

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



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

**Por:**

**LIC. MA. REBECA SOSA BRIONES**

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

**DICIEMBRE, 2003**



AUTOCORRECCION DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DE ALCOHOL  
Y COCAINA

DICI

TM

HV5142

S6

2003

c.1

2003

2003

2003

2003



1080124316

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Por:

LIC. MA. REBECA SOSA BRIONES

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

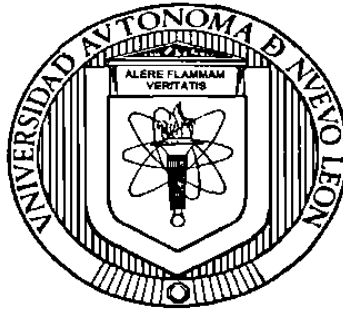
DICIEMBRE, 2003



TM  
HUS142  
.56  
2003



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



AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

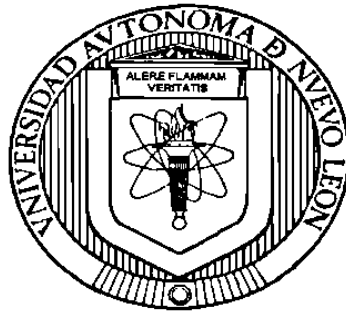
Por:

LIC. MA. REBECA SOSA BRIONES

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

Diciembre, 2003

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



AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Por:

LIC. MA. REBECA SOSA BRIONES

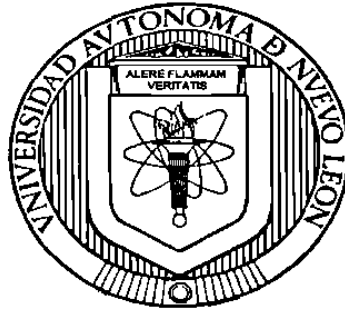
Director de Tesis

MSP. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

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

Diciembre, 2003

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



AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Por:

LIC. MA. REBECA SOSA BRIONES

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

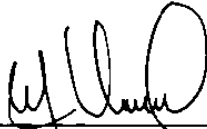
Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

Diciembre, 2003



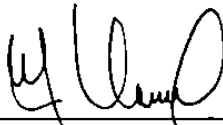
AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL  
EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Aprobación de Tesis



---

MSP. Magdalena Alonso Castillo  
Director de Tesis




---

MSP. Magdalena Alonso Castillo  
Presidente



---

MCE. Santiago E. Esparza Almanza  
Secretario



---

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD  
Vocal



---

MSP. Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Postgrado e Investigación

## DEDICATORIAS

A ti Señor por darme las capacidades necesarias para servirte mejor a través de mis semejantes.

A mis padres

Sr. Modesto Sosa Alcocer +

Sra. Ma. Del Refugio Briones Salazar, faro de luz perene en mi vida.

## AGRADECIMIENTOS

Al C. Rector de la Universidad Autónoma de Tamaulipas Lic. Jesús Lavín Santos del Prado por impulsar la calidad de la educación de posgrado de los profesores de la UAT.

A la Dra Frida C Caballero Rico por el apoyo brindado a través del Programa de Mejoramiento del Profesorado de la UAT.

Al Lic. Francisco Cadena Santos, MES Director de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Tam. de la UAT por el apoyo y facilidades otorgadas para concluir la Maestría.

A la Lic. Ma Rosalinda Medina Briones exdirectora de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Tam. de la UAT, en cuya gestión logró la autorización para la realización de la Maestría que ahora concluyo.

A las autoridades educativas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su disposición para compartir la educación superior de enfermería con nuestra Universidad.

A la maestra Magdalena Alonso Castillo MSP por su cualidad extraordinaria de pugnar por la calidad profesional de enfermería, expresándole al mismo tiempo mi profundo agradecimiento por el tiempo, paciencia y sabiduría para asesorar y dirigir el presente trabajo, gracias Maestra.

A los maestros Santiago Esparza Almanza, MCE y Marco Vinicio Gómez Meza, PhD, por su valiosa asesoría y revisión del presente trabajo.

Al personal docente de la Facultad de Enfermería de la UANL que participó en nuestra formación profesional, gracias Maestros por sus conocimientos.

A la Lic. Ana Ma. Castillo Cisneros por sus atenciones brindadas.

Al personal administrativo de la División de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL por las atenciones brindadas.

Al Dr. José Landero Reyes Director Médico, al Dr. Ignacio Lee Santos, Coordinador de Enseñanza e Investigación del HGZ No 11 del IMSS en Nuevo Laredo, Tam. y al Dr. Alfonso Reyes Enriquez , Coordinador Médico de la UMF No 78 del IMSS en Nuevo Laredo, Tam. por las facilidades otorgadas para la realización del trabajo de investigación.

A los compañeros trabajadores del HGZ No 11 del IMSS en Nuevo Laredo, Tam. por su participación entusiasta como sujetos de investigación sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización del estudio.

A Ma de los Angeles Alatorre Esquivel, por su paciencia para transitar conmigo esta experiencia de aprendizaje superior para mejorar nuestro desempeño profesional.



## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Conceptual	5
Estudios Relacionados	8
Definición de Términos	13
Hipótesis	14
Capítulo II	
Metodología	15
Diseño de Estudio	15
Población de Estudio	15
Muestreo y Muestra	15
Criterios de Inclusión	16
Instrumentos	16
Procedimiento de Recolección de Datos	18
Consideraciones Éticas	19
Análisis de Datos	20
Capítulo III	
Resultados	21
Estadística Descriptiva	22
Correlación de Variables	26
Prueba de Hipótesis	28
Capítulo IV	
Discusión	39
Conclusiones	41

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Recomendaciones	42
Referencias	43
Apéndices	47
A Cédula de Datos Personales	48
B Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	49
C Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)	52
D Oficio de Autorización	56
E Consentimiento Informado	57
F Tablas de Frecuencias y Porcentajes de los Instrumentos	58

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Confiabilidad de los instrumentos	21
2. Características sociodemográficas: edad, sexo y categoría laboral	22
3. Características sociodemográficas: variables continuas	23
4. Consumo de alcohol en trabajadores de la salud por sexo	23
5. Consumo de alcohol en trabajadores por categoría laboral	24
6. Prueba de normalidad para las variables continuas e índices de los instrumentos	25
7. Matriz de correlación bivariada de Spearman	27
8. Prueba U de Mann-Whitney para sexo y consumo de alcohol	28
9. Prueba U de Mann-Whitney para categoría laboral y consumo de alcohol	29
10. Coeficiente de correlación de Spearman para escolaridad y consumo de alcohol	29
11. Coeficiente de correlación de Spearman de autoeficacia percibida y consumo de alcohol	30
12. Regresión Lineal Múltiple para sexo, edad, categoría laboral, años de estudio y autoeficacia percibida sobre consumo de alcohol	31
13. Efecto de sexo, categoría laboral, años de estudio y autoeficacia percibida con el consumo de alcohol	31
14. Regresión Lineal Múltiple para sexo, categoría laboral y autoeficacia percibida sobre consumo de alcohol	32
15. Efecto del sexo, categoría laboral y autoeficacia percibida sobre el consumo de alcohol	32
16. Regresión Lineal Múltiple para autoeficacia percibida, categoría laboral y consumo dependiente de alcohol	35



<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
17. Efecto de categoría laboral, y autoeficacia percibida con consumo dependiente de alcohol	35
18. Regresión Lineal Múltiple para autoeficacia percibida y categoría laboral con consumo dañino de alcohol	37
19. Efecto de autoeficacia percibida y categoría laboral con consumo dañino de alcohol	37

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Efecto de autoeficacia percibida, categoría laboral para sexo masculino con consumo de alcohol	33
2. Efecto de autoeficacia percibida categoría laboral para sexo femenino con consumo de alcohol	34
3. Diagrama de dispersión para autoeficacia percibida y categoría laboral con consumo dependiente de alcohol	36
4. Diagrama de dispersión para consumo dañino de alcohol y autoeficacia percibida	38

## RESUMEN

Ma. Rebeca Sosa Briones  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

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

Número de páginas 61

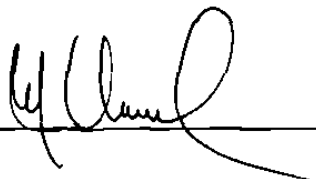
Como requisito parcial para  
obtener el Grado de Maestría en  
Ciencias de Enfermería con  
Énfasis en Salud Comunitaria

Area de Estudio: Salud Comunitaria

**Propósito y método de 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 utilizando el concepto de autoeficacia percibida de la teoría cognitiva social de Bandura aplicado a conductas adictivas (1999). El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. El muestreo fue probabilístico estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato. Los cuatro estratos corresponden a las combinaciones de categorías laborales (profesionales de la salud y personal de apoyo) y sexo (masculino y femenino). El tamaño de la muestra ( $n=168$ ) se estimó con un 95% de nivel de confianza ( $\alpha=0.05$ ) para una prueba bilateral, con una correlación alternativa de .30 y una potencia de 80% para el modelo de regresión lineal simple. Los instrumentos utilizados fueron: a) Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), b) Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) los que presentaron consistencia interna aceptable. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial; se obtuvieron índices de las escalas y subescalas de los cuestionarios AUDIT y SCQ, se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la prueba de U de Mann-Whitney, el Coeficiente correlacional de Spearman, el Modelo de Regresión Lineal Múltiple y el procedimiento de selección "Backward".

**Contribución y conclusiones:** El estudio permitió verificar empíricamente la relación de las variables sociodemográficas y autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Se obtuvo relación negativa y significativa de la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol  $r_s = -.50$ ,  $p < .001$  lo que significa que a mayor autoeficacia percibida menor es el consumo de alcohol. Destaca efecto significativo ( $p < .01$ ) de la categoría laboral con el consumo dependiente y dañino de alcohol. Los trabajadores del sexo masculino consumen más alcohol que los del sexo femenino ( $U = 1870.5$ ,  $p < .001$ ). El personal de apoyo tuvo el índice de consumo de alcohol más alto que el personal profesional de la salud ( $U = 1345.5$ ,  $p < .001$ ). Se recomienda realizar un estudio de intervención en trabajadores de la salud considerando la autoeficacia percibida como variable independiente cuyo efecto permita disminuir el consumo de alcohol.

Firma del Director de Tesis





## Capítulo I

### Introducción

El consumo de alcohol es un estilo de vida aceptado socialmente en la población mexicana, esta conducta está presente en una gran cantidad de actividades y eventos de tipo social, religioso, laboral y político por lo que existe una cultura del alcohol arraigada en diversos grupos de población y en casi todas las etapas de la vida (Tapia, 2001).

Las repercusiones del consumo de alcohol en los individuos son diversas tales como accidentes y lesiones, incapacidades médicas, ausentismo laboral, problemas familiares y violencia. En México en 1991 se perdieron 9.3 años de vida saludables (AVISAS) atribuidos a padecimientos asociados al consumo de alcohol distribuidos en un 70% en varones y un 30% en mujeres, con grandes repercusiones económicas y sociales así como gastos elevados de atención hospitalaria. Frenk, Lozano & González (1994) mencionan que las causas asociadas al consumo excesivo de alcohol que mas pérdidas de años de vida saludable tienen son las lesiones provocadas (15%), cirrosis hepática (43%), homicidios (10%), dependencia de alcohol (18%) y otras enfermedades (15%).

En el estado de Tamaulipas según registros del Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2001 la enfermedad alcohólica del hígado ocupó el décimo lugar como causa de defunción con una tasa de 4.7 por cada 100,000 habitantes. En los registros de Tránsito y Vialidad en la Ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas durante el año 2002 de 4571 accidentes ocurridos, 876 tuvieron como causa del accidente el consumo de alcohol (19.16%), lo que indica que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema de salud pública en este municipio fronterizo (Departamento de Tránsito y Vialidad, 2002).

El consumo de alcohol según la tercera encuesta nacional sobre adicciones (ENA) realizada en México en 1998 por el Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], reportó que para la población urbana de 18 a 65 años, un 58% de ella informó ser bebedora de alcohol. De estos un 77% de los hombres consumen alcohol y un 44.6% de las mujeres también lo ingieren; esto muestra un incremento en el consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres, si se compara con la primer encuesta realizada en 1990, en la cual un 73.4% de los hombres eran consumidores y un 36.5% de las mujeres fueron consumidoras de alcohol (CONADIC, 1998).

La edad de inicio en el consumo de alcohol en promedio es a los 12 años, sin embargo el mayor porcentaje de consumidores se ubica entre los 18 y 29 años de edad en un 53% seguido por los jóvenes de 12 a 15 años con un 20% de consumidores. En relación con la frecuencia de consumo, un 23% de bebedores consume alcohol de una a tres veces por mes; seguidos por un 21% que consumen alcohol de una a cuatro veces por semana. Por otra parte, el 25% de los bebedores fuertes son los responsables del consumo del 78% del alcohol disponible (CONADIC, 1998).

Según cifras de las ventas de alcohol en México, en 1997 del total de alcohol que se consumió en México, un 63% correspondió a la cerveza, un 34% a los destilados y en un lapso de 27 años de 1970 a 1997 las ventas en litros de alcohol puro aumentó en un 240%, dando una proporción per cápita de 5.5 litros de consumo de alcohol puro en mayores de 15 años de edad, cifra muy superior a la reportada en 1970 que fue de 3.8 litros per cápita (Tapia, 2001). En México no existen restricciones en la producción de bebidas alcohólicas excepto el cumplimiento de las normas para su elaboración y presentación. Y la restricción para la venta según la Ley General de Salud prohíbe vender alcohol a menores de 18 años y a personas en estado de ebriedad; sin embargo no existe una restricción en la venta en menores de 18 años en sitios y centros de reunión de los jóvenes (Tapia, 2001).

El CONADIC refiere que un 18% de las personas perdieron el trabajo por problemas de abuso de alcohol, un 1.7% han reducido sus actividades sociales y laborales por esta misma causa, un 11.4% tiene incapacidad para el control de consumo de alcohol y un 4.6% presenta dependencia a esta droga, además en casi el 1% de los casos, los trabajadores no han tenido ascenso laboral a causa de la bebida.

La investigación sobre consumo de alcohol en trabajadores de la salud es limitada. Tapia y Meneses (1992) encontraron que el patrón de consumo de alcohol se relaciona con la actividad laboral y con el uso de otras drogas.

En relación a los trabajadores de la Industria Petroquímica, Cortaza (2001) encontró que el mayor consumo de alcohol se presentó en hombres con mayores ingresos económicos. Sin embargo reportó mayor consumo sensato de alcohol en trabajadores de cuello blanco o administrativos que en trabajadores de cuello azul u obreros y en éstos se presentó mayor dependencia al alcohol. Maya (2002) en trabajadores de la salud reportó un mayor consumo de alcohol sensato en personas profesionales que en los no profesionales. Otros estudios realizados por el National Institute on Drug Abuse [NIDA] (1992) en los Estados Unidos de Norteamérica encontró que los trabajadores dedicados a la preparación de alimentos y a los de servicios de alimentación tienen el consumo de alcohol más alto con 19 y 15% respectivamente.

Otras categorías ocupacionales que reportan alto consumo de alcohol son aquellos que trabajan a tiempo completo y que tienen edad entre 18 y 49 años, que se dedican a actividades como transportación, movimientos de materiales y trabajadores de servicio y de un 12 a un 14% en trabajadores de la construcción. En otro estudio sobre prevalencia de consumo de alcohol en 907 enfermeras clínicas reveló que de un 3 a 8% de las enfermeras consumen alcohol de manera regular (Yan, Yan & Pan, 2001).

Los problemas en el trabajo por consumo de alcohol disminuyen la productividad por lo que la Organización Internacional del Trabajo [OTI] (2001) lo reconoce como una prioridad y ha definido algunas estrategias para disminuir la demanda de consumo de alcohol. El tratamiento de esta adicción en los sitios de trabajo así como la rehabilitación de los trabajadores adictos al alcohol y a otras drogas en los centros laborales ha mejorado el rendimiento laboral en los sitios de trabajo, así como la productividad sin repercutir en el aspecto salarial y administrativo de los trabajadores adictos (Erolas, 1995).

En la experiencia personal de la autora del estudio, se ha observado que la cultura del alcohol está arraigada en la mayor parte de los trabajadores en las distintas ramas económicas en la frontera de Nuevo Laredo, Tamaulipas, lo que ocasiona incapacidades médicas y ausentismo laboral. Estos hechos también son evidentes en los trabajadores de la salud quienes además de cuestiones culturales se agregan factores de estrés laboral, presión de sus compañeros y largas jornadas de trabajo, que parecen ser factores que incrementan el consumo de alcohol en este grupo.

Con frecuencia el trabajador no percibe su baja autoeficacia para controlar la presión social de sus compañeros con lo que se incrementa el consumo de alcohol. Mientras más consuma alcohol en cantidad y frecuencia, su nivel de autoeficacia o de confianza para manejar situaciones de tentación disminuye (Skutle, 1999).

Las creencias o percepción de autoeficacia ha sido estudiada en diversos estilos de vida que fortalecen la salud. También se ha estudiado este concepto en relación a las conductas adictivas como consumo de tabaco y alcohol; estas creencias pueden influir en el desarrollo inicial del hábito adictivo así como en el proceso de modificación de dicha conducta que lleve al cese de la adicción (Bandura, 1999).

El único estudio localizado de autoeficacia en trabajadores de la salud fue realizado por Maya en 2002, donde encontró que a mayor autoeficacia percibida, menor es el

consumo de alcohol. Lozano en trabajadores universitarios en 2001, encontró que la autoeficacia percibida influía negativamente con el consumo de alcohol, es decir que a medida que se incrementa la autoeficacia, se disminuye el consumo de alcohol.

Sintetizando, en relación al consumo de alcohol se ha observado que es mayor en hombres que en mujeres, es mayor en las edades de 18 a 29 años, en quienes perciben mayores ingresos económicos y en quienes tienen menor escolaridad. En relación a la ocupación, el consumo es mayor en trabajadores de cuello azul (obreros) que en trabajadores de cuello blanco (administrativos) y también el consumo de alcohol es mayor en personal de apoyo de los servicios de salud. Finalmente se ha mostrado que la autoeficacia percibida influye en el consumo de alcohol.

Por lo anterior surge la pregunta de investigación

¿Cuál es la relación de la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol en los trabajadores de la salud?

Para responder a la anterior pregunta de investigación se realizó un estudio descriptivo.

### *Marco Conceptual*

El marco conceptual aborda los conceptos de autoeficacia percibida y consumo de alcohol

La autoeficacia percibida, según Bandura (1999), sostiene que gran parte de la conducta humana que persigue una finalidad, se regula mediante el pensamiento anticipado que incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos personales está influido por las autoestimaciones de las capacidades; cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida más retadores son los objetivos que se establecen las personas y mas firme es su compromiso para alcanzarlo.

El nivel de motivación, los estados afectivos y las acciones de las personas se basan más en las creencias que en la información objetiva del caso. Por lo tanto las creencias que tienen las personas de sus capacidades son el principal centro de interés, razón por la cual el concepto de la autoeficacia incluye los orígenes de las creencias de eficacia personal, su estructura y función, los procesos mediante los que operan y los diversos efectos que producen y aporta pautas explícitas sobre el modo de desarrollar y fomentar la eficacia humana.

Dado que las personas efectúan contribuciones causales a su propio funcionamiento psicosocial mediante mecanismos de agencia personal, el más relevante de estos lo constituyen las creencias de las personas en su eficacia personal, entonces la autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras; dichas creencias influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas.

En el caso de la autoeficacia percibida para el estudio de las conductas adictivas como lo es el alcohol y el tabaco, influye tanto en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos, así como en el proceso de modificación de la conducta que permite el cese de los hábitos adictivos y el mantenimiento de la abstinencia. En este sentido DiClemente, Fairhuist & Piotrowski citados por Marlat, Baer & Quigley (1999) describen cinco tipos diferentes de autoeficacia, la autoeficacia de resistencia que corresponde a la confianza en la propia habilidad para manejar satisfactoriamente situaciones específicas para resistirse a las presiones de los amigos a consumir sustancias; la autoeficacia para la conducta de tratamiento, referida a la confianza del cliente en su habilidad para lograr el cambio; la autoeficacia de recuperación, es aquella que permite recuperarse de las recaídas; la autoeficacia de control, con la cual se logra controlar o moderar la conducta adictiva, en este caso el consumo de alcohol y la autoeficacia de abstinencia que



corresponde a las propias capacidades percibidas para abstenerse del consumo de sustancias adictivas.

En este estudio se considera la autoeficacia percibida en su componente de resistencia, la cual se refiere a la confianza percibida para manejar satisfactoriamente situaciones específicas para resistir el consumo de alcohol ante las presiones de amigos, del trabajo, o cuando se cursan estados de depresión, de angustia y preocupación. Ante estas situaciones específicas aparecen las capacidades de autoeficacia o percepción de confianza para realizar otras conductas y tareas que permitan resistir el consumo de alcohol, ante presiones interpersonales y tentaciones intrapersonales. (DiClemente et al. citados por Marlat et al. 1999).

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

Las bebidas alcohólicas son aquellas que contienen alcohol etílico en una proporción de 2% hasta 55% en volumen. Para su elaboración se clasifican en bebidas alcohólicas fermentadas (vino, sidra, cerveza y pulque), destilados (tequila, brandy, ginebra, ron, vodka o whisky) y licores (anís, crema de frutas). El contenido de alcohol en las bebidas estándar en promedio tiene un equivalente a 14 gr de etanol, esta bebida estándar corresponde a una cerveza de 12 onzas, 2 onzas de vino ó 1.5 onzas de destilados.

Existen criterios para considerar el uso o abuso de alcohol dependiendo del género. La mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes, esto se debe a que la mujer tiene mayor proporción de tejido adiposo que de agua, y debido a que el alcohol es más soluble en agua que en grasa cualquier dosis de alcohol se

concentra más en el organismo femenino. Por tal razón el consumo sensato en mujeres es no más de 20 gramos de etanol por ocasión de consumo y no más de 40 gramos de etanol en el varón (Tapia, 2001).

El patrón de consumo tiene dos formas principales de presentación, las cuales determinan en gran medida el tipo de daño que pueden producir. La primera forma de consumo corresponde a episodios agudos caracterizados por la elevada ingesta que conduce al estado de embriaguez y cuya frecuencia se incrementa sensiblemente los fines de semana y en las festividades. La segunda corresponde al consumo crónico y persistente de bebidas alcohólicas.

En relación a los criterios para el consumo de alcohol en México son los siguientes: a) consumo sensato es cuando el consumo es de 40 gr no más de tres veces por semana (4 bebidas estándar) en los varones y 20 gr no más de tres veces por semana (2 bebidas estándar) en las mujeres; b) el consumo dependiente es cuando se ingieren de 4 a 9 copas por ocasión en los varones y de 3 a 5 copas por ocasión en las mujeres, dejando de realizar actividad por el consumo de alcohol y c) el consumo dañino ocurre cuando ingieren en un día típico, 6 o más copas las mujeres y de 10 o más en los hombres, además que amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber (Tapia, 2001).

### *Estudios Relacionados*

Se presentan primero los estudios relacionados al consumo de alcohol y posteriormente los de autoeficacia percibida y consumo de alcohol. Los estudios con respecto al consumo de alcohol (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999) señalan que el 96.5% de la población masculina y el 81.1% de la femenina han consumido al menos una copa de alcohol en su vida. Por grupos de edad encontró que la edad de inicio en el consumo de alcohol fue a los 16 años para los varones y a los 18 años para las mujeres

apreciándose una clara tendencia a beber la primera copa a edades más tempranas entre las generaciones más jóvenes, lo que se hizo más notorio en las mujeres.

López (1998) identificó en una población de la Ciudad de México los hábitos de consumo de alcohol y encontró que el 47% de bebedores tenían un patrón de ingesta de baja frecuencia, pero de alta cantidad. También encontró un incremento en la proporción de sujetos que consumían alcohol con alta frecuencia y alta cantidad (15.4%) y diferencias significativas del consumo en relación con el sexo y la edad ( $p < 0.001$ ). Este estudio muestra que entre los hombres, el patrón más frecuente es el de consumo de baja frecuencia y alta cantidad a diferencia de las mujeres, en quienes predomina el consumo de baja frecuencia y baja cantidad y se observa que las personas jóvenes (15-34 años) consumen alcohol con baja frecuencia pero en altas cantidades. En relación a algunas características personales, destacan los bebedores de baja escolaridad, ser obreros y bajo ingreso económico.

Borges et al (1999) estudiaron la prevalencia del consumo de alcohol en pacientes que acudían a los servicios de urgencias de tres hospitales del Sector Salud y encontraron elevados los casos de ingreso por accidentes o actos de violencia. Señalan que la escolaridad predominante fue la educación primaria (29%); en relación a la situación laboral, la mayoría trabajaban en oficina (20.6%) o eran obreros no calificados (18.3%).

Morales et al. (2002) al estudiar la prevalencia de consumo de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social encontraron que la prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en el ámbito nacional fue de 12.8%; siendo mayor en los hombres (22.2%) que en las mujeres (3.4%) y en ambos grupos el consumo riesgoso fue más importante en la edad productiva. En relación al sexo, el consumo riesgoso y dañino en el grupo de 12 a 19 años es de 4.4% en las mujeres y de 17.9% en los hombres.

Se ha estudiado el consumo de alcohol entre el personal médico, encontrando que el patrón de consumo de alcohol varía en función de la actividad del entrevistado siendo los profesionales de la salud y técnicos quienes consumen regularmente alcohol (9.5%) lo que contrasta con el resto de los trabajadores quienes lo consumen en un 44%. Además también se ha encontrado que el consumo de alcohol es mayor en trabajadores de 12 o más años de escolaridad e incluso la mayor proporción se registra en profesionales (Ayala, 1993; Echeverría, Oviedo & Ayala, 1994; Tapia & Meneses, 1992).

Cortaza (2001) estudió a trabajadores de la industria petroquímica y encontró que hubo diferencias significativas del consumo de alcohol entre hombres y mujeres ( $U = 1042.5, p = .001$ ). Esto significa que los varones tuvieron una mediana de 25.0 y las mujeres mostraron una mediana menor ( $Mdn = 8.3$ ). También en relación a la ocupación se encontraron diferencias significativas entre los trabajadores de cuello blanco y los trabajadores de cuello azul ( $U = 4333.5, p = .003$ ). La mediana mas alta fue para los trabajadores de cuello azul ( $Mdn = 15.0$ ) en relación a los de cuello blanco ( $Mdn = 7.5$ ). Así mismo, encontró que hubo efecto significativo de la escolaridad ( $p = .004$ ) e ingreso económico ( $p = .008$ ) con el consumo de alcohol.

Maya (2002) encontró diferencias significativas de sexo y consumo de alcohol en trabajadores de la salud ( $U = 661.5, p = .01$ ); reporta para el sexo masculino una mediana de consumo de alcohol de 4.0 y para las mujeres de 2.0. En relación a la actividad laboral y al consumo de alcohol, también encontró diferencias significativas ( $U = 2117.0, p = .03$ ); el personal de apoyo obtuvo una media mayor ( $\bar{X} = 5.37$ ) que los profesionales de la salud ( $\bar{X} = 2.72$ ), lo que indica que los profesionales de la salud consumen menos alcohol que el personal apoyo.

En relación a la autoeficacia percibida y consumo de alcohol, Skutle (1999) estudió la relación entre las expectativas de autoeficacia, la gravedad del abuso del

alcohol y los beneficios psicológicos percibidos obtenidos del alcoholismo. El ANOVA bidireccional reveló un efecto principal significativo de gravedad del abuso y beneficios psicológicos percibidos, no observando ningún efecto de interacción significativa entre las dos variables lo que significa que el efecto de la gravedad del abuso fue el mismo en sujetos con pocos y mayores beneficios. La gravedad del abuso estuvo significativamente asociado con las subescalas aplicadas de autoeficacia ( $F_{(2,201)} = 4.5, p < .05$ ).

Lozano (2001) en trabajadores universitarios encontró que la autoeficacia percibida se correlaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol ( $r_s = -.55, p = .01$ ) lo que significa que a medida que la autoeficacia percibida disminuye, aumenta el consumo de alcohol.

Oliva (2001) estudió autoeficacia percibida en personas que sufrieron accidente automovilístico por consumo de alcohol y encontró que la autoeficacia percibida tuvo efecto significativo sobre el consumo de alcohol ( $F_{(1,108)} = 60.62, p = .000$ ) y con una variabilidad explicada de un 36%. La autora señala que la autoeficacia percibida, es un predictor del consumo de alcohol.

Alonso, Rodríguez, Esparza, Campa y Martínez (2002) en un estudio de intervención breve realizado en personas que sufrieron accidentes automovilísticos por consumo de alcohol encontraron efecto significativo de la autoeficacia percibida sobre el consumo de alcohol entre la primera y la tercera medición de consumo ( $z = -3.40, p = .001$ ) señalando que la media de consumo en la primera medición fue de 40.47 y en la tercera medición fue de 1.80. Por otra parte la intervención breve fortaleció la autoeficacia percibida en la tercera medición encontrando una correlación negativa y significativa ( $r = -.842, p = .001$ ) lo cual significó en el estudio que a mayor autoeficacia percibida se disminuyó el consumo de alcohol.

Williams, Connor y Ricciardelli (1998) estudiaron la importancia relativa de las expectativas de resultado y la autoeficacia en la predicción de la dependencia de alcohol en un grupo de bebedores de un entorno considerado como propicio para la bebida. Los resultados muestran que los hombres consumen significativamente más alcohol que las mujeres ( $F_{(1,210)} = 4.90, p < .05$ ), no encontraron diferencia de sexo en la frecuencia de consumo. En el caso de la autoeficacia, la presión social fue el único predictor significativo de consumo de alcohol en los hombres ( $p < .05$ ).

Kiulahan, Marlatt, Fromme, Coppel y Williams (citados por Marlatt et al. 1999) en el proyecto para bebedores de alto riesgo del Centro de Investigación de Conductas Adictivas de la Universidad de Washington, un programa en estudiantes universitarios que deseaban modificar su consumo de alcohol sin que este mostrara señales de dependencia, se aplicó un programa cognitivo conductual con intervenciones destinadas a fomentar la autoeficacia para mantener la moderación en el consumo de alcohol. Las evaluaciones de seguimiento a los 4, 8 y 12 meses después de la intervención revelaron una reducción significativa del consumo de alcohol ( $p = .001$ ) lo cual significa que la autoeficacia percibida disminuyó el consumo de alcohol.

Maya (2002) al estudiar las diferencias en la autoeficacia percibida según el consumo de alcohol sensato, dependiente y dañino en personal de salud encontró mayores medias y medianas de autoeficacia percibida en el consumo de alcohol sensato ( $\bar{X} = 91.47, Mdn = 95.90$ ) que en el consumo de alcohol dependiente ( $\bar{X} = 84.41, Mdn = 89.74$ ) y dañino ( $\bar{X} = 69.40, Mdn = 73.84$ ). El autor concluye que los consumidores de alcohol sensatos tienen mayor autoeficacia percibida que los consumidores dependientes y dañinos. También reportó una correlación negativa y significativa de la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol ( $r_s = -.41, p = .01$ ) en trabajadores de la salud y concluye que a mayor autoeficacia percibida menor es el consumo de alcohol.



En síntesis, los estudios han mostrado que la autoeficacia percibida disminuye el consumo de alcohol en diferentes grupos de trabajadores (Lozano, 2001; Maya, 2002), además la autoeficacia es un elemento que ha influido en los estudios de intervención para disminuir el consumo de alcohol (Alonso et al., 2002; Kiulahan et al. citados por Marlat et al. 1999; Skutle, 1999).

### *Definición de Términos*

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

La edad corresponde a los años cumplidos de la persona.

El sexo es la entidad biológica que diferencia al hombre de la mujer. En el trabajo se maneja como masculino y femenino.

La escolaridad son los años cursados en educación formal.

La categoría laboral es la actividad que desempeña el trabajador en la institución de salud. Dado que la investigación está limitada a profesionales de la salud, en esta categoría se incluyen médicos, enfermeras generales, licenciados en enfermería y nutriólogos y el personal de apoyo que comprende a personal de servicios básicos (intendencia), asistentes médicas y manejadores de alimentos.

Autoeficacia es la autoconfianza del trabajador de la salud en resistir el consumo de alcohol en situaciones de tentación. Puede ser interpersonal e intrapersonal.

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

Consumo sensato es el consumo de 40gr de etanol equivalente a una bebida estándar no más de tres veces por semana (4 bebidas estándar) en los varones y 20gr de etanol por ocasión no más de tres veces por semana (2 bebidas estándar) en las mujeres.

La bebida estándar contiene 14 gramos de etanol en las presentaciones equivalentes de 1 cerveza de 12 onzas o 2 onzas de vino o 1.5 onzas de destilados.

Consumo dependiente: es el consumo de cuatro a nueve copas por ocasión en los varones y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres, dejando de realizar actividad por consumo de alcohol.

Consumo dañino ocurre cuando se ingiere en un día típico seis o más copas las mujeres y de diez o más en los hombres, además que algún amigo, familiar o personal de salud le haya manifestado preocupación por su forma de beber.

### *Hipótesis*

- H1 Los trabajadores del sexo masculino consumen más alcohol que las trabajadoras del sexo femenino.
- H2 Los trabajadores profesionales de la salud consumen menos alcohol que los trabajadores de apoyo.
- H3 Los años de escolaridad influyen en el consumo de alcohol.
- H4 A mayor autoeficacia percibida menor es el consumo de alcohol.
- H5 La edad, sexo, años de escolaridad, categoría laboral y autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol en trabajadores de la salud.

## Capítulo II

### Metodología

El presente capítulo comprende el diseño de estudio, población, muestreo y muestra del estudio, así mismo incluye los criterios de inclusión, los instrumentos, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas, y el análisis de datos.

#### *Diseño de Estudio*

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

#### *Población de Estudio*

La población de estudio la conformaron trabajadores de la salud de una Institución de Seguridad Social, y se ubican en dos categorías: los profesionales de la salud integrada por médicos, enfermeras generales, licenciados en enfermería y nutriólogos, la segunda categoría fue el personal de apoyo conformada por asistentes médicas, personal de servicios básicos y manejadores de alimentos.

El total de la población fue de 381 trabajadores correspondiendo 282 a profesionales de la salud de los cuales 99 fueron varones y 183 mujeres. Los trabajadores que pertenecen al personal de apoyo fueron 99, correspondiendo 62 a trabajadores del sexo masculino y 37 al sexo femenino.

#### *Muestreo y Muestra*

El muestreo fue de tipo probabilístico y estratificado con asignación proporcional al tamaño de cada uno de los cuatro estratos, correspondiendo dos de ellos

a categorías laborales de profesionales de la salud y personal de apoyo y dos estratos por sexos femenino y masculino.

El cálculo de la muestra ( $n = 168$ ) se realizó a través del paquete estadístico n'Query Advisor 2.0 (Elashoff, 1997). Se consideró un 95% de nivel de confianza ( $\alpha = 0.05$ ), para una prueba bilateral con una correlación alternativa de .30 y una potencia de 80% para el modelo de regresión lineal simple.

La muestra quedó conformada por 52 profesionales del sexo masculino y 70 profesionales del sexo femenino. Y el personal de apoyo 32 para el sexo masculino y 14 para el sexo femenino.

#### *Criterios de Inclusión*

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

#### *Instrumentos*

En el estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales [CDP] y dos instrumentos. La cédula comprende cuatro reactivos sobre datos biológicos y socioculturales los cuales incluyen sexo, edad, años de escolaridad y categoría laboral (Apéndice A).

En relación a los instrumentos, el primero corresponde al Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] de De la Fuente y Kershenovich (1992), el cual 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 (consumo sensato), si se obtienen de 4 a 7 puntos se tiene problemas en el consumo (consumo dependiente) y si se registran de 8 a 40 puntos se considera un consumo con riesgo elevado o consumo dañino.

En el estudio realizado por los autores del instrumento se obtuvo una sensibilidad de 80% y una especificidad de 89%. En un estudio realizado por Cortaza (2001) en trabajadores de la industria petroquímica de Veracruz obtuvo un Alpha de Cronbach de .83 y en otro estudio realizado por Maya (2002) en trabajadores de la salud de la Ciudad de México, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .87 (Apéndice B).

El segundo instrumento que se aplicó es el Cuestionario de Confianza Situacional [SCQ] (Annis & Graham, 1987). El instrumento está formado por 39 reactivos, los cuales tienen una escala de respuesta del uno al seis, que van desde 1 que se refiere a seguro que no podría hasta 6 que es seguro que sí podría con la cual se mide la confianza de que tan segura 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 subescala 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 la 34 y 35. Esta subescala abarca tres categorías: problemas sociales en el trabajo, presión social para beber y estados emocionales placenteros con los demás. Los valores del cuestionario oscilan entre 39 y 234 lo que significa que a mayor puntaje mayor confianza de resistir el consumo de alcohol (Apéndice C). Este instrumento reportó por los autores Annis y Graham (1987) una consistencia interna de .97. En un estudio realizado por Maya (2002) en trabajadores de la salud en la Ciudad de México obtuvo un Alpha de Cronbach de .96.

### *Procedimiento de Recolección de Datos*

Una vez obtenida la autorización de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León se procedió a solicitar autorización por escrito a la Dirección Médica de la Institución de Seguridad Social, donde se realizó el estudio (Apéndice D).

La selección de los participantes se realizó a través de la plantilla de personal proporcionada por la Jefatura de Personal. A los trabajadores seleccionados se les abordó en su turno y horario más conveniente. El personal de enfermería fue abordado a la hora de entrada, en la media hora de enseñanza continua y en su área de trabajo cuando era posible. Al personal médico se le solicitó su participación a la hora de entrada, y al término de la visita médica y de la consulta externa.

En el caso de los trabajadores de apoyo, la entrevista y recolección de datos fue realizada a la hora de entrada y al término de su jornada, en algunos casos la entrevista fue en su área de trabajo. A las asistentes médicas se les entrevistó en su módulo de trabajo.

Antes de iniciar la recolección de datos la autora del estudio explicó a cada trabajador seleccionado el propósito de la investigación, solicitándole su participación voluntaria mediante el consentimiento informado (Apéndice E), se hizo de su conocimiento que la información sería confidencial, respetándose el anonimato. Se le indicó que si no deseaba participar, se respetaría su decisión lo cual no repercutiría en su situación laboral. Después de aceptar colaborar en el estudio el participante firmó el consentimiento informado, haciéndole entrega de la cédula de datos personales y los dos instrumentos permaneciendo la autora a una distancia prudente con el propósito de respetar su libertad así como de aclarar preguntas o dudas.

El tiempo que se utilizó para el llenado de los cuestionarios fue de 20 minutos y al concluir la recolección se verificó que la cédula y los instrumentos hubieran sido



contestados en su totalidad. Al término del procedimiento se le agradeció a cada trabajador su participación en el estudio.

### *Consideraciones Éticas*

De acuerdo a las disposiciones generales de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), el presente estudio se realizó una vez obtenida la autorización de las Comisiones de Investigación y Ética de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, Fracción VII).

Por ser una investigación que se realizó en seres humanos se contó por escrito con el consentimiento informado por el sujeto de investigación (Fracción V), y la autorización del titular de la institución de atención de salud (Fracción VIII).

De acuerdo al Artículo 13 se respetó la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes.

Conforme al Artículo 16, se protegió la privacidad y el anonimato del participante no identificando los cuestionarios aplicados.

De acuerdo al Artículo 17, fue una investigación sin riesgo ya que no se realizó intervención que ocasionara daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Así mismo no se realizó intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los sujetos que participaron en el estudio, utilizándose solamente cuestionarios los cuales no fueron identificados y están resguardados por la autora del estudio (Fracción I).

En el trabajo de investigación se aplicó el consentimiento informado (Art. 21) el cual fue firmado por el sujeto de investigación posterior a la explicación clara y completa de la justificación y los objetivos de la investigación (Fracción I), los beneficios que se obtendrían (Fracción VI), la libertad que tuvo para retirar su consentimiento en el momento que lo considerara (Fracción VII), así como la seguridad

de permanecer en el anonimato manteniendo la confidencialidad de la información (Fracción VIII).

Por ser una investigación que se realizó en grupos subordinados (Capítulo V) se consideró lo establecido en el Artículo 58. De acuerdo a la Fracción I, se respetó que su participación, el rechazo a intervenir, y el retiro de su consentimiento durante el estudio no afectara su situación laboral. Finalmente se dio a los participantes la seguridad de que los resultados de la investigación no ser utilizados en su perjuicio y estos solo serán presentados en forma general y nunca de manera personal (Fracción II).

### *Análisis de Datos*

Los datos obtenidos fueron procesados a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 10. Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial; para la estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad; se obtuvieron índices de las escalas y subescalas de los cuestionarios *AUDIT* (De la Fuente & Kershenovich, 1992) y el de Confianza Situacional de Annis y Graham (1987). Se determinó la consistencia interna de los instrumentos y se calculó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para decidir el uso de la estadística paramétrica o no paramétrica. La estadística inferencial se utilizó para prueba de hipótesis de la siguiente manera: para la hipótesis uno y dos se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Para la hipótesis 3 y 4 se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman. Para la hipótesis 5 se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple para cinco variables, así como el procedimiento Backward de eliminación de variables hacia atrás.

### Capítulo III

#### Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio consumo de alcohol y autoeficacia percibida en 168 participantes trabajadores de la salud de una institución de salud de la seguridad social, localizada en la frontera norte del país. Los datos se ordenan de la siguiente forma: consistencia interna de los instrumentos de estudio, datos descriptivos de los participantes, prueba de normalidad de variables continuas y matriz de correlación, posteriormente se presentan las pruebas de hipótesis.

*Tabla 1*

#### Confiabilidad de los instrumentos

Instrumentos Subescalas	Reactivos	Alpha de Cronbach
Subescala Frecuencia y Cantidad	Del 1 al 3	.79
Subescala Dependencia	Del 4 al 6	.73
Subescala Daño	Del 7 al 10	.76
Escala AUDIT	Del 1 al 10	.87
Escala Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)	Del 1 al 39	.98
Subescala Intrapersonal	Del 1 al 3, 7al 13, 17al 23, 27 al 33, 36 al 39	.97
Subescala Interpersonal	Del 4 al 6, 14 al 16, 24 al 26, 34 al 35	.95

Fuente AUDIT, SCQ

n = 168

La tabla 1 reporta el Coeficiente Alpha de Cronbach de los dos instrumentos utilizados en el estudio los cuales mostraron consistencia interna aceptable (Polit & Hungler, 1999) .

### Estadística Descriptiva

Los datos que se muestran a continuación corresponden a las características sociodemográficas de la muestra de trabajadores de la salud

*Tabla 2*

Características sociodemográficas: edad, sexo y categoría laboral

Características		<i>f</i>	%
Edad	20-30	26	15.5
	31-40	74	44.0
	41-60	68	40.5
Sexo	Masculino	84	50.0
	Femenino	84	50.0
Categoría laboral	Profesional de la salud	122	72.6
	Personal de apoyo	46	27.4
Nivel de educación	Secundaria	14	8.3
	Preparatoria y Técnica	24	14.3
	Profesional	130	77.4

Fuente: CDP

n = 168

En la tabla 2 se presentan algunas características sociodemográficas de la muestra de acuerdo con los criterios de selección, como la edad, sexo y categoría laboral, donde el 44% de los participantes tenían entre 31 y 40 años de edad, la proporción respecto al género fue igual y un 72.6% de los participantes tenían categoría laboral profesional y de acuerdo al nivel de escolaridad el 77.4% tenía estudios

profesionales.

*Tabla 3*

Características sociodemográficas de trabajadores de la salud: variables continuas

Variable	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
Años de edad	38.7	39	7.84	20	58
Escolaridad	15.9	16	4.27	9	25

Fuente: CDP

n = 168

En la tabla 3 se observa que la media de edad de los trabajadores de la salud es de 38 años, lo que significa estar en la etapa de madurez y la media de escolaridad es alta y corresponde a 15 años de estudios formales.

*Tabla 4*

Consumo de alcohol en trabajadores de la salud por sexo

Tipo de consumo	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sensato	24	28.6	59	70.2	83	49.4
Dependiente	28	33.3	11	13.1	39	23.2
Dañino	32	38.1	14	16.7	46	27.4
Total	84	100.0	84	100.0	168	100.0

Fuente: AUDIT

n = 168

En la tabla 4 se observa que de acuerdo al tipo de consumo de alcohol, la mayor proporción de consumo en los hombres corresponde al dañino, mientras en las mujeres la mayor proporción de consumo corresponde al sensato. Sin embargo es importante destacar que en las mujeres el consumo dañino es más alto que el consumo dependiente.

Tabla 5

## Consumo de alcohol en trabajadores de la salud por categoría laboral

Tipo de consumo	Profesional de la salud		Personal de apoyo		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sensato	73	59.8	10	21.7	83	49.4
Dependiente	23	22.2	12	26.1	39	23.2
Dañino	22	18.0	24	52.2	46	27.4
Total	122	100.0	46	100.0	168	100.0

Fuente: AUDIT

n = 168

En la tabla 5 se reporta que de acuerdo a la categoría laboral y tipo de consumo, los profesionales de la salud tienen en mayor proporción el consumo sensato y en el personal de apoyo la mayor proporción corresponde al consumo dañino.

Tabla 6

Prueba de normalidad para las variables continuas e índices de instrumentos

Variables	Valor Mínimo	Valor Máximo	$\bar{X}$	Mdn	DE	D	Valor de p
Edad	20.0	58.0	38.7	39.0	7.8	0.58	.880
Años de escolaridad	9.0	25.0	15.9	16.0	4.2	1.58	.001
Índice de frecuencia y cantidad	8.3	75.0	29.9	25.0	19.9	2.12	.000
Consumo dependiente	.00	66.6	4.2	.00	11.6	5.78	.000
Consumo dañino	.00	93.7	7.4	.00	15.7	4.96	.000
AUDIT	2.5	80.0	13.2	10.00	13.4	2.75	.000
Subescala interpersonal	16.3	100.0	90.9	98.18	17.2	3.90	.000
Subescala intrapersonal	2.1	100.0	85.6	92.14	18.2	2.79	.000
Autoeficacia percibida	10.2	100.0	87.2	93.84	17.7	3.03	.000

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ.

n = 168

La tabla 6 reporta la prueba de normalidad de las variables continuas y de los índices de los instrumentos utilizados en el estudio donde se observa que los índices no mostraron normalidad en su distribución por lo tanto se utilizarán las pruebas no paramétricas para verificar las hipótesis. Solamente para la edad, la hipótesis de

distribución normal no fue rechazada, ( $p = .88$ ). En el apéndice F se presentan las frecuencias y proporciones de cada instrumento.

#### Correlación de Variables

A continuación se presenta la correlación de Spearman en virtud de que las variables no mostraron normalidad.



Tabla 7

## Matriz de correlación bivariada de Spearman

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Edad	1								
2.Años de estudio	.34 (.00)	1							
3.Índice de frecuencia y cantidad de consumo	-.07 (.31)	-.14 (.06)	1						
4.Índice de consumo dependiente	-.14 (.06)	-.21 (.00)	.51 (.00)	1					
5.Índice de consumo dañino	-.19 (.01)	-.15 (.04)	.47 (.00)	.63 (.00)	1				
6.AUDIT	-.15 (.05)	-.19 (.01)	.19 (.00)	.64 (.00)	.71 (.00)	1			
7.Intrapersonal	.17 (.02)	.15 (.04)	-.41 (.00)	-.36 (.00)	-.43 (.00)	-.49 (.00)	1		
8.Interpersonal	.07 (.34)	.15 (.05)	-.39 (.00)	-.38 (.00)	-.44 (.00)	-.48 (.00)	.80 (.00)	1	
9.Autoeficacia Percibida	.16 (.03)	.15 (.04)	-.42 (.00)	-.37 (.00)	-.44 (.00)	-.50 (.00)	.99 (.00)	.84 (.00)	1

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ.

n = 168

Nota. El valor inferior entre paréntesis corresponde al valor de p, para la prueba bilateral.

La tabla 7 muestra la correlación de Spearman donde la edad se relaciona negativa y significativamente con el consumo dañino de alcohol y consumo general de alcohol (AUDIT), también se asoció con autoeficacia. Los años de estudio se relacionaron negativa y significativamente con el consumo dependiente y con el consumo dañino de alcohol y con consumo total (AUDIT). Además se relacionó con la autoeficacia percibida. Por otra parte la autoeficacia percibida se correlacionó negativamente y significativamente con la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, con el consumo dependiente y con el consumo dañino así como con el consumo de alcohol en general.

#### Prueba de Hipótesis

Para probar la primera hipótesis que señala: los trabajadores del sexo masculino consumen más alcohol que los trabajadores del sexo femenino, se utilizó la prueba no paramétrica U-de Mann-Whitney. La tabla 8 muestra que el consumo de alcohol es diferente en hombres y mujeres lo que se verifica al revisar las medias y medianas de consumo de alcohol en donde los hombres tienen mayor consumo de alcohol que las mujeres, por lo anterior se sustenta la hipótesis 1.

Tabla 8

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

Sexo	$n_i$	$\bar{X}$	Mdn	U de Mann-Whitney	Valor de p
Masculino	84	17.6	12.5	1870.5	.000
Femenino	84	8.8	5.0		

Fuente: CDP, AUDIT

n = 168

Para probar la Hipótesis número 2 que señala: los trabajadores profesionales de la salud consumen menos alcohol que los trabajadores de apoyo, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 9

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

Categoría laboral	$n_i$	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>Valor de p</i>
Profesionales de la salud	122	9.97	7.5	1345.5	.000
Personal de apoyo	46	21.8	17.5		

Fuente: CDP, AUDIT

n = 168

La tabla 9 muestra que existen diferencias significativas en el consumo de alcohol entre los trabajadores profesionales de la salud y el personal de apoyo. Esto se confirma con las medias y medianas reportadas en esta tabla donde se observa que el personal de apoyo consume más cantidad de alcohol que los profesionales de la salud, por lo anterior se sustenta la hipótesis 2.

Tabla 10

Coeficiente de correlación de Spearman para escolaridad y consumo de alcohol

	Frecuencia y cantidad	Consumo dependiente	Consumo dañino
Escolaridad	-.14	-.21	-.15
	.006	.000	.004

Fuente: CDP, AUDIT

n = 168

Para probar la hipótesis 3 que señala los años de escolaridad influyen en el consumo de alcohol, se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman. La tabla 10 muestra que la escolaridad se correlaciona negativa y significativamente con el consumo dependiente y con el consumo dañino, lo que significa que a mayor escolaridad menor es el consumo de alcohol. Por lo anterior se sustenta la hipótesis 3.

Tabla 11

Coeficiente de correlación de Spearman de autoeficacia percibida y consumo de alcohol

	Frecuencia y cantidad	Consumo dependiente	Consumo dañino
Autoeficacia Percibida	-.42	-.37	-.44
	.000	.000	.000

Fuente: CDP. AUDIT, SCQ

n = 168

Para probar la hipótesis 4 que señala: a mayor autoeficacia percibida menor es el consumo de alcohol, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Se observa en la Tabla 11, que la autoeficacia percibida se correlaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol, lo que significa que a mayor autoeficacia menor es el consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Por lo anterior se sustenta la hipótesis 4.

Para probar la hipótesis 5 que señala la edad, sexo, años de escolaridad, categoría laboral y autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol, se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple el cual se presenta en la tabla 12. La variable sexo tomó valores de 1 para sexo masculino y 2 para el sexo femenino. La categoría laboral también tomó valores de 1 para personal profesional y 2 para el personal de apoyo. De acuerdo a los resultados se encontró efecto significativo en el conjunto de variables con el consumo de alcohol con un 28.3 % de varianza explicada.

Tabla 12

Regresión Lineal Múltiple para sexo, edad, categoría laboral, años de estudio y autoeficacia percibida sobre consumo de alcohol

Modelo	<i>gl</i>	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	<i>F</i>	Valor de <i>p</i>
Regresión	5	8551.138	1710.228	12.81	.000
Residual	162	21615.790	133.431		
Total	167	30166.927			

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ

$R^2 = 28.3\%$      $n = 168$

Tabla 13

Efecto de sexo, edad, categoría laboral, años de estudio y autoeficacia percibida con el consumo de alcohol

Modelo 1	<i>B</i>	Error Estándar	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
Constante	39.58	12.894	3.07	.003
Sexo	-6.92	2.276	-3.04	.003
Edad en años	-.197	.125	-1.58	.116
Categoría laboral	7.01	3.219	2.17	.031
Años de estudio	-8.727-0	.337	-.25	.796
Autoeficacia percibida	-.182	.052	-3.48	.001

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ

$n = 168$

En la tabla 13 se confirma el efecto de estas variables en donde el peso mayor fue para sexo, categoría laboral y autoeficacia percibida. Posteriormente se aplicó el procedimiento de eliminación de variables hacia atrás "Backward" donde se confirma que éste modelo fue significativo con una variación explicada de 27.1%.

Tabla 14

Regresión Lineal Múltiple para sexo, categoría laboral y autoeficacia percibida sobre consumo de alcohol

Modelo 2	<i>gl</i>	<i>Suma de Cuadrado</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>
Regresión	3	8190.270	2730.090	20.37	.000
Residual	164	21976.657	134.004		

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ

$R^2 = 27.1\%$   $n = 168$

Tabla 15

Efecto del sexo, categoría laboral y autoeficacia percibida sobre el consumo de alcohol

Modelo	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>t</i>	<i>Valor de p</i>
Constante	27.057	6.346	4.26	.000
Sexo	-5.677	1.858	-3.05	.003
Categoría laboral	8.749	2.096	4.17	.000
Autoeficacia percibida	-.189	.052	-3.61	.000

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ

$n = 168$

La tabla 15 muestra que las variables que tuvieron el mayor peso para explicar el consumo de alcohol fueron, sexo, categoría laboral y autoeficacia percibida. Por lo anterior se sustenta la hipótesis de investigación.

A continuación se presenta el diagrama de dispersión de estas variables.

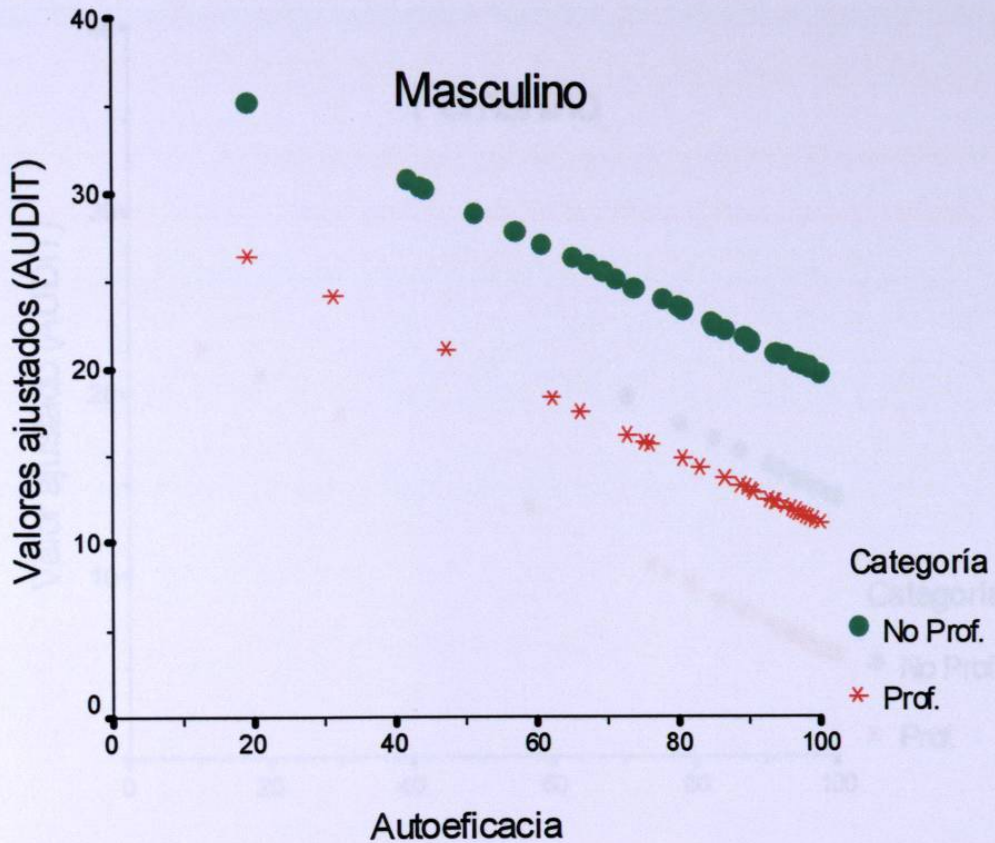


Figura 1. Efecto de autoeficacia percibida, categoría laboral para sexo masculino con consumo de alcohol.

En esta figura se observa que los trabajadores de apoyo tienen mayor consumo de alcohol que los profesionales y que a medida que la autoeficacia percibida es más alta el consumo de alcohol disminuye.



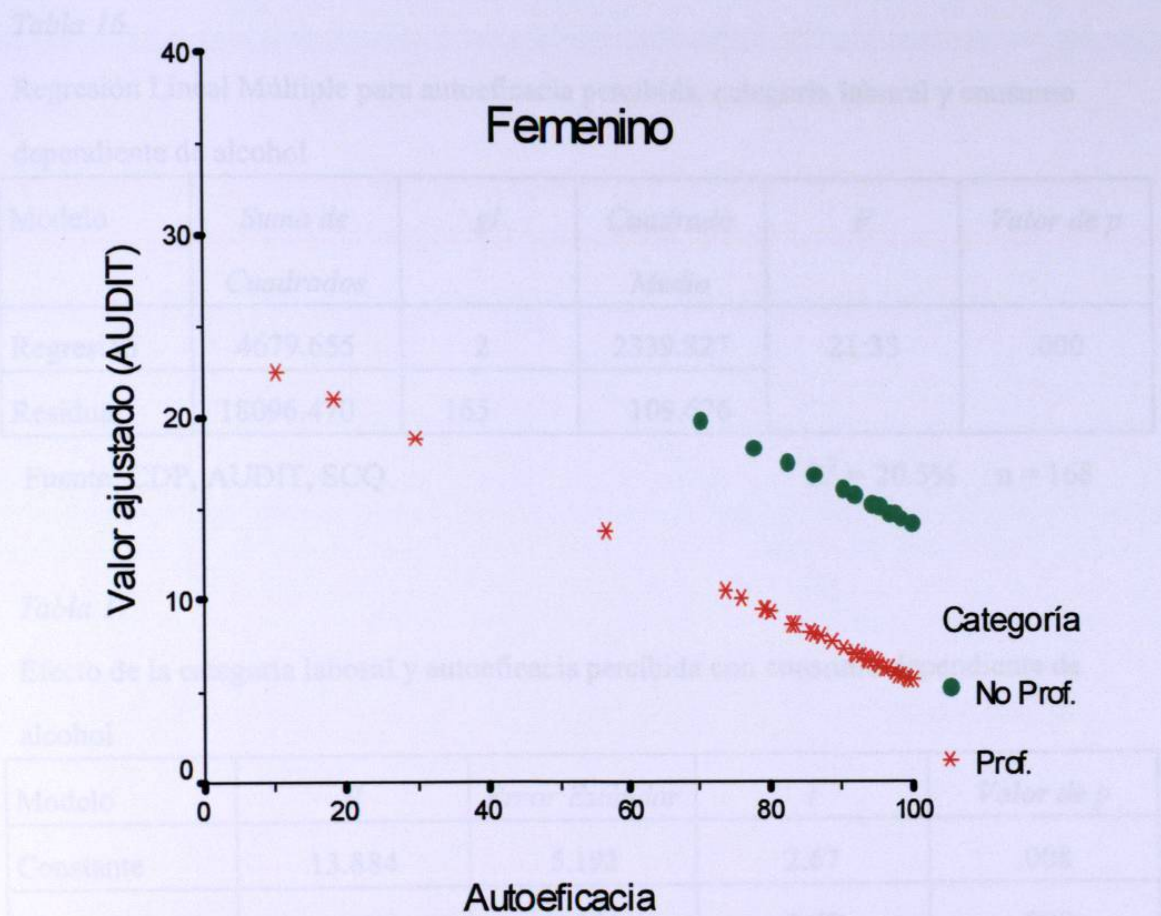


Figura 2. Efecto de autoeficacia percibida categoría laboral para sexo femenino con consumo de alcohol.

En esta figura correspondiente a trabajadoras del sexo femenino se observa el mismo efecto que en la del sexo masculino donde a medida que aumenta el consumo de alcohol disminuye la autoeficacia percibida.

#### Hallazgos adicionales

Se observó adicionalmente efecto significativo de la categoría laboral y autoeficacia percibida con el consumo dependiente de alcohol en un 20.5% de variación explicada lo cual se presenta en las tablas 16 y 17.



Tabla 16

Regresión Lineal Múltiple para autoeficacia percibida, categoría laboral y consumo dependiente de alcohol

Modelo	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor de p
Regresión	4679.655	2	2339.827	21.33	.000
Residual	18096.470	165	109.676		

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ

$R^2 = 20.5\%$  n = 168

Tabla 17

Efecto de la categoría laboral y autoeficacia percibida con consumo dependiente de alcohol

Modelo	B	Error Estándar	t	Valor de p
Constante	13.884	5.192	2.67	.008
Categoría laboral	6.825	1.854	3.68	.000
Autoeficacia percibida	-.210	.047	-4.49	.000

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ

n = 168

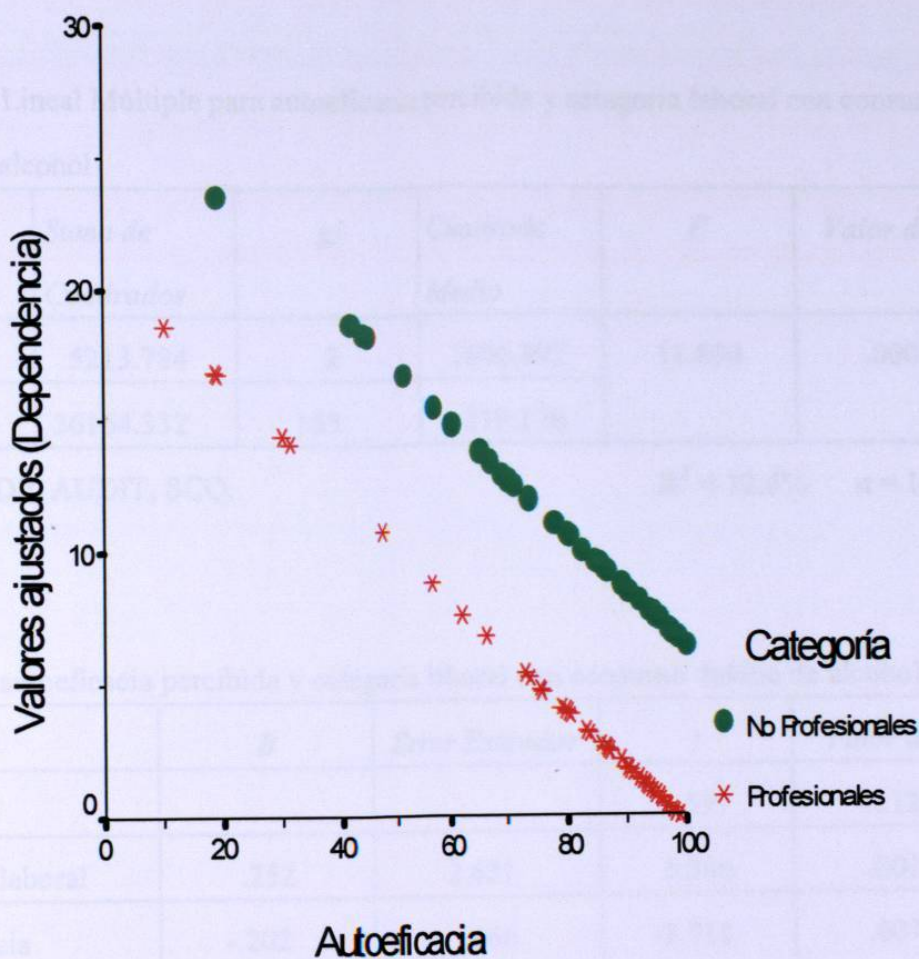


Figura 3. Diagrama de dispersión para autoeficacia percibida y categoría profesional con consumo dependiente de alcohol.

La figura 3 muestra que a medida que aumenta el consumo dependiente de alcohol disminuye la autoeficacia percibida para los profesionales de la salud y el personal de apoyo.

Otro hallazgo que se encontró fue el efecto significativo de la categoría laboral y la autoeficacia percibida con el consumo dañino de alcohol. Las tablas 18 y 19 muestran tal efecto en donde se reitera que la autoeficacia percibida y la categoría laboral afectan el consumo de alcohol.

Tabla 18

Regresión Lineal Múltiple para autoeficacia percibida y categoría laboral con consumo dañino de alcohol

Modelo	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor de p
Regresión	5213.784	2	2606.892	11.894	.000
Residual	36164.332	165	219.178		

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ.

$R^2 = 12.6\%$  n = 168

Tabla 19

Efecto de autoeficacia percibida y categoría laboral con consumo dañino de alcohol

Modelo	B	Error Estándar	t	Valor de p
Constante			1.597	.112
Categoría laboral	.252	2.621	3.386	.001
Autoeficacia percibida	-.202	.066	-2.711	.007

Fuente: CDP, AUDIT, SCQ

n = 168

A continuación se presenta el diagrama de dispersión con dichas variables.

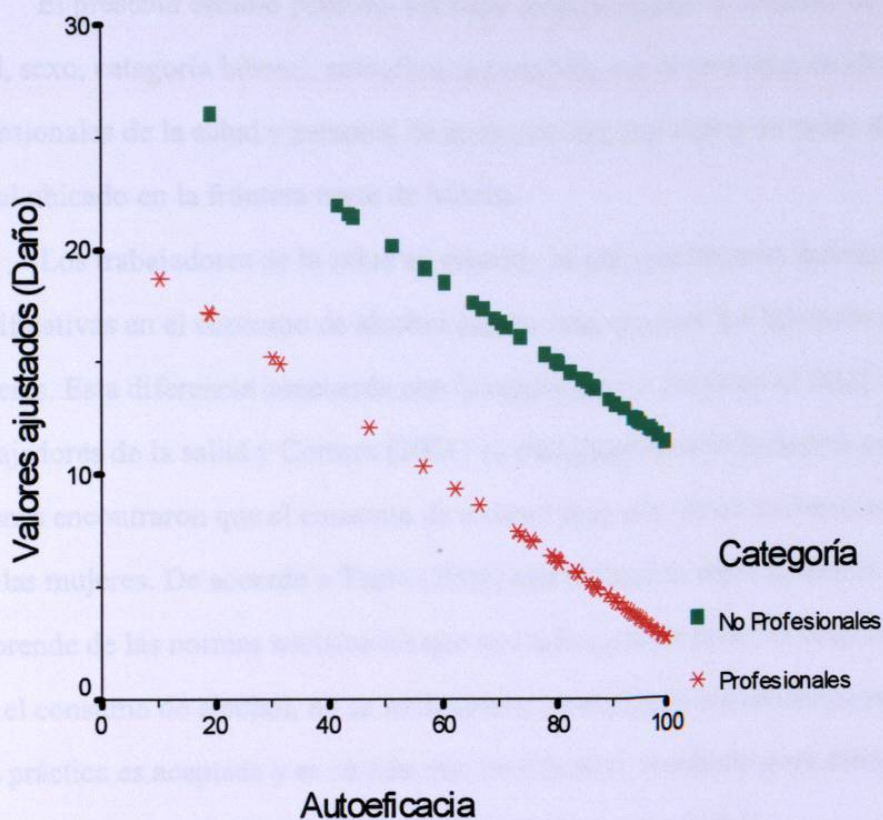


Figura 4. Diagrama de dispersión para consumo dañino de alcohol y autoeficacia percibida.

El diagrama de dispersión en la figura 4 muestra que al incrementarse el consumo dañino de alcohol disminuye la autoeficacia percibida, tanto en trabajadores profesionales de la salud como en el personal de apoyo.

## Capítulo IV

### Discusión

El presente estudio permitió verificar empíricamente la relación de las variables edad, sexo, categoría laboral, autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en profesionales de la salud y personal de apoyo de una institución de salud de seguridad social ubicado en la frontera norte de México.

Los trabajadores de la salud en relación al sexo presentaron diferencias significativas en el consumo de alcohol siendo más alto para los hombres que para las mujeres. Esta diferencia concuerda con lo reportado por Maya en el 2002 en trabajadores de la salud y Cortaza (2001) en trabajadores de la industria petroquímica quienes encontraron que el consumo de alcohol más alto fue en varones en comparación con las mujeres. De acuerdo a Tapia (2001) esta diferencia entre hombres y mujeres se desprende de las normas sociales las que son más estrictas para las mujeres en torno a que el consumo de alcohol, no es socialmente permisible y sin embargo para los varones esta práctica es aceptada y es común que los hombres se reúnen para diferentes actividades sociales y culturales en torno al consumo de alcohol.

Este estudio mostró además diferencias significativas respecto al consumo de alcohol entre profesionales de la salud y personal de apoyo. Se observó que los profesionales de la salud consumen menos alcohol que los trabajadores de apoyo. Esto concuerda con lo reportado por Maya en el 2002 quien encontró que los profesionales de la salud consumen menos alcohol que el personal de apoyo. Tapia y Meneses en 1992 señalan que el consumo de alcohol varía conforme a la actividad laboral que desarrolla la persona. Por otra parte, estas diferencias también pueden ser explicadas en términos de la cultura y de las representaciones sociales en donde el consumo de alcohol es el medio utilizado por el personal de apoyo para la recreación y la



convivencia conducta que se repite y se reproduce mientras que probablemente los profesionales de la salud usan diferentes estrategias para la recreación y la convivencia.

En relación a los años de escolaridad de los participantes en el estudio y el consumo de alcohol se encontró una relación inversa entre los años de estudio y el consumo de alcohol lo que significa que a mayor escolaridad menor consumo de alcohol dependiente y dañino. Esto coincide con lo reportado por López en 1998 quien también encontró una relación inversa entre los años de escolaridad y el consumo de alcohol así como con Rascón et al (1991) quienes encontraron que las personas con menor escolaridad registran mayores índices de consumo de alcohol.

Con respecto a la cuarta hipótesis de investigación, los resultados confirman que existe una correlación negativa y significativa entre la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol. Este hallazgo concuerda con lo establecido por Maya en el 2002 quien encontró una relación inversa entre autoeficacia percibida y consumo de alcohol. Además coincide también con lo reportado por Oliva en el 2001 quien encontró relación entre autoeficacia percibida y el consumo de alcohol en personas que sufrieron accidente automovilístico. Por otra parte Bandura (1999) señala que la autoeficacia percibida produce una mayor resistencia en los individuos frente situaciones de tentación para el consumo de alcohol y además ha sido un predictor importante en programas de reducción de consumo de alcohol (Alonso, et al 2002).

En relación a la quinta hipótesis, los resultados confirman que el sexo y la categoría laboral y autoeficacia percibida son predictores del consumo de alcohol. Estos hallazgos coinciden con Maya (2002) y Oliva (2001) quienes reportan efecto similar. Además Skutle (1999) señala que la autoeficacia percibida es el factor de mayor peso para predecir la conducta consumo de alcohol.

El estudio adicionalmente mostró efecto de autoeficacia percibida y categoría laboral con el consumo de alcohol dependiente y dañino. Este hecho permite confirmar

nuevamente que la autoeficacia es un factor determinante y de influencia en las conductas adictivas como el consumo dependiente y dañino de alcohol (Marlat, 1999). Esto significa que en personas con consumo de alcohol dependiente y dañino que han recibido recomendaciones de que revisen su forma de beber alcohol, ellos se perciben con bajo nivel de autoeficacia.

La categoría laboral influyó en el tipo de consumo de alcohol, haciendo evidente que los trabajadores de apoyo consumen más alcohol que los profesionales; probablemente esto sea resultado de su baja percepción de autoeficacia o de su reducida capacidad de resistencia a situaciones de tentación, como presiones e invitaciones de sus amigos para consumir alcohol. Además otro factor que puede influir es el valor cultural que tengan del alcohol como grupo social o laboral, dado que en la recolección de datos se observó que estos trabajadores se reúnen con el propósito de consumir alcohol como forma de diversión y de reducción de estrés laboral. Otro factor observado que puede relacionarse con el consumo dañino y dependiente es el estrés laboral generado por las largas jornadas de trabajo de doble turno en forma continua para incrementar su ingreso hecho que se confirma porque el consumo dañino es más alto en hombres y mujeres y más alto en personal de apoyo donde sus salarios son bajos y recurren a dobles jornadas quienes son responsables de sostener a una familia.

## Conclusiones

Los trabajadores del sexo masculino consumen mayor proporción de alcohol que las mujeres. Es mayor el consumo sensato en mujeres y en hombres es mayor el consumo dañino.

Los trabajadores profesionales de la salud consumen menos alcohol que el personal de apoyo.

La escolaridad se relaciona negativa y significativamente con el consumo dependiente y dañino lo que indica que a mayor escolaridad menor es el consumo de alcohol.

La autoeficacia percibida se correlaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol lo que significa que a mayor autoeficacia percibida menor es el consumo de alcohol.

El sexo, categoría laboral y autoeficacia percibida mostraron mayor efecto significativo para explicar el consumo de alcohol.

A medida que aumenta el consumo dependiente y dañino disminuye la autoeficacia percibida en los trabajadores profesionales y los trabajadores no profesionales de la salud.

#### Recomendaciones

En base a los resultados del presente , realizar un estudio de intervención en trabajadores de la salud considerando la autoeficacia percibida como variable independiente cuyo efecto permita disminuir el consumo de alcohol.

Continuar estudiando el grupo de trabajadores de la salud incorporando otras variables de estudio como el estrés laboral y jornadas de trabajo.

Realizar estudio con acercamiento cualitativo para conocer el significado del alcohol en profesionales de la salud y personal de apoyo.

Continuar utilizando los instrumentos: Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) dado que mostraron consistencia interna aceptable.



## Referencias

- Alonso, C. M., Rodríguez, A. L., Esparza, A. S., Campa, M. T. & Martínez, R. G. (2002). *Prevención de accidentes relacionados al consumo de alcohol por intervención breve*. Manuscrito no publicado. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- 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. (1999). Auto-Eficacia: *Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Ed. Desclee De Brouwer. Bilbao España.
- Borges, G., Medina, M. M.E., 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. *Revista Salud Pública de México*, 41, 3-11.
- Caraveo, A. J J., Colmenares, B. E. & Saldívar, H. GJ., (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Revista de Salud Pública de México*. 41, 177-188.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, (1998). *El Consumo de Drogas en México Diagnóstico, Tendencias y Acciones. Encuesta Nacional de Adicciones. SSA. México*.
- Cortaza, R.L.(2001). *Afecto y consumo de alcohol en trabajadores de la industria petroquímica*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- De la Fuente, J.R.& Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 35. (2), 47-51.

- Departamento de Tránsito y Vialidad (2002). *Accidentes de Tránsito*. Nuevo Laredo, Tamaulipas, México.
- DiClemente, C.C. Fairhurst, S.K., & Piotrowski, N.A. 1995 (in press). The role of self-efficacy in addictive behaviors. In J. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum.
- Echeverría, S., Oviedo, P. & Ayala, V. (1994). Determinantes situacionales en el patrón de consumo de bebedores problema. *La psicología social en México*, 4, 256-262.
- Elashoff, D.E.(1997) nQuery Advisor Versión 2.0 [Software de cómputo]. EE.UU.
- Erolas, J. (1995). Alcoholismo en el entorno laboral. Jornadas: *Alcoholismo en el entorno laboral*. Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Baldona y Comarca. 2 de septiembre.
- Frenk, J., Lozano, R. & González, B. (1994). Economía y Salud. Propuesta para el avance del sistema de salud en México-Visión de conjunto. Fundación Mexicana de Salud (FUNSALUD), Informe Oficial, México, D.F.
- López, J.(1998). Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. *Revista de Salud Pública de México*, 40, 487-493.
- Lozano, G.I. (2001). *Autoeficacia y beneficios percibidos en el consumo de alcohol de trabajadores universitarios*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Marlatt, G.A., Bear, J.S., & Quigley, L.A. (1999).Autoeficacia y conducta adictiva. En Bandura. New York: Cambridge University Press. (Ed).Auto-Eficacia como afrontamos los cambios de la sociedad actual. (pp 245-267), New Cork: Plenum.
- Maya, M. A. (2002). *Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Autónoma de Nuevo León, México.

- Morales, G. J. I. C, Fernández, G. I. H., Tudón, G. H. Escobedo, P. J., Zárate, A. A. & Madrazo, N. M. (2002). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de Salud Pública de México*, 44, 113-121.
- National Institute on Drug Abuse. (1992). *Assessment Referral System*. Manual NIDA Rockville, EE.UU.
- Oliva, R.N. (2001). *Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Organización Internacional del Trabajo, (2001). Abuso de alcohol y drogas en importantes centros de trabajo. *Safe Work*. 1, 23-31.
- Polit, D.F. & Hungler, B. P. (1999). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (6° Ed.).México. Mc Graw-Hill.
- Secretaría de Salud, (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México.
- Skutle, A. (1999). La relación entre expectativas de autoeficacia, la gravedad del abuso del alcohol y los beneficios psicológicos obtenidos del alcoholismo. *Conductas Adictivas*, 24, (1), 87-98.
- Tapia, C. R. (2001). *Las Adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. (2° Ed.) Editorial El Manual Moderno.
- Tapia, C. & Meneses, R. (1992). El consumo de alcohol entre médicos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 35 (2), 58-62.
- Williams, R. J., Connor, J. P. & Ricciardeli, L. A. *Autoeficacia de rechazo mediada por expectativas de resultados en la predicción de la dependencia de alcohol entre adultos jóvenes*. J.FOCUS ON ALCOHOL. Seymour Esiseman (Ed) J. Drug Education.28 (4), 347-359, 1988.

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

*Cédula de Datos Personales*

## Instrucciones

A fin de realizar un estudio, solicito su colaboración para contestar las preguntas de los siguientes cuestionarios de acuerdo a su opinión personal, para lo cual deberá contestar solamente una respuesta en cada pregunta.

La información que se obtenga de los cuestionarios será de carácter confidencial.

## DATOS PERSONALES

Sexo:        Masculino \_\_\_\_\_                      Femenino \_\_\_\_\_

Edad (años cumplidos) \_\_\_\_\_

Escolaridad (años de estudio) \_\_\_\_\_

Categoría Laboral \_\_\_\_\_

## Apéndice B

### *Cuestionario de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol (AUDIT)*

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste cada una de ellas, señalando la respuesta que considere más adecuada a su caso.

La información que proporcione es estrictamente 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 o 2

1= 3 o 4

2= 5 o 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 pasado 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= Sí, pero no en el último año

4= Sí, 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= Sí, pero no en último año.

4= Si, en el último año.

Fuente: De la Fuente y Kershenovich (1992).

## Apéndice C

### Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)

Instrucciones: A fin de contestar el Cuestionario de Confianza Situacional, por favor lea cuidadosamente las preguntas y encierre en un círculo la respuesta que más se ajuste a su caso. Con las siguientes opciones de respuesta: El número 1 se refiere a Seguro que no podría, el número 2 corresponde a No podría, el número 3 es A veces no podría, el número 4 es A veces sí podría, el número 5 corresponde Sí podría, y el número 6 que es Seguro que sí podría.

Después de leer cada pregunta agregue la frase:

Voy a estar seguro de que resisto ingerir alcohol.

1.Si 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 a 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 a 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 acordé 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 en 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 un a 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 no 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
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	1	2	3	4	5	6

debido a mi supervisor						
25.Si alguien me critica	1	2	3	4	5	6
26.Si me siento satisfecho con algo que yo realicé	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 piden 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 se 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 de trabajo	1	2	3	4	5	6
35.Si las personas a mi alrededor me hacen sentir pensionado	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<br>o amiga y él o ella me<br>sugieren tomar una bebida         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Si de repente siento la<br>necesidad de tomar  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. Si yo quiero probar a mi<br>mismo que puedo tomar<br>varios tragos sin emborracharme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Fuente: Annis y Graham, (1987).

## Apéndice D

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## MEMORANDUM INTERNO

Al LIC. ENF. MA. REBECA SOSA BRIONES

Ref. # 95/2003

Del DR. JOSE LANDERO REYES

Fecha 05 DE AGOSTO DE 2003

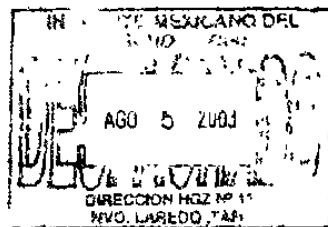
Asunto:

POR MEDIO DEL PRESENTE SE LE AUTORIZA A USTED, REALIZAR LA APLICACION DE ENCUESTAS AL PERSONAL DE BASE: MEDICOS, ENFERMERAS, SERVICIOS BASICOS, ASISTENTES MEDICAS, NUTRICION Y DIETETICA, PARA LLEVAR A CABO EL ESTUDIO DE INVESTIGACION TITULADO: "CONSUMO DE ALCOHOL Y AUTO-EFICACIA PERCIBIDA EN TRABAJADORES DE LA SALUD", COMO REQUISITO DE TESIS DE CIENCIAS EN ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON.

LO ANTERIOR PARA SU CONOCIMIENTO Y TRAMITES A SEGUIR.

A T E N T A M E N T E

DR. JOSE LANDERO REYES



C.C.P.= EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.=

C.C.P.= DIRECCION MEDICA.=

DR. JLR'imp.-

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

*Consentimiento Informado*

Por medio del presente acepto haber sido informado (a) acerca del trabajo de investigación que realiza la Lic. Ma. Rebeca Sosa Briones en trabajadores de la salud, el cual requiere para el programa de estudios que está realizando.

Por lo anterior acepto colaborar voluntariamente contestando los cuestionarios que solicita para la realización del estudio mencionado el cual está sujeto a las disposiciones que marca el Reglamento de la Ley General de Salud (1987) en lo que se refiere a los aspectos de investigación.

Así mismo manifiesto que he sido informado que mi participación es voluntaria, que la información que proporcione es confidencial, que se mantendrá el anonimato y que no existe ningún riesgo laboral ya que los resultados serán presentados en forma general respetándose mis derechos además de que puedo retirarme si así lo decido.

Firma

Firma

---

Participante

---

Lic. María Rebeca Sosa Briones

Nuevo Laredo, Tam.

**Apéndice F**  
**Tablas de frecuencias y porcentajes de los instrumentos**



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

Preguntas	Nunca		Una vez al mes o menos		Dos o cuatro veces al mes		Dos o tres veces por semana		Cuatro o mas veces por semana	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Que tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas	-	-	95	56.5	58	34.5	14	8.4	1	0.6
	1 o 2		3 o 4		5 o 6		7 o 9		10 o mas	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2. Cuantas copas se toma en un diatópico de los que bebe	60	35.7	55	32.7	26	15.5	22	13.1	5	3.0
	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		Diario o casi diario	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión?	71	42.3	59	35.1	19	11.3	19	11.3	-	-
4. Durante el último año. ¿le ocurrió que no pudo parar de beber?	144	85.7	16	9.5	3	1.8	4	2.4	1	0.6
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuente dejo de hacer algo que debería haber hecho por beber?	152	90.5	11	6.5	4	2.4	1	0.6	-	-
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuente bebió la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	154	91.6	8	4.8	2	1.2	2	1.2	2	1.2
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?	140	83.3	21	12.5	2	1.2	3	1.8	2	1.2
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?	146	86.9	16	9.5	3	1.8	3	1.8	-	-
	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año					
	f	%	f	%	f	%				
9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de la ingesta de alcohol?	158	94.0	6	3.6	4	2.4				
10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?	138	82.2	11	6.5	19	11.3				

Fuente: AUDIT

n = 168

## Cuestionario de confianza situacional (SCQ)

## Frecuencias

Preguntas	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
1. Si yo siento que estoy deprimido	3	4	3	9	27	122
2. Si hubo peleas en casa	4	3	5	9	20	127
3. Si tuve problemas para dormir	3	2	3	8	20	132
4. Si tuve una discusión con un amigo	4	1	6	4	25	128
5. Si creo que a otras personas no les caigo bien	4	2	3	3	20	138
6. Si me siento seguro y relajado	3	2	3	7	41	112
7. Si sali con amigos y ellos fueron a tomar a un bar	6	4	17	45	48	48
8. Si me siento bien en una fiesta pero deseo sentirme mejor	6	6	11	28	52	65
9. Si me acorde que tan rico tiene el sabor de una bebida	4	5	9	19	41	90
10. Si yo me convengo que soy otra persona.	6	3	5	8	36	110
11. Si yo creo que las cosas no van a salir bien	4	4	5	5	27	123
12. Si otras personas interfieren en mis planes	4	2	7	5	29	121
13. Si estoy mareado y me quiero sentir alerta	4	5	1	7	31	120
14. Si tuve problemas con otras personas en el trabajo	5	2	2	4	27	128
15. Si no me siento bien con la presencia de alguien	4	2	5	5	24	128
16. Si todo va saliendo bien	4	2	3	8	25	125
17. Si estoy en una fiesta y quiero celebrar con un amigo	6	4	10	32	56	60
18. Si quiero celebrar con un amigo	6	7	17	34	57	47
19. Si paso por enfrente de una tienda de venta de licor	4	3	1	4	21	135
20. Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación	5	2	1	4	28	128
21. Si me estoy enojando con mis resultados	4	4	4	5	23	128
22. Si siento que me están menospreciando	4	2	7	2	22	131
23. Si me siento con nauseas	5	5	2	2	14	140
24. Si las presiones están aumentando en el trabajo	3	5	2	3	21	134
25. Si me critican	3	5	1	2	24	133
26. Si me siento satisfecho con lo que realice.	1	5	5	8	38	111
27. Si estoy a gusto con un buen amigo y me quiero sentir mejor	5	3	9	13	44	94
28. Si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida	6	5	17	20	47	73
29. Si me encuentro desesperadamente una botella de mi bebida favorita	4	3	11	10	37	103
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago no causa problemas	4	3	7	10	35	109
31. Si no se lo que debo hacer	2	6	2	4	33	121
32. Si me siento con muchas presiones familiares	6	6	3	4	28	121
33. Si siento pesadez estomacal	5	7		4	20	132
34. Si no me llevo bien con mis compañeros	3	5	3	4	23	130
35. Si las personas me hacen sentir tensionado	3	5	3	4	25	128
36. Si sali con amigos y quiero disfrutar más	4	7	10	23	43	81
37. Si conozco un amigo y me sugiere tomar una bebida	4	9	9	18	60	68
38. Si de repente siento la necesidad de tomar	6	5	9	14	39	95
39. Si yo quiero probar a mi mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	4	3	6	10	32	113

Fuente: SCQ

n = 168

**Cuestionario de confianza situacional (SCQ)**  
**Porcentajes**

Preguntas	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	1.8	2.4	1.8	5.4	16.0	72.6
2. Si hubo peleas en casa	2.4	1.8	3.0	5.4	11.9	75.5
3. Si tuve problemas para dormir	1.8	1.2	1.8	4.8	11.9	78.5
4. Si tuve una discusión con un amigo	2.4	0.6	3.6	2.4	14.9	76.1
6. Si creo que a otras personas no les caigo bien	2.4	1.2	1.8	1.8	11.9	80.9
6. Si me siento seguro y relajado	1.8	1.2	1.8	4.2	24.4	66.6
7. Si salí con amigos y ellos fueron a tomar a un bar	3.6	2.4	10.1	26.8	28.6	28.5
8. Si me siento bien en una fiesta pero deseo sentirme mejor	3.6	3.6	6.5	16.6	31.0	38.7
9. Si me acorde que tan rico tiene el sabor de una bebida	2.4	3.0	5.4	11.2	24.4	53.6
10. Si yo me convengo que soy otra persona.	3.6	1.8	3.0	4.8	21.3	65.5
11. Si yo creo que las cosas no van a salir bien	2.4	2.4	3.0	3.0	16.1	73.1
12. Si otras personas interfieren en mis planes	2.4	1.2	4.2	3.0	17.2	72.0
13. Si estoy mareado y me quiero sentir alerta	2.4	3.0	0.6	4.2	18.5	71.3
14. Si tuve problemas con otras personas en el trabajo	3.0	1.2	1.2	2.4	16.1	76.1
15. Si no me siento bien con la presencia de alguien	2.4	1.2	3.0	3.0	14.3	76.1
16. Si todo va saliendo bien	2.4	1.2	1.8	4.8	14.8	75.0
17. Si estoy en una fiesta y quiero celebrar con un amigo	3.6	2.4	6.0	19.0	33.3	35.7
18. Si quiero celebrar con un amigo	3.6	4.2	10.1	20.2	33.9	28.0
19. Si paso por enfrente de una tienda de venta de licor	2.4	1.8	0.6	2.4	12.5	80.3
20. Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación	3.0	1.2	0.6	2.4	16.7	76.1
21. Si me estoy enojando con mis resultados	2.4	2.4	2.4	3.0	13.7	76.1
22. Si siento que me están menospreciando	2.4	1.2	4.2	1.2	13.0	78.0
23. Si me siento con nauseas	3.0	3.0	1.2	1.2	8.3	83.3
24. Si las presiones están aumentando en el trabajo	1.8	3.0	1.2	1.8	12.5	79.7
25. Si me critican	1.8	3.0	0.6	1.2	14.3	79.1
26. Si me siento satisfecho con lo que realice.	0.6	3.0	3.0	4.8	22.6	66.0
27. Si estoy a gusto con un buen amigo y me quiero sentir mejor	3.0	1.8	5.4	7.7	26.1	56.0
28. Si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida	3.5	3.0	10.1	11.9	28.0	43.5
29. Si me encuentro desesperadamente una botella de mi bebida favorita	2.4	1.8	6.5	6.0	22.0	61.3
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago no causa problemas	2.4	1.8	4.2	6.0	20.8	64.8
31. Si no se lo que debo hacer	1.2	3.6	1.2	2.4	19.6	72.0
32. Si me siento con muchas presiones familiares	3.6	3.6	1.8	2.4	16.6	72.0
33. Si siento pesadez estomacal	3.0	4.2	-	2.4	11.9	78.5
34. Si no me llevo bien con mis compañeros	1.8	3.0	1.8	2.4	13.7	77.3
35. Si las personas me hacen sentir tensionado	1.8	3.0	1.8	2.4	14.9	76.1
36. Si salí con amigos y quiero disfrutar más	2.4	4.2	6.0	13.7	25.6	48.1
37. Si conozco un amigo y me sugiere tomar una bebida	2.4	5.4	5.4	10.7	35.7	40.4
38. Si de repente siento la necesidad de tomar	3.6	3.0	5.4	8.3	23.2	56.5
39. Si yo quiero probar a mi mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	2.4	1.8	3.6	6.0	19.0	67.2

Fuente: SCQ

n = 168

## 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:* Nacida en Ciudad Victoria, Tamaulipas el 20 de Abril de 1949, hija de Modesto Sosa Alcocer y María del Refugio Briones Salazar.

*Educación:* Egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas como Enfermera General en 1968 y con grado de Licenciada en Enfermería en 1985. Curso postécnico: Enfermería Pediátrica en el Hospital Infantil de México por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM en 1972. Maestría en Docencia en Educación Superior en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en 1995.

*Experiencia Profesional.* Enfermera General de 1970 a 1976, Enfermera Especialista de 1976 a 1981 y Jefe de Enfermeras de 1981 a 1995, en el Hospital General de Zona No 11 del IMSS en Nuevo Laredo Tamaulipas, Coordinadora de Enfermería en la Zona Norte de Tamaulipas IMSS de 1995 a 1996.

*Experiencia Docente:* Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en Nuevo Laredo, Tam. de 1984 a la fecha. Profesor externo del Departamento de Enseñanza e Investigación en el Hospital General de Zona No 11 del IMSS en Nuevo Laredo, Tamaulipas.

E-mail: [rsosa@enf-nla.uat.mx](mailto:rsosa@enf-nla.uat.mx)





