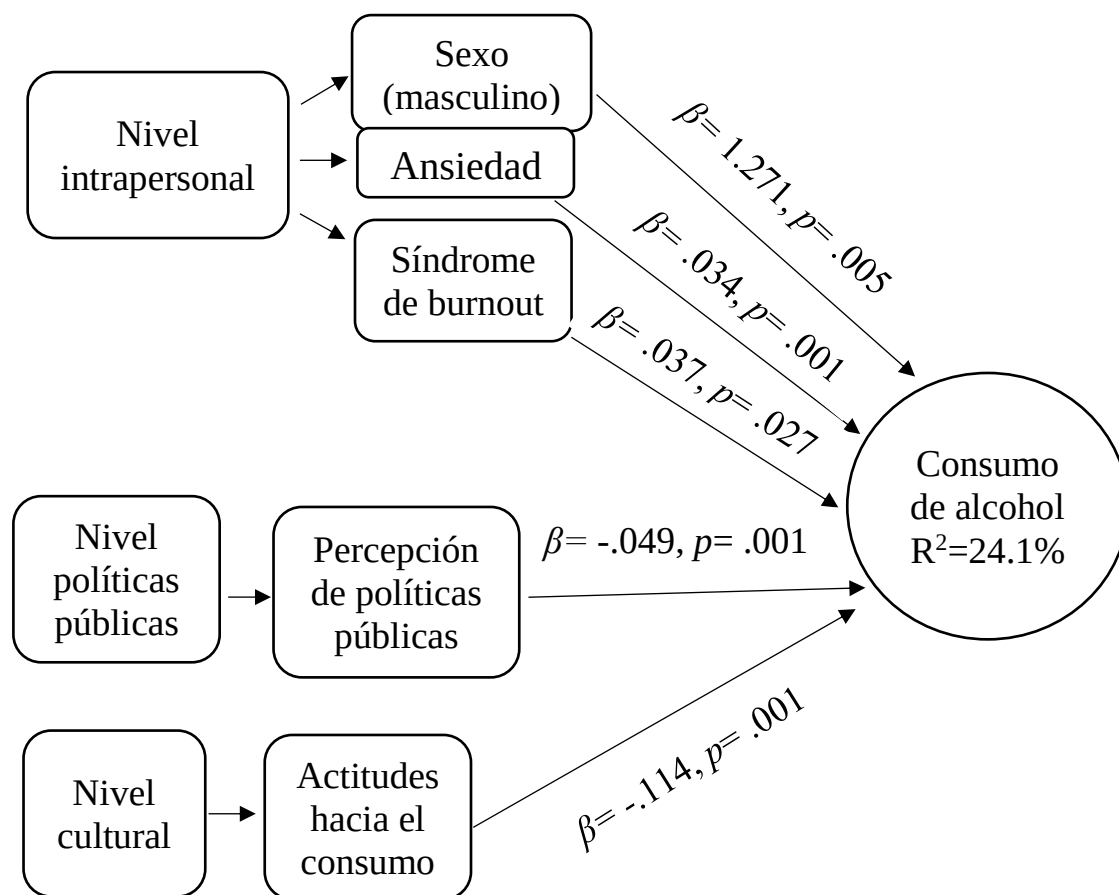
En la tabla 61 se puede observar que el Modelo de Regresión Lineal Múltiple realizado a través del método backward (hacia atrás), en el cual se obtuvieron cinco modelos. El modelo 1 indica que fue significativo ($F_{(419)}=13.22$, $gl= 10$, $p<.001$), mostrando una varianza explicada del 24.4%. El sexo masculino ($\beta= 1.248$, $p=.021$) y síndrome de burnout ($\beta=.037$, $p=.010$) mostraron efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol. Mientras que la percepción de políticas públicas ($\beta=-.047$, $p=.010$) y actitudes hacia el consumo ($\beta=-.113$, $p=.001$) mostraron efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol.

Por otra parte, el modelo 5 fue significativo ($F_{(419)}= 21.84$, $gl= 6$, $p<.001$), mostrando una varianza explicada del 24.1%, las variables que mostraron un efecto positivo y significativo con el consumo de alcohol fueron el sexo masculino ($\beta=1.271$, $p=.005$), ansiedad ($\beta=.034$, $p=.001$) y síndrome de burnout ($\beta=.037$, $p=.027$), mientras que la percepción de políticas públicas

($\beta = -.049$, $p = .001$) y actitudes hacia el consumo ($\beta = .114$, $p = .001$) presentaron efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol.

Figura 4

Comprobación del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud.



Nota: β = Beta, p = significancia observada.

En la figura 4 se observa de manera gráfica el efecto de las variables del Modelo Socio Ecológico de Consumo de Alcohol en Personal de Salud.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se discuten los hallazgos documentados en personal de salud de dos instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención de la zona metropolitana de Nuevo León. Además, fue factible la aplicación empírica de la Teoría de Rango Medio “Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud” a partir del Modelo Socio Ecológico de McLeroy et al. (1988).

Respecto a las características sociodemográficas del personal de salud, hubo mayor prevalencia del sexo femenino, grupo de edad de 18 a 33 años y mayormente de profesión enfermería. Estos datos coinciden con las características reportadas en personal de salud en Madrid según Álvarez et al. (2020) y en auxiliares de enfermería colombianos por Londoño y Álvarez (2017), mientras que difiere con lo documentado por Vicente-Herrero et al. (2018) en trabajadores sanitarios españoles.

Esto podría deberse a que aproximadamente dos terceras partes de los participantes fueron personal de enfermería, siendo una carrera donde predomina el sexo femenino, lo cual es representado por el 90% del total de enfermeros a nivel internacional. Así mismo, esta profesión incorpora más de la mitad del personal de salud a nivel mundial, lo cual coincide con la OMS (2020) donde refieren que más de la mitad de los profesionales de la salud pertenecen a esta profesión, llegando a reportar que nueve de cada diez profesionales de enfermería son mujeres, siendo la Región de las Américas quien posee mayor población. En el contexto mexicano podría deberse a que la enfermería es una disciplina que ha ido en incremento al tener gran número de instituciones con oferta educativa de la disciplina en un lapso menor al comparado con una carrera de estudios superior, por tal motivo egresan a edades más jóvenes.

El personal de salud en esta muestra en su mayoría presentaba estudios de licenciatura, seguido de estudios generales, sin embargo, en el ambiente hospitalario suelen desempeñarse como enfermeros generales. Esto concuerda con lo reportado en personal sanitario de Grecia por Saridi et al. (2016) y difiere con Morales-Castillo et al. (2021) y Castillo-Martínez et al. (2022), quienes identificaron mayor prevalencia de enfermeros generales en México. Lo anterior se presenta debido a que las unidades hospitalarias de tercer nivel de atención que se incluyeron en el estudio no cuentan con la misma norma de categoría laboral, por tal motivo es probable que

algunos participantes tengan estudios de licenciatura y se desempeñen en la categoría de enfermería general (Secretaría de Salud, 2024).

En relación con las prevalencias de consumo de alcohol, se observó que el 89% del personal de salud ha consumido alcohol alguna vez en la vida, 74.8% en el último año, 55% en el último mes y 31.4% en la última semana. Estos datos indican que más de la mitad de los participantes quienes en su mayoría fueron del sexo femenino, presentaron consumo actual de alcohol, lo que coincide con lo reportado por Castillo-Martínez et al. (2022) en personal de enfermería y Vidales-Jara et al. (2020) en profesionales de salud, ambos estudios realizados en México.

Una posible explicación pudiera ser que el personal de salud es responsable de promover estilos de vida saludables y es considerado por la sociedad como un modelo de integridad y un ejemplo a seguir (Monakali et al., 2019). Además, desempeñan un papel fundamental en la protección del cuidado de las personas, especialmente en contextos donde en ocasiones son el único recurso humanos disponible para las comunidades lo cual puede representar una carga por el hecho de la imagen que debe mostrar ante los usuarios (OPS, 2021). Aunado a esto, las consecuencias sociales negativas del consumo y los acontecimientos estresantes pueden desencadenar repuestas psicológicas o conductuales que interfieran en la capacidad de adaptación, desencadenando deterioro laboral (Obadeji et al., 2018).

En relación con el primer objetivo específico, respecto a la edad no se encontró diferencia significativa en ninguna prevalencia de consumo de alcohol. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Obadeji et al. (2018) y Alvarado et al. (2022) quienes de forma similar no identificaron diferencia significativa por edad. Esto podrían deberse a que el personal de salud realiza jornadas laborales extensas e irregulares que repercuten en la productividad laboral, aunado a que se encargan de brindar un cuidado de calidad, por lo cual pueden experimentar el uso de alcohol para obtener los efectos de la sustancia y elevar el estado de alerta y rendimiento (López et al., 2024; OMS, 2024).

Otro determinante que influye para que se presente el consumo en proporciones similares por edad en el personal de salud es la disponibilidad y comercialización que se tiene a la sustancia ya que al ser considerado una droga lícita, la adquisición es más sencilla al encontrarse en múltiples puntos de venta. Así mismo, aspectos como la cultura funge un rol importante por el hecho de que la ingesta de alcohol es considerada socialmente aceptable en reuniones y

eventos, lo cual llega a minimizar la percepción negativa de la sustancia, por tal motivo, el personal de salud pudo haber incrementado el consumo (OMS, 2024; Rodríguez-Aguilar et al., 2022).

Las prevalencias de consumo de alcohol por sexo mostraron diferencia significativa en el consumo actual y últimos siete días, reportando mayor consumo el sexo masculino. Estos resultados concuerdan con Ramírez-Toscano et al. (2023), Beiter et al. (2022) y Junqueira et al. (2018) quienes reportaron mayor consumo en el sexo masculino. Sin embargo, difiere con Alvarado et al. (2022), Londoño y Álvarez (2017) y Londoño et al. (2017) al identificar mayor consumo en el sexo femenino.

Tradicionalmente el sexo masculino ha representado en mayor proporción el consumo de múltiples sustancias psicoactivas, entre ellas el alcohol, en parte por factores relacionados con el estigma social y la cultura del contexto, favoreciendo a mayor consumo frecuente en comparación con las mujeres (OMS, 2023). En este sentido, ingerir alcohol en ellos es catalogado socialmente aceptable y es visto de forma normal en público generando una percepción que refuerza la masculinidad creando menor percepción de riesgo ante la sustancia (Ministerio de salud, 2021; Monakali et al., 2019).

En el mundo se ha identificado que el sexo masculino ingiere alcohol en mayor proporción a pesar de la disminución en las brechas de género, sin embargo, estas variaciones dependen de cada país y la culturas en la que se desenvuelven. Esto sugiere que los roles de género establecidos por las características propias de cada país son definitorios al momento de establecer el consumo de alcohol por sexo (White, 2020).

Para dar respuesta al objetivo específico dos que fue identificar los tipos de consumo de alcohol por edad y sexo. Estos datos concuerdan con lo identificado por Monakali et al. (2019) quienes obtuvieron mayor consumo en el grupo poblacional de 21 a 30 años de personal de salud en Sudáfrica, así como la ENCODAT (INPRFM et al., 2017) quienes reportaron mayor consumo de riesgo en población de 18 a 65 años. Esto puede deberse a que el personal de salud transita por la adultez temprana, etapa en la cual se busca la realización personal de forma laboral y profesional, por lo tanto, se presentan cambios que no son habituales y una forma de sobrellevar es por medio del consumo de alcohol, como medida de relajación.

En este sentido, Wijeratne et al. (2021) identificaron consumo de riesgo en médicos de Australia quienes reportaron mayor consumo en médicos jóvenes, así mismo, Jaguga et al. (2022)

obtuvieron que el personal de salud de Kenia tenía consumo de riesgo, sin embargo, dicho estudio reporta cifras similares de consumo en distintos grupos poblacionales.

Esto puede presentarse debido a que el personal de salud dentro de este grupo de edad presenta mayor vulnerabilidad frente a situaciones sociales y laborales, por lo cual, el consumo de esta sustancia puede desarrollar diversos trastornos (Portela et al., 2015). Aunado a esto, el estudio se realizó después de la pandemia de COVID-19, tiempo en el cual la sobrecarga de cansancio y presencia de problemas intrapersonales se reportó en proporciones mayores en adultos jóvenes, lo que pudo haber generado consumo de alcohol como una forma de sobrellevar esta situación (Gobierno de México, 2021).

En el tipo de consumo de alcohol por sexo, se identificó diferencia significativa en los tres tipos de consumo de alcohol, en el consumo de riesgo predominó el sexo femenino, lo cual concuerda con Castillo-Martínez et al. (2022) y Osorio et al. (2020), mientras que en el consumo dependiente y perjudicial fue el masculino, similar a lo reportado por Obadeji et al. (2018) y León-Seminario y Peña-Sánchez (2018).

Estos resultados podrían explicarse en parte por la transición en la que se encuentra actualmente la sociedad, en la cual, el sexo femenino está adoptando medidas de mayor ingesta que anteriormente eran exclusivas de los hombres, ocasionando disminución en las prevalencias de consumo por sexo, sin embargo, en el intento de replicar esta conducta, con la finalidad de lograr el mismo efecto, tienden a consumir mayor cantidad de bebidas generando cifras similares al momento de recibir tratamiento (White, 2020; NIH, 2024).

Aunado a esto, en México no se cuenta con suficiente personal de salud para brindar atención a la población general. Respecto al personal médico, en el año 2021 se reportó poco más de 92 mil médicos, de los cuales solo 17 mil estaban de tiempo completo en un hospital. Por otra parte, el personal de enfermería cuenta con tres enfermeros por cada mil habitantes, de los cuales, más de tres cuartas partes son mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021b; 2022). En base a esto, el personal de salud pudiera ingerir alcohol a causa de la sobrecarga de pacientes, el exceso de tareas y cansancio.

En el objetivo específico tres que planteó describir la ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo por edad y sexo se obtuvieron diferencias significativas por edad en

ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo.

Referente a la ansiedad, los resultados obtenidos en el estudio concuerdan con Monterrosa-Castro et al. (2020) en médicos de Colombia quienes identificaron diferencia significativa con mayor prevalencia entre los 21 y 30 años, de igual forma, Cheung y Yip (2015) obtuvieron diferencia significativa en enfermeros de Hong Kong con mayor proporción en el grupo de 25 a 34 años. Por otra parte, difiere con los resultados de Morawa et al. (2021) y Jaguga et al. (2022) en personal de salud en Alemania y Kenia.

Los resultados de síntomas depresivos son similares a lo reportado por Mousa et al. (2016) en estudiantes de medicina en Estados Unidos, quienes encontraron diferencia significativa en edad, con mayor proporción en el grupo de 18 a 24 años. Por lo contrario, difiere con lo informado por Li et al. (2020) y Prado et al. (2022), en profesionales de enfermería en Brasil, los cuales identificaron mayor prevalencia de síntomas depresivos en población mayor a 41 años.

Estos resultados pudieran explicarse ya que la literatura menciona que los adultos jóvenes tienen mayor probabilidad de presentar ansiedad acompañada de depresión o viceversa, debido al miedo o preocupación excesiva ante situaciones como el inicio laboral y el exceso de trabajo aunado a distintos factores sociales y biológicos (NIH, 2024b). Mientras que el personal de salud con edad mayor a los 40 años tiende a reflejar menor presencia de trastornos de ansiedad y síntomas depresivos, sin embargo, puede presentar otros tipos de trastorno debido a factores como enfermedades crónicas y aislamiento (Turan et al., 2022).

Otra posible explicación es que en México para el año 2021 se presentó un incremento en las personas que ejercen la enfermería, en donde el 33% era representada por edades entre 15 y 29 años, lo que supone en la actualidad esta cifra puede haber incrementado, por tal motivo predominó ese grupo de edad (INEGI, 2022). También pueden influir factores como la escasa experiencia para afrontar las situaciones laborales, así como que se encuentran en el punto de formalización de vida familiar, estabilidad económica entre otros factores, lo que puede generar ansiedad y estrés.

Los puntajes obtenidos del síndrome de burnout, son similares a lo reportado por Hu et al. (2020) y Rocha et al. (2019) quienes identificaron diferencia significativa por edad en personal de enfermería de China y Brasil. Mientras que difiere con Rodríguez et al. (2018) los cuales, no

reportaron diferencia significativa en personal de salud en México. Además, Bahía et al. (2022) obtuvieron puntajes más altos en población mayor de 45 años. Sin embargo, no se identificó diferencia estadísticamente significativa en personal de enfermería en Arabia Saudita.

Lo anterior podría deberse a que el personal de salud joven se encuentra en una etapa donde inicia su vida laboral y no tiene carga de trabajo acumulada en comparación con el personal de mayor antigüedad, por lo cual puede presentar falta de compromiso en el trabajo (Rocha et al., 2019). Dicho esto, la población que reportó mayor recurrencia es más probable que tenga familia conformada por conyugue e hijos, por lo tanto, tiene mayor posibilidad de presentar responsabilidades distintas a los adultos jóvenes.

La literatura refiere que tener edad entre los 35 y 45 años es un factor para la presencia de burnout, aunado a esto, existen factores como el tiempo que lleva ejerciendo la profesión, la antigüedad laboral en una misma institución, las jornadas laboradas y en ocasiones el poco reconocimiento de los logros obtenidos que ocasionan una exigencia emocional y física que cambian el estilo de vida hasta llegar al bajo desempeño (Serna y Martínez, 2020).

Por otra parte, respecto al apoyo social no se reportó diferencia significativa. Estos datos difieren con lo reportado por Ahmed y Malek (2016), así como Zhao et al. (2021) quienes encontraron diferencia significativa por edad con puntajes más altos de apoyo social en personas menores de 30 años. Una explicación ante los hallazgos en el presente estudio podría ser que el personal de salud percibe un apoyo social favorable de la familia, amigos y otras personas significativas en su vida, lo cual respalda lo encontrado por Abdulmohdi (2023) quien refiere mayor apoyo social hacia el personal de salud.

En este sentido, el apoyo que recibe el personal de salud es de gran importancia al generar mayor nivel de motivación ante las exigencias del entorno durante la jornada laboral. Así mismo, genera sensación de tranquilidad, pertenencia, actitud positiva y menor aislamiento, ayudando a manejar el estrés y agotamiento emocional. Por tal motivo, en el presente estudio las relaciones interpersonales en el entorno de trabajo pueden fungir como factor protector para el bienestar del individuo (Bordalejo y Napoli, 2020).

Otra variable que obtuvo diferencia significativa fue el clima organizacional. El presente estudio se llevó a cabo en dos instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención, dichas instituciones cuentan con organizaciones internas distintas, pudiendo representar un factor importante en los hallazgos identificados. En este sentido, el clima organizacional en el área

hospitalaria se basa en la percepción individual del personal de salud a partir de características personales y del entorno que pueden generar una influencia al momento de percibir el sentido de pertenencia en la institución, así como en las relaciones personales y en el desempeño laboral.

Sin embargo, se ha identificado que el personal de salud joven requiere de mayor seguimiento y capacitación que los de mayor edad ya que tienen más dudas y pueden generar errores en los procedimientos, motivo por el cual pueden percibir un clima organizacional más desfavorable (Bordalejo y Napoli, 2020). Respecto al grupo que prevaleció, se encuentran en una edad con mayor experiencia al momento de tomar decisiones racionales para hacer frente y resolver los desafíos adecuadamente. También en esta edad se desarrolla ampliamente la percepción en el ambiente a través del logro de metas personales y grupales, mediante el liderazgo de los superiores para impulsar la motivación en el logro de metas y en la autonomía en el trabajo (Patlán y Flores, 2013).

Otro aspecto que se evaluó fue la percepción de políticas públicas, dicho concepto reflejó diferencia significativa en los puntajes por edad. Este resultado podría explicarse por el hecho que la adultez temprana refiere ser una etapa donde se producen cambios en el funcionamiento del cerebro que continua hasta mediados de los veinte años, aunado a esto se ha identificado que el consumo de alcohol es predominante en estas edades, motivo por el cual pueden tener una percepción negativa hacia las políticas actuales en contra del consumo de alcohol (NIH, 2024c; OPS, 2021). Así mismo, la venta de la sustancia fuera del horario permitido, los múltiples puntos de venta, los eventos sociales donde se ingiera la sustancia, entre otros factores hacen que la percepción sea distinta en los grupos de edad.

Las personas adultas de mediana edad no sienten atracción por la publicidad respecto al consumo de alcohol realizada a través de distintos medios, esto puede generar conductas a positivas hacia las políticas de prevención en materia de alcohol. De igual manera, a medida que avanza la edad se adquieren mayores responsabilidades, factores que pueden influir para reducir el consumo de alcohol (Monakali et al., 2019).

Referente a las actitudes hacia el consumo, se identificó diferencia significativa en la edad. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Hashemi et al. (2020) en trabajadores de Noruega quienes identificaron diferencia significativa con mayor puntaje en la edad de 45 o más años. Sin embargo, difiere con Bonsaksen et al. (2022) quienes no identificaron diferencia significativa en la edad del personal de salud en Noruega. Estos hallazgos pudieron presentarse

debido a que el personal de salud que se encuentra en el rango de esas edades tiene mayor experiencia laboral, siendo este un indicador que favorezca para tener mayores actitudes positivas hacia el consumo de alcohol (Bonsaksen et al., 2022).

El personal de salud está expuesto al alcohol en diversas situaciones durante el día como reuniones, cumpleaños e incluso por aspectos relacionados al trabajo, estos factores contextuales, situacionales y socioculturales pueden influir en la toma de decisiones al momento de adquirir una actitud. Las personas tienen su propia perspectiva sobre la normativa del comportamiento adecuado dentro de la cultura del consumo, las cuales pueden influir en las creencias y en el compromiso comportamental del personal de salud.

En cuanto a las variables planteadas en el estudio por sexo, solamente se obtuvo diferencias significativas en los puntajes de actitudes hacia el consumo. Esto puede explicarse por el hecho que las mujeres analizan las cuestiones relacionadas con la ingesta de alcohol y sus consecuencias nocivas como un problema de salud (Bonsaksen et al., 2022). Tradicionalmente el sexo masculino tiende a reflejar actitudes favorecedoras hacia el consumo a pesar de la aceptación actual de las mujeres hacia la ingesta, esta práctica tiene mayor prevalencia en países donde el rol de género es más igualitario. El consumo de los hombres se debe a presiones sociales y preocupaciones por la masculinidad, por otra parte, la cultura del contexto hace que las mujeres sean más sensibles a factores como la sanción social (Hashemi et al., 2020).

Las normas culturales que se tienen sobre el consumo de alcohol no han sido equitativas, siendo más estrictas para las mujeres, lo que puede suponer mayor conciencia sobre las actitudes hacia el consumo con la finalidad de evitar sanciones sociales. Por tal motivo, el sexo femenino muestra mayor apoyo en las actividades de prevención de alcohol en el lugar de trabajo, mientras que el hombre ve el consumo como una forma de estilo de vida.

Por otro lado, la ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional y percepción de políticas públicas no mostraron diferencia significativa en los puntajes.

Respecto a la ansiedad, algunos autores difieren con lo reportado en la presente investigación, Huang et al. (2020) y Liu et al. (2020) reportaron diferencia significativa en los puntajes por sexo en personal de la salud en China. En los síntomas depresivos, Zhu et al. (2020) difieren al identificar diferencia significativa en médicos y enfermeros de Bangladesh.

Esto puede ser explicado por distintos rasgos entre los que se encuentra el emocional; aquí se encuentra implícito la personalidad que una persona puede tener, en cuanto a la capacidad que tienen en sensación. Otro rasgo es el hormonal; en el sentido de que el sexo femenino tiene procesos de menstruación y menopausia en los cuales se presentan cambios a consecuencia de los niveles de progesterona y el estrógeno al ser responsables de la sensibilidad a los estímulos emocionales durante el proceso del ciclo menstrual. Esto puede generar vulnerabilidad hacia los trastornos psicológicos.

Los resultados del síndrome de burnout concuerdan parcialmente con lo reportado por Adam et al. (2018) quienes no identificaron diferencia significativa por sexo en el puntaje de agotamiento emocional y realización personal en médicos de Hungría. Por otra parte, Sikioti et al. (2023) difiere con lo reportado en enfermeros de Grecia, donde identificaron diferencia significativa con mayor puntaje en las mujeres.

En este sentido, puede existir mayor burnout en el sexo femenino debido a implicaciones emocionales, conflictos de roles laborales y porque la enfermería es una profesión dominante de mujeres (Rocha et al., 2019). El personal de salud femenino puede experimentar conflicto en el área laboral y en aspectos personales como la familia por el hecho de querer realizar un equilibrio en las demandas, viéndose obligadas a desempeñar funciones simultáneamente como ser madre, esposa y desempeñar su rol profesional con la mayor calidad posible, llegando a generar agotamiento.

En relación con el apoyo social, no se obtuvo diferencia significativa en los puntajes por sexo, lo cual podría ser explicado por el hecho que puede provenir de distintas fuentes como familia, amigos o pareja, incluso la fuente de apoyo puede ser la misma para hombres y mujeres, sin embargo, la percepción que se tiene puede variar por cuestiones como la etnia, influencias culturales e incluso el género. Cuando el apoyo se interpreta de forma positiva, la evidencia demuestra que hay un mejor estado de salud.

La literatura refiere que existe una mejoría en el estado de salud en el personal de salud cuando el apoyo se interpreta de forma positiva, sin embargo, el sexo femenino pasa por un proceso de interacción social más negativo que los hombres, mientras que los hombres adquieren mayor beneficio en cuestión de salud durante la interacción social (Uhing et al., 2021).

El clima organizacional no identificó diferencia significativa en los puntajes por sexo, una posible explicación es que las mujeres con puestos de supervisión pueden presentar mayor

sensibilidad ante las necesidades del personal a cargo mediante el desarrollo de relaciones más estrechas con ellos, generando mayor confianza. En este sentido, se tiene mayor compromiso con la profesión ya que la comunicación es fundamental para difundir los objetivos organizacionales, teniendo mayor compasión, solidaridad y apoyo intrapersonal (Seghieri et al., 2015).

En cuanto a la percepción de políticas públicas, los resultados indican que no se encontró diferencia significativa por sexo, esto puede deberse a que la población de estudio se encontraba en edad adulta, por lo tanto, los cambios que ocurren en el proceso de transición entre el adolescente y adulto joven ya habían concluido, presentando menor vulnerabilidad hacia el consumo de alcohol (Casswell et al., 2016; NIH, 2022). De igual manera, esto puede explicarse debido a las políticas en función del consumo de alcohol, las cuales dependen de los distintos contextos en donde se desenvuelve el personal sanitario (González-Angulo et al., 2023). La evidencia científica refiere que el sexo femenino tiene mayor percepción de apoyo ante las políticas públicas en cuestión de mercadeo, disponibilidad y precio (Bates et al., 2018).

En el objetivo específico cuatro se planteó identificar relación en la escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout con el consumo de alcohol, al mismo tiempo se discute la hipótesis uno que menciona a la edad, sexo, escolaridad, ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout como variables de influencia para el consumo de alcohol.

Los resultados obtenidos concuerdan con lo reportado por Mousa et al. (2016) y Morawa et al. (2021) quienes identificaron asociación positiva en ansiedad con síntomas depresivos en estudiantes del área médica y personal de salud de Estados Unidos y Alemania. Hu et al. (2020) identificaron asociación en ansiedad y síndrome de burnout en personal de enfermería de China. Cortés-Álvarez y Vuelvas-Olmos (2020) reportaron asociación positiva en síndrome de burnout con edad y sexo en enfermeros de México, así mismo, Fischer et al. (2016), reportaron asociación positiva del Síndrome de Burnout y consumo de alcohol en médicos de Dinamarca.

Alexandrova-Karamanova et al. (2016) encontraron que el consumo de alcohol y la edad predecían de forma positiva el consumo de alcohol, mientras que el sexo lo hacía de forma negativa en personal de salud en la Unión Europea. Domínguez-Espinoza et al. (2023) identificaron que la dimensión agotamiento emocional y despersonalización predicen de forma positiva la depresión, mientras que, el agotamiento emocional influye de forma negativa con el consumo de alcohol y la despersonalización influye de forma positiva con el consumo de alcohol

en personal de salud de México. Duarte et al. (2020) obtuvieron que el sexo, la ansiedad y los síntomas depresivos predicen el síndrome de burnout en personal de salud en Portugal.

Por otra parte, difiere con lo reportado por Correia y Marcassa (2018) los cuales encontraron asociación parcial entre la ansiedad y el consumo de alcohol al primer momento de medición y no reportaron asociación en los momentos dos y tres en estudiantes de medicina en Brasil. También Cortés-Álvarez y Vuelvas-Olmos (2020) reportaron asociación negativa en síndrome de burnout y consumo de alcohol en enfermeros de México.

Una posible explicación es que a partir de la pandemia de COVID-19 algunos trastornos mentales como los mencionadas anteriormente fueron empeorando a medida que transcurría la pandemia, estas enfermedades no tuvieron una intervención adecuada por lo tanto siguieron presentes en el personal de salud. Aunado a eso, el exceso de horas laboradas, presenciar muertes por COVID-19, miedo a la infección y equipo protector inadecuado pudieron desencadenar el abuso de alcohol en el intento de sobrellevar la situación. Otro factor es que el personal de salud dentro del ámbito laboral en ocasiones presenta condiciones físicas inadecuadas en la estructura, remuneración inadecuada y en ocasiones apoyo inadecuado por parte de colegas y superiores, por lo cual, se puede ver afectada negativamente la salud mental (OMS, 2024b).

Siguiendo con los resultados obtenidos en el estudio, diversa literatura refiere que aspectos como los síntomas depresivos predicen el consumo de alcohol y en proporciones mínimas sucede de forma contraria. Específicamente las mujeres tienen mayor probabilidad de adquirir un trastorno por consumo de alcohol que los hombres, mientras que estos últimos tienen más riesgo de desarrollar trastorno por consumo de alcohol que depresión (McHug y Weiss, 2019).

Referente a la edad, se ha identificado que el consumo de alcohol en la adolescencia y edad adulta joven puede generar la presencia de trastornos de ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout. Sin embargo, esto se presenta con mayor frecuencia en mujeres que hombres (Foster et al., 2015). Otro posible factor para la ingesta de alcohol es la tasa de abandono y ausentismo de la profesión como consecuencia de las enfermedades mentales, creando un ambiente inseguro e inestable (Searby et al., 2022).

Referente al objetivo específico cinco se buscó identificar relación del apoyo social con el consumo de alcohol, al mismo tiempo se discute la hipótesis dos que menciona al apoyo social como variables de influencia para el consumo de alcohol.

No se identificó asociación estadísticamente significativa en el apoyo social y el consumo de alcohol. Sin embargo, al determinar el efecto se encontró que el apoyo social influye de forma negativa en el consumo de alcohol, interpretando que, a menor apoyo social, mayor es la ingesta de alcohol del personal de salud.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Beiter et al. (2022) quienes no encontraron asociación entre el apoyo social y el consumo de alcohol en médicos y enfermeros de Estados Unidos y Canadá, y difieren con Sergin et al. (2016) quienes reportaron asociación negativa y significativa entre el apoyo social y el consumo de alcohol, sin embargo, no hubo efecto predictivo del apoyo social sobre el consumo de alcohol. Una posible explicación ante estos hallazgos es que el apoyo social ha sido identificado como reductor de conductas de riesgo al generar un soporte de apoyo a través de la motivación al momento de afrontar problemas intrapersonales, aunado a eso, genera menor prevalencia de recaída y aumenta la retención en el tratamiento por consumo de alcohol (Moon et al., 2019).

Sin embargo, generalmente no se cuenta con un acceso óptimo de apoyo a problemas intrapersonales relacionados a la salud mental, algunos factores que limitan este aspecto son las jornadas extensas de trabajo y el miedo a lo que diga la gente por solicitar apoyo de salud mental. Esto genera que el personal de salud busque este soporte a través de medios informales como la familia, amigos y colegas, llegando a acudir en algunos casos con profesionales solo cuando estos problemas aumentan (Styra et al., 2022).

El objetivo específico seis indagó la asociación del clima organizacional con el consumo de alcohol, así mismo, se planteó la hipótesis tres que refiere al clima organizacional como predictor del consumo de alcohol. En este sentido no se identificó asociación entre el clima organizacional y el consumo de alcohol, tampoco se observó que el clima organizacional influya en el consumo de alcohol del personal de salud. Estos hallazgos pudieran avalar el hecho que no se ha identificado literatura hasta el momento que refleje esa asociación entre el clima organizacional y el consumo de alcohol, sin embargo, pudiera verse afectado de forma indirecta ya que muestra relación con ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout y apoyo social (Abdulmohdi, 2023; Ren et al., 2020).

La literatura refiere que la gestión, el liderazgo de los superiores y un adecuado ambiente de trabajo pueden tener efectos positivos o negativos en el desempeño del personal de salud. Sin embargo, este aspecto es definido desde la percepción de cada individuo, por lo tanto, el clima

organizacional depende de la convivencia con los pares (Ren et al., 2020). Los datos encontrados pudieran presentarse por el apoyo y compañerismo que existe entre el personal de salud cuando se presentan eventos negativos, en estos casos el personal de salud se encuentra receptivo a sugerencias de los colegas y superiores teniendo la libertad de expresarse libremente por el afecto que se tienen (Kilic et al., 2019). Por tal motivo se pudieron presentarse los hallazgos en el presente estudio.

El objetivo específico siete analizó la asociación de la percepción de políticas públicas con el consumo de alcohol, de igual manera, se examinó la hipótesis cuatro que menciona que la percepción de políticas públicas predice el consumo de alcohol.

Se encontró asociación positiva y significativa en la percepción de políticas públicas y el consumo de alcohol, sin embargo, se identificó efecto negativo y significativo, indicando que, a menor percepción de políticas públicas, mayor es el consumo en el personal de salud.

Estos datos pudieran ser explicados por el hecho que el personal de salud que inicia el consumo de alcohol a edades más tempranas tiene mayor riesgo de desarrollar trastorno por consumo de alcohol, así como diversas enfermedades mentales (Wijeratne et al., 2021). Esto debido a que la edad permitida para consumir alcohol de forma legal es menor en comparación con otros países dentro del contexto americano como Estados Unidos y Paraguay, esto puede provocar el inicio del consumo a edades más tempranas, así mismo, esta conducta ha sido culturalmente aceptada desde la familia, debido a la convivencia con esta sustancia en celebraciones con amigos, familia u otras personas por lo tanto se pudiera tener menor percepción de políticas públicas favorables hacia el no consumo de alcohol (Rodríguez-Aguilar et al., 2022).

Otro aspecto por el cual se reportaron estos hallazgos es que México cuenta con políticas nacionales en materia de alcohol mientras que, a nivel mundial, la Región de las Américas en conjunto con África cuentan con el mayor número de países que no tienen estas políticas, presentándose en mayor proporción países de bajo ingreso, en este sentido, el mínimo de edad para la compra alcohol en México es a los 18 años mientras que en otros países oscila entre los 16 y 21 años, mientras que los países de ingreso menor no establecen un límite (OPS, 2018).

El objetivo específico ocho abordó la asociación de las actitudes hacia el consumo con el consumo de alcohol, así mismo, se analizó la hipótesis cinco que menciona que las actitudes hacia el consumo predicen el consumo de alcohol.

Se encontró asociación negativa y significativa en las actitudes hacia el consumo y el consumo de alcohol, también se obtuvo efecto negativo y significativo, indicando que, a medida que el personal de salud tenga menor actitud en contra del consumo, mayor será el consumo de alcohol del personal de salud.

Las actitudes hacia el consumo han sido representadas por las acciones que el personal sanitario adquiere al momento de afrontar la ingesta de la sustancia a través de las creencias y normas culturales debido a la influencia que se tiene sobre las conductas de riesgo para la salud (Escobedo et al., 2018; LaBrie et al., 2012). En este sentido, desde la etapa de la adolescencia las actitudes de los pares han sido catalogadas con mayor importancia en comparación con las de los padres, percibiendo mayores prácticas de riesgo en el consumo de alcohol en la edad adulta (Jackson et al., 2014; Rodríguez-Aguilar et al., 2022).

Esto podría presentarse por el hecho que el personal sanitario se desempeña en ambientes laborales donde no se da abasto con la sobrepoblación de pacientes y en algunas ocasiones atiende a individuos que requieren cuidados de mayor complejidad como en el área de terapia intensiva (Alonso et al., 2018). Lo anterior favorece a tener actitudes positivas hacia el consumo de alcohol, con la finalidad de buscar los efectos placenteros que emite la sustancia para sobrellevar las situaciones diarias que se presentan.

Respecto al análisis de las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, último año, último mes y últimos siete días, se identificaron distintos factores que predicen el consumo. Referente a la prevalencia alguna vez en la vida, la variable que contribuyó al consumo de alcohol de forma positiva fue los síntomas depresivos y síndrome de burnout, mientras que de forma negativa fue la percepción de políticas públicas y las actitudes hacia el consumo, indicando que, mayores síntomas depresivos y síndrome de burnout y menor percepciones de políticas públicas y actitudes hacia el consumo se predice el consumo de alcohol alguna vez en la vida en el personal de salud.

En la prevalencia del último año, el síndrome de burnout y el clima organizacional contribuyeron de forma positiva hacia el consumo, por otra parte, la percepción de políticas públicas y las actitudes hacia el consumo lo hicieron de forma negativa, interpretando que, mayor síndrome de burnout y clima organizacional y menores percepciones de políticas públicas y actitudes hacia el consumo predicen el consumo de alcohol en el último año en el personal de salud.

En cuanto a la prevalencia del último mes, la variable que contribuyó al consumo de alcohol de forma positiva fue el síndrome de burnout, mientras que de forma negativa fueron la percepción de políticas públicas y las actitudes hacia el consumo, indicando que, mayor síndrome de burnout y menores percepciones de políticas públicas y actitudes hacia el consumo predicen el consumo de alcohol en el último mes en el personal de salud.

De acuerdo con la prevalencia de los últimos siete días, el síndrome de burnout contribuyó al consumo de alcohol de forma positiva, mientras que la ansiedad y las actitudes hacia el consumo contribuyeron de forma negativa, indicando que, mayor síndrome de burnout y menor ansiedad y actitudes hacia el consumo predicen el consumo de alcohol en los últimos siete días en el personal de salud.

Estos datos pueden ser explicados por el hecho que la exposición a una pérdida, un acontecimiento grave o un desastre con grandes consecuencias han tenido relación en el desarrollo de algún tipo de trastorno mental a lo largo de la vida. En este sentido, los síntomas depresivos han sido catalogados como la segunda causa de trastorno mental, aunado a la mayor frecuencia de presencia en el sexo femenino (Goldman y Galea, 2014). Con base a lo anterior y al hecho de que gran parte de la población de estudio es femenina, pudiera explicarse que los síntomas depresivos sean predictores de forma positiva del consumo de alcohol alguna vez en la vida.

Referente al resto de las prevalencias de consumo, el síndrome de burnout se reportó de forma positiva hacia el consumo, esto puede ser explicado por el hecho que el personal de salud es una población que se encuentra en constante interacción con los usuarios de las unidades hospitalarias, así mismo, los trabajadores que laboran largas jornadas de trabajo suelen cometer equivocaciones, generando mayor susceptibilidad a su aparición (Arayago et al., 2016).

Otro factor que puede explicar el hecho que no se haya reflejado en la prevalencia de alguna vez en la vida es el contexto del COVID-19, suceso que se presentó aproximadamente cuatro años atrás. Durante este acontecimiento el personal de salud tuvo repercusiones personales provocando ausentismo laboral, menor productividad en las actividades y menor grado de satisfacción hacia el cuidado brindado (Linares y Guedez, 2021).

Referente al clima organizacional, se identificó como predictor positivo del consumo de alcohol en la prevalencia del último año y de forma negativa en el último mes debido a que es un aspecto basado en la percepción del personal de salud. Esto puede ser explicado por el hecho que

algunas instituciones han implementado acciones en beneficio de la salud en los trabajadores, como brindar servicio de atención plena, grupo de apoyo, terapia psicológica, por mencionar algunos (Krystal et al., 2021).

Por otra parte, las políticas públicas tuvieron predicción negativa en las prevalencias alguna vez en la vida, último año y mes. Si bien existen políticas nacionales respecto al consumo de alcohol, hay aspectos que incitan a ingerir la sustancia, entre los que se encuentran los distintos puntos de venta que se tiene en la comunidad. Así mismo, los medios a través del marketing favorecen al desarrollo de percepciones positivas hacia la ingesta a pesar de las regulaciones (Sudhinaraset et al., 2016).

De igual manera, las actitudes hacia el consumo tuvieron predicción de forma negativa en las cuatro prevalencias de consumo. Esto puede ser explicado debido a que el personal de salud tiende a idealizar el pensamiento enfocado a que las normas sociales que muestran los pares son aceptadas y verdaderas por lo cual, muestran actitudes favorables a la ingesta con la finalidad de ser aceptados en el ámbito social. También se tiene la creencia desde la crianza de los padres que los eventos como bodas, cumpleaños o de algún otro tipo, debe de incluir alcohol como un valor simbólico y tradicionalmente aceptado (Ssewanyana et al., 2018).

Para dar respuesta al objetivo general del estudio que planteó determinar la capacidad explicativa de una Teoría de Rango Medio a través de la perspectiva teórica del Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud, se identificaron factores que influyen en dicha ingesta.

En el nivel intrapersonal los factores que predicen el consumo fueron el sexo masculino, ansiedad y síndrome de burnout, por lo tanto, se acepta parcialmente la hipótesis.

En los niveles interpersonal y organizacional no hubo factores predictores, lo cual rechaza la hipótesis. En el nivel políticas públicas la percepción de políticas públicas tuvo efecto predictor aceptando la hipótesis planteada. Mientras que en el nivel cultura las actitudes hacia el consumo predijeron el consumo de alcohol, aceptando hipótesis.

Estos hallazgos pueden ser explicados por el hecho que el alcohol al ser analizado en conjunto con otros factores no solo afecta directamente al personal de salud, si no a la familia y comunidad mediante el deterioro de las relaciones personales y laborales, repercutiendo en el entorno de trabajo a través de malas relaciones con compañeros y el desempeño en el trabajo con llegadas tarde o abandonos antes de tiempo (Borrelli et al., 2023). Por tal motivo, es necesario

considerar distintos entornos donde se desenvuelve el personal de salud como los contextos sociales donde este inmerso, con la finalidad de entender la complejidad del comportamiento ya que este afecta y es afectado por el entorno social que los rodea (Tholen et al., 2020).

La evidencia refiere que los entornos sociales influyen en el consumo de alcohol de las personas a través de factores como los que se incluyeron en el presente estudio. Un componente es la exposición que se tiene a los medios que abarcan publicidad sobre el alcohol mediante redes sociales, televisión, anuncios, entre otros, esto deja al personal de salud expuesto a su consumo (Sudhinaraset et al., 2016). De igual manera, en México se dispone de políticas a través de leyes que abordan aspectos relacionados con el alcohol, tales como la moderación y daños del consumo. Aunado a las sanciones implementadas, entre las que destacan el cero tolerancia de alcohol en el personal de salud, multa económica con días de salarios mínimos y prisión en caso de adulterar o falsificar bebidas alcohólicas, lo cual puede tener impacto negativo en la percepción de políticas y actitudes hacia el consumo de alcohol (SSA, 2024).

Así mismo, el análisis de cada elemento de forma aislada genera una perspectiva distinta, en comparación con un enfoque integral donde existe la presencia de otros factores que influyen en virtud de potencializar el efecto que se tiene sobre la conducta. Por tal motivo se requiere el uso de modelos ecológicos para conocer el efecto de los factores desde una perspectiva integral como se plantea el Modelo Socio Ecológico (Alghzawi y Ghanem, 2021; Hennein et al., 2021; McLeroy et al., 1988; Simons-Morton et al., 2012).

El consumo de alcohol es un aspecto importante en cuestión de salud, el cual puede ser abordado de forma holística a través del Modelo Socio Ecológico debido a que los indicadores dentro de los niveles sociales suelen ser fuertes predictores del comportamiento y la salud de una persona. En este sentido, el presente estudio comprueba la utilidad del Modelo Socio Ecológico de McLeroy et al. (1988) en conjunto con el nivel cultura propuesto por Simons-Morton et al. (2012), el cual refiere que la conducta está influenciada por distintos niveles sociales. De igual manera, se comprueba la utilidad de la Teoría de Rango Medio Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud la cual planteó identificar los factores inmersos en los cinco niveles propuestos en el presente estudio.

CONCLUSIONES

El Modelo Socio Ecológico de McLeroy et al. (1988) fue de utilidad para guiar la investigación y dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas. Considerando que los niveles sociales están presentes en el entorno del personal de salud, fue posible determinar aquellos niveles con influencia para el consumo de alcohol.

En el contexto de este estudio para responder a los objetivos planteados, el consumo de alcohol en base a las prevalencias de consumo por edad no mostró diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, en los tipos de consumo, el consumo de riesgo y dependiente mostraron diferencia estadísticamente significativa. En cuestión del sexo, las prevalencias en el último mes y últimos siete días, así como los tres tipos de consumo (riesgo, dependiente y perjudicial) obtuvieron diferencia estadísticamente significativa. Esto podría deberse a que tradicionalmente el sexo masculino ha sido representado con mayor ingesta de alcohol, sin embargo, estas conductas tradicionales han ido cambiando con el paso del tiempo donde se identifica un consumo similar específicamente en contextos de fin de semana.

Por otra parte, se identificó que la ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, clima organizacional, percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo mostraron diferencia estadísticamente significativa por edad. Mientras que solo las actitudes hacia el consumo mostraron diferencia estadísticamente significativa por sexo. En este sentido, la edad del personal de salud funge un papel importante al momento de estar en el ámbito laboral ya que, por la experiencia y trayectoria, aquellos con mayor edad pueden afrontar las situaciones diarias que repercuten de forma negativa en la salud física y mental.

En cuanto a los niveles sociales, el intrapersonal, políticas públicas y cultura identificaron asociación, mientras que el nivel interpersonal y organizacional fue lo contrario. En el nivel intrapersonal se identificó que, a mayor ansiedad, síntomas depresivos y síndrome de burnout, mayor es el consumo de alcohol en el personal de salud. Mientras que, a menor percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo, mayor es el consumo de alcohol. Dichos resultados destacan la interconexión que existe entre los niveles sociales, los cuales pueden generar una conducta positiva hacia el consumo de alcohol en base al contexto del personal de salud.

En cuestión de las hipótesis planteadas, el nivel más cercano al personal de salud es el intrapersonal, en el cual se presentó influencia en la edad, sexo masculino, ansiedad y síndrome de burnout. Como se plantea en el Modelo Socio Ecológico, en este nivel se aborda las cuestiones cognitivas, las cuales si no se tiene una salud mental optima al ser factores internos se puede sobrellevar la situación a través del consumo de sustancias como el alcohol. Por tanto, se acepta la hipótesis planteada.

En el nivel interpersonal tuvo influencia el apoyo social con el consumo de alcohol, tal como refieren McLeroy et al. (1988), el apoyo de la familia y amigos es indispensable para una conducta adecuada y saludable. Esto debido a que el personal de salud ve como una fuente de soporte a las personas cercanas con las que tiene relación, de forma contraria, una falta de apoyo genera que busque otros medios para sobrellevar las situaciones que requieran ayuda y una solución es la ingesta de alcohol. Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada.

En el nivel organizacional el clima organizacional no predijo el consumo de alcohol, lo cual puede indicar que el personal de salud se desenvuelve en un entorno de trabajo donde reciben apoyo por parte de los superiores y tienen buena relación interdisciplinar, por este motivo se pudieron presentar tales resultados. Lo anterior hace que se rechace la hipótesis planteada en el estudio.

Dentro del nivel políticas públicas la percepción de políticas públicas tuvo influencia con el consumo de alcohol. El personal de salud que está informado sobre el consumo de alcohol tiende a tener una visión clara sobre los riesgos asociados, si las políticas públicas incluyen campañas educativas y medidas de prevención, el personal de salud puede adoptar una postura de mayor prevención hacia el consumo, contrario a esto, la ausencia de un respaldo por la evidencia y el desconocimiento de políticas en materia de alcohol puede llevar al personal de salud a no presentar ingesta de la sustancia. Por lo anterior, se acepta la hipótesis planteada en el estudio.

En el nivel cultura las actitudes hacia el consumo de alcohol predijeron el consumo de alcohol. En los entornos laborales donde se presentan largas horas de trabajo o alta carga emocional, puede haber una normalización del consumo de alcohol como una forma de relajación o alivio de estrés, siendo más frecuente en el personal de salud que percibe la ingesta de alcohol como una actividad socialmente aceptada. En este sentido, se acepta la hipótesis planteada en el estudio.

Referente a las prevalencias de consumo de alcohol, en la prevalencia alguna vez en la vida las variables que mostraron probabilidad de riesgo en consumir alcohol por nivel social fueron; en intrapersonal los síntomas depresivos y síndrome de burnout, en políticas públicas la percepción de políticas públicas y en cultura las actitudes hacia el consumo. En la prevalencia del último año las variables que presentaron probabilidad de riesgo en consumir alcohol por nivel social fueron; en intrapersonal el síndrome de burnout, en organizacional el clima organizacional, en políticas públicas la percepción de políticas públicas y en cultura las actitudes hacia el consumo.

En la prevalencia del último mes las variables que revelaron probabilidad de riesgo en consumir alcohol por nivel social fueron; en el intrapersonal el síndrome de burnout, en políticas públicas la percepción de políticas públicas y en cultura las actitudes hacia el consumo. En la prevalencia de los últimos siete días las variables que reflejaron probabilidad de riesgo en consumir alcohol por nivel social fueron; en intrapersonal la ansiedad y síndrome de burnout y en cultura las actitudes hacia el consumo.

La capacidad explicativa de la TRM Modelo Socio Ecológico de consumo de alcohol en personal de salud mostró que los niveles sociales que tienen efecto sobre el consumo de alcohol fueron el nivel intrapersonal a través del sexo masculino, ansiedad y síndrome de burnout. El nivel políticas públicas mediante la percepción de políticas públicas y el nivel cultura con las actitudes hacia el consumo.

RECOMENDACIONES

Se sugiere replicar el estudio en instituciones privadas para observar el comportamiento de las variables planteadas en el estudio.

Realizar estudios longitudinales que permitan identificar las causas y efectos del consumo de alcohol y sus correlatos psicológicos y sociales de manera más precisa.

Llevar a cabo estudios mixtos para observar la perspectiva de la percepción de políticas públicas y actitudes hacia el consumo del personal de salud.

Diseñar y desarrollar intervenciones que aborden múltiples niveles del Modelo Socio Ecológico (intrapersonal, interpersonal, organizacional, políticas públicas y cultura) para reducir el consumo de alcohol y mejorar el bienestar general del personal de salud.

LIMITACIONES

La muestra utilizada puede no ser representativa para toda la población de personal de salud, limitado a la generalización de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdalmohdi, N. (2023). The relationships between nurses' resilience, burnout, perceived organisational support and social support during the second wave of the covid-19 pandemic: na cuantitative cross-sectional survey. *Nursing opern*, 11(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1002/nop2.2036>
- Adebiyi, B., & Mukumbang, F. (2021). Perspectives of policymakers and services providers on why fetal alcohol spectrum disorders remain unabated in South África: a qualitative study. *International jornal of mental health and addiction*, 1-22.
<https://doi.org/10.1007/s11469-021-00679-9>
- Adam, S., Mohos, A., Kalabay, S., Torzsa, P. (2018). Potencial correlates of burnout among general practitioners and residentes in Hungary: the significant role of gender, age dependente care and experience. *BMC Family practice*, 19(193).
<https://doi.org/10.1186/s12875-018-0886-3>
- Ahmed, M. Z., & Malek, A. R. (2016). Relationship between job stressors and organizational support among jordanian nurses. *American jornal of nursing research*, 4(3), 51-55.
<https://doi.org.10.12691/ajnr-4-3-1>
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., Davas, A., Milosevic, M., & Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1059–1075. <https://doi.org/doi:10.1007/s00420-016-1143-5>
- Alghzawi, H. M., & Ghanem, F. K. (2021). Social ecological model and underage drinking: a theoretical review and evaluation. *Psychology*, 12(5), 817–828.
<https://doi.org/10.4236/psych.2021.125050>
- Alonso, M., Del Bosque, J., Vinicio, M., Rodríguez, L., Esparza, S., & Alonso, B. (2009). Percepción de normas sociales y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Anuario de investigación en adicciones*, 10(1), 40-50.
- Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., López-García, K. S., Guzmán-Facundo, F. R., & Esparza-Almanza, S. E. (2018). Valores, estrés de conciencia y el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en enfermería. *Journal Health NPEPS*, 3(1), 88–102.
<http://dx.doi.org/10.30681/252610102921>

- Alvarado, P. A. C., González, D. M., & Rodríguez, L. J. I. (2022). Nivel de riesgo del personal sanitario frente al consumo de alcohol de dos instituciones de salud en Colombia. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*, 19(2), 26 – 37.
- Álvarez, L., Frías, J., & Fernández, J. (2020). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de un hospital terciario de Madrid. *Rev. Asoc. Esp. Med. Trab*, 29(4), 257-392. <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v29n4/1132-6255-medtra-29-04-274.pdf>
- Arayago, R., González, A., Limongi, M., Guevara, H. (2016). Síndrome de burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Salus*, 20(1), 13 – 21. <https://ve.scielo.org/pdf/s/v20n1/art04.pdf>
- Baader, T., Rojas, C., & Backenstrass, M. (2012). Validación y utilidad de la encuesta phq-9 (patient health questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Chil Neuro-Psiquia*, 50(1), 10-22. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100002
- Babor, T., Higgins, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). Cuestionario de identificación de trastornos debido al consume de alcohol (AUDIT). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>
- Bahia, G. A., Hassan, S., & Latifah, N. A. (2022). Burnout among emergency nurses during covid-19 pandemic and hail governmental hospitals in the Kingdom of Saudit Arabial. *Ethiop journal health*, 32(6), 1245-1253. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i6.23>
- Barbera, M., Cecagno, D., Seva, A., Heckler, H., López, M., & Maciá, L. (2015). Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. *Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 404-410. <https://biblat.unam.mx/fr/revista/revista-latino-americana-de-enfermagem/articulo/formacion-academica-del-profesional-de-enfermeria-y-su-adequacion-al-puesto-de-trabajo>
- Beck, J. G., Bowen, M. E., Majeed, R., Free, B. L., Brown, T. A., Brown, B., & Farchione, T. (2023). Alcohol use and mental health symptoms in nurses during the early months of COVID-19. *Journal of dual diagnosis*, 19(4), 240 – 47. <https://doi.org/10.1080/15504263.2023.2260346>
- Beiter, K. J., Wiedemann, R. P., Thomas, C. L., & Conrad, E. J. (2022). Alcohol consumption and covid-19-related stress among health care workers: the need for continued stress-

- management intervention. *Public health reports*, 37(2), 326-335.
<https://doi.org/10.1177/00333549211058176>
- Berberoglu, A. (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: empirical evidence from public hospitals. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3149-z>
- Bates, S., Holmes, J., Gavens, L., Gomes de Matos, E., Li, J., Ward, B., Hooper, L., Dixon, S., & Buykx, P. (2018). Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC public health*, 18, 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5581-8>
- Bonsaksen, T., Thorrisen, M. M., Hashemi, N., Ruiz de Porras, D. G., & Aas, R. W. (2022). Do health professionals' attitudes towards alcohol use matter for alcohol prevention efforts? Results from the wirus-ohs study. *BMC health services research*, 22, 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08400-9>
- Borelli, I., Gualano, M. R., Rossi, M. F., Capitanelli, I., Dolgetta, V., Santoro, P. E., & Moscato, U. (2023). Alcohol consumption in healthcare workers and risk of workplace injury: a case-control study. *Discover Sustainability*, 4(22), <https://doi.org/10.1007/s43621-023-00137-7>
- Buykx, P., Li, J., Gavens, L., Lovatt, M., Gomes de los Matos, E., Holmes, J., Hooper, L., & Meier, O. (2016). An examination of public attitudes towards alcohol policy. *University of Sheffield and cancer research UK*.
https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/buykx_et_al_2016_an_examination_of_public_attitudes_towards_alcohol_policies_2.pdf
- Cabanillas-Rojas, W. (2020). Alcohol consumption and gender in the adolescent school population of Peru: Evolution and intervention challenges. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(1), 148–154.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5151>
- Cabrera-Jiménez, M., López-Molina, J., González-Flores, J., Hernández, A., Estrella-López, R., Hernández-Ruiz, H., Martínez-Cruz, F., Mijangos-Pérez, B., Nava-Reyes, A., Victoria-Mejia, D., López-Rodríguez, B., Rojas-Sanchez, A., Valerio-Neria, L., & Martínez, Z. (2013). Consumo de alcohol y factores de riesgo coadyuvantes en los habitantes de una

- colonia de Iztapalapa, Distrito Federal, año 2013. *Especializada en ciencias de la salud*, 16(2), 83-89. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/51708>
- Camargo, L., Herrera-Pino, J., Shelach, S., Soto-Añari, M., Porto, M. F., Alonso, M., González, M., Contreras, O., Caldichoury, N., Ramos-Henderson, M., Gargiulo, P., & López, N. (2023). Escala de ansiedad generalizada gad-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de covid-19: validez de constructo y confiabilidad. *Colombiana de psiquiatría*, 52(3), 245-250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>
- Cassiani-Miranda, C. A., Vargas-Hernández, M. C., Pérez-Aníbal, E., Herazo-Bustos, M. I., & Hernández-Carrillo, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (phq-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencia de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37(1), 112-120. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
- Castillo-Martínez, G., Torres-Benítez, J. M., Arriaga-Martínez, J. L. (2022). Consumo de alcohol en personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención. *Ciencia latina revista científica multidisciplinar*, 6(6), 8006 – 21. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3971
- Caswell, S., Huckle, T., Wall, M., & Parker, K. (2016). Policy-relevant behavior predict heavier drinking in both on and off premises and mediate the relationship between heavier alcohol consumption and age, gender, and socioeconomic status-analysis from the international alcohol control study. *Alcoholis: clinical and experimental research*, 40(2), 385-392. <https://doi.org/10.1111/acer.12947>
- Caswell, S., Huckle, T., Wall, M., Parker, K., Chaiyason, S., Parry, C. D. H., Coung, P. V., Gray-Phillip, G., & Piazza, M. (2018). Policy-relevant behaviours predict heavier drinking and mediate the relationship with age, gender and education status: analysis from the international alcohol control study *Drug and alcohol*, 37(2), 86-95. <https://doi.org/10.1111/dar.12669>
- Cehua, E. A., Víru-Flores, H., Alburqueque-Melgarejo, J., Roque-Quezada, J. C., Guerra, J., González, G. A., González, M. J. M., & Laván, D. A. (2022). Validación del cuestionario sobre la salud del paciente (phq-9) en internos de medicina humana de una universidad de referencia del Perú durante la pandemia covid-19. *Facultad de medicina humana*, 22(3), 540-546. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i3.3179>

- Cheung, T., & Yip, P. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 12, 11072-11100. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911072>
- Chotalia, R., Abbas, M., & Aggarwal, A. (2022). The Mental Health of Health Care Workers in the UK During COVID-19: The Prevalence of Anxiety, Depression and Stress. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 26(4), 273-280. https://doi:10.4103/ijoem.ijoem_69_22
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*. Organization of American States. <https://www.seguridad.gob.sv/cna/wp-content/uploads/2019/03/Informe-sobre-el-consumo-de-drogas-en-las-Am%C3%A9ricas-2019.pdf>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2016). *Plan de acción hemisférico sobre drogas 2016 – 2020*. Organization of American States. https://www.oas.org/fpdb/press/CICAD-PoA-2016-2020-Version_Final-ESP.pdf
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2020). “*Hablemos de alcohol y depresión*”. <https://www.gob.mx/salud/conadic/es/articulos/hablemos-de-alcohol-y-depresion-15-de-noviembre-dia-nacional-contrael-uso-nocivo-de-bebidas-alcoholicas?idiom=es>
- Correia, E., & Marcassa, A. (2018). Correlation between anxiety and alcohol consumption among college students. *Revista psicología: teoría y práctica*, 20(2), 107-119. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p107-119>
- Cortés-Álvarez, N. Y., Piñeiro-Lamas, R., & Vuelvas-Olmos, C. R. (2020). Psychological effects and associated factors of covid-19 in a Mexican sample. *Disaster medicine and public health preparedness*, 1-12. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.215>
- Cortés-Álvarez, N. Y., & Vuelvas-Olmos, C. R. (2020). COVID-19: Psychological Effects and Associated Factors in Mexican Nurses. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-7. <https://doi.org/doi:10.1017/dmp.2020.495>
- Conroy, D., Hadler, N., Cho, E., Moreira, A., Mackenzie, C., Swanson, L., Burgess, H., Arnedt, T., & Goldstein, C. (2020). The effects of covid-19 stay-at-home order on sleep, health, and working patterns: a survey study of United States health care workers. *Journal of clinical sleep medicine*, 1-15. <https://doi.org/doi:10.5664/jcsm.8808>

- Cruz, N., Alonso, M., Armendáriz, N., Oliva, N., & Lima, J. (2021). Clima laboral e incertidumbre y su relación con el consumo de alcohol en trabajadores de la industria maquiladora. *Tempus psicológico*, 4(2), 68-81.
<https://doi.org/10.30554/tempuspsi.4.2.4130.2021>
- Cruz, V. B., Austria, C. F., Herrera, k. L., & Salas, H. J. (2011). Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1. *Suma Psicológica*, 18(2), 17-28. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134222985002>
- DeFord, S., Bonom, J., & Durbin, T. (2019). A review of literature on substance abuse among anaesthesia providers. *Journal of research in nursing*, 24(8), 587-600.
<https://doi.org/doi:10.1177/1744987119827353>
- De Vargas, D., Figueira, C., León, E., & Dutra, T. (2020). Health professionals' attitudes toward alcoholism and associated issues. *Journal of addictions nursing*, 31(4), 287-294.
<https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000369>
- Del Ángel-Salazar, E., Fernández-Acosta, C., Santes-Bastián, M., Fernández-Sánchez, H., & Zepeta-Hernández, D. (2020). Clima organizacional y satisfacción laboral en trabajadores de la salud. *Enfermería universitaria*, 17(3), 273-283.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.789>
- Di Monte, C., Monaco, S., Mariani, R., & Di Trani, M. (2020). From resilience to burnout: psychological features of italian general practitioners during covid-19 emergency. *Frontiers in psychology*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567201>
- Domínguez-Espinoza, A. C., Laborda, F., Polo, A. M., & Polanco, C. (2023). A mediation model of self-efficacy and depression between burnout and alcohol consumption among health workers during the covid-19 pandemic. *COVID*, 3, 643-654. <https://doi.org/10.3390/covid3040046>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vas, I., Celso, H., Rodríguez, A., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., & Serrao, C. (2020). Burnout among portuguese healthcare workers during the covid-19 pandemic. *BMC public health*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>

- Duffy, D. N. (2015). Alcohol consumption: Main public health problem of the Americas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371–382.
<https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.151>
- Elashoff, J. (2007). nQuery advisor versión 7.0 user's guide.
- Eriksson, M., Ghazinour, M., & Hammarström, A. (2018). Different uses of bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? *Social Theory & Health*, 16, 414–433.
<https://doi.org/10.1057/s41285-018-0065-6>
- Escobedo, P., Allem, J., Baezconde-Garbanati, L., & Unger, J. (2018). Cultural values associated with substance use among hispanic emerging adults in southern California. *Addictive behaviors*, 77, 267–271. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.018>
- Fawcett, J. (1999). Analyzing conceptual-theoretical-empirical structures for research. En Fawcett, J. (Ed), *The relationship of theory and research* (27-81). Philadelphia: Davis Company.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Co.
- Falco, C., Samdal, O., Estevan, I., & Álvarez, O. (2013). Estructuración de la estrategia para organizar actividades físico-deportivas y recreativas. *Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 8(2), 373–391.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311128824008>
- Fernández, M., Dema, S., & Fontanil, Y. (2019). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*, 31(4), 260–373. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1003>
- Fischer, A., Korsdal, J., Bruun, N., Christense, B., & Vedsted, P. (2016). Risky alcohol use in Danish physicians: associated with alexithymia and burnout? *Drug and alcohol dependence*, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.038>
- Foster, K. T., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2015). Gender differences in the structure of risk for alcohol use disorder in adolescence and young adulthood. *Psychological medicine*, 45, 3047–3058. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001014>

- Foli, K., Zhang, L., & Reddick, B. (2021). Predictors of substance use in registered nurses: the role of psychological trauma. *SAGE*, 43(11), 1023-1033. <https://doi.org/doi:10.1177/0193945920987123>.
- Frias-Armenta, M., Lopez-Escobar, E., & Díaz-Mendez, S. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26180103>
- Frone, M. R. (1999). Work Stress and Alcohol Use. *Alcohol research & health*, 23(4), 284-291.
- García-Álvarez, L., De La Fuente-Tomás, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, P., & Bobes, J. (2020). Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown? ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *Adicciones*, 32(2). <https://doi.org/doi:10.20882/adicciones.1546>
- García-Torres, M., García-Méndez, M., & Rivera-Aragón, S. (2017). Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(1), 2561–2567. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aippr.2017.02.004>
- Gebreegziabhere, Y., Lemma, A., Tadesse, B., Mamo, D., & Berhanu, K. (2019). Prevalence and associated factors of burnout among debre berhan university medical students: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 19(413), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1864-8>
- Giorgi, V., Pintos, N., Rosón, P., Garegnani, I., & Franco, J. (2021). Patient satisfaction of minor outpatient surgery in an academic hospital in Argentina. *Enfermería Clínica*, 31(2), 127–128. <https://doi.org/doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.023>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.) (2008). *Health Behaviour and Health Education—Theory, Research and Practice* (4th ed.). San Francisco, CA: John Wiley and Sons.
- Gobierno de México. (2021). *Pandemia impacta en distintos ámbitos a adolescentes y jóvenes: VoCes-19*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/pandemia-impacta-en-distintos-ambitos-a-adolescentes-y-jovenes-voces-19?idiom=es>
- Gobierno de México. (2018). *Ponencia sobre: “el origen del conflicto médico”*. <https://www.gob.mx/conamed/prensa/ponencia-sobre-el-origen-del-conflicto-medico?idiom=es#:~:text=Ochoa%20defini%C3%B3%20el%20conflicto%20m%C3%A9dico,de%20la%20negativa%20de%20atenci%C3%B3n%E2%80%9D>

- Goldman, E., & Galea, S. (2014). Mental Health Consequences of Disasters. *Annu. Rev. Public Health*, 33, 169 – 83. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>
- Gómez, M. A., & Vicario, O. M. (2010). *Clima organizacional: conceptualización y propuesta de una escala*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de México].
- González, J., & Pérez, S. (2011). Factores de riesgo laboral y la salud mental en trabajadores de la salud. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 67–77.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440008>
- González-Angulo, P., Alonso-Castillo, M. M., Arena, C. A., López, K. S., & Pílon, S. C. (2023). Políticas públicas como factor protector del consumo de alcohol en universitarios mexicanos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.04.008>
- Graham, K., Massak, A., Demers, A., & Rehm, J. (2007). Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(1), 78–88.
- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during covid-19. *Occupational Medicine*, 71(2), 1-6. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>
- Guzmán-Ramírez, V., Armendáriz-García, N. A., & Alonso-Castillo, M. M. (2020). Socioecological Model for non-substance consumption in high school adolescents. *Eureka*. 17, 345-361.
- Hashemi, N. S., Thorrisen, M. M., Skogen, J. C., Sagvaag, H., Ruiz, D. G., & Aas, R. W. (2020). Gender differences in the association between positive drinking attitudes and alcohol-related problems. The wirus studu. *International journal of environmental research and public health*, 17, 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165949>
- Hennein, R., Mew, E. J., & Lowe, S. R. (2021). Socio-ecological predictors of mental health outcomes among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the United States. *Plos One*, 16(2), 1 – 18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246602>
- Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D., & Pérez, M. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención psicosocial*, 18(3), 199-212.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002

- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wang, S W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H-G., & Zhu, J. (2020). Front line nurses' burnout, anxiety depression and fear statutes and their associated factors during the covid-19 outbreak in Wuhan, China: a large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during covid-19 outbreak: a comparative study. *Plos one*, 15(8), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Hyman, S., Shotwell, M., Michaels, D., Han, X., Borg, E., Morse, J., & Weinger, M. (2017). A survey evaluating burnout, health status, depression, reported alcohol and substance use, and social support of anesthesiologists. *International anesthesia research society*, 1-10.
<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002298>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadística a propósito del día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes (datos nacionales)*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Embarazos21.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021b). *Estadística de salud en establecimientos particulares*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/salud/doc/salud_2021_nota_tecnica.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Estadística a propósito del día internacional de la enfermera*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ENFERMERA_22.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRF], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CNCA], Secretaria de Salud [SS], Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco [ENCODAT]. (2017). *Reporte Alcohol*. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

- Jackson, K., Roberts, M., Colby, S., Barnett, N., Abar, C., & Merrill, J. (2014). Willingness to drink as a function of peer offers and peer norms in early adolescence. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 404-414. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.404>
- Jaguga, F., Kamaru, E., Mwangi, A., Patel, K., Mwogi, T., Kiptoo R., & Atwoli, L. (2022). Harmful alcohol use among healthcare workers at the beginning of the COVID-19 pandemic in Kenya. *Front. Psychiatry*, 13, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.8216>
- Jiménez-López, L., & Jurado, S. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of behavior, health and social issues*, 6(1), 37-50. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v6.1.47601>
- Jiraniramai, S., Jiraporncharoen, W., Pinyopornpanish, K., Jakkaew, T., & Angkurawaranon, C. (2017). Functional beliefs and risk minimizing beliefs among thai healthcare workers in maharaj nakorn chiang mai hospital: its association with intention to quit tobacco and alcohol. *Substances abuse treatment, prevention, and policy*, 12(34), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0118-1>
- Jones-Webb, R., & Karriker-Jaffe, K. (2013). Neighborhood disadvantage, high alcohol content beverage consumption, drinking norms, and drinking consequences: a meditation analysis. *Journal of urban health*, 90(4), 667-684. <https://doi.org/doi:10.1007/s11524-013-9786-y>
- Juárez-Jiménez, M., Pérez-Milena, A., Valverde-Bolívar, F., & Rosa-Garrido, C (2015). Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Atención primaria*, 47(10), 659-668. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.009>
- Junqueira, M., Dos Santos, M., Borges, L., Moura, M., Denari, C., & Pillon, S. (2018). Síntomas depresivos e uso de drogas entre profissionais da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery*, 22(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0129>
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry*. San Francisco. CA: Chandler.
- Kilic, E., & Altuntas, S. (2019). The effect of collegial solidarity among nurses on the organizational climate. *International nursing review*, 1-10. <https://doi.org/10.1111/inr.12509>
- Labrague, L. J., & de los Santos, J. A. (2020). Covid-19 anxiety among front-line nurses: predictive role of organizational support, personal resilience and social support. *Journal of nursing management*, 28(7), 1653–1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>

- LaBrie, J., Atkins, D., Neighbors, C., Mirza, T., & Larimer, M. (2012). Ethnicity specific norms and alcohol consumption among Hispanic/latino/a and Caucasian students. *Addict Behav*, 37(4), 573-576. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.007>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Landeta, O., & Calvete, Z. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2), 173-182. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=306806>
- Lara C., Vargas, G., & Salcedo, A. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos IPS de primer nivel de atención en consulta externa en Bogotá. *Ciencias de la salud*, 10, 87-100. <https://doi.org/10.12804/revsalud>
- Lazcano-Calvillo, J. P. (2020). Onset alcohol consumption in Guadalajara students; an analysis from the ecological model. *Redes*, 41, 73-88. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7686782>
- Lee, K. (2007). *The importance of culture in evaluation: a practical guide for evaluators*. Denver, CO: The Colorado trust.
- León-Seminario, C., & Peña-Sánchez, R. (2018). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de medicina en departamento de Lambayeque. *Rev. Cuerpo médico*, 11(1), 12-17. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2018.111.52>
- Li, Q., Chen, J., Xu, G., Zhao, J., Yu, X., Wang, S., Liu, L., & Liu, F. (2020). The psychological health status of healthcare workers during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional survey study in Guangdong, China. *Frontiers in Public Health*, 8, 1 – 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.562885>
- Linares, G., & Guedez, Y. S. (2021). Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Atención primaria*, 53(5), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102017>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of ptss during covid-19 outbreak in China

- hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry research*, 287,1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Liu, Y., & Aungsuroch, Y. (2019). Work stress, perceived social support, self-efficacy and burnout among Chinese registered nurses. *Journal of nursing management*, 27(7), 1445–1453. <https://doi.org/10.1111/jonm.12828>
- Londoño, J., & Álvarez, G. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en auxiliares de enfermería. *Revista cuidarte*, 8(2), 1591-1598.
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.378>
- Londoño, J., Chica, O., & Marín, I. (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 UPB*, 36(1), 34-43. <https://doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a05>
- López, G. K. S., Vázquez-Puente, E. O., Guzmán-Facundo, F. R., Armendáriz-García, N. A., Villarreal-Mata, J. L., Navarro-Oliva, E. I. P., & Castillo-Méndez, A. P. (2024). Actitudes y consumo de alcohol en personal de salud. *Ciencia latina revista científica multidisciplinar*, 8(4), 5253 – 66. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12744
- López, M., Filippetti, V., & Cremonte, M. (2015). Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. *Pan Americana Journal of Public Health*, 37(4), 211-217. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/13165>
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(1), 51–56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.
- Madoz-Gúrpide, A., Letra-San Martín, M., Ibáñez, A., & Ochoa-Mangado, E. (2023). Incremento de la ingesta de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en trabajadores hospitalarios durante el brote de covid-19: estudio transversal. *Adicciones*, 1-8.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.1643>
- Makvandi, Z., Mostafavi, S., Bashirian, S., Zamani-Alavijeh, F., & Kelishadi, R. (2021). Sociocultural factors contributing to waterpipe tobacco smoking among adolescents and

- young adult women: a qualitative study in Iran. *Qualitative studies on health and well-being*, 16, 1-11. <https://doi.org/doi:10.1080/17482631.2020.1857043>
- Martínez-López, J., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J., & Fernandez-Martínez, M. (2020). Psychological impact of covid-19 emergency on health professionals: burnout incidence at the most critical period in Spain. *Clinical medicine*, 9, 1-18. <https://doi.org/10.3390/jcm9093029>
- McHugh, R. K. & Weiss, R. D. (2019). Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol research*, 40(1), 1-8. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- McLeroy, K.R, Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quartely*, 15(4), 351-377.
- McLeroy, K. R., Norton, B. L., Kegler, M. C., Burdine, J. N., & Sumaya, C. V. (2003). Community based interventions. *American Journal of Public Health*, 93(4), 529–533. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.4.529>
- Ministerio de Salud. (2021). *Mujeres, hombres y consumo de alcohol*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/ConsumoAlcohol_mujeres_hombres.pdf
- Monterrosa-Castro, A., Redondo-Mendoza, V., & Mercado-Lara, M. (2020). Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the covid-19 pandemic. *Journal investing. Med*, 66, 1228-34. <https://doi.org.10.1136/jim-2020-001456>
- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A., Jiménez, J., Chávez-Vera, M., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). Substance abuse and its relationship to emotional dependence, attachment and emotional regulation in adolescents. *Anales de Psicología*, 37(1), 121–132. <https://doi.org/10.6018/analesps.404671>
- Monakali, S., Ter, G. D., Seekoe, E., & Omolara, O. E. (2019). Health-Promoting Lifestyle Behaviours Among Primary Healthcare Professional Nurses in Eastern Cape Province, South Africa. *Global Journal of Health Sciences*, 11(1), 92 – 102. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n1p92>
- Moon, T-J., Mathias, C. W., Mullen, J., Karns-Wright, T. E., Hill-Kapturczak, N., Roache J. D., & Dougherty D. M. (2019). The role of social support in motivating reductions in alcohol

- use: a test of three models of social support in alcohol-impaired drivers. *Alcohol clinic exp res*, 43(1), 123-134. <https://doi.org/10.1111/acer.13911>
- Morales-Castillo, F. A., Torres-Reyes, A., De Vargas, D., Villar-Luis, M. A., León-Ramírez, E. G., De León-Ramírez, M. S., De Ávila-Arroyo, M. L., & Tenahua-Quitl, I. (2021). Alcohol consumption patterns and attitudes toward alcohol, alcoholism, and alcoholics in mexican nurses. *Journal health NPEPS*, 6(1), 106-121. <https://doi.org/10.30681/252610104993>
- Morawa, E., Schug, C., Geiser, F., Beschoner, P., Jerg-Bretzke, L., Albus, C., Weidner, K., Hiebel, N., Borho, A., & Erim, Y. (2021). Psychosocial burden and working conditions during the covid-19 pandemic in Germany: The voice survey among 3678 health care workers in hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*, 144. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jpsychores.2021.110415>
- Moreira, G., & Duval, G. (2021). Substance use disorder (sud) among anesthesiologists. *Brazilian journal of anesthesiology*, 71(4), 315-316. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.06.001>
- Moreno-Jiménez, B., Meda-Lara, M., Morante-Banadero, M. E., Rodríguez-Muñoz, A., & Palomera-Chávez, A. (2006). Validez factorial del Inventario de Burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos mexicanos. *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 445-455. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300001
- Mosqueda, A., Mendoza, S., Jofré, V., & Barriga, O. A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería global*, 39, 125-136. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300006
- Mousa, O., Dhamoon, M., Lander, S., & Dhamoon, A. (2016). The md blues: under-recognized depression and anxiety in medical trainees. *Ploos one*, 11(6), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156554>
- National Institute of Mental Health [NIH], (2021). *Depresión*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIH], (2024). Alcohol's effects on health. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/las-mujeres-y-el-alcohol>

- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., & Martín-Santos, R. (2021). Work stress and resident burnout, before and during the covid-19 pandemia: an up-date. *Medicina Clinica*, 157(3), 130–140. <https://10.1016/j.medcli.2021.04.003>
- Obadeji, A., Oluwole, L. O., Dada, M. U., & Oshatimi, M. A. (2018). Alcohol use and psychological wellbeing of health workers in a Nigerian Hospital: An exploratory study. *Malawi Medical Journal*, 30(1), 31 – 36. <https://doi.org/10.4314/mmj.v30i1.7>
- O’grady, M., Cullum, J., Tennen, H., & Armeli, S. (2011). Daily relationship between event-specific drinking norms and alcohol use: a four-year longitudinal study. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 633- 641. <https://doi.org.10.15288/jsad.2011.72.633>
- Okechukwu, E., Tibaldi, L., & La Torre, G. (2020). The impact of covid-19 on mental health of nurses. *Clinica terapeutica*, 171(5), 399-400. <https://doi:10.7417/CT.2020.2247>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Alcohol: Datos y cifras*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *La OMS y sus asociados hacen un llamado urgente para que se invierta en el personal de enfermería*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *El rol del personal de enfermería en México en la lucha contra la pandemia de covid-19*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/7-1-2021-rol-personal-enfermeria-mexico-lucha-contrapandemia-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América latina durante la pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advierteresobreelevadosniveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal>

- Osorio, S., Alvarado, P., & Rodríguez, G. (2020). Consumo de alcohol en profesionales de la salud en una institución prestadora de servicios de salud en Bogotá en el año 2019. *Recien*, 9(2), 1-13.
- Pace, E., Kesterson, C., Garcia, K., Denious, J., Finnell, D., & Douglass, S. (2019). Experiences and outcomes of nurses referred to a peer health assistance program: recommendations for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 28, 35-42.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12874>
- Paschall, M., Grube, J., Thomas, S., Cannon, C., & Treffers, R. (2012). Relationship between local enforcement, alcohol availability, drinking norms, and adolescent alcohol use in 50 California cities. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 657-665.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.657>
- Patlán, P., & Flores, H. (2013). Desarrollo y validación de la escala multidimensional de clima organizacional (EMCO): un estudio empírico con profesionales de la salud. *Ciencia y trabajo*, 131-139. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v15n48/art06.pdf>
- Pavón-León, P., Gogiascoechea-Trejo, M., Blázquez-Morales, M., & Sánchez-Solis, A. (2018). Factores asociados con el uso de alcohol y tabaco en adultos mayores. *Médica de la Universidad veracruzana*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.25009/rmuv.2018.1.27>
- Pedrelli, P., Shapero, B., Archibald, A., & Dale, C. (2016). Alcohol use and depression during adolescence and young adulthood: a summary and interpretation of mixed findings. *Current Addiction Reports*, 3(1), 91–97. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0084-0>
- Pérez-Islas, V., & Arellanes-Hernández, J. (2015). Vínculo afectivo con padres, pares y uso de drogas en adolescentes mexicanos. *Sistemas experimentales*, 2(5), 178-192.
https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Sistemas_Experimentales/vol2num5/Revista_de_Sistemas_Experimentales_V2_N5-32-46.pdf
- Pförringer, D., Mayer, R., Meisinger, C., Freuer, D., & Eyer, F. (2018). Health, risk behaviors and consumptions of addictive substances among physicians-results of an online survey. *Journal of occupational medicine and toxicology*, 13(27), 1-13. <https://doi.org/doi:10.1186/s12995-018-0208-7>
- Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75–94.

- Portela, A., França, L., & Goldim, J. (2015). Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Revista Bioética*, 23(2), 311–319. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232070>
- Prado, L., Mandagará, M., Dos Santos, C., Bakolis, I., Farias, P., Christello, V., Pachon, G., Souto, L., Da Cruz, A., Hohmann, M., & Quinze, J. (2022). Mental health of nursing professionals during the covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *Revista de saúde pública*, 56(8), 1-18. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004122>
- Reeve, K., Shumaker, C., Yearwood, E., Crowell, N., & Riley, J. (2013). Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experience. *Nurse education today*, 33, 419-424. <https://doi.org/doi:10.1016/j.nedt.2012.11.009>
- Ramírez-Toscano, Y., Canto-Orsorio, F., Carnalla, M., Colchero, M. A., Reynales-Shigematsu, L. M., Barrientos-Gutiérrez, T., & López-Olmedo, N. (2023). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública Mex*, 65(Supl 1), S75 – S83. <https://doi.org/10.21149/14817>
- Ren, Y., Song, H., Li, S., & Xiao, F. (2020). Mediating effects of nursing organizational climate on the relationship between empathy and burnout among clinical nurses. *Jan leading global nursing research*, 76, 3048-3058. <https://doi.org/10.1111/jan.14525>
- Rocha, D. F., Mascarenhas, I. C., Valente, P. C. P. S., & Carvalho, P. R. (2019). Burnout assessment in nurses from general emergency service. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(6), 1457-1463. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
- Rodríguez-Aguilar, L., Vázquez-Puente, E. O., Guzmán-Facundo, F. R., Esparza-Almanza, S. E., & López-García, K. S. (2022). Estilos de socialización parental, acoso escolar y consumo de alcohol en adolescentes. *Salud mental y adicciones en población vulnerable* (pp. 69-88). Comunicación científica.
- Rodríguez, A. Y., Díaz, A., Franco, J., Aguirre, J., & Camarena, G. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. *Anales médicos*, 63(4), 246-254.
- Romero-Rodríguez, E., Pérula, De T. L. Á., Fernández, G. J. Á., & Camarellles, G. F. (2020). Consumo de alcohol de los estudiantes de Medicina, Enfermería y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*, 53(1), 111 – 113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.015>

- Romero-Rodríguez, E., Pérula de Torres, L. A., Leiva-Cepas, F., Fernández, J. A., Fernández, S., Martín-Rabadán, M., Camarelles, F., & Roldán A. (2019). Knowledge, attitudes and preventive practices of primary health care professionals towards alcohol use: a national, cross-sectional study. *PLOS ONE*, 14(5), 1-13.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216199>
- Romo-Avilés, N., Marcos-Marcos, J., Gil-García, E., Marquina-Márquez, A., & Tarragona-Camacho, A. (2015). Bebiendo como chicos: consumo compartido de alcohol y rupturas de género en población adolescente. *Española de drogodependencia*, 40(1), 13-28.
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/49821/RomoAviles_AlcoholGenero.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ruiz-Flores, B., Herrero, M., Lladosa, S., Capdevila, G., & López, G. (2017). Alcohol consumption prevalence in civil servants. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 20(2), 111–114. <https://doi:10.12961/aprl.2017.20.02.4>
- Saridi, M., Karra, A., Kourakos, M., Souliotis, K., Saridi, M., Karra, A., & Titulada, E. (2016). Assessment of alcohol use in health professionals during the economic crisis. *British Journal of Nursing*, 25(7), 396-405. <https://doi.org.10.12968/bjon.2016.25.7.396>
- Schensul, J. (2009). Community, culture, and sustainability in multilevel dynamic systems intervention science. *American journal of community psychology*, 43, 241-256.
- Searby, A., Burr, D., & Redley, B. (2022). The impact of covid-19 on nurse alcohol consumption: a qualitative exploration. *Journal of clinical nursing*, 1-13.
<https://doi.org/doi:10.1111/jocn.16467>
- Secretaría de Gobernación. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Diario Oficial de la Federación México: SSA; 1987.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaría de Salud. (2024). *Ley del Seguro Social*.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [DOF-02-04-2014]. México: SSA; 2014.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana [NOM-199-SCFI]. México: SSA; 2017.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5535552

- Seghieri, C., Rojas, D., & Nuti, S. (2015). Are there gender differences in how managers and professionals perceived organizational climate? The case of Tuscan healthcare system. *Suma de negocios*, 6(13), 8-16. <https://doi.org/10.1016/j.neucir.2013.12.001>
- Segredo, A. (2017). Instrumento para la evaluación del clima organizacional en salud. *Revista cubana de salud pública*, 43(1), 57-67. <https://www.scielo.org/article/rcsp/2017.v43n1/57-67/>
- Sergin, C., McNelis, M., & Swiatkowski, P. (2016). Social support indirectly predicts problem drinking through reduced psychological distress. *Substances use & misuse*, 51(5), 1-8. <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2015.1126746>
- Sikioti, T., Zartadouli, A., Pappa, D., Mangoulia, P., Fradelos, E. C., Kourti, F. E., Koutelekos, I., Dousis, E., Margari, N., Stavropoulou, A., Evangelou, E., & Dafogianni, C. (2023). Stress and burnout among Greek critical care nurses during the covid-19 pandemic. *AIMS public health*, 10(4), 755-774. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2023051>
- Silczuk, A. (2020). Threatening increase in alcohol consumption in physicians quarantined due to coronavirus outbreak in Poland: The alcovid survey. *Journal of Public Health*, 42(3), 461–465. <https://doi.org/doi:10.1093/pubmed/fdaa110>
- Simons-Morton, B., McLeroy, K., & Wendel, M. (2012). Behavior Theory in Health Promotion Practice and Research. *Jones & Bartlett Learning*.
- Soto, C., Unger, J., Ritt-Olson, A., Soto, D., Scott, D., & Baezconde-Garbanati, L. (2011). Cultural values associated with substance use among hispanic adolescents in southern California. *Subst. use misuse*, 46(10), 1223-1233. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.567366>
- Spitzer, R., & Kroenke, K. (1999). Validation and utility of a self-report version of prime-md: the phq primary care study. Primary care evaluation of mental disorder. Patient health questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch. Inter. Med*, 166, 1092-1097.
- Ssewanyana, D., Mwangala, P. N., Marsh, V., Jao, I., Van Baar, A., Newton, C. R., & Abubakar, A. (2018). Socio-ecological determinants of alcohol, tobacco, and drug use behavior of adolescents in Kilifi County at the Kenyan coast. *Journal of Health Psychology*, 25(12), 1-14. <https://doi:10.1177/1359105318782594>

- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., & Takeuchi, D. T. (2016). Social and Cultural Contexts of Alcohol Use. *Alcohol Research*, 38(1), 35 – 45.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4872611/>
- Sunjaya, D., Herawati, D., & Siregar, A. (2021). Depressive, anxiety, and burnout symptoms on health care personnel at a month after covid-19 outbreak in Indonesia. *BMC Public Health*, 21(227), 1-8. <https://doi.org/doi: 10.1186/s12889-021-10299-6>
- Tao, R., Hsu, M., Min, K., Mo, D., Geng, F., Xia, Lei., Liu, T., Liu, Y., Jiang, F., Liu, H., & Tang, Y. (2023). Alcohol misuse, health-related behaviors, and burnout among clinical therapists in China during the early Covid-19 pandemic: A Nationwide survey. *Frontiers public health*, 11, 1 – 9. <https://doi.org/doi: 10.3389/fpubh.2023.1084259>
- Thiebaud, P., Martin, C., Naouri, D., Le Joncour, A., Truchot, J., & Yordanov, Y. (2021). Alcohol consumption among French physicians: a cross-sectional study. *Drug and alcohol dependence*, 218, 1-7. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108356>
- Toney-Butler, T. J., & Siela, D. (2022). Recognized alcohol and drug impairment in the workplace in Florida. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507774/>
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Iberoamericana de psicología*, 62-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803018>
- Turan, O., Demirci, N. Y., Güntülü, A. K., Akcay, S., Aktürk, Ü. A., Bilaceroglu, S., Coskun, F., Köktürk, O., Mirici, A., Özdemir, C., Sen, & N., Yilmaz, Ü. (2022). Anxiety and depression levels of healthcare workers during covid-19 pandemic. *Afr health sci*, 22(1), 532-540. <https://doi.org/10.4314/ahs.v22i1.62>
- Uhing, A., Williams, J. S., Gracci, E., & Egede, L. E. (2021). Gender differences in the relationship between social support and strain and mortality among a national sample of adults. *J beha med*, 44(5), 673-681. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00221-1>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World drug report. Global overview: drug demand drug supply*. https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf
- Valladares-Trujillo, R., Vázquez-Puente, E. O., López-García, K. S., González-Angulo, P., Segovia-Rodríguez, M. V. (2024). Percepción de Políticas y Actitudes al Consumo de Alcohol en Personal Sanitario. *Cuidad multidisciplinario de la salud BUAP*, 5(10), 35-53. <https://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/1398>

- Vázquez-Puente, E. O., López-García, K. S. L., Guzmán-Facundo, F. R., Valladares-Trujillo, R., & Castillo-Méndez, A. P. (2023). Ansiedad y síntomas depresivos relacionados con el consumo de alcohol en personal de salud. *Horizon interdisciplinary journal*, 1(3), 1-17. <https://doi.org/10.56935/hij.v1i3.14>
- Vázquez-Puente, E. O., López-García, K.S., Valladares-Trujillo, R., Vargas-Machado, G., Villarreal-Mata, J. L., & Castillo-Méndez, A. P. (2024). Síndrome de burnout y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *CONAMED*, 29(1), 80-90. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/art_13.pdf
- Vicente-Herrero, M., Torres, I., Sans, O., Capdevila, L., & Ramírez, M. (2018). Factores relacionados con el hábito tabáquico en personal sanitario. *Medicina balear*, 33(3), 11-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6795214>
- Vidales-Jara, M., Delgadillo-Legaspi, L. M., Calderón-Botello, L. E., Ortega-Gámez, V., Casillas-de Lara, G., & Juárez-García, V. M. (2020). Relación entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en personal de enfermería. *Enfermería, innovación y ciencias*, 1(1), 1-11. <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/eic/article/view/752/763>
- Vielva, V. (2001). *Drogas ilegales*. En J. Elzo (Dir.). La cultura de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Villarreal-Mata, J. L., Armendáriz-García, N. A., Sánchez-Gómez, M., Alonso, C. M. M., & López G. K. S. (2023). Inteligencia emocional, satisfacción laboral y consumo de alcohol en personal de enfermería. *Horizonte sanitario*, 22(2), 393 – 399. <https://doi.org/10.19136/hs.a22n2.5591>
- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Tapia, E., & Vinueza, M. (2020). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2), 1-17. <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106673&id2>
- Vizcarra, M. Á., Llaja, V., Limo, C., & Talavera, J. (2015). Clima laboral, burnout y perfil de personalidad: un estudio en personal asistencial de un hospital público de Lima. *Informes Psicológicos*, 15(2), 111–126. <https://doi.org/10.18566/infpsicv15n2a06>
- Weerasinghe, A., Schoueri-Mychasiw, N., Vallance, K., Stockwell, T., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T., Paradis, C., & Hobin, E. (2020). Improving knowledge that

- alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Environmental research and public health*, 17(2), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020398>
- White, A. M. (2020). Gender differences in the epidemiology of alcohol use and related harms in the united states. *Alcohol research*, 40(2), 1-13. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.01>
- Wijeratne, C., Johnco, C., Draper, B., & Earl., J. (2021). Older physicians' reporting of psychological distress, alcohol use, burnout and workplace stressors. *The American journal of geriatric psychiatry*, 29(5), 478-487. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.010>
- Wozniak, H., Benzakour, L., Moullec, G., Buetti, N., Nguyen, A., Corbaz, S., Roos, P., Vieux, L., Suard, J., Weissbrodt, R., Pugin, J., Pralong, J., & Cereghetti, S. (2021). Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the covid-19 outbreak: a cross-sectional study. *Annals of intensive care*, 11(106), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00900-x>
- Xie, J., Liu, M., Zhong, Z., Zhang, Q., Zhou, J., Wang, L., Ma, K., Ding, S., Zhang, X., Sun, Q., & Cheng, A. (2020). Relationships among character strengths, self-efficacy, social support, depression, and psychological well-being of hospital nurses. *Asian Nursing Research*, 14(3), 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.06.002>
- Zarzour, M., Hachem, C., Kerbage, H., Richa, S., El Choueifaty, D., Saliba, G., Haddad, E., Kelki, E., Sleitaly, G., Saliby, R., Sabbagh, C., & Choucair, J. (2021). Anxiety and sleep quality in a sample of Lebanese healthcare workers during the covid-19 outbreak. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.06.016>
- Zehe, J., & Colder, C. (2014). A latent growth curve analysis of alcohol-use specific parenting and adolescent alcohol use. *Addictive behaviors*, 39, 1701-1705. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.003>
- Zhao, Y., Wang, H., Sun, D., Ma, D., Li, H., Li, Y., Zhang, X., Xie, Z., & Sun, J. (2021). Job satisfaction, resilience and social support in relation to nurses' turnover intention based on the theory of planned behavior: a structural equation modelling approach. *International journal of nursing practice*, 27(6), 1-10. <https://doi.org/10.1111/ijn.12941>
- Zhou, Z., Xu, S., Wang H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., Miao, J., Zhang, C., Yang, Y., Sun, W., Zhu, S., Fa, Y., Hu, J., Liu, J., & Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: Immediate

psychological impact on 5062 health workers. *eClinicalMedicine*, 24.

<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100443>

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-40.

ANEXOS

ANEXO 1

Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol [CDPHCA]

Instrucciones: Este instrumento es confidencial por lo que se solicita tu colaboración para contestar las preguntas que se presentan a continuación.

I. Datos sociodemográficos

1. ¿Cuántos años tienes? _____
2. Sexo: Masculino___ Femenino ___
3. Profesión: Enfermería ___ Medicina ___
4. Nivel de estudio: Técnico ___ General___ Licenciatura___ Especialista___
Maestría___ Doctorado___
5. Categoría laboral: _____

II. Historial de Consumo de Drogas

1. ¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida?	Si	No
2. Si contestaste Si ¿A qué edad iniciaste a consumir alcohol por primera vez?	_____ años	
3. ¿Has consumido alcohol en los últimos 12 meses?	Si	No
4. ¿Has consumido alcohol en los últimos 30 días?	Si	No
5. ¿Has consumido alcohol en los últimos 7 días?	Si	No

6. En un día típico en que consumes alcohol ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes?

ANEXO 2

Escala de Ansiedad Generalizada [GAD-7]

A continuación, se presenta una serie de preguntas las cuales se enfocan a la frecuencia de molestias que pudiste haber presentado. Responde con un **O** la opción que creas más adecuada. No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Recuerda que las respuestas son anónimas.

¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguiente problemas?	Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sensación de nerviosismo, de ansiedad, de tener los nervios de punta	0	1	2	3
2. Incapacidad para eludir o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocupación excesiva por diferentes cosas o situaciones	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Intranquilidad de tal grado que no puede quedarse quieto	0	1	2	3
6. Facilidad para enfadarse o irritabilidad	0	1	2	3
7. Sentido miedo, como si pudiera suceder algo malo	0	1	2	3

ANEXO 3

Cuestionario de Salud del Paciente [PHQ-9]

A continuación, se presenta una serie de preguntas las cuales se enfocan a la frecuencia de molestias que pudiste haber presentado. Responde con un **O** la opción que creas más adecuada. No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Recuerda que las respuestas son anónimas.

¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguiente problemas?	Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), sin esperanza	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para permanecer o quedarse dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado o lo contrario, muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que, estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

ANEXO 4

Inventario de Burnout de Maslach [MBI]

A continuación, se presenta una serie de acontecimientos que pueden estar presentándose en tu vida. Señala el número que creas oportuno sobre la frecuencia con que pueda estar sucediendo. Utilice las siguientes puntuaciones.

0 = Nunca	3 = Pocas veces al mes
1 = Pocas veces al año	4 = Una vez a la semana
2 = Una vez al mes o menos	5 = Unas pocas veces a la semana
	6 = Todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo	
2. Me siento cansado al final de la jornada de mi trabajo	
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4. Puedo comprender como se sienten los pacientes	
5. Creo que no estoy tratando a los pacientes como se merecen	
6. Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa	
7. Creo que trato con mucha eficacia los problemas de los pacientes	
8. Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo	
9. Creo que con mi trabajo estoy influyendo en beneficio de los pacientes	
10. Me he vuelto más insensible con los pacientes desde que ejerzo la profesión	
11. Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13. Me siento frustrado(a) en mi trabajo	
14. Creo que trabajo demasiado	
15. No me preocupa realmente lo que les ocurra a alguno de los pacientes	
16. Trabajar directamente con pacientes me produce estrés	
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con los pacientes	
18. Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes	
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20. Me siento acabado en este trabajo, al límite de mis posibilidades	
21. En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma	
22. Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	

ANEXO 5

Escala de Apoyo Social Percibido [MSPSS]

A continuación, se presenta una serie de declaraciones relacionadas con tus amigos y familia, lee con atención e indica cuidadosamente tu sentir sobre cada situación. Utiliza las siguientes puntuaciones.

1 = Muy en desacuerdo
 2 = Totalmente en desacuerdo
 3 = Ligeramente en desacuerdo
 4 = Neutral

5 = Ligeramente de acuerdo
 6 = Totalmente de acuerdo
 7 = Muy de acuerdo

1. Mi familia realmente trata de ayudarme	
2. Yo consigo ayuda emocional y apoyo de mi familia	
3. Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia	
4. La familia está siempre atenta a ayudarme en la toma de decisiones	
5. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	
6. Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal	
7. Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas	
8. Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos	
9. Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad	
10. Hay una persona especial con quien puedo compartir mi alegría y tristezas	
11. Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mi	
12. Hay una persona especial en mi vida con quien puedo compartir mis sentimientos	

ANEXO 6

Escala Multidimensional de Clima Organizacional [EMCO]

A continuación, hallarás algunas situaciones que pueden presentarse en tu trabajo, estas situaciones son enfocadas a la comunicación de tus compañeros y jefes de trabajo. Lee atentamente y contesta cada una de ellas lo más sinceramente posible. No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Recuerda que las respuestas son anónimas. Utiliza las siguientes puntuaciones.

1 = Nunca

2 = Casi nunca

3 = A veces

4 = Casi siempre

5 = Siempre

1. Los trabajadores se sienten satisfechos con sus actividades	
2. Los trabajadores se sienten realizados en su trabajo	
3. Dentro de la organización los trabajadores disfrutan realizar sus actividades	
4. Los trabajadores realizan con desagrado sus actividades	
5. Los trabajadores gozan de libertad para elegir cómo hacer sus actividades	
6. Cada trabajador es libre respecto a la forma de solucionar los problemas relacionados con sus actividades	
7. A cada trabajador se le brinda la oportunidad de proponer la forma en que desea realizar sus actividades	
8. Los trabajadores se llevan bien entre ellos	
9. En la organización hay compañerismo entre los trabajadores	
10. Existe confianza entre los compañeros para platicar cualquier tipo de problema	
11. Cuando se incorpora un nuevo empleado, los trabajadores de inmediato lo integran al grupo	
12. Los trabajadores dentro de la organización se sienten parte de un mismo equipo	
13. En mi trabajo se unen esfuerzos cuando surgen problemas laborales	
14. En la organización la unión entre compañeros proporciona un ambiente agradable	
15. El director trata a su personal de la manera más humana posible	
16. El trato de los superiores hacia sus trabajadores es con respeto	
17. Los directivos dan apoyo a su personal en la realización de sus actividades	
18. El jefe trata con indiferencia a su personal	
19. Dentro de la organización el jefe trata a los empleados de manera deshumanizada	
20. La organización emplea incentivos para que los trabajadores realicen mejor sus actividades	
21. Todos los trabajadores dentro de la organización tienen posibilidades de ser beneficiados por su trabajo	
22. La organización otorga estímulos a los trabajadores para mejorar su desempeño	
23. Existen distintas formas de recompensar a los trabajadores	
24. Cada trabajador realiza sus actividades con entusiasmo	

25. Los trabajadores muestran agrado en realizar sus tareas	
26. Los trabajadores brindan su mejor esfuerzo en la realización de su trabajo	
27. El jefe mantiene una actitud abierta para recibir propuestas relacionadas con el trabajo	
28. En la organización todos los empleados reciben apoyo del jefe en la realización de las tareas	
29. Al jefe se le dificulta guiar a su personal para que estos cumplan con los objetivos de la organización	

ANEXO 7

Instrumento de Apoyo a las Políticas para Reducir los Problemas Asociados [APRPAA]

A continuación, se presenta una serie de enunciados asociados en la reducción de los problemas con el consumo excesivo de alcohol. Responde en qué medida estás de acuerdo o desacuerdo en que las siguientes políticas públicas puedan ayudar a reducir el consumo de alcohol y sus problemas derivados. Marca con un **O** la opción de respuesta para cada pregunta indicando el grado que mejor consideres.

Algunas políticas o normas son	Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
1. Incrementar el precio de las bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
2. Aplicar impuestos a las bebidas alcohólicas con base en el porcentaje del alcohol que contengan.	1	2	3	4	5
3. Establecer un precio mínimo por unidad, bajo el cual el alcohol no pueda ser vendido.	1	2	3	4	5
4. Reducir el número de establecimientos que venden alcohol.	1	2	3	4	5
5. Reducir el horario de venta de alcohol para todos los bares y antros.	1	2	3	4	5
6. Reducir las horas en que pueden venderse alcohol en comercios (ej. Supermercados y tiendas de autoservicio)	1	2	3	4	5
7. Prohibir el consumo de alcohol en medios de transporte público (metro, autobús, taxi).	1	2	3	4	5
8. Prohibir la disponibilidad de alcohol y su consumo en eventos escolares donde estén niños presentes.	1	2	3	4	5
9. Reducir el límite de bebidas alcohólicas cuando se está manejando (o conduciendo).	1	2	3	4	5

10. Introducir la aplicación de pruebas de aliento alcohólico al azar para los conductores de automóvil.	1	2	3	4	5
11. Aumentar el presupuesto para otorgar servicios para el tratamiento de alcohol.	1	2	3	4	5
12. Los doctores o profesionales de la salud deben preguntar a los pacientes acerca de sus hábitos de consumo y de ser necesario ofrecerles recomendaciones para reducir su consumo de alcohol.	1	2	3	4	5
13. Introducir y promover el vino y la cerveza sin alcohol o con menos contenido de alcohol.	1	2	3	4	5
14. Ofrecer y promover bebidas alcohólicas de menor tamaño en bares, antros y restaurantes.	1	2	3	4	5
15. Referir información sobre las pautas o criterios nacionales de consumo de alcohol en todos los empaques y envases de alcohol.	1	2	3	4	5
16. Hacer obligatorio que se muestre en la etiqueta de latas o botellas el número de unidades o gramos de alcohol que estas contienen.	1	2	3	4	5
17. Colocar advertencias específicas para la salud en los envases de alcohol (Como en los paquetes de tabaco).	1	2	3	4	5
18. Prohibir el patrocinio de empresas que producen bebidas alcohólicas en eventos deportivos.	1	2	3	4	5

19. Limitar la publicidad de bebidas alcohólicas en la TV hasta después de las 9:00 pm.	1	2	3	4	5
20. Prohibir la publicidad de alcohol en exteriores como en espectaculares (carteles publicitarios) o paradas de camiones (autobuses).	1	2	3	4	5
21. Restringir la exhibición de bebidas alcohólicas en tiendas y supermercados o en pasillos específicos (ej. no permitir que se encuentren bebidas alcohólicas en la entrada de los establecimientos).	1	2	3	4	5

ANEXO 8

Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol [EACA]

A continuación, se presenta una serie de enunciados relacionados con el alcohol. Contesta las preguntas con el número que mejor refleje tu realidad.

1 = De acuerdo totalmente

4 = Desacuerdo

2 = De acuerdo

5 = Desacuerdo totalmente

3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo

1. El alcohol no debería existir	
2. Me disgusta que exista el alcohol	
3. Me alegro cuando se prohíbe beber alcohol	
4. Desprecio absolutamente las bebidas alcohólicas	
5. Estaría dispuesto a consumir alcohol a diario	
6. Estaría dispuesto a consumir alcohol cualquier hora	
7. Estaría dispuesto a consumir alcohol para relacionarme mejor con los demás	
8. Estaría dispuesto a convencer a los demás sobre los peligros de las bebidas alcohólicas	
9. Estaría dispuesto a colaborar en cualquier campaña contra las bebidas alcohólicas	
10. Estaría dispuesto a emborracharme en caso que se presente un problema grave	
11. Estaría dispuesto a beber alcohol con los amigos/as siempre que pueda	
12. Estaría dispuesto a impedir que un niño beba alcohol	
13. Estaría dispuesto a comprar alcohol para mi uso y el de mis amigos	

ANEXO 9

Cuestionario de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol [AUDIT]

A continuación, se presenta una serie de preguntas acerca del consumo de alcohol, subraya la opción que se apegue a tu realidad.

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

ANEXO 10
Consentimiento Informado para personal de salud



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Modelo Socio Ecológico de Consumo de Alcohol en Personal de Salud.

Autores: MCE. Edgar Omar Vázquez Puente.

Director de tesis: Dra. Karla Selene López García.

Prologo:

Es de nuestro interés conocer algunos aspectos enfocados a cuestiones personales y sociales y su relación con el consumo de alcohol, por lo cual solicitamos de la manera más atenta su autorización para participar de forma voluntaria en la tesis doctoral del MCE. Edgar Omar Vázquez Puente. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Antes que tome una decisión, se le brindará información clara, veraz y oportuna acerca del presente estudio que se describe a continuación. En caso de que decida autorizar su participación, deberá responder a una serie de cuestionarios para conocer la relación de algunos factores con el consumo de alcohol, los cuales deben ser respondidos de forma individual, sin ayuda de otra persona. Así mismo, se le pide firmar el consentimiento informado en caso de aceptar.

Propósito del estudio:

Conocer cuales factores personales, familiares, organizacionales y sociales pueden tener relación con el consumo de alcohol del personal de salud. Cabe resaltar que la información proporcionada será de utilidad para el diseño y creación de acciones preventivas hacia el consumo de alcohol en dicha población.

Procedimiento:

- Al aceptar la participación en el estudio se requiere tu firma en el consentimiento informado, el cual debe ser entregado en tiempo y forma establecido.

- Se destinará un horario específico que no interrumpa sus actividades laborales, cuidando en todo momento su privacidad y anonimato, en donde se evitará la identificación del nombre u otros datos personales que puedan exponer la identidad del participante, ya que los datos que proporcione solamente los conocerán usted y el equipo responsable del estudio. El tiempo de llenado de los cuestionarios será aproximadamente de 50 minutos.
- Al aceptar la participación se aplicará una cédula de datos personales y ocho instrumentos, los cuales indagan información sobre la ansiedad, síntomas depresivos, síndrome de burnout, apoyo social, clima organizacional de la institución, percepción de políticas públicas, actitud hacia el consumo y consumo de alcohol del personal de salud.
- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento sin tener algún tipo de problema o represaría en sus actividades personales y laborales.

Riesgo e inquietudes:

No existe algún riesgo relacionado con su participación en el estudio. Sin embargo, si se llega a sentir incomodo e indispueto, puede retirarse por un momento y reintegrarse posteriormente para seguir contestando los instrumentos. De igual forma, puede retirarse del estudio en el momento que lo decida.

Beneficios esperados:

No existe ningún beneficio relacionado con su participación. Sin embargo, los resultados encontrados en un futuro permitirán el diseño de programas para fortalecer la prevención de factores personales y sociales asociados con consumo de alcohol en personal de salud.

Alternativas:

La alternativa planteada en el estudio implica la no participación.

Costos:

Tu participación en el estudio no implica algún costo a tu persona.

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

Las únicas personas que sabrán de la participación en el estudio será usted y el equipo responsable del estudio. Es de importancia informar que los datos proporcionados serán usados exclusivamente por el equipo de investigación, sin que sean difundidos a otras personas. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicara información individualizada de cada participante. Esto, debido a que la información recolectada será anónima y confidencial.

Derecho de retractar:

Le reiteramos que su participación es voluntaria y si se llega a sentir incómodo, puede retirarse del estudio en el momento que lo decida y no habrá ningún problema que afecte su situación personal y laboral.

Preguntas:

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre la participación en el estudio, favor de comunicarse con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). La cual se localiza en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, o al teléfono 81 83 48 18 47, el horario de 9 a 14 horas. Dirección Avenida Gonzalitos 1500, colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo, voluntariamente acepto brindar información y participar en este estudio. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas.

Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en cualquier momento.

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Testigo 1 _____

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Testigo 2: _____

Fecha:

Dirección

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

ANEXO 11

PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS DOCTORAL

- Vázquez-Puente, E. O., López-García, K. S., Guzmán-Facundo, F. R., Valladares-Trujillo, R., & Castillo-Méndez, A. P. (2023). Ansiedad y síntomas depresivos relacionados con el consumo de alcohol en personal de salud. *Horizon Interdisciplinary Journal*, 1(3), 1 – 17. <https://doi.org/10.56935/hij.v1i3.14>
- Vázquez-Puente, E. O., López-García, K. S., Valladares-Trujillo, R., Vargas-Machado, G., Villarreal-Mata, J. L., & Castillo-Méndez, A. P. (2024). Síndrome de burnout y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *CONAMED*, 29(1), 80 – 90. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/art_13.pdf
- Valladares-Trujillo, R., Vázquez-Puente, E. O., López-García, K. S., González-Angulo, P., & Segovia-Rodríguez, M. B. (2024). Percepción de políticas y actitudes al consumo de alcohol en personal sanitario. *Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP*, 5(10), 35 – 53. <https://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/cmsj/article/view/1398>
- López-García, K. S., Vázquez-Puente, E. O., Guzmán-Facundo, F. R., Armendáriz-García, N. A., Villarreal-Mata, J. L., Navarro-Oliva, E. I. P., & Castillo-Méndez, A. P. (2024). Actitudes y consumo de alcohol en personal de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 5253 – 5266. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4
- Vázquez-Puente, E. O., López-García, K. S., Villarreal-Mata, J. L., Guzmán-Facundo, F. R., & Castillo-Méndez, A. P. (2024). Modelo explicativo de consumo de alcohol en personal de salud. *Horizon Interdisciplinary Journal*, 2(3), 1 – 11. <https://doi.org/10.56935/hij.v2i3.27>

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

MCE. Edgar Omar Vázquez Puente

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: Modelo Socio Ecológico de Consumo de Alcohol en Personal de Salud

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Edgar Omar Vázquez Puente, nacido en Monterrey, Nuevo León el día 28 de febrero de 1996, hijo del Sr. Praxedis Vázquez Serrato y la Sra. Eva Alicia Puente Silva. Casado con la MCE. Adriana Patricia Castillo Méndez, su hija Angelie Mayela Covarrubias Castillo.

Educación: Egresado del Programa de Licenciatura en Enfermería la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, Capítulo Phi Eta desde 2023.

Experiencia profesional: Enfermero general en Secretaria de Salud de Nuevo León. Enfermero general en Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesor de Tiempo Completo en la Escuela de Enfermería Christus Muguerza – Universidad de Monterrey.

Correo electrónico: omar_j77@hotmail.com