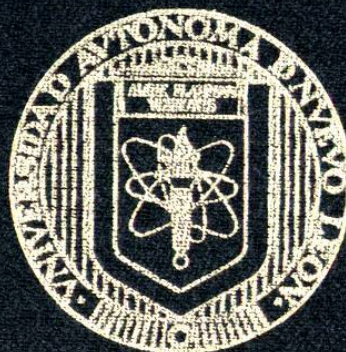


**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**ALTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE  
ALCOHOL EN TRABAJADORES DE LA SALUD**

**Por**

**LIC. ANDRES MAYA MORALES**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

**AGOSTO, 2002**



AC

I-13

MI

V5115

AUTOCORRECCION DE ALCOHOL EN PERECIBIDA Y COHIBIDA

PERECIBIDA Y COHIBIDA EN ALCOHOL

TRABAJADORES DE LA SALUD

A. M. M.



1080116258

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE  
ALCOHOL EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Por

LIC. ANDRES MAYA MORALES

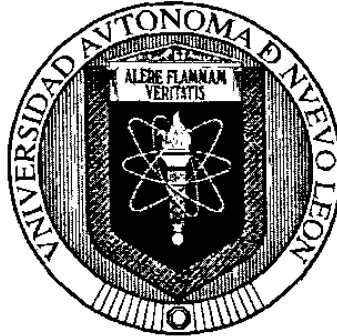
Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

AGOSTO, 2002

TM  
HUSIIS  
.M3



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN**  
**TRABAJADORES DE LA SALUD**

Por  
**LIC. ANDRÉS MAYA MORALES**

**Como requisito parcial para obtener el grado de**  
**MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**  
**Con Énfasis en Salud Comunitaria**

**AGOSTO 2002**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN**  
**TRABAJADORES DE LA SALUD**

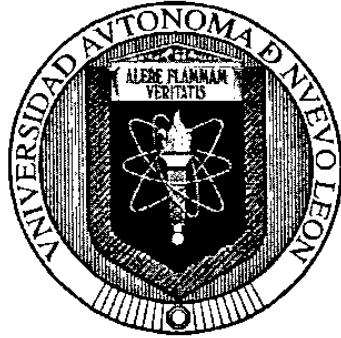
**Por**  
**LIC. ANDRÉS MAYA MORALES**

**Director de tesis**  
**M.S.P. MAGDALENA ALONSO CASTILLO**

**Como requisito parcial para obtener el grado de**  
**MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**  
**Con Énfasis en Salud Comunitaria**

**AGOSTO 2002**

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



AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN  
TRABAJADORES DE LA SALUD

Por  
LIC. ANDRÉS MAYA MORALES

Asesor Estadístico  
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

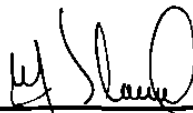
Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

AGOSTO 2002



AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN  
TRABAJADORES DE LA SALUD

Aprobación de Tesis



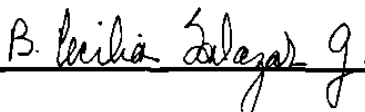
---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
Director de Tesis



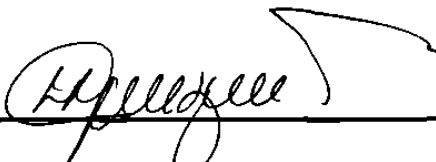
---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
Presidente



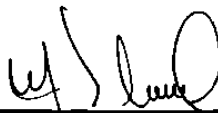
---

Berta Cecilia Salazar González PhD  
Secretario



---

M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar  
Vocal



---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## AGRADECIMIENTOS

**Al Instituto Politécnico Nacional que a través de la Dirección de Desarrollo Docente me dio la oportunidad y las facilidades para continuar con mi preparación profesional.**

**A la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia en especial, mi mas sincero agradecimiento a la Lic. Maria Luisa Ward Velasco por haberme dado la confianza para formar parte del grupo y haber facilitado el desarrollo de la maestría.**

**A la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A.C. quién a través del programa Nacional de Superación del Personal Académico, apoyo la realización de mis estudios.**

**A mi director de tesis la M.S.P. Magdalena Alonso Castillo por el tiempo y dedicación al trabajo realizado. A través de su profesionalismo y compromiso me deja un claro ejemplo de la fortaleza que representa usted en la investigación de la Enfermería Mexicana. Gracias.**

**Agradezco a todos los docentes de la División de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por haber compartido el conocimiento de nuestra disciplina.**

**A mis compañeros de la maestría por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles y por haberme dado la oportunidad de convivir y compartir experiencias inolvidables.**

**A todo el personal de los diferentes departamentos de la División de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En especial a Nora Nelly por su disposición y apoyo demostrado en todo momento.**

**A mi familia por todo su apoyo incondicional y comprensión para hacer realidad este proyecto en mi vida. Marcela, Itzel y Saúl gracias.**

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
<b>Capítulo I</b>	
Introducción	1
<i>Marco teórico conceptual</i>	5
Definición de términos	7
Estudios relacionados	8
Hipótesis	11
<i>Pregunta de investigación</i>	11
<b>Capítulo II</b>	
Metodología	12
<i>Diseño del estudio</i>	12
Población del estudio	12
Muestreo y muestra	13
Criterios de inclusión	13
Mediciones	13
Procedimiento	15
Consideraciones éticas	16
Análisis de datos	17
<b>Capítulo III</b>	
Resultados	18
Estadística descriptiva	18
Confiabilidad de los instrumentos	21
Resultados de la prueba de normalidad	22



<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Matriz de correlación	22
Prueba de hipótesis	23
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Discusión</b>	<b>28</b>
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
<b>Referencias</b>	<b>32</b>
<b>Apéndices</b>	<b>37</b>
A. Estructura Conceptual Teórico - Empírica	38
B. Cedula de Datos Personales	39
C. Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)	40
D. Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT)	43
E. Consentimiento Informado	45
F. Escala Gráfica del Cuestionario de Confianza Situacional (Para mujeres)	46
G. Escala Gráfica del Cuestionario de Confianza Situacional (Para hombres)	47
H. Medias y Medianas del Índice de Consumo de Alcohol con Relación al Sexo	48
I. Medias y Medianas del Índice de Consumo de Alcohol por Tipo de Personal de la Salud	48
J. Oficio de Autorización	49

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
<b>1 Características sociodemográficas de trabajadores de la salud (Sexo y Edad)</b>	<b>18</b>
<b>2 Características sociodemográficas de trabajadores de la salud (Escolaridad, Ocupación, Ingreso Económico y Tipo de Personal)</b>	<b>19</b>
<b>3 Edad y escolaridad de trabajadores de la salud (Variables Continuas)</b>	<b>20</b>
<b>4 Consumo de alcohol en trabajadores de la salud por sexo</b>	<b>20</b>
<b>5 Consumo de alcohol por tipo de personal de la salud</b>	<b>21</b>
<b>6 Consistencia interna de los instrumentos</b>	<b>21</b>
<b>7 Prueba de normalidad para los índices de los instrumentos SCQ y AUDIT</b>	<b>22</b>
<b>8 Correlación de Spearman de las variables edad, escolaridad, autoeficacia y AUDIT</b>	<b>23</b>
<b>9 Prueba U de Mann-Whitney para sexo y consumo de alcohol</b>	<b>24</b>
<b>10 Prueba U de Mann-Whitney de tipo de personal y consumo de alcohol</b>	<b>25</b>
<b>11 Medias y medianas de autoeficacia y tipo de consumo de alcohol en trabajadores de la salud</b>	<b>27</b>

## Lista de Figuras

Figura	Página
1 Diagrama de dispersión de autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud.	26



## RESUMEN

Andrés Maya Morales  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto 2002

Título del estudio: AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Número de páginas 49

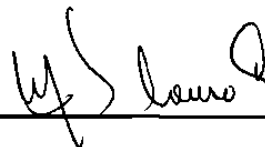
Candidato para obtener el  
Grado de Maestría en  
Ciencias de Enfermería con  
Énfasis en Salud Comunitaria

Area de Estudio: Salud Comunitaria

**Propósito y método del estudio:** El propósito del estudio fue conocer la relación de algunos factores sociodemográficos y la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Se utilizó el concepto de autoeficacia percibida de la teoría cognitiva social de Bandura, aplicado a *conductas adictivas* (1999). El diseño del estudio fue de tipo descriptivo correlacional. El muestreo fue aleatorio estratificado para dos categorías (profesionales de la salud y personal de apoyo) y para cuatro estratos (médicos, enfermeras, asistentes médicas y personal de servicios básicos). El tamaño de la muestra ( $n = 156$ ) se estimó con una potencia de .80, significancia de .05 y una correlación de .20. Los instrumentos utilizados fueron: a) Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ), b) Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) y una Cédula de Datos Personales. Estos instrumentos presentaron consistencia interna aceptable. Se aplicó estadística descriptiva, prueba Kolmogorov-Smirnov, coeficiente de correlación de Spearman, prueba de U de Mann-Whitney y análisis de varianza de Kruskal-Wallis.

**Contribución y conclusiones:** El estudio permitió conocer que existe una relación negativa y significativa de la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud ( $r_s = -.41$ ,  $p < .001$ ), es decir, a mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol. La autoeficacia fue mayor en trabajadores con consumo sensato y menor en trabajadores con consumo dependiente y dañino ( $H = 24.09$ ,  $p < .001$ ). Los profesionales de la salud consumen menor cantidad de alcohol que el personal de apoyo ( $U = 2117.00$ ,  $p < .030$ ). Los trabajadores del sexo masculino consumen mayor cantidad de alcohol que los del sexo femenino ( $U = 661.50$ ,  $p < .001$ ). Se recomienda realizar estudio de intervención, utilizando la autoeficacia percibida como factor que puede disminuir el consumo de alcohol.

Firma del Director de Tesis



## Capítulo I

### Introducción

En México el consumo de alcohol es una práctica avalada socialmente, Tapia, Medina-Mora y Cravioto (2000) reconocen que existe una importante cultura del alcohol, donde éste se consume en casi toda clase de eventos sociales. Además, para algunas personas el consumo de alcohol es una forma de enfrentar los problemas de la vida; lo cual reduce y deteriora la relación social, familiar y laboral. El consumo excesivo se relaciona con dependencia al alcohol, enfermedades crónicas, elevados costos por atención médica y pérdidas económicas laborales (Borges et al., 1999; Compollo, Martínez, Valencia & Segura-Ortega, 2001; González, 2000; Lambie, Whiteside, Bell & Jhonson, 1982; Narro & Gutiérrez, 1997). No obstante, Barrientos (1998) señala que la industria del alcohol y su consumo generan empleos y ganancias importantes en el país.

Según la Encuesta Nacional sobre Adicciones (ENA) realizada en México en 1998 por el Consejo Nacional Contra las Adicciones, la población urbana de 18 a 65 años es bebedora en un 58%. El consumo por grupo etáreo registra un porcentaje muy similar, con una mayor incidencia en el grupo de 30 a 39 años. La edad de inicio en el consumo de alcohol es en promedio a los 12 años, el mayor porcentaje lo registran las personas de 18 a 29 años con un 53%, seguido por los jóvenes de 12 a 15 años con un 20%. Con respecto a la frecuencia en el consumo, la mayoría de los bebedores ingieren alcohol 1 a 3 veces por mes en un 23% de los casos, seguida por aquellos que lo toman de 1 a 4 veces por semana en un 21%. Además, es importante resaltar que el 25%

de los bebedores más fuertes consumen el 78% del alcohol disponible (CONADIC, 1999).

Se estima que más de 50 millones de personas de todo el mundo están discapacitadas por el uso del alcohol. El CONADIC refiere que el 1.7% de los entrevistados han tenido reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol; así mismo se observa que el 11.4% presenta incapacidad de control y el 4.6% de la población cumple el criterio de dependencia a esta droga. Además, en casi el 1% de los casos la bebida ha sido la causa de que no se obtenga ascenso en el trabajo o incremento salarial y en ese mismo porcentaje los trabajadores han perdido la estabilidad laboral a causa de la bebida. En la zona metropolitana de la Ciudad de México se registran datos similares al perfil nacional, con incremento en los bebedores actuales, incapacidad de control y dependencia a esta droga.

Con relación a los factores personales Cortaza (2001) encontró que el mayor consumo de alcohol se presenta en hombres con mayor ingreso económico. Contra la opinión popular el mayor daño por consumo de alcohol se presenta en personas de ingreso económico medio y alto. Además, el consumo sensato se presenta más en trabajadores de cuello blanco (administrativos). No obstante, la mayor dependencia al alcohol se presenta en trabajadores de cuello azul (obreros) de la industria petroquímica. Ayala (1993); Echeverría Oviedo y Ayala (1994); y Lozano (2001) encontraron que este problema se presenta más en trabajadores de 12 o más años de escolaridad e incluso la mayor proporción se registra en profesionistas. Estos estudios muestran contradicción entre el consumo excesivo de alcohol y la actividad laboral.

McCaffrey (1999) ha observado que en el lugar de trabajo no se da importancia a los trabajadores que empiezan con problemas en el consumo de alcohol, siendo solapados por compañeros y jefes. También se registra un



incremento de mujeres trabajadoras, lo que aumenta el riesgo durante la procreación (Gelsasso, 1998).

Los lugares de trabajo son afectados por: disminución del rendimiento, mayor ausentismo e incremento de las muertes prematuras por enfermedades agudas y crónicas; además de acrecentar los gastos sociales y sanitarios (Erolas, 1995 & Shapira, 2001). La industria moderna exige elevada capacidad psicosenorial y mental, misma que se ve afectada en individuos que consumen alcohol en exceso, situación que pone en desventaja al trabajador para responder a las exigencias del empleo.

Los empresarios han adquirido conciencia del elevado costo del abuso del alcohol (Alyanak, 1999 & Shapira, 2001). En respuesta a lo anterior, la Organización Internacional del Trabajo (2001) establece estrategias para reducir la demanda de alcohol, cuyos objetivos de acción son prevenir la adicción en el sitio de trabajo y rehabilitar en la comunidad, con carácter confidencial, individual y sin riesgo de sanciones.

Las investigaciones sobre el consumo de alcohol en trabajadores de la salud es limitada. Tapia y Meneses (1992) encontraron que el patrón de *consumo se relaciona con la actividad laboral y con el uso de otras drogas*. Otro estudio cuyo objetivo fue conocer la prevalencia del consumo de alcohol en 907 enfermeras clínicas, reveló que del 3 al 8 % consumen alcohol en forma regular (Yan, Yan & Pan 2001).

Los problemas de producción se relacionan directamente con el consumo de alcohol, debido a que el 10% de los trabajadores lo consumen. Con frecuencia el trabajador no percibe su baja autoeficacia para controlar *situaciones de alto riesgo que incrementan su consumo de alcohol*. Mientras más consume en cantidad y frecuencia, más bajo nivel de confianza tiene el trabajador para manejar situaciones de alto riesgo (Skutle, 1999). Lozano

(2001) en trabajadores universitarios encontró que la autoeficacia muestra una *relación negativa con los pros del consumo de alcohol*.

Desde esta perspectiva el concepto de autoeficacia de Bandura (1986) permite conocer la confianza que las personas tienen para resistir la tentación al consumo de alcohol. La autoeficacia relacionada a esta adicción se refiere a expectativas cognoscitivas específicas para una situación y la capacidad percibida de lidiar con situaciones de alto riesgo. Algunos sujetos beben para adquirir confianza en si mismos, para vencer la inhibición social y para *aumentar la credibilidad cuando afrontan factores de alto riesgo negativos* (Skutle, 1999).

Bandura (1999) señala que la teoría de autoeficacia puede utilizarse en diversas áreas como rendimiento académico, *conducta interpersonal* y conductas adictivas. La autoeficacia percibida ha sido estudiada en personas que consumen alcohol o drogas ilícitas, pacientes bajo tratamiento de desintoxicación, trabajadores universitarios y personas con accidentes *automovilísticos a causa del consumo de alcohol*. Sin embargo, no se han encontrado estudios del efecto de la autoeficacia percibida en el consumo de alcohol en trabajadores de la salud.

En la experiencia personal del autor de este estudio, en los servicios de salud se ha observado que el personal frecuentemente recurre al consumo de alcohol con la finalidad de convivir, evadir problemas personales y disminuir el estrés; descuidando sus actividades laborales. Además, se apreciaba una débil autoeficacia percibida para resistir el consumo en el personal de menor nivel escalafonario. Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue conocer la relación de algunos factores sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, ocupación e ingreso socioeconómico) y *la autoeficacia percibida con el*

consumo de alcohol en trabajadores de la salud, por lo cual se realizó un estudio descriptivo.

### Marco teórico conceptual

Bandura es considerado uno de los teóricos más importantes del cognoscitivismo. Él identificó que los hombres poseen un sistema interno que sirve de mecanismo de referencia sobre el cual se percibe, regula y evalúa la conducta. La persona interpreta los resultados de sus acciones a través de la interrelación de la tríada, conducta – ambiente – pensamiento (determinismo recíproco). Bandura reconoce que las creencias que tienen las personas son claves para el control, competencia personal y para producir su propio ambiente y sistema social.

Entre las creencias propias que usan los individuos para controlar su ambiente están las creencias de autoeficacia. Esta teoría establece que la autoeficacia determina la elección de las actividades, el esfuerzo que se requiere para realizarlas y la persistencia del individuo para su ejecución. Es por ello, que a la autoeficacia se le reconoce como una variable motivacional que contribuye al esfuerzo realizado para la consecución de las metas personales.

Las creencias que las personas sostienen acerca de su autoeficacia es el producto de la interacción de cuatro fuentes principales (Bandura, 1986): las experiencias anteriores, las experiencias vicarias, la persuasión social y las reacciones fisiológicas, éstas fuentes representan las vías de cambio para la conducta.

La autoeficacia es la percepción de la capacidad que tiene la persona para actuar en una situación, actividad o dominio. Las percepciones de autoeficacia contribuyen de modo causal a la conducta. Desde esta perspectiva



la autoeficacia es uno de los muchos factores personales que determina la motivación.

Dada la complejidad del concepto los estudios sobre adicciones han establecido subtipos de autoeficacia, Di Clemente, Fairhurst y Piotrowski (1997) reconocen los siguientes: de manejo, para tratamiento, de recuperación, de control y de abstinencia. Así mismo, Bandura (1999) reconoce que existen cinco tipos de autoeficacia en la modificación de la conducta adictiva las cuales son: de resistencia, de reducción del mal, de acción, de manejo y de recuperación. En este estudio se considera sólo la autoeficacia percibida en su componente de resistencia, la cual es referida como la confianza percibida para manejar satisfactoria situaciones específicas para resistir a la presión de amigos para consumir alcohol o cuando se cursan estados de angustia o depresión. Ante estas situaciones, aparecen las habilidades de confianza para ejecutar otras tareas con el fin de lograr resistirse a la tentación o presiones. En resumen, es la capacidad de resistir consumir alcohol ante las presiones interpersonales y las tentaciones intrapersonales.

En el apéndice A se presenta la estructura conceptual teórica empírica, donde se establece la relación de los conceptos utilizados en el estudio.

### Definición de términos

Los factores sociodemográficos, son las características de las personas; en este estudio sólo se incluyeron las de tipo biológico (edad, sexo) y sociocultural (escolaridad, ingreso económico y ocupación). La edad corresponde a los años cumplidos de la persona. El sexo es la entidad biológica del participante (masculino o femenino). La escolaridad son los años cursados de educación formal. El ingreso económico es la percepción monetaria expresada en término de número de salarios mínimos. La ocupación es la actividad que desempeña la persona dentro de la institución de salud. Esta investigación estará limitada a profesionales de la salud (médicos y enfermeras) y a personal de los servicios de apoyo (asistentes médicas y personal de servicios básicos).

La autoeficacia percibida, indica la confianza que tiene el trabajador de la salud (profesional o de los servicios de apoyo), para resistir la tentación de consumir alcohol ante situaciones específicas. Este concepto se midió a través de los elementos intrapersonal e interpersonal; el primero valora aspectos físicos y psicológicos involucrados en la confianza para resistir la tentación para beber alcohol. El segundo incluye situaciones con otros individuos tales como: conflictos, presión social para beber y tener tiempo placentero con los demás.

El consumo de alcohol, es la ingesta de alcohol con relación a la frecuencia, cantidad, dependencia y daño que tienen los trabajadores de la salud en el último año. El consumo de alcohol es el componente del estilo de vida que la persona tiene con relación a su ingesta. Para fines de este estudio los individuos se clasificaron en: sensatos, dependientes y dañinos. En el consumo sensato se ubicaron a los trabajadores que ingieren en un día típico hasta dos copas en mujeres y cuatro en hombres. En el consumo dependiente

se incluyeron aquellos trabajadores que consumen en un día típico de tres a cinco copas en mujeres y de cinco a nueve en hombre, además de haber *dejado de realizar algunas actividades a causa del alcohol*. En el consumo dañino se ubicaron a los trabajadores que ingieren en un día típico de seis o más copas en mujeres y 10 o más en hombres y que sus amigos, familiares o personal de la salud le han manifestado preocupación por su forma de beber.

### Estudios relacionados

Con respecto al consumo de alcohol, Cortaza (2001) señala que los trabajadores del sexo masculino tienen más alto consumo de alcohol que las mujeres ( $Z = 4.49$ ,  $p < 0.01$ ), además en los hombres se registra la mayor proporción de dependencia al alcohol y consumo dañino. Por otro lado la ENA realizada en 1998 reportó que los varones de 18 a 65 años de edad consumen más alcohol que las mujeres de este mismo grupo de edad, en una proporción de 73.4% y 36.5% respectivamente (CONADIC, 1999).

López (1998) estudió a 2790 personas mayores de 14 años y encontró diferencias estadísticamente significativas entre el patrón de consumo y el sexo, siendo más alto en varones que en mujeres ( $X^2_{(3)} = 91.40$ ); en relación a la edad ésta también fue significativa ( $X^2_{(12)} = 57.39$ ), observándose que las personas de 35 a 54 años son fuertes consumidores en frecuencia y cantidad. Con respecto a la escolaridad ésta mostró significancia ( $X^2_{(12)} = 34.61$ ), siendo más alto en los sujetos con estudios de primaria; en relación a la ocupación la mayor proporción la tienen los subempleados y obreros ( $X^2_{(18)} = 99.23$ ); y de acuerdo al ingreso económico los consumidores fuertes son los que perciben menos de un salario mínimo y los que ganan cinco o más salarios mínimos ( $X^2_{(12)} = 46.17$ ).

Barrientos (1998) en un estudio antropológico con 424 participantes encontró que el 91% de los hombres habían consumido alcohol en la semana y que sólo el 9% de las mujeres lo ingirieron. Con respecto de la frecuencia en el consumo de alcohol, el CONADIC (1999) reportó en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México que la ingesta se comporta de la siguiente manera: diario 1.7%, 1 a 4 veces por semana 9.8%, 1 a 3 veces por mes 16.7%, 3 a 11 veces por año 13.0%, 1 a 2 veces al año 23%, abstemios en el último año 16.6% y nunca han bebido en 18.6%.

Borges et al. (1999) estudiaron la prevalencia del consumo de alcohol en personas atendidas en los servicios de urgencia y encontraron que la mayoría de estos pacientes tenían escolaridad de primaria en un 29% y estudios profesionales en un 13.9%. Así mismo, Rascon et al. (1991) al estudiar los problemas asociados al consumo de alcohol observaron que 30% de los consumidores cursaron sólo la primaria y 28% eran consumidores con estudios profesionales. Es decir, la mayor prevalencia de consumidores de alcohol tenían primaria o estudios profesionales.

Lozano (2001) refiere que existe mayor consumo de alcohol en el sexo masculino (56%) con pareja y éste problema afecta más a trabajadores académicos (62.9%). Además, se encontró un elevado número de mujeres y hombres consumidores sensatos por lo que no representó ser importante para ellos los obstáculos ocasionados por el alcohol. Echeverría et al. (1994) al estudiar las determinantes situacionales en el patrón de consumo, observaron que 88% de los consumidores eran hombres y sólo el 12% mujeres.

Tapia y Meneses (1992) al estudiar el consumo de alcohol entre el *personal médico*, refieren que el patrón de consumo de bebidas varía en función a la actividad del entrevistado. Los profesionistas de la salud y técnicos

consumen regularmente alcohol en un 9.5%; este porcentaje contrasta con el resto de los trabajadores quienes lo consumen en un 44%.

Con respecto a la autoeficacia y su relación con conductas adictivas se reportan los hallazgos de algunos estudios de investigación. Skutle (1999) al estudiar la relación entre expectativas de autoeficacia y la gravedad y la fuerza de los beneficios encontró que los sujetos que perciben mayores beneficios psicológicos a través del alcohol obtuvieron *menos confianza en lidiar con situaciones de alto riesgo*, en tanto una relación contraria se observó con sujetos que experimentaban pequeños beneficios. La gravedad del abuso estuvo significativamente asociada con la autoeficacia ( $F_{(2,201)}$  de 4.5 a 8.7). El análisis de Bonferroni demostró que los alcohólicos graves tenían significativamente menos confianza que los alcohólicos moderados.

Lozano (2001) estudió a 140 trabajadores universitarios y encontró que la autoeficacia tiene un efecto negativo con el consumo de alcohol ( $t = -2.73$ ,  $p < 0.007$ ). Cuando la autoeficacia aumenta, disminuye el consumo de alcohol, es decir que la persona tiene confianza de poder vencer la tentación del consumo frente a diversas situaciones de riesgo.

Oliva (2001) al estudiar los factores personales y la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidentes automovilísticos, observó que la autoeficacia percibida afecta el consumo de alcohol explicando una variabilidad del 36% ( $F_{cal} = 60.62$ ,  $p < 0.001$ ); así mismo la autoeficacia percibida mostró ser un buen predictor en el consumo de alcohol ( $t = 7.78$ ,  $p < 0.001$ ), dado que al percibir mayor autoeficacia el individuo es capaz de resistir consumir alcohol en situaciones específicas.

En resumen, los hombres consumen más alcohol que las mujeres, aunque estudios recientes señalan un incremento en las mujeres adictas a esta droga (Cravioto, De la Rosa & García, 1995). Diversas investigaciones muestran



que la escolaridad influye en el consumo, aunque los resultados difieren en función a la población estudiada o a la actividad del entrevistado. Además, el problema del abuso en el consumo de alcohol esta significativamente asociado con la autoeficacia percibida, misma que influye en forma negativa en el consumo de alcohol. Quién percibe mayor autoeficacia es capaz de resistir la tentación de beber, razón por la que se considera a ésta un predictor del consumo de alcohol.

### Hipótesis

- H1. Los trabajadores del sexo masculino consumen mayor cantidad de alcohol que los del sexo femenino.
- H2. La escolaridad de los trabajadores de la salud se relaciona con el consumo de alcohol.
- H3. Los trabajadores profesionales de la salud consumen menos alcohol que los trabajadores de los servicios de apoyo.
- H4. A mayor autoeficacia percibida menor será el consumo de alcohol en los trabajadores de la salud

### Pregunta de investigación

¿Existen diferencias en la autoeficacia percibida según el consumo de alcohol sensato, dependiente y dañino?

## Capítulo II

### Metodología

En este capítulo se incluye el diseño del estudio, población, muestreo y muestra. Además se dan a conocer las mediciones, el procedimiento de recolección, análisis de datos y consideraciones éticas.

#### Diseño del estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999). A través de éste estudio se identificó la relación de la autoeficacia percibida y algunas características sociodemográficas de los participantes en el estudio con el consumo de alcohol.

#### Población de estudio

La población de éste estudio lo conformaron trabajadores de la salud divididos en dos categorías: profesionales de la salud que incluye a médicos y enfermeras, así como personal de servicios de apoyo que comprende asistentes médicas y personal de servicios básicos de un Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar pertenecientes al Sistema de Seguridad Social la Ciudad de México. El total de la población fue de 726 de los cuales 491 corresponden a profesionales de la salud (médicos y enfermeras) y de ellos 122 son hombre y 369 son mujeres. La población del personal de apoyo (asistentes médicas y personal de servicios básicos) fue de 235 de los cuales 104 son hombres y 131 mujeres.

### Muestreo y muestra

El muestreo fue de tipo probabilístico y estratificado con asignación proporcional para cuatro estratos, correspondiente dos de ellos a categorías laborales de profesionales de la salud y servicios de apoyo, y dos estratos por sexo femenino y masculino.

El cálculo de la muestra se realizó a través del programa estadístico nQuery versión 2.0. Se consideró una potencia de .80, un nivel de confianza de 95%, con una significancia de .05 y una correlación de .20. La muestra estuvo constituida por 156 participantes distribuidos de la siguiente manera:  $n_1$  Profesionales de la salud sexo masculino = 26,  $n_2$  Profesionales de la salud sexo femenino = 79,  $n_3$  Personal de apoyo sexo masculino = 23 y  $n_4$  Personal de apoyo sexo femenino = 28.

### Criterio de inclusión

Trabajadores de base que admitan consumir bebidas alcohólicas mínimo una vez al año.

### Mediciones

En el estudio se utilizaron una cédula de datos personales y dos instrumentos. La cédula comprende cinco reactivos sobre datos biológicos y socioculturales que incluye sexo, edad, años de escolaridad, categoría laboral e ingresos económicos (Apéndice B).

El primer instrumento es un Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) (Annis & Graham, 1987). Este instrumento está constituido por 39 reactivos, mismos que contienen una escala de respuesta del uno al seis, con la cual se mide la confianza de que tan seguro se siente la persona de resistir la tentación de tomar alcohol. Abarca dos subescalas la intrapersonal y la

interpersonal. La primera comprende las preguntas 1 al 3, 7 al 13, del 17 al 23, del 27 al 33 y del 36 al 39, esta abarca cinco categorías: Estados emocionales negativos, estados físicos negativos, estados emocionales positivos, impulsos y tentaciones y prueba de control personal. La subescala interpersonal comprende las preguntas 4 al 6, de la 14 a la 16, de la 24 a la 26 y de la 34 a la 35 y abarca tres categorías: problemas sociales en el trabajo, presión social para beber y estados emocionales placenteros con los demás. Los valores oscilan entre 39 y 234, lo que significa que a mayor puntaje mayor confianza de resistir el consumo de alcohol (Apéndice C).

Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana que ha sufrido accidentes por consumo de alcohol, mismo que reportó una consistencia interna de .94 (Oliva, 2001).

El segundo instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) de De la Fuente y Kershenobich (1992). Esta prueba consta de diez reactivos que examinan el uso de alcohol durante los últimos 12 meses y sus consecuencias. Consta de tres dominios, los reactivos del 1 al 3 determinan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol; los reactivos del 4 al 6, exploran la posibilidad de que exista dependencia al alcohol, y los reactivos del 7 al 10 exploran el consumo dañino de alcohol. La escala oscila de 0 a 40 puntos, donde a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol. Si se obtiene un valor de 1 a 3 se considera un consumo sin riesgo (sensato), si se obtienen de 4 a 7 puntos se tiene problemas en el consumo (dependencia) y si se registran de 8 a 40 puntos se considera un consumo con riesgo elevado o dañino (Apéndice D).

Este instrumento reportó por los autores de la prueba, una sensibilidad de 80% y una especificidad de 89%. En trabajadores de la industria

petroquímica mexicana se obtuvo una Alpha de Cronbach de .83 (Cortaza, 2001).

### Procedimiento

Antes de iniciar la recolección de los datos se obtuvo la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se solicitó por escrito la autorización al Jefe de la División de Enseñanza e Investigación de un Hospital General de Zona del Sistema de Seguridad Social, para contar con las facilidades necesarias para la realización del estudio.

Los sujetos participantes en el estudio se seleccionaron a través de la plantilla de personal proporcionada por el jefe de recursos humanos. A los trabajadores se les localizó en el turno y horario más conveniente. El personal de enfermería se abordó en la última media hora del enlace de turno. En el caso del personal médico fue posterior a la visita médica y a la actualización de las indicaciones médicas. En ambos casos la entrevista se llevó a cabo en el comedor o en la oficina médica.

Para el personal de servicios de apoyo el horario más apropiado para la recolección de datos fue en la última media hora del enlace de turno o al término de éste. El sitio para la entrevista en el caso de las asistentes médicas fue su modulo de trabajo y para los trabajadores de servicios básicos fue a la salida de la jefatura o en el comedor.

Antes de iniciar la recolección, el autor del estudio les explicó a los sujetos el propósito de la investigación; así mismo se solicitó su participación voluntaria mediante el consentimiento informado (Apéndice E). Se respetó la decisión del participante y el anonimato. Además, se indicó que si no deseaban participar esto no afectaría su relación con la institución. Una vez aceptada su



participación se procedió a entregar los instrumentos y la cédula para que lo conteste, señalando que el autor estaba disponible a unos 15 metros de distancia por si requería aclarar preguntas o dudas. Al término del llenado se verificó en lo general que estuvieran completamente contestados los instrumentos y la cédula. Al finalizar el procedimiento se le agradeció a cada sujeto su participación en el estudio y se le entregó un tríptico informativo sobre prevención de accidentes por consumo de alcohol.

### Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en el área de la salud, título II capítulos I y V (Secretaría de Salud, 1987). Se respetó la dignidad y protección de los participantes (Art. 13). Se ajustó a los principios éticos y científicos que justifiquen la investigación, para ello se contó con la aprobación de las comisiones de ética y de investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL como lo señala el artículo 14. Así mismo, se contó con el consentimiento informado de los participantes como lo indica el artículo 21 (Apéndice F).

La investigación no afectó la situación laboral de los sujetos y los resultados que se obtuvieron no se utilizarán en su perjuicio, tal como lo señala el artículo 58 en su fracción I y II (Secretaría de Salud, 2002).

Se considera que el estudio no implicó riesgo para las personas dado que solo requirió responder cuestionarios anónimos y confidenciales. El estudio no causó daño psicológico debido a que las preguntas sobre consumo de alcohol no implicaron manejo profundo de emociones y sentimientos. Además, se cuidó el principio de beneficencia, de tal manera que el autor entregó información escrita (tríptico) sobre el tema e indicó a los participantes el sitio donde puede ser localizado más adelante para cualquier duda o apoyo.

### Análisis de datos

La información obtenida fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 10 (*Statistical Package for the Social Sciences*). El análisis de los datos se hizo en dos etapas: en la primera se obtuvo estadística descriptiva como proporciones, medidas de tendencia central, además se determinó el coeficiente Alpha de Cronbach de los instrumentos. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de las variables, previo a ello se obtuvieron los índices de los instrumentos.

Posteriormente en la segunda etapa se realizó la prueba de hipótesis, para lo cual se decidió utilizar la estadística no paramétrica debido a que los datos no mostraron normalidad en su distribución. Para las hipótesis 1 y 3 se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Para las hipótesis 2 y 4 se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Para la pregunta de investigación se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, previa clasificación de los consumidores en: sensatos, dependientes y dañinos.

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio de autoeficacia percibida y consumo de alcohol en 156 participantes trabajadores de la salud. Los datos se ordenan de la siguiente forma: datos descriptivos de los participantes en el estudio, consistencia interna de los instrumentos, índices y prueba de normalidad de las variables estudiadas, matriz de correlación y prueba de hipótesis.

#### Estadística descriptiva

Los datos que se muestran a continuación corresponden a características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

Tabla 1

#### Características sociodemográficas de trabajadores de la salud (Edad y Sexo)

Factores Sociodemográficos	f	%
<b>Edad (años)</b>		
Menor de 25	16	10.3
26 a 35	55	35.3
36 a 45	63	40.4
46 o más	22	14.0
<b>Sexo</b>		
Masculino	49	31.4
Femenino	107	68.6

Fuente: CDP

n = 156

La tabla 1 muestra que la mayoría de los trabajadores están en una edad que oscila de 36 a 45 años y que la mayor proporción la ocupa el sexo femenino.

Tabla 2

Características sociodemográficas de trabajadores de la salud (Escolaridad, Ocupación, Ingreso Económico y Tipo de Personal)

Factores Sociodemográficos	f	%
<b>Años de escolaridad</b>		
Hasta 6	5	3.2
7 a 9	15	9.6
10 a 12	44	28.2
13 a 17	61	39.1
18 o más	31	19.9
<b>Ocupación</b>		
Médicos	25	16.0
Enfermeras	80	51.3
Camilleros / Intendencia	34	21.8
Asistente médica	17	10.9
<b>Ingreso Económico (salarios mínimos)</b>		
De 2 a 3	83	52.6
De 4 a 5	48	30.8
Más de 5	26	16.6
<b>Tipo de personal de la salud</b>		
Profesionales	105	67.3
No profesionales	51	32.7

Fuente: CDP

$n = 156$

La tabla 2 indica que los participantes tienen alta escolaridad dado que la mayor proporción se ubica en el rango de 13 a 17 años de estudios. La mayor proporción por ocupación corresponde al personal de enfermería. La mayoría de los trabajadores perciben de 2 a 3 salarios mínimos y con respecto al tipo de personal, los profesionales de la salud tienen el más alto porcentaje.

Tabla 3

Edad y escolaridad de trabajadores de la salud (Variables Continuas)

Variable	$\bar{X}$	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad	36.19	37.00	8.40	19	61
Escolaridad	14.03	14.00	3.73	6	26

Fuente: CDP

 $n = 156$ 

La tabla muestra que la media de los participantes en el estudio fue de 36 años de edad, con 14 años de estudios en promedio.

Tabla 4

Consumo de alcohol en trabajadores de la salud por sexo

Tipo de consumo	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sensato	14	9	94	60	108	69
Dependiente	23	15	10	6	33	21
Dañino	12	8	3	2	15	10
Total	49	32	107	68	156	100

Fuente: AUDIT

 $n = 156$ 

Con relación al tipo de consumo de alcohol por sexo, se registra mayor consumo sensato con predominio en el sexo femenino. A diferencia de lo anterior, el consumo dañino es superior en el sexo masculino.

Tabla 5

Consumo de alcohol por tipo de personal de la salud

Tipo de consumo	Profesionales		De apoyo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sensato	77	50	31	20	108	70
Dependiente	23	15	10	6	33	21
Dañino	5	3	10	6	15	9
Total	105	68	51	32	156	100

Fuente: AUDIT

n = 156

El consumo de alcohol en función al tipo de personal registran una mayor frecuencia los consumos de tipo sensato y dependiente, siendo superior esto en profesionales de la salud. El personal de apoyo por su parte presenta el más alto consumo dañino.

Confiabilidad de los instrumentos

Tabla 6

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento		No de Reactivos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Confianza Circunstancial (SCQ)		39	1 al 39	.96
Cuestionario de identificación de desordenes por uso de alcohol (AUDIT)	Frecuencia	3	1 al 3	.72
	Dependencia	3	4 al 6	.83
	Daño	4	7 al 10	.75
AUDIT Total		10	1 al 10	.87

Fuente: SCQ, AUDIT

n = 156



La tabla 6 muestra que los cuestionarios SCQ y AUDIT obtuvieron consistencia interna aceptable (Polit & Hungler, 1999).

### Resultados de la prueba de normalidad

Tabla 7

### Prueba de normalidad para los índices de los instrumentos SCQ y AUDIT

Índice	Valor Mínimo	Valor Máximo	$\bar{X}$	Mdn	DE	K-S	Valor de p
Confianza Situacional (SCQ)	5.13	100	87.85	93.84	16.39	2.86	.001
I. Intrapersonal	7.14	100	86.82	92.14	16.33	2.62	.001
II. Interpersonal	.00	100	90.46	98.18	17.77	3.69	.001
Consumo de Alcohol (AUDIT)	2.50	70	8.97	5.00	10.79	3.53	.001

Fuente: SCQ y AUDIT

$n = 156$

La tabla 7 reporta que los datos de los instrumentos utilizados no mostraron normalidad en su distribución, por lo tanto para la prueba de hipótesis se utilizó estadística no paramétrica.

### Matriz de correlación

A continuación se presenta la correlación bivariada de las variables del estudio.

Tabla 8

Correlación de Spearman de las variables edad, escolaridad, autoeficacia y consumo de alcohol

Variable	1	2	3	4	5	6
1 Edad						
Valor de p	1					
2 Escolaridad	-.11					
Valor de p	.15	1				
3 Autoeficacia	.03	.09				
Valor de p	.71	.23	1			
4 Intrapersonal	.04	.07	.94			
Valor de p	.60	.36	.01	1		
5 Interpersonal	.01	.20	.85	.81		
Valor de p	.86	.01	.01	.01	1	
6 Consumo de alcohol (AUDIT)	-.13	.04	-.41	-.42	-.35	1
Valor de p	.09	.65	.01	.01	.01	

Fuente: SCQ y AUDIT

n = 156

En la tabla anterior se observa que la autoeficacia se relaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud.

Prueba de hipótesis

Para probar la hipótesis 1, que señala que los trabajadores del sexo masculino consumen mayor cantidad de alcohol que los del sexo femenino, se aplicó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para muestras independientes la cual muestra diferencia significativa del sexo con relación al consumo de alcohol (Tabla 9).

Tabla 9

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

Sexo	n	$\bar{X}$	Mdn	U de Mann-Whitney	Valor de p
Masculino	49	6.76	4.00	661.50	.01
Femenino	107	2.14	2.00		

Fuente: CDP, AUDIT

n = 156

Las medias y medianas de consumo de alcohol por sexo, tuvieron valores superiores en los hombres. Según los datos registrados las mujeres presentan una mediana menor de consumo de alcohol que los varones. Esta mediana corresponde a consumo sensato o sea sin riesgo para mujeres y para hombres corresponde a inicio de dependencia, es decir empiezan a tener problemas con el consumo de alcohol (De la Fuente & Kershenovich, 1992). Es importante aclarar que las medias y medianas reportadas pertenecen a la evaluación del AUDIT por tipo de consumo en la escala de 0 a 40. De acuerdo a estos resultados se sustenta la hipótesis de investigación. Las medias y medianas del índice (0-100) del AUDIT se anexan en el apéndice H.

Para probar la hipótesis 2, que señala que la escolaridad de los trabajadores de la salud se relaciona con el consumo de alcohol, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, el cual no mostró significancia estadística (Ver tabla 8). Por lo anterior no se sustenta esta hipótesis de investigación.

Para probar la hipótesis 3, donde se señala que los trabajadores profesionales de la salud consumen menos alcohol que los trabajadores de los servicios de apoyo, se aplicó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney

para muestras independientes la cual registra diferencia significativa del tipo de trabajadores con el consumo de alcohol.

Tabla 10

Prueba U de Mann-Whitney de tipo de personal y consumo de alcohol

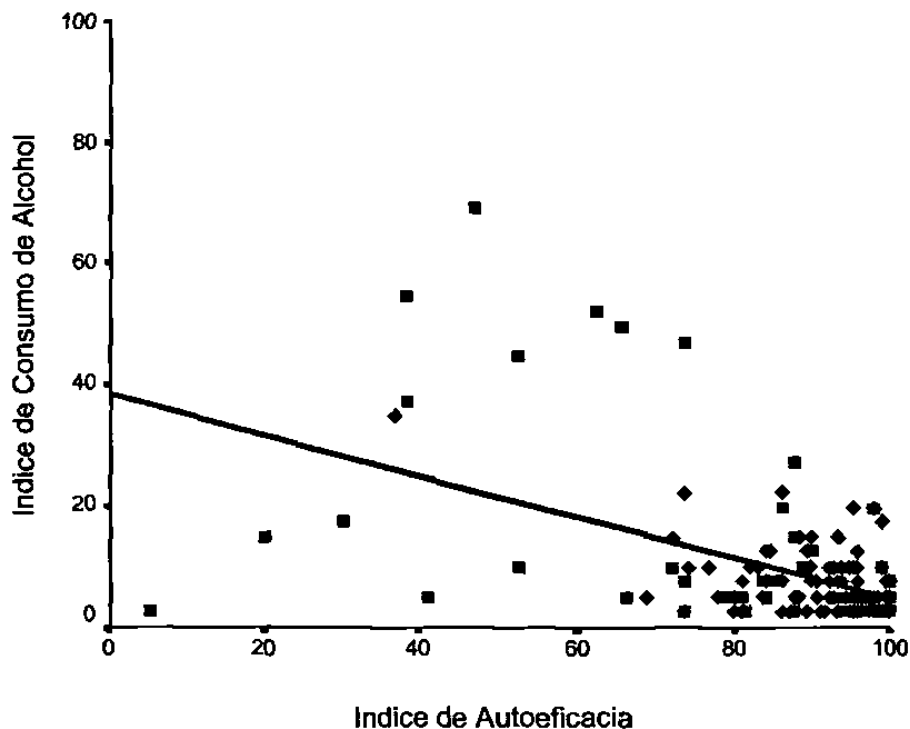
Tipo de personal	n	$\bar{X}$	Mdn	U de Mann-Whitney	Valor de p
Profesionales de la salud	105	2.72	2.00	2117.00	.03
Personal de apoyo	51	5.37	2.00		

Fuente: CDP, AUDIT

$n = 156$

Se registra un valor de las medianas igual en ambas categorías, no obstante se observa diferencia en el valor de las medias, siendo el personal de apoyo quien registra un valor superior. Con base a estos resultados se sustenta la hipótesis de investigación. Las medias y medianas del índice del AUDIT en función al tipo de personal se anexan en el apéndice I.

Para probar la hipótesis 4 que señala que a mayor autoeficacia percibida existe menor consumo de alcohol en los trabajadores de la salud, se observó una correlación negativa y significativa (Ver tabla 8).



**Figura 2 .** Diagrama de dispersión de autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud.

La figura 2 hace evidente la correlación negativa que tienen la autoeficacia con relación al consumo de alcohol. Así mismo pone de manifiesto que a mayor autoeficacia menor consumo de alcohol, con estos resultados se sustenta la hipótesis de investigación.

Para contestar la pregunta de investigación ¿Existe diferencia en la autoeficacia percibida según el consumo de alcohol sensato, dependiente y dañino? se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, la cual reportó un valor de  $H = 24.09$  y un valor de  $p < .01$ . Además se registraron las siguientes medias y medianas de autoeficacia y consumo de alcohol.

Tabla 11

Medias y medianas de autoeficacia y tipo de consumo de alcohol en  
trabajadores de la salud

Consumo de alcohol	n	$\bar{X}$	Mdn	Valor Mínimo	Valor Máximo
Sensato	108	91.47	95.90	5.13	100.00
Dependiente	33	84.41	89.74	20.00	98.97
Dañino	15	69.40	73.84	36.92	97.95

Fuente: AUDIT, SCQ

n = 156

Como puede observarse las medianas de autoeficacia fueron diferentes siendo mayor en consumo sensato y menor en consumo dañino. Con estos datos se responde a la pregunta de investigación.

## Capítulo IV

### Discusión

El presente estudio permitió verificar empíricamente la relación de los conceptos de autoeficacia percibida (Bandura, 1999), con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud de un hospital de segundo nivel de atención perteneciente al sistema de seguridad social de la Ciudad de México.

Los trabajadores del sexo masculino presentaron diferencias con respecto a las mujeres, en relación al consumo de alcohol. Es decir que los hombres consumen más alcohol que las mujeres. Esto concuerda con lo reportado por Cortaza (2001), quién encontró más alto consumo de alcohol en varones que en mujeres trabajadores de la industria petroquímica, observando diferencia significativas en el consumo de alcohol. Lozano (2001) en trabajadores universitarios refiere que existe mayor consumo de alcohol en el sexo masculino con respecto al femenino.

En este estudio se observó que las medias del índice del consumo de alcohol para varones fue mayor que en las mujeres, lo cual corresponde a un mayor consumo sensato en ellas. Esto concuerda con López (1998), quien señala que los hombres presentan mayores proporciones de consumo de alcohol dependiente y dañino con respecto a las mujeres.

Con respecto a la escolaridad se encontró que esta variable no presenta relación significativa con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Esto probablemente se deba a que los participantes en la investigación registraron una media de años de estudio alta, ya que la mayoría del personal continua estudiando para ocupar un mejor puesto dentro del escalafón. Estos hallazgos difieren con lo reportado por López (1998) quien encontró una



relación inversa entre años de escolaridad y consumo de alcohol. Así mismo, Rascon et al. (1991) encontraron que las personas con menor escolaridad registran mayor consumo de alcohol.

Con respecto a la tercera hipótesis de investigación los resultados confirman que existe diferencia significativa en el consumo de alcohol de acuerdo al tipo de personal de la salud. El personal de apoyo registró la media más alta de consumo y la mayor proporción en el consumo dañino con respecto a los profesionales de la salud. Esto concuerda con lo reportado por Cortaza (2001) quién señala que los trabajadores de cuello azul (obreros) registran mayor consumo de alcohol con relación a los trabajadores de cuello blanco (administrativos). Tapia y Meneses (1992) confirman este hallazgo al encontrar que el patrón de consumo de bebidas varía en función a la actividad laboral del participante, ellos señalan que los profesionales de la salud consumen regularmente menos alcohol en comparación con el resto de los trabajadores de la salud.

La hipótesis cuatro planteó que la autoeficacia percibida se relaciona con el consumo de alcohol de los trabajadores de la salud. Los resultados confirman el planteamiento, ya que la correlación negativa señala que a mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol. Este resultado concuerda con lo reportado por Oliva (2001) quién encontró relación entre la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol en personas que habían sufrido accidentes automovilísticos. De la misma forma Lozano (2001) al estudiar a trabajadores universitarios encontró que la autoeficacia tiene un efecto negativo en el consumo de alcohol. Bandura (1999) señala que una mayor autoeficacia percibida ocasiona que las personas registren mayor resistencia a consumir alcohol en situaciones específicas. Esto a su vez coincide con lo reportado por

Skutle (1999) quien encontró que la autoeficacia percibida influye significativamente en el consumo de alcohol.

Para la pregunta de investigación se propuso conocer si existían diferencias en la autoeficacia percibida, según el consumo de alcohol sensato, dependiente y dañino. Los resultados reportan que si existe diferencia según el tipo de consumo. A través de la comparación de las medianas, se observó que la autoeficacia percibida fue mayor en los consumidores sensatos y menor en los que presentan consumo dependiente y dañino.

### Conclusiones

Los trabajadores de la salud del sexo masculino consumen mayor cantidad de alcohol que los del sexo femenino.

Los profesionales de la salud consumen menor cantidad de alcohol que el personal de apoyo que labora en los servicios de salud.

La autoeficacia percibida mostró relación inversa con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud. A mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol.

La autoeficacia percibida fue mayor en los trabajadores de la salud que consumen alcohol en forma sensata y fue menor en quienes tienen un consumo dañino.

La escolaridad no se relaciona significativamente con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud.

Los instrumentos utilizados en el estudio mostraron consistencia interna aceptable.

## Recomendaciones

*Realizar una replica del estudio en forma comparativa en trabajadores de la salud que laboran en el primero, segundo y tercer nivel de atención.*

*Con base a los resultados de la investigación realizar un estudio de intervención, considerando la autoeficacia como factor que puede disminuir el consumo de alcohol.*

*Continuar desarrollando estudios sobre consumo de alcohol en trabajadores de la salud, ampliando las variables de estudio como estrés laboral y satisfacción en el trabajo.*

*Continuar utilizando los instrumentos: Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) y el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT).*

## Referencias

- Alyanak, L. (1999). El abuso de sustancias en el trabajo. Revista de la Organización Internacional del Trabajo No. 30.
- Annis, H. & Graham, J. (1987). Situational Confidence Questionnaire Addiction Research Foundation, Toronto, Canada.
- Ayala, V. H. (1993). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. Revista de la Facultad de Psicología, 3 (1), 15 – 19.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, New Jersey Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1999). Auto-Eficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual. Ed. Desclée De Brouwer. Bilbao España.
- Barrientos, L.G. (1998). Estudio antropológico: Los trabajadores y el consumo de bebidas. Cuadernos de la Fundación de Investigaciones Sociales A.C.,1 (7), 29-36.
- Borges, G. M., Medina, M. ME., Cherpitel, C., Casanova, L., Mondragón, L., & Romero, M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Salud Pública de México, 41, 3-11.

Campollo, O., Martínez, M., Valencia, J & Segura-Ortega, J. (2001). Drinking patterns and beverage preferences of liver cirrhosis patients in México. Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones, 36(3), 387-398.

Cortaza, R. L. (2001). Afecto y consumo de alcohol entre trabajadores de la industria petroquímica. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Consejo Nacional Contra las Adicciones, (1999). Encuesta Nacional Sobre Adicciones: Alcohol. México.

Cravioto, P., De la Rosa, B., & García, T. (1995). Las adicciones en las mujeres. Información epidemiológica. Secretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Secretaria de Salud. Gaceta Medica de México, 134( 2), 257-259.

De la Fuente, J.R. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. Revista de la Facultad de Medicina, 2, 47-51.

Di Clemente, C., Fairhurst, S. K. & Piotrowski, N. A. (1997). The role of selfefficacy in addictive behaviors. Self-efficacy: Theory, Research and Application. Ed. J. Maddux, New York.

Echeverria, S., Oviedo, P. & Ayala, V. (1994). Determinantes situacionales en el patrón de consumo de bebedores problema. La Psicología Social en México, 4, 256-262.

Erolas, J. (1995 ). Alcoholismo en el entorno laboral. Jornadas Alcoholismo en el entorno laboral. Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Badalona y Comarca. 2 de septiembre.

Gelsasso, G. (1998). Estrategias del programa de salud mental. Boletín de Salud Mental del Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC.

González, J.A. (2000). Un Modelo de detección oportuna de adicciones en las empresas Consejería en Adicciones en Cuernavaca. México.

Lambie, D.G., Whiteside E.A., Bell, J. & Jhonson, R.H. (1982). Mortality associated with alcoholism in New Zealand. Medical Journal, 96(728), 199-202.

López, J. (1998). Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en sala de urgencias. Revista de Salud Publica de México, 40 (6), 487-493.

Lozano, G. I. (2001). Autoeficacia y beneficios percibidos en el consumo de alcohol en trabajadores universitarios. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

McCaffrey, B. (1999). Disminución en el consumo de drogas ilícitas entre trabajadores de E.E.U.U. Administración de Adicciones a Sustancias Controladas y Servicios de Salud Mental (SAMHSA) 2, 33-37.

Narro, J. & Gutiérrez, A. (1997) Correlación ecológica entre consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México. Revista de Salud Publica de México, 39, 217-220.

Oliva, R.N. (2001). Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol. Tesis de maestría no publicada, Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.

Organización Internacional del Trabajo, (2001). Abuso de alcohol y drogas en importantes centros de trabajo. Safe Work. 1, 23-31.

Polit, D. & Hungler, B. (1999). Investigación Científica en Ciencias de la Salud (5a. Ed.). México. McGraw-Hill.

Rascon, G., Medina, M., Otero, M., Marino, H. M., Villatoro, J., Tapia, R. & Solache, G. (1991). Problemas sociales asociados al alcohol y al uso de drogas. Revista de Psicología Social, 7, (1), 97–101.

Secretaría de Salud, (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Secretaría de Salud, (1999). Dirección General de Epidemiología: Encuesta Nacional sobre Adicciones 1998 Alcohol.

Secretaría de Salud, (2002). Ley General de Salud: Título Quinto Investigación para la Salud. México.

Shapira, V. (2001). Preocupan las adicciones en el ámbito laboral. La Nación Line / Ciencia y Salud, 2, 1215.

Skutle, A. (1999) The relationship among self-efficacy expectancies, Severity of alcohol Abuse and psychological benefic its From Drinking. Addictive Behaviors, 24,(1), 87-98.

Tapia, C. & Meneses, R. (1992). El consumo de alcohol entre médicos. Revista de la Facultad de Medicina, 35(2), 58-62.

Tapia, G.R., Medina-Mora, I. M. & Cravioto, Q. P. (2000). Epidemiología del consumo del alcohol. Manual Moderno, México. 127-138.

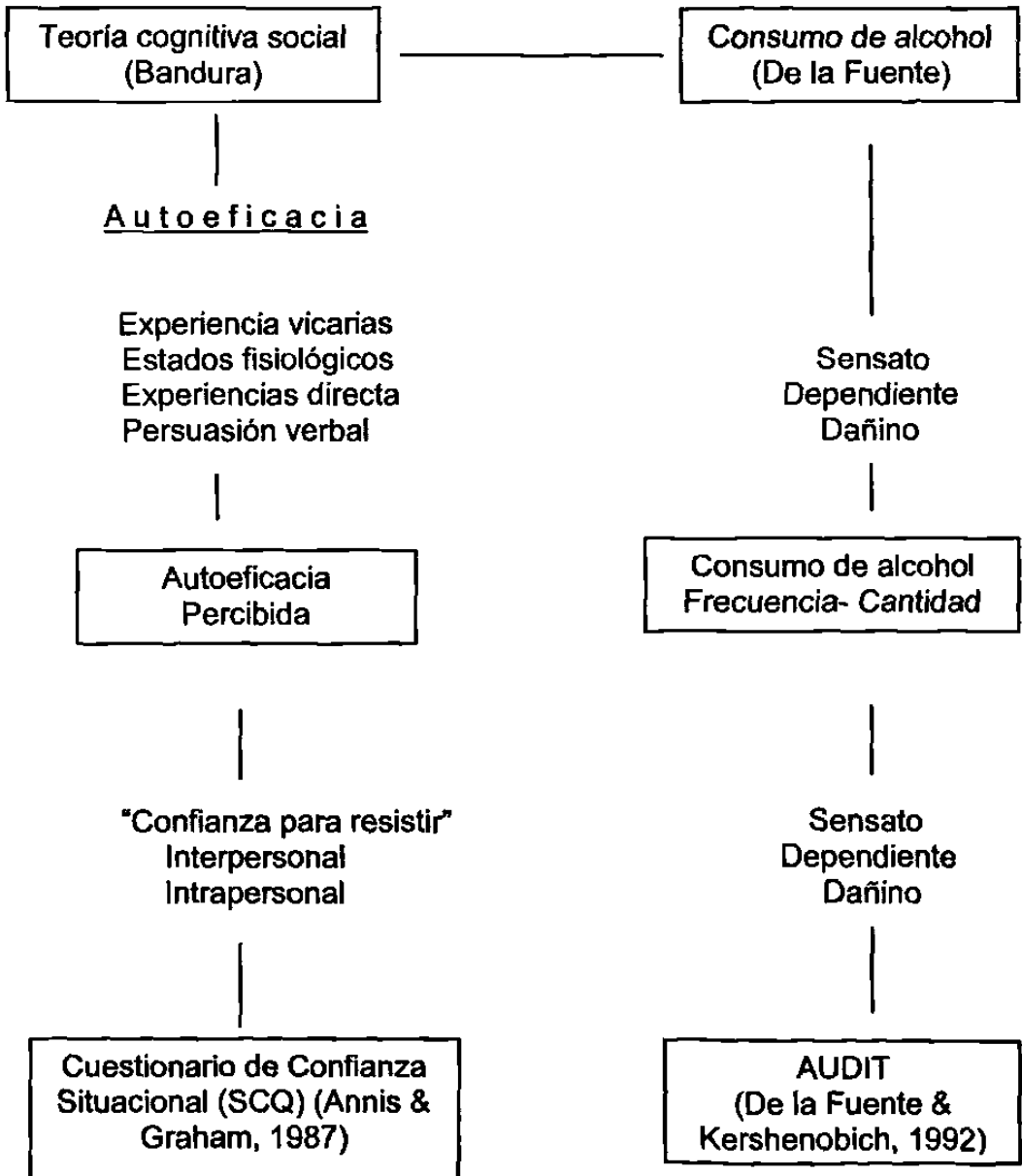
Yan, M.S., Yan, M.J., & Pan S.M. (2001). Prevalence and correlates of substance use among clinical nurses in Kachsiung city. Journal of Medical Science, 17 (5), 261-269.



## Apéndices

## Apéndice A

## Estructura Conceptual Teórico - Empírica



## Apéndice B



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

Cuestionario No. \_\_\_\_\_

Cédula de Datos Personales

Instrucción. La información que se obtenga de este instrumento es de carácter confidencial, por lo cual solicito su colaboración para contestar cada uno de los reactivos de la manera certera posible. Así mismo, no marque más de una respuesta a las preguntas.

I. Datos personales

Edad (años cumplidos) \_\_\_\_\_

Años de escolaridad \_\_\_\_\_

Sexo

Masculino \_\_\_\_\_

Femenino \_\_\_\_\_

Ocupación

Médico \_\_\_\_\_

Enfermera \_\_\_\_\_

Camillero / Intendencia \_\_\_\_\_

Asistente médica \_\_\_\_\_

Ingreso Económico

Dos salarios mínimos \_\_\_\_\_

Tres salarios mínimos \_\_\_\_\_

Cuatro salarios mínimos \_\_\_\_\_

Cinco salarios mínimos \_\_\_\_\_

Más de cinco s. mínimos \_\_\_\_\_

(Salario mínimo actual 42 Pesos)



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

Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)

Cuestionario No. \_\_\_\_\_

Cuestionario de confianza situacional. Por favor lea las preguntas cuidadosamente y encierre en un círculo la respuesta que más se acerque a su caso. Sus respuestas son estrictamente confidenciales. Al leer cada frase encierre en un círculo la opción que más se acerque a su caso:

Después de cada pregunta agregue la frase:

"Voy a estar seguro de que resisto ingerir alcohol" (vea la escala gráfica de caritas para que identifique su respuesta con facilidad).

"Voy a estar seguro de que resisto ingerir alcohol"

- 1 Seguro que no podría
- 2 No podría
- 3 A veces no podría
- 4 A veces si podría
- 5 Sí podría y
- 6 Seguro que si podría

	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
1. Si yo siento que estoy deprimido	1	2	3	4	5	6
2. Si hubo peleas en casa	1	2	3	4	5	6
3. Si tuve problemas para dormir	1	2	3	4	5	6
4. Si tuve una discusión con un amigo	1	2	3	4	5	6
5. Si creo que otras personas no les caigo bien	1	2	3	4	5	6
6. Si me siento seguro y relajado	1	2	3	4	5	6
7. Si salí con amigos y ellos fueron a tomar en un bar	1	2	3	4	5	6
8. Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor	1	2	3	4	5	6
9. Si me acorde que tan rico sabor tiene la bebida	1	2	3	4	5	6
10. Si yo me convenzo de que soy otra persona y puedo tomar unos tragos	1	2	3	4	5	6
11. Si yo creo que las cosas no me van a salir bien	1	2	3	4	5	6
12. Si otras personas interfieren con mis planes	1	2	3	4	5	6
13. Si me siento mareado y me quiero sentir alerta	1	2	3	4	5	6
14. Si tuve problemas con otras personas en el trabajo	1	2	3	4	5	6
15. Si no me siento bien con la presencia de alguien	1	2	3	4	5	6
16. Si todo va saliendo bien	1	2	3	4	5	6
17. Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol	1	2	3	4	5	6
18. Si quiero celebrar con un amigo	1	2	3	4	5	6
19. Si paso por enfrente de una tienda de venta de licor	1	2	3	4	5	6
20. Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol y siento que puedo probarme con un trago	1	2	3	4	5	6
21. Si me siento enojado con relación a los resultados que estoy obteniendo	1	2	3	4	5	6

	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
22. Si siento que me están menospreciando	1	2	3	4	5	6
23. Si me siento con nauseas	1	2	3	4	5	6
24. Si las presiones están aumentando en el trabajo debido a mi supervisor	1	2	3	4	5	6
25. Si alguien me critica	1	2	3	4	5	6
26. Si me siento satisfecho con algo que yo realice	1	2	3	4	5	6
27. Si estoy a gusto con un buen amigo y me quiero sentir mejor	1	2	3	4	5	6
28. Si voy a un restaurante y las personas que van conmigo pide una bebida	1	2	3	4	5	6
29. Si me encuentro inesperadamente una botella de mi bebida favorita	1	2	3	4	5	6
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago no causa problemas	1	2	3	4	5	6
31. Si no sé lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6
32. Si me siento con muchas presiones familiares	1	2	3	4	5	6
33. Si siento pesadez estomacal	1	2	3	4	5	6
34. Si no me llevo bien con mis compañeros en el trabajo	1	2	3	4	5	6
35. Si las personas a mi alrededor me hacen sentir tensionado	1	2	3	4	5	6
36. Si salí con amigos y quiero disfrutar más	1	2	3	4	5	6
37 Si conozco a un amigo o amiga y el o ella me sugieren tomar una bebida	1	2	3	4	5	6
38. Si de repente siento la necesidad tomar	1	2	3	4	5	6
39. Si yo quiero probar a mi mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	1	2	3	4	5	6



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

Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT)

Cuestionario No. \_\_\_\_\_

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

1. ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?  
0 = Nunca  
1 = Una vez al mes o menos  
2 = Dos o cuatro veces al mes  
3 = Dos o tres veces por semana  
4 = Cuatro o más veces por semana
  
2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?  
0 = 1 ó 2  
1 = 3 ó 4  
2 = 5 ó 6  
3 = 7 a 9  
4 = 10 o más
  
3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión?  
0 = Nunca  
1 = Menos de una vez al mes  
2 = Mensualmente  
3 = Semanalmente  
4 = Diario o casi diario
  
4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?  
0 = Nunca  
1 = Menos de una vez al mes  
2 = Mensualmente  
3 = Semanalmente  
4 = Diario o casi diario

5. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?  
0 = Nunca  
1 = Menos de una vez al mes  
2 = Mensualmente  
3 = Semanalmente  
4 = Diario o casi diario
6. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso en el día anterior?  
0 = Nunca  
1 = Menos de una vez al mes  
2 = Mensualmente  
3 = Semanalmente  
4 = Diario o casi diario
7. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?  
0 = Nunca  
1 = Menos de una vez al mes  
2 = Mensualmente  
3 = Semanalmente  
4 = Diario o casi diario
8. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pensado cuando estuvo bebiendo?  
0 = Nunca  
1 = Menos de una vez al mes  
2 = Mensualmente  
3 = Semanalmente  
4 = Diario o casi diario
9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?  
0 = No  
2 = Si, pero no en el último año  
4 = Si, en el último año
10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?  
0 = No  
2 = Si, pero no en el último año  
4 = Si, en el último año





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

Consentimiento Informado

Por medio del presente reconozco que estoy informado del trabajo de investigación que realiza el Lic. Enf. Andrés Maya Morales sobre “Autoeficacia y consumo de alcohol en trabajadores de la salud”, mismo que requiere el llenado de una cédula de datos sociodemográficos y dos instrumentos relacionados al alcohol.

Por lo que acepto colaborar voluntariamente con el Lic. Maya y autorizo se me apliquen los instrumentos señalados para el estudio, mismo que está apegado al reglamento de la Ley General de Salud (1987) en materia de investigación.

También he sido informado que no corro ningún riesgo laboral y personal, que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando yo así lo decida, además de que se mantendrá el anonimato, dado que los resultados solo se presentan en forma grupal y no se dará información individual. Se respetarán mis derechos como ser humano y la información que proporcione será totalmente confidencial.

---

Firma

México Distrito Federal Junio de 2002

## Apéndice F

## Escala Gráfica del Cuestionario de Confianza Situacional (Para mujeres)

1. SEGURA QUE NO PODRÍA



2. NO PODRÍA



3. A VECES NO PODRÍA



4. A VECES SI PODRÍA



5. SI PODRÍA



6. SEGURA QUE SI PODRÍA



## Apéndice G

## Escala Gráfica del Cuestionario de Confianza Situacional (Para hombres)

1. SEGURO QUE NO PODRÍA



2. NO PODRÍA



3. A VECES NO PODRÍA



4. A VECES SI PODRÍA



5. SI PODRÍA



6. SEGURO QUE SI PODRÍA



## Apéndice H

## Medias y Medianas del Índice de Consumo de Alcohol con Relación al Sexo

Sexo	n	$\bar{X}$	Mdn	Valor Mínimo	Valor Máximo	DE
Masculino	49	16.88	10.00	2.50	70.00	15.40
Femenino	107	5.35	5.00	2.50	35.00	4.53

Fuente: CDP, AUDIT

 $n = 156$ 

## Apéndice I

## Medias y Medianas del Índice de Consumo de Alcohol por Tipo de Personal de la Salud

Tipo de personal de la salud	n	$\bar{X}$	Mdn	Valor Mínimo	Valor Máximo	DE
Profesionales	105	6.80	5.00	2.50	35.00	5.44
Apoyo	51	13.43	5.00	2.50	70.00	16.40

Fuente: AUDIT

 $n = 156$

Apéndice J  
Oficio de Autorización



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL LA RAZA  
DELEGACIÓN 2 NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/U.M.F. N° 29 "ARAGON"  
DIRECCIÓN  
SUBDIRECCIÓN MEDICA  
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN MEDICA

Junio 12, del 2002

**LIC. ENF. ANDRES MAYA MORALES**

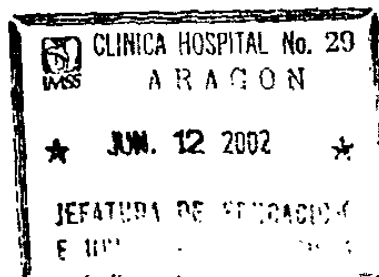
PRESENTE

En relación a su solicitud para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado "AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN TRABAJADORES DE LA SALUD" me es grato informarle que fue aceptado, por lo que no existe inconveniente en iniciar la recopilación de datos y aplicación de encuestas. En espera del reporte de los resultados, reitero a usted el apoyo para el desarrollo de su estudio.

Y sin más por el momento me despido de usted.

Atentamente,  
"Seguridad y Solidaridad Social"

DR. *[Firma]* Gonzalo Villarreal Tenorio  
Sub. Jefe de Educación e Inv Med.



AMN/RGVT/ambr.

## RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

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

**Tesis: AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN TRABAJADORES DE LA SALUD.**

Area de estudio: Salud Comunitaria

**Biografía:** Nacido en el Estado de México el 30 de Noviembre de 1964, hijo de Abundio Maya Maya y Guadalupe Morales Carreón.

**Educación:** Egresado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM con el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia en 1989. Cursos postécnicos: Enfermería en Cuidados Intensivos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (1993-1994) y Administración de los Servicios de Enfermería, por el Instituto Politécnico Nacional (1994-1995).

**Experiencia Profesional:** Enfermero General en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Hospital Regional Adolfo López Mateos de 1988 a 1992. Enfermero General en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de 1991 a 1993. Enfermero Especialista Intensivista en el Centro Médico la "Raza" del IMSS de 1994 al 2000. Subjefe de enfermeras en la UMF 5 del IMSS durante el 2001. Actualmente Jefe de Servicio en el Hospital General de Zona No. 29 del IMSS.

**Experiencia Docente:** Supervisor académico en el Instituto Juárez A.C. de 1989 a 1990. Profesor Asociado B en la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional de 1995 a fecha.

E-mail: [mayaeseo@yahoo.com.mx](mailto:mayaeseo@yahoo.com.mx)



DONATIVO



