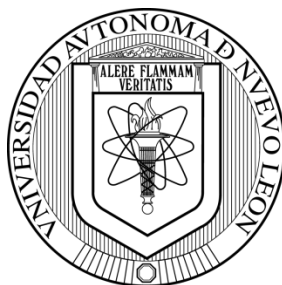


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTRÉS DE CONCIENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

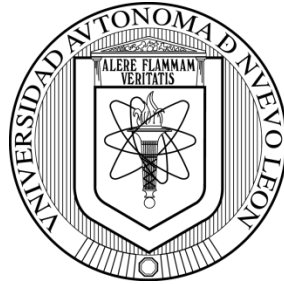
Por

LIC. LAURA BERENICE ZORRILLA MARTÍNEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

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



ESTRÉS DE CONCIENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Por

LIC. LAURA BERENICE ZORRILLA MARTÍNEZ

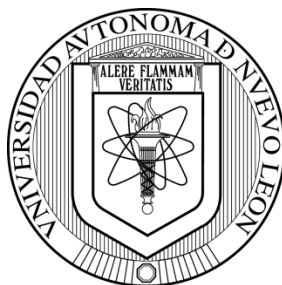
Director de Tesis

DRA. MARIA TERESA DE JESUS ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

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



ESTRÉS DE CONCIENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Por

LIC. LAURA BERENICE ZORRILLA MARTÍNEZ

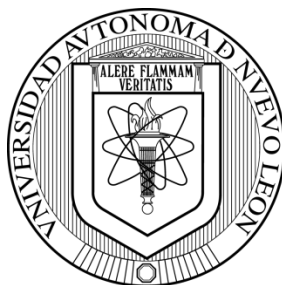
Co-Asesor

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

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



ESTRÉS DE CONCIENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Por

LIC. LAURA BERENICE ZORRILLA MARTÍNEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

ESTRÉS DE CONCIENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Aprobación de Tesis

Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo
Director de tesis

Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo
Presidente

MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo otorgado en beneficio de mi superación académica.

Al MSP. Lucio Rodríguez Aguilar, Director de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por las facilidades otorgadas para concluir mis estudios

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la UANL, por la oportunidad de formar parte del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, por compartir sus conocimientos y fomentar mis habilidades.

A la Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo, Director de Tesis, por su paciencia, por creer en mis capacidades, alentarme, guiarme y corregirme, por su apoyo moral incondicional y su contribución en la mejora de mi desempeño académico.

A la MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez por el apoyo otorgado para el desarrollo del proyecto, por sus atenciones y la amabilidad que siempre dirigió hacia mi persona.

A todos mis compañeros de la Clínica FAEN por su apoyo a lo largo de mis estudios.

A la institución donde se realizó el estudio, en especial al personal de enfermería que me brindó su tiempo para participar en el estudio.

A las personas que me acompañaron, me motivaron y estuvieron conmigo a lo largo de este proceso, gracias.

Dedicatoria

A mi hermana Nohemí Zorrilla Martínez por el gran ejemplo que siempre ha sido para mí, por demostrarme el significado de la palabra fuerza, por motivarme, escucharme, entenderme, inculcarme valores y sembrar en mí los deseos de superación desde mi infancia.

A todas las personas que forman parte importante de mi vida, conocen mis esfuerzos y han participado en cada uno de mis logros, por su apoyo incondicional, gracias.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	6
Estudios Relacionados	10
Definición de Términos	17
Objetivos	18
Capítulo II	
Metodología	19
Diseño del Estudio	19
Población, Muestreo y Muestra	19
Instrumentos de Medición	20
Procedimiento de Recolección de Datos	22
Consideraciones Éticas	23
Análisis de Datos	25
Capítulo III	
Resultados	27
Consistencia Interna de los Instrumentos	27
Estadística Descriptiva	27
Estadística Inferencial	37
Hallazgos Adicionales	55
Capítulo IV	
Discusión	59
Conclusiones	74
Recomendaciones	76

Tabla de Contenido

Página

Contenido

Referencias 77

Apéndices

A. Cédula de Datos Personales y Laborales 88

(CDPyL)

B. Cuestionario de Estrés de Conciencia 90

(SCQ)

C. Prueba de Identificación de Trastornos por 92

Uso de Alcohol (AUDIT)

D. Consentimiento Informado 93

E. Oficio de Autorización Prueba Piloto 96

F. Oficio de Autorización Prueba Final 97

G. Extracción de Variables del Instrumento 98

Escala de Estrés de Conciencia

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Confiabilidad de la Escala Estrés de Conciencia SCQ y Confiabilidad del Instrumento AUDIT	27
2. Características sociodemográficas de los participantes	28
3. Características laborales del personal de enfermería	28
4. Tipo de bebida consumida en un día típico.	29
5. Frecuencias y proporciones del estrés de conciencia escala SCQ, Subescala : Demandas Externas	30
6. Frecuencias y proporciones del estrés de conciencia escala SCQ, Subescala : Demandas Internas	32
7. Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT	34
8. Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT, Subescala: Dependencia	35
9. Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT, Subescala: Daño	36
10. Estadística descriptiva y resumen de la Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors	37
11. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en el personal de enfermería	39
12. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por edad	41

Lista de Tablas

Tabla	Página
13. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por sexo	42
14. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por escolaridad	42
15. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral	43
16. Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney para el índice de AUDIT por edad	44
17. Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney para índice de AUDIT por sexo	45
18. Prueba <i>H</i> de Kruskall-Wallis para el índice de AUDIT por escolaridad	46
19. Prueba <i>H</i> de Kruskall-Wallis para el índice de AUDIT por categoría laboral	47
20. Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por edad	48
21. Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por sexo	50
22. Prueba <i>H</i> de Kruskall-Wallis para el índice de estrés de conciencia por escolaridad	51
23. Prueba <i>H</i> de Kruskall-Wallis para el índice de estrés de conciencia por años de experiencia laboral	52
24. Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por categoría laboral	53

Lista de Tablas

Tabla	Página
25. Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y estrés de conciencia en el personal de enfermería	54
26. Coeficiente de Correlación de Spearman de características laborales de los participantes y estrés de conciencia	55
27. Coeficiente de Correlación de Spearman para características laborales de los participantes e índices de consumo de alcohol	56
28. Análisis factorial de la escala estrés de conciencia SCQ	57

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de relación de las variables estrés de conciencia y consumo de alcohol	9
2. Prevalencias de consumo de alcohol	40
3. Relación entre el estrés de conciencia y edad en años del personal de enfermería	49

Resumen

Laura Berenice Zorrilla Martínez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación:

Título del Estudio: ESTRÉS DE CONCIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Número de páginas: 99

Candidata para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del estudio: El propósito fue identificar la relación que existe del estrés de conciencia y el consumo de alcohol en el personal de enfermería de una institución de salud ubicada en el área metropolitana de Zacatecas, Zacatecas. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. Se realizó un muestro general en el tiempo (censo), con una muestra de 201 participantes. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y Laborales y los instrumentos: Escala de Estrés de Conciencia [SCQ] que obtuvo confiabilidad de 0.89 y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] que tuvo una consistencia interna de 0.74. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se utilizó estadística no paramétrica: U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Coeficiente de Correlación de Spearman.

Contribución y conclusiones: La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 18 años con un consumo de 2 bebidas alcohólicas en un día típico donde la cerveza fue la bebida de preferencia. La prevalencia global de consumo de alcohol fue de 81.1% IC 95% [76-87], prevalencia lápsica de 71.1% IC 95% [65-77], actual de 42.8% (IC 95% [36-50]) e instantánea de 12.4% IC 95% [8-17]. El consumo de alcohol mostró diferencias significativas por edad ($U = 1480.5, p < .001$) el personal de 22 a 39 años obtuvo medias y medianas mayores ($\bar{X} = 7.5, Mdn = 5.0$), asimismo se reportó diferencia significativa por sexo ($U = 369.5, p < .001$) siendo mayor el consumo de alcohol en personal femenino ($\bar{X} = 5.5, Mdn = 2.5$), también existió significancia en el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral del personal de enfermería ($\chi^2 = 10.13, p < .005$).

Referente al estrés de conciencia se identificaron diferencias significativas por edad ($U = 4090.5, p < .005$) y en demandas internas ($U = 3295.5, p < .001$), donde el personal de 20 a 39 años reportó mayor estrés de conciencia ($\bar{X} = 6.7, Mdn = 3.00$). Asimismo se reportaron diferencias significativas de estrés de conciencia por sexo ($U = 1040.5, p < .005$) registrándose medias y medianas mayores en mujeres ($\bar{X} = 15.0, Mdn = 10.0$) y en la misma tendencia en las demandas internas se observó significancia ($U = 1031.5, p < .005$) donde el estrés de conciencia fue mayor en mujeres que en hombres ($\bar{X} = 4.9, Mdn = 2.0$). También se observó diferencia

significativa de estrés de conciencia por escolaridad ($H = 6.41, p < .005$) siendo mayor en el personal que contaba con estudios de posgrado o especialidad ($\bar{X} = 7.2, Mdn = 2.0$).

Respecto al estrés de conciencia por experiencia laboral se observó diferencia significativa ($H = 6.45, p < .005$) siendo mayor en personal con experiencia laboral de 6 meses a 9 años ($\bar{X} = 7.4, Mdn = 12.0$), asimismo se identificó significancia en demandas internas por experiencia laboral ($H = 22.347, p < .001$), siendo mayor en el personal con experiencia laboral de 6 meses a 9 años ($\bar{X} = 7.4, Mdn = 3.0$). Existió diferencia significativa en el índice de estrés de conciencia por categoría laboral ($H = 10.75, p < .005$) siendo mayor para el personal con licenciatura ($\bar{X} = 14.9, Mdn = 12.0$), en la misma tendencia se identificó significancia en demandas externas por categoría laboral ($H = 11.77, p = .003$) el personal que contaba con licenciatura registró mayor estrés de conciencia ($\bar{X} = 10.0, Mdn = 9.5$) que el personal general, técnico y auxiliar ($\bar{X} = 9.1, Mdn = 2.0$). Además se identificó una relación positiva significativa de estrés de conciencia total y consumo dependiente de alcohol ($r_s = .198, p < .05$) y demandas internas ($r_s = .204, p < .05$) con consumo de alcohol. A mayor estrés de conciencia total y en la subescala de demandas internas, mayor consumo dependiente de alcohol.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

En las últimas décadas, el fenómeno del uso y abuso de alcohol ha alcanzado una extraordinaria importancia debido a las consecuencias sociales y sanitarias que provoca. Este consumo presenta además una serie de problemas de salud, físicos y psicológicos en el individuo, asimismo genera a nivel social problemas económicos, debido a los gastos de recursos públicos que se utilizan en la atención de personas con complicaciones relacionadas con el uso y abuso de alcohol (Jordán, Souza & Pillon, 2009). El hábito del consumo de alcohol, el incremento de las tasas de consumo y la conducta de beber alcohol en exceso, sobre todo entre los jóvenes, son factores que han convertido el uso nocivo del alcohol, en uno de los principales riesgos para la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

En México según la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] durante el año 2011, se documentó que un 6% de la población mexicana presentaba dependencia al consumo de alcohol es decir: 4.9 millones de personas informaron beber a diario o casi a diario, en una proporción de 7 hombres por cada mujer. De acuerdo a los reportes de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011, en la región occidental de México a la que pertenece el estado de Zacatecas se reporta el patrón de consumo de alcohol alto en la población de 12 a 65 años en el 47.2% de los hombres y el 19.3% de las mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública [CONADIC-SS], 2011).

Además se documentó que el consumo de alcohol alguna vez en la vida (76.9%) y del consumo de alcohol en el último año (57%) fueron superiores al promedio nacional (71.3% y 51.4% respectivamente). Zacatecas es uno de los estados con mayor prevalencia de consumidores diarios de alcohol (0.6%), una mayor proporción de población femenina muestra un patrón de consumo alto de alcohol (69%). Los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2012) en Zacatecas, señalan al alcohol como la sustancia de mayor consumo en pacientes de 12 a 65 años que ingresan a la institución.

El patrón de consumo de abuso o dependencia al alcohol se reporta en el 15.7% hombres y 2.1% mujeres, cifras superiores a las reportadas a nivel nacional: 9.7% hombres y 3.7% mujeres, es decir se presenta el consumo de alcohol en una proporción de 3.6 hombres por una mujer. En su informe anual, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2012) indicó que se atienden en las diferentes instituciones de salud pública ubicadas en la ciudad de Zacatecas en promedio a 1,500 trabajadores por deshidratación a consecuencia del consumo excesivo de alcohol.

Referente a los jóvenes que conducen vehículos de motor en la capital de Zacatecas, que reportan una concentración de 0.05 g/100 ml podrían estar expuestos a un riesgo 2.5 veces mayor de sufrir un accidente automovilístico, en el grupo de edad de 20 a 29 años, el Consejo Nacional de Adicciones (CONADIC, 2012) reporta que la principal causa de muerte en la entidad es por causa de accidentes de tráfico por conducir en estado de ebriedad. La Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC, 2011) informó que en Zacatecas, el consumo de alcohol en el medio laboral genera altas tasas de rotación de trabajadores, accidentes, problemas de salud y un alto costo para las instituciones sanitarias, en la economía de las familias de los trabajadores y en la sociedad en general.

El patrón de consumo de alcohol de altas cantidades por ocasión, se reportó en una tercera parte de la población y se mantuvo sin cambios de 2008 a 2011. Los mayores índices de consumo alto y consuetudinario de alcohol se ubican en la región Nororiental del país en los Estados de: Tamaulipas, Nuevo León y San Luis Potosí donde el 53.6% de los adultos de entre 18 y 34 años reportan haber tenido al menos un episodio de alto consumo, para los hombres se reportó en 45% en 2008 y 47.2% en 2011, mientras que en las mujeres el patrón de alto consumo se mantuvo estable en un 20%. Adicionalmente se reportó que el 15% de los hombres y el 3.8% de mujeres tuvieron pérdida del empleo a consecuencia del consumo excesivo de alcohol (Secretaría de Salud [SSA], 2011).

Por otra parte se puede indicar que a mayor consumo de alcohol, el efecto perjudicial en la salud se incrementa. Se ha observado que el alcohol tiene un potencial de afectación multisistémico en el organismo, la intoxicación puede dañar la función cerebral y las habilidades motoras; el uso intenso puede aumentar el riesgo de ciertos tipos de neoplasias, accidentes cerebrovasculares, cardiopatías y hepatopatías (Fernández, 2007).

Se han estudiado diversos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de consumo de alcohol en jóvenes y adultos que trabajan, los cuales se han estudiado desde la perspectiva personal, familiar, social y ambiental (Tirado, Aguaded & Marín, 2009). Uno de los factores de riesgo que se ha asociado con el incremento del consumo de alcohol es el estrés en el trabajo, el cual tiene repercusión directa en la salud del trabajador, en la calidad del trabajo que desempeña y los riesgos que se provocan en la ejecución del trabajo son cada vez más evidentes (Hinojosa, Alonso Castillo & Rivera, 2012; Rodríguez, et al., 2008).

Se ha documentado en estudios realizados en trabajadores en general y trabajadores de la salud de Monterrey, N.L y Matamoros, Tamaulipas, la existencia de relación positiva y significativa de la percepción de estrés laboral y el consumo de alcohol (Martínez, Medina & Rivera, 2004; Hinojosa, Alonso, Castillo & Rivera, 2012).

Estudios indican que la percepción de estrés presente en las profesiones sanitarias es mayor que el de otras profesiones, ya que el atender el dolor de los pacientes con enfermedad terminal, afrontar el proceso de la muerte y enfrentar situaciones límite en los pacientes donde ya nada o casi nada se puede hacer por su recuperación, puede generar estrés. Se ha indicado que esta percepción de estrés se produce cuando las situaciones o casos clínicos a los que se tienen que enfrentar los enfermeros, se definen por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas por cuestiones vitales, para lograr la sobrevivencia de los pacientes que atiende y brinda cuidado. Lo anterior incrementa la probabilidad de consumo de alcohol como forma

de afrontar el estrés y sus consecuencias (Frone & Brown, 2012; Rodríguez, Martínez, Juárez, López, Carreño & Medina, 2008).

Los profesionales de la salud se enfrentan a diario a mayores exigencias, a un ritmo de trabajo cada vez más demandante y más complejo, en virtud de que los problemas de salud de los pacientes se han complejizado exigiendo un cuidado de mayor precisión, especialización tecnológica, que incluye lidiar con la presión de la familia, las exigencias del equipo médico y de la organización hospitalaria. Estos factores pueden asociarse con la presencia de estrés relacionado al trabajo (Lutzén., Blom, Ewalds & Winch, 2010). Además en los estudiantes del área de la salud en Estados Unidos que los altos niveles de estrés que presentan, pueden afectar la memoria, la concentración y la resolución de problemas y pueden conducir a la disminución del aprendizaje, la superación, el rendimiento académico y la confianza en sí mismo (Goff, 2011).

En el cuidado de la salud en la actualidad, surge el concepto de estrés de conciencia, el cual se define como la falta de congruencia entre la demanda interior, deseos, inclinaciones, creencias, normas, valores y la acción tomada, lo que puede desencadenar en un conflicto de conciencia cuando existen demandas en las cuales se deben tomar decisiones contrarias a lo que se sabe es lo correcto desde la perspectiva ética (Glasberg, 2007). Este estrés de conciencia lo experimentan los proveedores de atención a la salud, a menudo en situaciones contradictorias ante las exigencias éticas, cuando se sienten incapaces de proporcionar la calidad de atención que su deber les exige o cuando no cumplen con los estándares de rendimiento y calidad establecidos (Lazarus & Folkman, 1984).

El estrés de conciencia tiene consecuencias que pueden afectar la salud y el bienestar en los proveedores de la salud, lo que a su vez compromete la calidad del cuidado, convirtiendo esta problemática en un círculo vicioso. Situaciones difíciles son comunes en el campo de la salud hoy en día, las cuales tienen un efecto de conflicto de conciencia, particularmente en los proveedores de atención como el personal de enfermería, además se ha reportado que la sobrecarga de trabajo, el

conflicto de rol y la ambigüedad de rol, parecen ser los factores críticos en la creación de estrés de conciencia. Un conflicto de conciencia tiene un impacto negativo en el individuo, la conciencia comprende los valores integrados en la persona, por lo que es un riesgo estar en contra de la propia conciencia (Glasberg, 2007).

Como profesional de enfermería, laborando en ambientes hospitalarios la autora principal del estudio ha observado con frecuencia que el personal de enfermería manifiesta preocupación y angustia cuando se conoce el deber ser y la actuación ética del cuidado y sin embargo no se cuenta con los medios o recursos para la atención o las normas administrativas hospitalarias limitan un trato más humano, generando estrés de conciencia y con ello agotamiento, cansancio, lo que puede ser afrontado por medio del consumo de alcohol. Además las campañas publicitarias muestran el consumo de alcohol como reductor del estrés y favorecedor del bienestar, reforzando con ello la expectativa y deseo de consumo de alcohol.

Sin embargo no se han localizado hasta el momento estudios donde se relacionen las variables de estrés de conciencia y el consumo de alcohol en el personal de enfermería. En razón de lo anterior se considera que existe un vacío de conocimiento, por lo que se utilizaron estudios de estrés laboral y consumo de alcohol, dado que el estrés de conciencia se presenta en el ámbito laboral cuando se brinda cuidado o atiende pacientes en área clínica, además se parte del hecho de que el estrés laboral, tiene un fuerte componente relacionado a problemas éticos derivados del cuidado de enfermería.

El estudiar el estrés de conciencia como concepto ético, implicado más directamente con el cuidado, aportará conocimiento científico al campo del cuidado de enfermería; así mismo se podrán identificar cuales factores producen estrés de conciencia y si estos son afrontados por medio del consumo de alcohol. El presente estudio podrá aportar información útil a la profesión de enfermería, que pueda ser utilizada en un futuro en el diseño e implementación de estrategias de prevención y

reducción de estrés de conciencia y de consumo de alcohol en el personal de enfermería. Por tal motivo, el propósito del presente estudio es identificar la relación que existe del estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería de una institución de salud pública ubicada en el área metropolitana de Zacatecas, Zacatecas. Para lo cual se realizó un estudio descriptivo.

Marco de Referencia

Dentro de este apartado se describen los conceptos que guiaron el desarrollo del presente estudio incluye el estrés de conciencia, y consumo de alcohol en el personal de enfermería que son las variables de interés.

El estrés de conciencia es un concepto que se deriva de la teoría cognitivo social de Lazarus y Folkman (1984) la que se reafirma por Glasberg et al (2007). Como los sentimientos que surgen cuando en la toma de decisiones se actúa en contra de lo que el individuo sabe que es correcto desde el punto de vista ético, provocando un conflicto de conciencia, que depende de la percepción del individuo de las demandas ambientales, los recursos y la habilidad para manejar estas demandas y que puede afectar la salud de los profesionales de la salud, incluyendo a enfermería.

La teoría del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1988) representa un esfuerzo por explicar los mecanismos para enfrentar el estrés es decir las demandas ambientales e internas que rebasan los recursos del individuo y ponen en peligro su bienestar, tomando en cuenta los procesos cognitivos de valoración de la situación y los recursos del individuo para hacer frente a las consecuencias negativas de la situación. El estrés como concepto genera reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción, si se aplica este concepto al ámbito de trabajo de los individuos se podría ajustar la definición del estrés como: el equilibrio percibido entre las demandas propias de la labor realizada y la capacidad de la persona (OMS, 2006).

El estrés de conciencia se ha asociado con el agotamiento del personal de salud en diversas áreas hospitalarias y en la atención primaria de la salud, se ha

observado que la sobrecarga de trabajo, las presiones de tiempo y la ambigüedad del rol, pueden dar lugar a pensamientos de incertidumbre acerca de las responsabilidades y la autoridad en el personal de enfermería. Esto, a su vez, puede conducir a que se acentúe el estrés de conciencia en el trabajo (Juthenberg, 2010).

Se considera que el estrés de conciencia puede ser afrontado por diversos mecanismos no saludables como el consumo de alcohol, en virtud de que estudios empíricos han mostrado relación entre percepción de estrés laboral y consumo de alcohol en trabajadores de la salud (Hinojosa, Alonso, Castillo & Rivera, 2012). Con respecto al consumo de alcohol, se observa que uno de los factores que afecta directamente el consumo de alcohol es el tipo de trabajo, el trabajador percibe que el consumo de alcohol funciona como favorecedor del trabajo, como reductor de la tensión y como una forma de afrontar el estrés que se produce en el trabajo (Hinojosa, Alonso, Castillo & Rivera, 2012).

Los estudios de consumo de alcohol en trabajadores de la salud, que analizan el consumo de alcohol dentro del ámbito laboral del área de la salud así como de los factores derivados del trabajo clínico que provocan estrés son escasos (Martínez, Medina & Rivera, 2004). La Organización Internacional del Trabajo [OIT, 1996] indica que los problemas que se presentan por el consumo de alcohol son el ausentismo a los lugares de trabajo, el bajo rendimiento del trabajador, la desmoralización en el trabajo y los accidentes y patologías asociadas, lo cual se traduce en altos costos económicos por pérdida de productividad.

Referente al consumo de alcohol, el alcohol etílico es un ingrediente intoxicante que se encuentra en la cerveza, el vino y el licor. El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, las azúcares y los almidones. Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado llegando al torrente sanguíneo (entre 30 y 90 minutos después de ser ingerido) se produce una disminución de los azúcares presentes en la circulación sanguínea, lo que provoca una sensación de debilidad y agotamiento físico. Lo anterior es debido a que el alcohol acelera la transformación de glucógeno

en glucosa y ésta se elimina de forma más rápida (National Institute on Drugs Abuse [NIDA, 2009]).

Además el alcohol inhibe a la vasopresina, hormona responsable de mantener el balance de los líquidos en el cuerpo por lo que se produce deshidratación en el organismo. Esta sustancia afecta a todos los órganos del cuerpo humano, la intoxicación por alcohol puede dañar la función cerebral y las habilidades motoras; el uso intenso puede aumentar el riesgo de ciertos tipos de cáncer, pérdida de las funciones cerebrales y hepatopatías (NIDA, 2009).

El abuso del alcohol, que puede llevar al alcoholismo causa un deterioro en la salud, en las relaciones interpersonales o en la capacidad para trabajar (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2008). Con respecto a la farmacocinética del alcohol, en los hombres se produce una mayor actividad enzimática en sangre de alcohol-deshidrogenasa gástrica, citocromo P450 y de aldehído 5deshidrogenasa hepática, así como de enzima convertidora de angiotensina pulmonar; a diferencia de lo que ocurre en las mujeres donde se presenta un metabolismo menor por una baja actividad gástrica de alcohol-deshidrogenasa, además de un volumen de distribución corporal del etanol más bajo contribuyendo al aumento en los niveles de alcoholemia, una tasa de oxidación hepática mayor y un menor vaciado gástrico (Fernández, 2007).

Para evaluar el consumo de alcohol este se realiza a través de la medición de la frecuencia y cantidad de consumo de la sustancia. En relación con la frecuencia del consumo de alcohol esta se evalúa a través de la prevalencia, que es el número de usuarios respecto al tamaño de la población, existen cuatro tipos, la prevalencia global es el número de personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida, prevalencia lápsica es el número de personas que han consumido alcohol en el último año, prevalencia actual es el número de personas que han consumido alcohol en el último mes y prevalencia instantánea es el número de personas que han consumido alcohol en los últimos siete días, para el desarrollo de estas tasas de prevalencia se

debe utilizar el número total de la población como denominador; estos cuatro tipos de prevalencia se abordarán en el presente estudio (Tapia, 2001). La cantidad de consumo de alcohol se evalúa a través de los tipos de consumo de alcohol establecidos por De la Fuente y Kershenobich (1992). Respecto a los tipos de consumo de alcohol el consumo sensato (sin riesgo) se presenta cuando en un día típico se consumen cuatro bebidas no más de tres veces por semana en el sexo masculino y dos bebidas, no más de tres veces por semana en el sexo femenino.

El consumo dependiente de alcohol (de riesgo) ocurre al consumir de cuatro a nueve bebidas por ocasión en el sexo masculino y de tres a cinco copas por ocasión en el sexo femenino además de haber dejado de realizar algunas actividades cotidianas causadas por el consumo de alcohol. El consumo dañino (perjudicial) de alcohol ocurre cuando las mujeres en un día típico consumen seis o más bebidas estándar y los hombres diez o más bebidas estándar, además, de que algún familiar, amigo o profesional de la salud le haya sugerido disminuir o dejar su consumo de alcohol y que se haya lastimado o lesionado a alguna persona a consecuencia de su ingesta de alcohol (De la Fuente & Kershenobich, 1992).

En síntesis el presente estudio considera los conceptos (variables) estrés de conciencia y consumo de alcohol (ver figura 1).

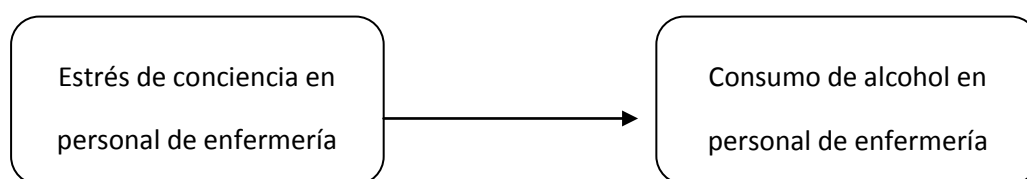


Figura 1. Modelo de relación de las variables estrés de conciencia y consumo de alcohol

La figura 1 muestra que el estrés de conciencia se relaciona con el consumo de alcohol.

Estudios Relacionados

En este apartado, se presentan los resultados de investigaciones que incluyen algunas de las variables que se consideran en el presente estudio: estrés de conciencia y consumo de alcohol, cabe señalar que debido a que no se encontraron estudios relacionados al estrés de conciencia y el consumo de alcohol, se utilizaron estudios sobre estrés laboral y consumo de alcohol debido a que ambos conceptos son generados y se presentan en el ámbito laboral. Además se reportan estudios de estrés de conciencia y su relación con alguna característica sociodemográfica (edad, experiencia laboral, categoría laboral).

Juthenberg, Eriksson, Norberg y Sundin (2010) realizaron un estudio para describir y comparar los patrones de percepción de la conciencia, el estrés de conciencia y el agotamiento de la conciencia en personal responsable de la atención de personas mayores en Suecia. Se realizó en 50 enfermeras registradas y 96 auxiliares de enfermería. Se encontró que las enfermeras registradas en comparación con las auxiliares habían trabajado más años en el cuidado de la salud ($p < .001$). Respecto al instrumento Escala Estrés de Conciencia (SCQ) que evalúa el estrés de conciencia (Alpha de Cronbach=.75), en este estudio se presentó más alto estrés de conciencia en enfermeras registradas ($\bar{X}= 53.8$) IC 95% [44.0-63.5] que en enfermeras auxiliares ($\bar{X}=44.6$) IC 95% [38.1-51.1].

Los factores identificados para la presencia de estrés fueron: atender las demandas de los pacientes y las demandas de la vida diaria tanto en enfermeras registradas y auxiliares ($p < .001$). Además las enfermeras registradas tuvieron índices más altos en cuanto a las demandas incompatibles en su trabajo ($\bar{X}=7.1$), eludir la atención a pacientes o familiares que necesitaban apoyo ($\bar{X}=3.9$), sentir que su vida privada era tan exigente que no tuvieron la fortaleza para dedicarse a su trabajo como les gustaría ($\bar{X}=3.9$). Las enfermeras registradas consideraban su trabajo en el cuidado de la salud tan exigente que no les permitía dedicarse a su familia como les gustaría ($\bar{X}=9.3$), sintieron que no podían cumplir con sus expectativas en el trabajo como les

gustaría ($\bar{X}=7.2$), y las enfermeras que alguna vez sintieron que no podían brindar una buena atención ($\bar{X}=5.0$, $p < .005$).

Turesson, Eklund y Wann (2012) realizaron un estudio en un hospital psiquiátrico en Suecia en 179 profesionales de enfermería (70 enfermeras y 109 auxiliares de enfermería) en la Universidad de Umea en Suiza; el objetivo fue investigar los factores individuales de estrés percibido, sensibilidad moral y dominio relacionados con el estrés de conciencia en el personal de enfermería. En el estudio la media de edad fue de 49 años, el 77.4% eran mujeres con empleo permanente, la experiencia laboral fue de 9 años ($DE = 8$) para todo el personal. Los auxiliares de enfermería tenían una edad mayor ($\bar{X}=50$ años) que las enfermeras registradas ($\bar{X}=45$), las enfermeras registradas tenían una experiencia de trabajo significativamente más larga en psiquiatría ($\bar{X}=20$ años), que las enfermeras auxiliares ($\bar{X}=15$ años).

La escala SCQ mostró la existencia de estrés de conciencia en todo el personal ($\bar{X}=43.04$, $DE=30.54$) IC 95% [1.9-125.45], tanto de las demandas internas ($\bar{X}=24.68$, $DE=17.36$), IC 95% [1.20-71.05] como de las demandas externas ($\bar{X}=27.59$, $DE=20.84$) IC 95% [0.45-75.65]. Se reportó correlación negativa significativa entre el estrés de conciencia por edad ($r_s=-.21$, $p<.05$) entre las demandas internas ($r_s=-.20$, $p<.05$) y las demandas externas ($r_s=-.17$, $p<.05$). También se encontró correlación negativa y significativa entre el estrés de conciencia y la experiencia laboral ($r_s=-.15$, $p<.05$) con las demandas internas ($r_s=-.14$, $p<.05$) y con las demandas externas ($r_s=-.12$, $p<.05$).

Finalmente se encontró correlación negativa y significativa entre el estrés de conciencia y la experiencia laboral en psiquiatría de las enfermeras ($r_s=-.17$, $p<.05$) en las demandas internas ($r_s=-.15$, $p<.05$) y las demandas externas ($r_s=-.13$, $p<.05$).

Hinojosa, Alonso y Castillo (2012) realizaron una investigación para determinar el consumo de alcohol en 167 trabajadores de un Hospital General en Matamoros, Tamaulipas. Se observó diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol y género ($X^2=35.77$, $p<.001$), reportándose mayor consumo sensato en mujeres (83.7%) que en varones (42.9%), los varones presentaron mayor proporción

de consumo dependiente (30.2%), seguido del consumo dañino (27%). En relación a la categoría laboral y el tipo de consumo de alcohol, se encontró diferencia significativa entre los profesionales y los no profesionales según el Tipo de consumo de alcohol ($X^2=21.44$, $p<.001$), los no profesionales reportaron mayor proporción de consumo dañino (26.3%) mientras que el 72.8% de los profesionales presentó consumo de alcohol sensato.

Referente al estrés laboral reportado por los profesionales y no profesionales se encontró correlación positiva significativa de estrés laboral con el consumo de alcohol ($r_s=.27$, $p<.001$) con la frecuencia y cantidad de consumo ($r_s=.246$, $p<.001$) con el consumo dependiente ($r_s=.313$, $p<.001$) y finalmente con el consumo dañino ($r_s=.301$, $p<.001$), por lo que se demostró que la percepción de estrés laboral en los profesionales se relacionó positiva y significativamente con el consumo de alcohol de los participantes en el estudio.

Armendáriz et al. (2012) Realizaron un estudio para conocer la relación entre los eventos estresantes y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, el estudio se realizó en 220 estudiantes entre 17 y 25 años de edad de una universidad pública del estado de Nuevo León, México. Para medir el consumo de alcohol se utilizó la Prueba de Identificación de Trastornos por el uso de Alcohol (AUDIT) y para medir la variable de eventos estresantes se utilizó el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (CSVA). Los resultados mostraron una prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida (92.3 %) así como en el último año (83.6 %). La mayoría de los estudiantes presentan un consumo sensato de alcohol (48.9 %) seguido por el consumo de riesgo (27.2 %).

Se encontró diferencia significativa respecto a la prevalencia del consumo de alcohol en la última semana por edad ($U = 4391,50$; $p < 0.05$). Así mismo, se observa que existen diferencias significativas entre hombres (39.3 %) y mujeres (24.1 %) en el consumo de alcohol en la última semana ($\chi^2 = 5,86$; $p < 0.05$). Se encontró que los eventos estresantes y el consumo de alcohol se relacionan positiva y significativamente ($r_s = 0.185$; $p < 0.05$). Referente a los eventos estresantes

familiares ($r_s = 0.151$; $p < 0.05$) y de salud ($r_s = 0.293$; $p < 0.01$) presentaron relaciones positivas y significativas con el consumo de alcohol. Además se lograron identificar diferencias significativas entre la presencia de eventos estresantes referentes a la salud ($H = 16.90$; $\bar{X}=2.54$, $DE=1.62$; $p < 0.01$) y los eventos estresantes personales ($H = 6.48$; $\bar{X}=3.25$, $DE=2.95$; $p < 0.05$) que presentaron los jóvenes universitarios.

Escamilla (2009) documentó la relación entre la percepción de estrés laboral y el consumo de alcohol y tabaco en 364 trabajadores de una comunidad urbana de estrato medio bajo en Nuevo León. Se reportó la prevalencia de consumo de alcohol en alguna vez en la vida de 79.9%, IC 95% [.76-.84], en el último año de 63.35%, IC 95% [.58-.68], en el último mes de 47.3%, IC 95% [42-.52] y en los últimos 7 días de 33.2%, IC 95% [.28-.38]. Se encontraron diferencias significativas por tipo de consumo de alcohol y por sexo ($X^2=54.36$, $p<001$), siendo mayor el consumo dependiente en hombres (34.05%) que en mujeres (26.8%). También se encontraron diferencias significativas referentes a la escolaridad ($X^2= 21.07$, $p<.021$).

Se presentó mayor consumo sensato en participantes con estudios técnicos (75.0%), mayor consumo dependiente en participantes con estudios de preparatoria (34.0%) y mayor consumo dañino en participantes con estudios de primaria (50%). Referente a la percepción de estrés laboral y sexo se encontró diferencia significativa ($U=14537.5$, $p= 0.04$) la percepción de estrés fue más alta en mujeres ($\bar{X}=35.6$, $Mdn=37.5$) que en hombres ($\bar{X}=32.83$, $Mdn=32.14$), finalmente se documentó correlación positiva y significativa en la percepción de estrés laboral y el índice AUDIT ($r_s=-.130$, $p=.04$), también entre el índice de percepción de estrés laboral y el consumo dependiente de alcohol ($r_s=0.148$, $p=0.02$) y entre la percepción de estrés laboral y el consumo dañino de alcohol ($r_s=0.147$, $p=0.02$). Lo anterior indica que a mayor estrés mas alto el consumo de alcohol.

Alonso, Álvarez, García, Rodríguez, Alonso y Armendáriz (2009) estudiaron el consumo de alcohol en 440 mujeres adultas del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

El 75% de las mujeres reportó el consumo de alcohol alguna vez en la vida IC 95% [71.0-79.0], el 64.5% en el último año, IC 95% [60.0-69.0] y el 26.4% en el último mes IC 95% [22.0-30.0]. Se encontró diferencia significativa según el consumo de alcohol en el último año y la edad de las mujeres ($X^2=6.29$, $p=.043$). Las mujeres de entre 18 y 30 años de edad presentaron mayor consumo de alcohol ($\bar{X}=1.42$). Se observó diferencia significativa de acuerdo con el consumo de alcohol y estado civil ($H=47.30$, $p<.001$). Las que refirieron estado civil divorciada, unión libre y separada presentaban más alto consumo de alcohol ($Mdn=2.00$).

También se encontraron diferencias significativas según el consumo de alcohol por la ocupación ($U=5264.5$, $p<.001$), fue mas alto el consumo en mujeres que trabajaban ($\bar{X}=1.49$). Respecto al tipo de trabajo y el consumo de alcohol, se encontró diferencia significativa ($H=15.12$, $p=.002$) las mujeres con trabajo de tipo técnico presentaron más alto consumo de alcohol ($Mdn=3.00$). Además se observó una relación positiva y significativa entre los eventos estresantes y el consumo de alcohol ($r_s= 0.158$, $p=.008$), lo que demostró que a mayor presencia de eventos estresantes, mayor será el consumo de alcohol.

Cuenya (2006). Llevó a cabo un estudio en diversas instituciones educativas con el fin de indagar las posibles relaciones entre los estresores laborales, el soporte social percibido y el consumo de alcohol en 188 jóvenes asalariados y estudiantes de diversas instituciones educativas en Buenos Aires, Argentina. Referente a los patrones de consumo de alcohol se encontró no consumo en el último mes en 20.4% de los hombres y 33% de las mujeres, el consumo excesivo en 41.8% de los hombres y el 30.7% de las mujeres, sin embargo estas diferencias no fueron significativas ($p>.005$). En cuanto al consumo de alcohol en general, el 74.2% de los entrevistados presentaron consumo moderado. Además el 67.6% de los participantes entre 18 y 23 años y el 76% entre 24 y 30 años consignaron no haberse embriagado en ninguna ocasión en el último mes.

Referente al consumo de alcohol y estresores ocupacionales se encontró diferencia significativa entre los tipos de consumo de alcohol y los roles ocupacionales ($X^2=6.08$, $p=.04$) asimismo se reporta más alto el consumo excesivo de alcohol en el estresor ocupacional de responsabilidad ($X^2=6.56$, $p<.005$).

Gallegos (2007). Realizó un estudio para describir los conocimientos y las creencias acerca del cuidado al usuario de drogas en 252 enfermeros (as) de 3 instituciones de salud pública en Zacatecas. Se registró una edad promedio de 35.2 años ($DE=8.95$) en los participantes y una antigüedad laboral promedio de 11.18 años ($DE=8.04$), 86.9% de los participantes eran mujeres, 42.5% auxiliares de enfermería, 35.7% enfermeras generales, 6.7% enfermeras especialistas, 6% licenciadas en enfermería, 5.6% jefes de piso, 0.8% correspondían a enfermeras supervisoras, 1.6% subjefes de enfermeras y el 1.2% eran jefes de enfermeras. Referente al consumo de alcohol la edad de inicio de consumo de alcohol fue de 16 años ($DE=9.09$).

Además el 81%, IC 95%, [.76-.85] de los participantes consumieron alcohol alguna vez en la vida, el 49.20% IC 95% [.42-.55] del personal de enfermería consumió alcohol en el último mes, el 76.60% de participantes reportó una frecuencia de consumo de pocas veces al mes y el 21.80% indicó consumir alcohol casi a diario, el 1.6% del personal manifestó un consumo diario de alcohol. Adicionalmente se encontró que las enfermeras consumen en promedio 1.79 copas de alcohol ($DE=2.25$) en un día típico.

Miranda (2007). Realizó una investigación en Tamaulipas con el fin de identificar los conocimientos y creencias que el personal de enfermería tiene respecto al cuidado que requiere el usuario de drogas en 261 enfermeros (as) de 3 instituciones de salud con una edad de 36 años ($DE=8.07$) y una escolaridad de 14.9 años ($DE=2.11$) y una antigüedad laboral de 11.28 años ($DE=7.80$). El 90.4% de los participantes eran mujeres y el 79.7% trabajadores del segundo nivel de atención, 38.6% contaban con licenciatura en enfermería, el 36.4% tenía nivel técnico en enfermería, el 54% indicó la categoría de enfermera general y el 24.5% auxiliar de

enfermería. La edad de inicio de consumo de alcohol fue de 21.29 años ($DE=5.01$). Adicionalmente se reportó el consumo de alcohol en alguna vez en la vida en el 70.1% del personal y el consumo actual en el 24.9%, también el personal de enfermería informó consumir 2.8 ($DE=1.65$) bebidas alcohólicas en un día típico.

Londoño et al (2012) realizaron una investigación con la finalidad de construir y analizar un modelo cognoscitivo-social por etapas con la integración de factores cognitivos, conductuales y sociales relacionados con el consumo excesivo de alcohol en 396 estudiantes de entre 16 y 46 años de edad, ($\bar{X} =22.8$ años, $DE=4.5$) en 6 universidades públicas de Bogotá, Colombia, se encontró según el AUDIT (Alpha de Cronbach 0.90) el consumo moderado de alcohol en un 53.3 % de los estudiantes participantes, 82.9% hombres y 17.0 % mujeres; además el tipo de consumo de alcohol de abuso se mostró en el 16.4% de los participantes de los cuales el 72.3 % eran hombres y el 27.6% mujeres; también se identificó el tipo de consumo de alcohol de dependencia en el 7.6% de los estudiantes de los cuales el 40% eran hombres y el 60% mujeres. El no consumo de alcohol se reportó en el 22% de los participantes.

En síntesis se concluye que el estrés de conciencia que ocurre en el ámbito laboral de enfermería se presenta con mayor frecuencia en enfermeras registradas y con mayor edad y experiencia laboral; a su vez el estrés laboral predice el consumo de alcohol ya que se reporta mayor prevalencia de estrés en trabajadores que consumen alcohol en comparación con los que no consumen. En cuanto a los tipos de consumo de alcohol las mujeres presentan un tipo de consumo sensato mayor, el consumo dañino es más alto en hombres y en trabajadores no profesionales. (Cuenya, 2006;Alonso et al, 2009; Escamilla, 2009; Juthenberg et al, 2010;Tuveesson et al, 2012; Hinojosa et al, 2012; Armendáriz et al, 2012;; Londoño et al, 2012).

Definición de Términos

En este apartado se presenta la definición de las variables que se utilizaron en el presente estudio.

Sexo es la condición biológica que identifica al personal de enfermería como masculino o femenino.

Edad son los años cumplidos que el personal de enfermería reporta al momento de la entrevista.

Años de escolaridad es el número de años cursados académicamente por el personal de enfermería además se consideró el grado escolar.

Estado civil se refiere a la relación legal que guarda el participante respecto a su relación de pareja. Se clasifica en: soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a) y en unión libre.

Categoría laboral es la actividad que desempeña el profesional en la institución donde trabaja se clasifica en: Coordinadora de enfermería, subjefa administrativa, enfermera supervisora, enfermera jefa de servicio, enfermera especialista, enfermera general y auxiliar de enfermería.

Años de experiencia laboral comprende el número de años trabajando en el área hospitalaria.

Estrés de conciencia son los sentimientos que surgen cuando se toman decisiones en contra de lo que es correcto éticamente provocando un conflicto de conciencia en el personal de enfermería.

Prevalencia del consumo de alcohol, es el número de enfermeros/as, que han consumido alcohol en un tiempo determinado sobre el total de la población en estudio multiplicada por 100. Se evaluará a través de la prevalencia global (alguna vez en la vida), lápsica (en el último año), actual (en el último mes) e instantánea (en los últimos siete días).

Consumo de alcohol es la ingesta de alcohol (cantidad) que el personal de enfermería refiere consumir en un día típico, se clasifican en consumo sensato o sin

riesgo, dependiente o de riesgo y dañino o perjudicial. A continuación se describe cada tipo de consumo.

Consumo sensato o sin riesgo es la ingesta en un día típico de no más de cuatro bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en el caso de los hombres y dos bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana para las mujeres.

Consumo dependiente o de riesgo es el consumo de cinco a nueve bebidas alcohólicas por ocasión en los hombres y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres, además de haber dejado de realizar algunas actividades cotidianas causadas por el consumo de alcohol.

Consumo dañino o perjudicial es el consumo en un día típico, de diez o más bebidas alcohólicas en los hombres y de seis o más bebidas alcohólicas en las mujeres, además de que algún familiar o personal de salud haya manifestado preocupación por la forma de consumir alcohol.

Objetivos

1. Determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería.
2. Determinar los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad y categoría laboral.
3. Identificar el estrés de conciencia en personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral.
4. Identificar la relación del estrés de conciencia y el consumo de alcohol

Capítulo II

Metodología

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

Diseño del Estudio

El estudio fue descriptivo correlacional. Se considera descriptivo porque se observó, describió y se documentaron aspectos de una situación que ocurren de manera natural, sin manipulación de variables así mismo se consideró correlacional ya que interrelacionaron dos o más variables. En este estudio se describieron las variables estrés de conciencia y el consumo de alcohol. Además se examinaron las relaciones entre las variables antes señaladas, con algunas características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y años de experiencia laboral. (Polit & Hungler; 1999; Burns & Grove, 2008).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por 231 trabajadores de la salud de ambos sexos de 18 a 65 años de edad de una institución de salud pública en el área metropolitana de Zacatecas, Zacatecas.

Se utilizó un muestreo general en el tiempo, por lo que se recolectó información del total de la población de la Institución de Salud Pública en el área Metropolitana de Zacatecas, Zacatecas.

El paquete estadístico n´Query Advisor versión 4.0, (Elashoff, Dixon & Fotherringamm, 2000) muestra que se requieren 201 participantes, con un nivel de confianza del 95% para un intervalo bilateral con enfoque conservador ($p=0.5$, $q=0.5$) para alcanzar un límite de error de estimación de 0.03.

Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizaron una Cédula de Datos Personales y Laborales y dos instrumentos: la Escala de Estrés de Conciencia [SCQ] y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT]. La Cédula de Datos Personales y Laborales [CDPyL] (Apéndice A) estuvo constituida por dos apartados, el primero se dirigió a recabar información sobre datos personales como: edad, sexo, años de escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, estado civil y nivel de estudios, el cual estuvo conformado por quince reactivos (de respuesta abierta y opción múltiple). En el segundo apartado, el reactivo 16 indagó sobre los tipos de prevalencia de consumo de alcohol (global, lápsica, actual e instantánea), el reactivo 17 recabó información sobre el consumo de alcohol.

El segundo instrumento utilizado corresponde a la Escala de Estrés de Conciencia [SCQ] (Apéndice B), diseñado por Glasberg et al (2007) para medir el estrés de conciencia, consta de 9 reactivos cada ítem está compuesto por una pregunta A y una pregunta B donde la pregunta A indica la frecuencia con la que ocurre la situación estresante y la parte B responde a la cantidad de estrés de conciencia que se generó a partir de la situación estresante, la parte A se multiplica por la parte B de cada ítem mostrando el total de estrés de conciencia para ese ítem. Para medir la pregunta A se utilizó una escala donde: 0= nunca, 1= al menos una vez en 6 meses, 2= más de una vez en 6 meses, 3= cada mes, 4=cada semana y 5= todos los días, la parte B se evaluó a través de una escala visual análoga dividida en 6 puntos (0-5) donde el 0= no en absoluto y 5=gran conflicto de conciencia.

Los participantes respondieron de acuerdo a sus experiencias personales. En estudios realizados por Glasberg et.al. (2007) en enfermeras al cuidado del adulto mayor en Suiza, este instrumento mostró de manera global un Alpha de Cronbach superior a 0.83. En un estudio realizado por Juthenberg et.al (2007) en enfermeras registradas ($n=50$) y enfermeras auxiliares ($n=90$) en la universidad de Umea en Suiza se reportó un Alpha de Cronbach de 0.82.

Este instrumento fue utilizado por primera vez en México, el idioma original

de los instrumentos era el inglés por lo que se procedió a realizar la traducción por la directora de tesis y la autora principal del estudio (Alonso & Zorrilla, 2012) utilizando la técnica de traducción inversa (back-translation) De acuerdo con Burns y Grove (2008) se siguieron los siguientes pasos, 1) Se hizo la traducción del instrumento del idioma original (inglés) al español por un profesional del área de la salud bilingüe cuyo idioma nativo era español, 2) Después se procedió a traducir del inglés al español por un profesional de la traducción cuyo idioma nativo es el inglés, 3) Posteriormente se compararon ambas versiones cuidando que las preguntas mantuvieran el mismo significado y 4) Se identificaron que el total de las preguntas mantuvieran el mismo significado. Posteriormente se realizó un análisis de contenido por cuatro expertos del área de Bioética y de adicción a las drogas, verificando el concepto de estrés de la vida, la versión original del instrumento escala de estrés de conciencia, de Glasberg et al (2007) y la traducción al español asegurando que se mantenga el sentido de las preguntas del español y comparando con el concepto de estrés de conciencia (Burns y Grove, 2008), (Apéndice B).

Para el consumo de alcohol se aplicó la Prueba de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol [AUDIT] (Apéndice C). Este cuestionario está compuesto por 10 reactivos de opción múltiple que examinaron el consumo excesivo de alcohol. Los reactivos del AUDIT permitieron determinar los patrones de consumo de alcohol de los individuos (consumo sensato, dependiente y dañino). Los reactivos 1 a 3 determinaron la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol y determinaron el consumo sin riesgo o sensato; los reactivos 4 a 6 determinaron el consumo dependiente o de riesgo, y los reactivos 7 a 10 permitieron determinar el consumo perjudicial o dañino. La escala osciló de 0 a 40 puntos donde a mayor puntuación existió mayor consumo de alcohol.

Este instrumento ha sido utilizado por Hinojosa, Alonso y Castillo en trabajadores de la salud, en Matamoros, Tamaulipas, donde encontraron un Alpha de Cronbach de 0.85, así mismo en jóvenes universitarios de Nuevo León se obtuvo una consistencia interna de 0.83 (Armendáriz, Alonso, Moral, López & Alonso, 2012) .

Procedimiento de Recolección de Datos

Para el desarrollo de la presente investigación, en primer lugar se contó con la aprobación de las Comisiones de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio. A continuación se solicitó por escrito la autorización de los directivos del hospital donde se realizó el estudio. Para continuar con la recolección de datos se solicitó el censo de personal de enfermería del hospital. Se abordaron a los participantes en sus áreas de trabajo en los distintos turnos: matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, se tomaron en cuenta los horarios más adecuados para el personal de enfermería y así llevar a cabo las entrevistas.

El personal de enfermería participante, fue contactado en su área de trabajo, solicitando previamente a la Jefatura de Enfermería los horarios donde fue posible localizarlos. Se visitó cada área de trabajo y se pidió autorización al jefe de piso del Hospital para hablar con el enfermero (a) por diez minutos para hacer la invitación y solicitar su autorización para participar en el estudio. Las visitas a los enfermeros (as) se llevaron a cabo en los horarios establecidos por las autoridades del hospital para que no interfirieran con su carga laboral. En primer término se explicó al personal de enfermería el propósito del estudio, asimismo se explicaron de manera sencilla y clara los objetivos del estudio y se solicitó su participación de carácter voluntario, se dio lectura al consentimiento informado (Apéndice D).

Se continuó con la solicitud de la firma del mismo por el personal que estuvo de acuerdo para participar en el estudio; se dejó en claro que se encontraba en libertad de decidir o no participar y que no habría ningún inconveniente y no afectaría su condición laboral. Se trató en todo momento de preservar la privacidad del participante, el anonimato y se evitó que percibiera presión al dar respuesta a los instrumentos asegurando que su participación era voluntaria. Al obtenerse la participación voluntaria del personal y la firma del consentimiento informado se procedió a pasar a un área privada y propicia para proceder a explicar las instrucciones de llenado de los instrumentos, en primer lugar se contestó la Cédula

de Datos Personales y Laborales (CDPyL), a continuación se contestó la Escala de Estrés de Conciencia (SCQ) .

En el caso donde el personal refirió no consumir alcohol en el último año se pidió amablemente el no contestar la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), en el caso donde el personal refirió el consumo de alcohol en el último año se le solicitó amablemente que procediera a contestar la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT). Se les solicitó de la manera más atenta el no dejar ninguna pregunta sin contestar. La autora del estudio se mantuvo a una distancia considerable de los enfermeros (as) para no incomodarlos al dar respuesta a los instrumentos y estuvo atenta por si surgían dudas mientras respondían los cuestionarios y se reiteró la confidencialidad y anonimato de la información que proporcionaron.

Al finalizar de contestar los instrumentos los participantes pusieron los formularios dentro de un sobre previamente otorgado y los entregaron a la autora del estudio. Por último se agradeció al personal de enfermería su colaboración y contribución al desarrollo de la investigación. Los cuestionarios serán resguardados por el autor principal del estudio por 12 meses posteriores a la recolección de datos después de ello serán destruidos.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 2011).

En el título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde se declara que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, protección de sus derechos y su bienestar. Por tal motivo, se respetó la decisión del participante a colaborar o no en la investigación, se ofreció un trato respetuoso y profesional en todo el proceso de la recolección de datos observando cualquier incomodidad por las preguntas realizadas.

De acuerdo a lo anterior, se acató lo estipulado en el Artículo 18, donde se declara que el investigador principal suspenderá temporalmente la investigación de

inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste, por lo que se tuvo previsto suspender la recolección de datos y reiniciarla cuando el participante así lo dispusiera; sin embargo esta situación no se presentó. De acuerdo al Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, y al Capítulo III, Artículo 36, se contó con el consentimiento por escrito del participante. Además, se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y con la autorización del director del hospital donde se realizó la investigación.

Conforme al Capítulo I, Artículo 16, se establece la protección de la privacidad del participante, para lo cual se contó con un espacio designado por las autoridades de la institución hospitalaria donde el participante se encontró en completa libertad de contestar protegiendo su anonimato y confidencialidad. Así mismo, los instrumentos fueron anónimos, los datos obtenidos fueron confidenciales y los resultados sólo se presentarán de forma grupal, asegurando al participante que nunca se dará información personal.

En relación al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que, para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios, sin embargo, éstos pudieron haber producido emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal, de ser así se suspendería la recolección de datos temporalmente hasta que el participante estuviera cómodo y decidiera reiniciar la recolección de datos, no obstante esta situación no se presentó. De acuerdo al Capítulo I, Artículo 20, estuvo dispuesto el consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual se autorizó la participación del sujeto con pleno conocimiento de los procedimientos y libertad de elección. Para fines del presente estudio se entregó por escrito el Consentimiento Informado a través del cual se confirmó la colaboración voluntaria del participante con pleno conocimiento de la naturaleza y procedimientos que se llevaron a cabo. Para que el consentimiento informado tuviera validez se fundamentó en el Capítulo I, Artículo 21, en sus Fracciones VI, VII y VIII. Conforme a la Fracción VI se garantizó al

participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información; de acuerdo a la Fracción VII, se informó al participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición dentro de la institución a la cual pertenecía; y, en la Fracción VIII se protegió la confidencialidad de la información y el anonimato del participante no identificándolo por su nombre.

Por último se consideró de acuerdo a lo establecido en el capítulo V Art.57 y Art. 58 en su fracción I y II de la investigación en grupos subordinados, que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o el retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectó su situación laboral. Para la recolección de datos se explicó a los directivos la forma de selección de los participantes, y a éstos se les hizo saber que la información recabada no afectó su condición de trabajador dentro de la institución de salud ni con las autoridades.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron procesados de manera electrónica mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] versión 20.0 para Windows. La consistencia interna de los instrumentos fue determinada a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Además se utilizó estadística inferencial a fin de dar respuesta a los objetivos planteados. Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad en la distribución de las variables continuas y numéricas; en base a que los datos no mostraron normalidad en su distribución, se decidió el uso de pruebas no paramétricas.

Para dar respuesta al primer objetivo planteado, que expone determinar la prevalencia global actual, lápsica e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería, se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y tasas de prevalencias y se calculó Estimaciones Puntual por Intervalo de Confianza (IC) del 95%. En cuanto al segundo objetivo donde se determinaron los tipos de consumo de

alcohol por edad, sexo, escolaridad y categoría laboral, se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y proporciones, debido a que las variables no mostraron normalidad en su distribución se utilizó estadística no paramétrica por medio de la prueba H de Kruskal Wallis. Asimismo para responder al tercer objetivo que propuso identificar la percepción de estrés de conciencia en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, años de experiencia laboral y categoría laboral, se realizó la prueba de Chi Cuadrada de Proporciones o Pearson para prevalencias de consumo de alcohol por sexo y categoría laboral. Asimismo en virtud de que las variables no mostraron normalidad en su distribución y/o no se cumplió con los supuestos de la prueba paramétrica se aplicaron pruebas no paramétricas como H de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney. Referente al cuarto objetivo que señala identificar la relación de estrés de conciencia y consumo de alcohol, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Capítulo III

En este capítulo se presentan los resultados del estudio. En primer lugar se muestra la consistencia interna de los instrumentos, después se presenta la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de los participantes, además de información relacionada al estrés de conciencia y el consumo de alcohol, finalmente se presenta la estadística inferencial.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Confiabilidad de la Escala Estrés de Conciencia SCQ y Confiabilidad del

Instrumento AUDIT

Instrumentos/Escalas	Reactivos	Cantidad de Reactivos	α
Escala de estrés de conciencia (SCQ)	1 al 9	9	0.89
SCQ Subescala I : Demandas Internas	1 al 5	5	0.82
SCQ Subescala II: Demandas Externas	6 al 9	4	0.86
AUDIT	1 al 10	10	0.74

Nota: SCQ = Escala estrés de conciencia, AUDIT= Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, α = Alpha de Cronbach, $n=201$

En la tabla 1 se presenta la consistencia interna de la Escala Estrés de Conciencia (SCQ), la cual obtuvo un valor de Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.89, en la subescala demandas internas de 0.82 y en la subescala de demandas externas de 0.86. Asimismo el AUDIT presentó un valor Alpha de Cronbach de 0.74 considerado aceptable.

Estadística Descriptiva

En la tabla 2 se muestran los datos de las variables sociodemográficas, el 92% de los participantes del estudio fueron del sexo femenino, el 50.7% de los enfermeros tenía de 22 a 39 años de edad y contaba con pareja. En cuanto a la escolaridad el 58.2% terminó la licenciatura en enfermería.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	185	92.0
Masculino	16	8.0
Edad		
22-39	102	50.7
40-64	99	49.3
Estado Marital		
Con pareja	102	50.7
Sin pareja	99	49.3
Escolaridad		
Carrera Técnica	22	10.9
Licenciatura en Enfermería	117	58.2
Posgrado o especialidad	62	30.9

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 201

Tabla 3

Características laborales del personal de enfermería

Variables	<i>f</i>	%
Experiencia laboral		
6 meses a 9 años	67	33.3
10 años a 19 años	51	25.4
20 a 38 años	83	41.3
Categoría laboral		
Licenciada en enfermería	110	59.7
Enfermera general, técnica y auxiliar	49	24.4
Enfermera especialista y administrativa	42	20.9
Área en la que trabaja actualmente		
Áreas críticas	68	38.8
Hospitalización	80	39.8
Consulta	38	18.9
Puesto administrativo	15	7.5
Turno de trabajo		
Matutino	83	41.3
Vespertino	37	18.4
Nocturno	32	15.9
Jornada Acumulada	49	24.4

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 201

En la tabla 3 se puede observar que de los participantes en el estudio, el 41.3% cuenta con experiencia laboral de 20 a 38 años, el 59.7% tiene la categoría de licenciada en enfermería, además el 39.8% de los enfermeros trabajan actualmente en el área de hospitalización y el 41.3% labora en el turno matutino.

Tabla 4

Tipo de bebida consumida en un día típico

Tipo de bebida	<i>f</i>	%
Cerveza	85	59.4
Bebidas preparadas	23	16.1
Whiskey, Sidra y Tequila	13	9.1
Vino	22	15.4

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 143

La tabla 4 muestra el tipo de bebida consumida por los profesionales de enfermería en un día típico, el 59.4% de los participantes refirió consumir cerveza, el 16.1% informó consumir bebidas preparadas y el 15.4% reportó ser consumidor de vino.

Tabla 5

Frecuencias y proporciones del estrés de conciencia escala SCQ, Subescala:

Demandas Externas

	Nunca	Al menos una vez	Más de una vez	Cada mes	Cada semana	Todos los días
	%	%	%	%	%	%
1A) ¿Con qué frecuencia le falta tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita?	31.3 (63)	43.8 (88)	17.4 (35)	2.5 (5)	3.5 (7)	1.5 (3)
1B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	34.3 (69)	36.3 (73)	19.9 (40)	3.0 (6)	4.5 (9)	2.0 (4)
2A) ¿Alguna vez se ha visto obligado a brindar atención, que le hacía sentir mal?	50.7 (102)	36.9 (54)	18.4 (37)	3.0 (6)	1.0 (2)	0 (0)
2B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	52.2 (105)	22.9 (46)	24.9 (43)	19.9 (5)	7.0 (1)	2.5 (1)
3A) ¿Alguna vez ha tenido que enfrentarse a (exigencias en su trabajo con las que usted no está de acuerdo?	17.9 (36)	27.9 (56)	24.9 (50)	19.9 (40)	7.0 (14)	2.5 (5)
3B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	27.9 (56)	27.9 (56)	18.9 (38)	11.4 (23)	7.5 (15)	6.5 (13)
4A) ¿Alguna vez ha visto que se haya insultado o lastimado a pacientes?	72.6 (146)	14.9 (30)	10.9 (22)	1.5 (1)	1.5 (1)	1.5 (1)
4B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	72.1 (145)	12.4 (22)	10.9 (22)	0 (0)	2.5 (5)	2.0 (4)
5A) ¿Alguna vez ha evitado a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo?	66.7 (134)	24.4 (49)	4.5 (9)	1.0 (2)	2.0 (4)	1.5 (3)
5B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	69.2 (139)	19.9 (40)	7.0 (14)	5 (1)	2.0 (4)	1.5 (3)

Nota: SCQ=Escala Estrés de Conciencia, % = porcentaje, () = frecuencias, $n = 201$

En la tabla 5 se muestran los resultados correspondientes a las frecuencias y proporciones del estrés de conciencia reportado por el personal de enfermería, en la subescala de demandas externas el 61.2% refirió que al menos una vez y más de una

vez en su vida le faltó tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesitaba, del total de los 201 participantes el 56.2% reportó que al menos una vez y más de una vez en su vida le provocó un conflicto de conciencia esta situación. El 50.7% nunca se ha visto obligado a brindar atención que le hiciera sentir mal, del total de participantes el 52.2% informó que esta situación nunca le ha provocado un conflicto de conciencia. El 52.8 % reportó que al menos una vez y más de una vez en su vida ha tenido que enfrentarse a exigencias en su trabajo con las que no estaba de acuerdo, en el 46.8 % del total de los participantes esta situación al menos una vez y más de una vez les provocó un conflicto de conciencia.

Asimismo el 72.6% de los participantes informaron nunca haber visto que se haya insultado o lastimado a pacientes, en el 72.1 % del total de los participantes esta situación nunca les provocó un conflicto de conciencia. El 28.9% del personal reportó haber evitado al menos una vez y más de una vez en su vida a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo, en el 26.9% del total de los participantes esta situación al menos una vez y más de una vez en su vida les provocó un conflicto de conciencia.

Tabla 6

Frecuencias y proporciones del estrés de conciencia escala SCQ, Subescala:

Demandas Internas

	Nunca	Al menos una vez	Más de una vez	Cada mes	Cada semana	Todos los días
	%	%	%	%	%	%
6A) ¿Su vida privada es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía (le gustaría) hacerlo?	55.7 (112)	37.8 (76)	2.5 (5)	1.5 (3)	1.5 (3)	1.0 (2)
6B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	61.2 (123)	31.8 (64)	3.5 (7)	1.5 (3)	1.0 (2)	1.0 (2)
7A) ¿Su trabajo en el cuidado de la salud es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía (le gustaría) hacerlo?	46.8 (94)	38.8 (78)	8.5 (17)	1.0 (2)	3.0 (6)	2.0 (2)
7B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	50.2 (101)	36.8 (74)	7.0 (14)	0.0 (0)	3.0 (6)	3.0 (6)
8A) ¿Alguna vez ha sentido, que no cumple con las expectativas que los demás tienen de usted con respecto a su trabajo?	48.3 (97)	37.3 (75)	10.0 (20)	2.0 (4)	1.5 (3)	1.0 (2)
8B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	53.2 (107)	31.8 (64)	10.4 (21)	1.0 (2)	1.5 (3)	2.0 (4)
9A) ¿Alguna vez ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar una buena atención (un buen cuidado)?	68.7 (138)	23.9 (48)	4.5 (9)	1.5 (3)	1.5 (3)	0.0 (0)
9B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?	71.6 (144)	19.9 (40)	5.5 (11)	1.5 (3)	1.0 (2)	0.5 (1)

Nota: SCQ=Escala Estrés de Conciencia, % = porcentaje, () = frecuencias, $n = 201$

La tabla 6 muestra las frecuencias y proporciones del estrés de conciencia que presentó el personal de enfermería en la subescala de demandas internas, el 55.7% del personal reportó que nunca en su vida privada es tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía (le gustaría) hacerlo, al 61.2% del total de los participantes esta situación nunca les provocó un conflicto de conciencia sin embargo el 2.5% de los participantes reportó que cada semana y cada mes esta situación les provocó un conflicto de conciencia, el 46.8% reportó que su trabajo en el cuidado de la salud nunca es tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía (le gustaría hacerlo) en el 50.2% de los 201 participantes esta situación nunca les provocó conflicto de conciencia sin embargo al 6.0% sí les provocó un conflicto de conciencia cada semana y todos los días.

El 48.3% nunca ha sentido que no cumple con las expectativas que los demás tienen con respecto a su trabajo, asimismo esta situación en el 53.2% de los participantes entrevistados nunca provocó un conflicto de conciencia, sin embargo 47.3 % de los participantes refieren que al menos una vez y más de una vez han sentido que no cumplen con las expectativas que los demás tienen con respecto a su trabajo. El 28.4% reporta que al menos una vez y más de una vez en su vida ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar una buena atención (un buen cuidado), en el 25.4 % del total de los participantes al menos una vez y más de una vez esta situación ha provocado un conflicto de conciencia.

Tabla 7

Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT

AUDIT	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	%	%	%	%	%
1. ¿Qué tan frecuente consumes bebidas alcohólicas?	0 (0)	88.9 (110)	22.4 (32)	0.7 (1)	0.0 (0)
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7,8, o 9	10 o más
	%	%	%	%	%
2. ¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de los que bebes?	63.6 (91)	29.4 (42)	5.6 (8)	1.4 (2)	0.0 (0)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
	%	%	%	%	%
3. ¿Qué tan frecuentemente tomas 6 o más bebidas en un día típico de los que bebes?	81.8 (117)	15.4 (22)	2.8 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)

Nota: AUDIT = Cuestionario de identificación de desordenes por uso de alcohol, $n = 143$, % = porcentaje, las frecuencias entre paréntesis

En la tabla 7 se identifican las frecuencias y proporciones de los indicadores de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT, se observa que el 88.9% del personal de enfermería afirma consumir alguna bebida alcohólica una o menos veces al mes, además el 63.6% refiere consumir de 1 a 2 copas en un día típico y el 15.4% menciona consumir de seis o más bebidas en un día típico menos de una vez al mes.

Tabla 8

Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT, Subescala:

Dependencia

Dependencia	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente
	%	%	%	%
4. Durante el último año ¿te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	90.9 (130)	7.7 (11)	0.7 (1)	0.7 (1)
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?	93.0 (133)	7.0 (10)	0.0 (0)	0.0 (0)
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste a la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?	89.5 (128)	10.5 (15)	0.0 (0)	0.0 (0)

Nota: AUDIT = Cuestionario de identificación de desordenes por uso de alcohol, $n = 143$, % = porcentaje, las frecuencias entre paréntesis

En la tabla 8 se muestran las frecuencias y proporciones del consumo de alcohol del personal de enfermería de acuerdo al AUDIT en la subescala de dependencia, se observa que el 90.9% de los participantes mencionaron que en el último año nunca les ocurrió el no poder parar de beber una vez que habían empezado, el 93% refiere que en el último año nunca dejaron de hacer algo que deberían de haber hecho por beber y el 10.5% de los enfermeros informaron que menos de una vez al mes bebieron a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior.

La tabla 9 muestra las frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT del personal de enfermería en la subescala de daño, se observa que el 9.1% de los participantes afirman que menos de una vez al mes olvidaron algún acontecimiento mientras estuvieron bebiendo, así también se observa que el 99.3% de los participantes nunca se han lesionado o han lastimado a alguien a consecuencia de la ingesta de alcohol, además el 0.7% de los enfermeros refiere que en el último

año, algún familiar, amigo o médico sí se ha preocupado por la forma en que beben o les han sugerido que le bajen a su forma de beber.

Tabla 9

Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT, Subescala: Daño

Daño	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario
	%	%	%	%	%
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	88.8 (127)	0.5 (15)	0.7 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)
8. ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?	90.9 (130)	9.1 (13)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
	No	Sí, pero no en el último año	Si, en el último año		
	%	%	%		
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol?(peleas, accidentes automovilísticos)	99.3 (142)		0.7 (1)		0.0 (0)
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?	97.2 (139)		2.1 (3)		0.7 (1)

Nota: n=143, AUDIT=Prueba de Identificación de trastornos por uso de alcohol, % = porcentaje, ()= las frecuencias entre paréntesis

Estadística Inferencial

Tabla 10

Estadística descriptiva y resumen de la Prueba de normalidad de Kolmogorov-

Smirnov con corrección de Lilliefors

Variable	n	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad (años)	201 ^a	36.1	36.0	9.8	22.0	59.0	.123	.001
Escolaridad (años)	201 ^a	17.7	17.0	1.7	14.0	23.0	.231	.001
Experiencia laboral (meses)	201 ^a	153.2	120.0	113.8	6.0	408.0	.157	.001
Laborar en área actual (meses)	201 ^a	36.6	12.0	57.5	1.0	336.0	.309	.001
Horas laborales	201 ^a	9.1	8.0	2.0	2.0	15.0	.389	.001
Días laborales	201 ^a	4.3	5.0	1.2	2.0	7.0	.435	.001
Inicio de consumo (años)	163 ^b	18.2	18.0	4.1	10.0	35.0	.182	.001
Cantidad de copas	143 ^c	2.3	2.0	1.5	1.0	12.0	.245	.001
AUDIT	143 ^c	6.1	2.5	5.5	2.5	25.0	.287	.001
Consumo sensato	10 ^c	15.7	8.3	10.8	8.3	58.3	.314	.001
Consumo dependiente	26 ^c	2.3	0.0	6.0	0.0	25.0	.492	.001
Consumo dañino	7 ^c	1.8	0.0	4.9	0.0	25.0	.490	.001
Estrés de Conciencia total (SCQ)	201 ^a	14.5	9.0	19.6	0.0	144.0	.250	.001
Demandas externas	201 ^a	9.7	6.0	11.9	0.0	80.0	.189	.001
Demandas internas	201 ^a	4.8	2.0	10.3	0.0	75.0	.339	.001

Nota: ^a*n* = muestra total, ^b*n* = consumidores de alcohol alguna vez en la vida, ^c*n* = consumidores de alcohol en el último año, \bar{X} = Media, *Mdn* = mediana, *DE* = Desviación Estándar, *Da* = Estadístico de la Prueba de Normalidad, *p* = Valor de *p*

En la tabla 10 se muestran los datos descriptivos de las variables continuas así como los resultados de la prueba de normalidad de distribución de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors la cual mostró que no existe distribución normal de las variables por lo que se decidió el uso de estadística no paramétrica.

Con respecto a los datos sociodemográficos, la edad promedio de los participantes fue de 36.1 años (*Mdn* = 36.0, *DE* = 9.8). En cuanto a la escolaridad del personal de enfermería se encontró que contaban con una escolaridad promedio de

17.7 años ($Mdn = 17.0$, $DE = 1.7$) referente al tiempo de laborar en el área actual, el promedio fue de 36.6 meses ($Mdn = 12.0$, $DE = 57.5$), en cuanto a las horas laborales de los participantes se identificó una media de 9.1 horas diarias laborales en el área hospitalaria ($Mdn = 8.0$, $DE = 2.0$), en cuanto a los días laborales en promedio los enfermeros mencionaron trabajar 4.3 días a la semana ($Mdn = 5.0$, $DE = 1.2$).

Referente al consumo de alcohol se reportó que la edad de inicio de consumo de alcohol del personal de enfermería presentó una media de 18.2 años ($Mdn = 18.0$, $DE = 4.1$), además los participantes informaron consumir en promedio 2.3 copas por ocasión ($Mdn = 2.0$, $DE = 1.5$). Además se observa que el consumo de alcohol en el personal de enfermería reportado por el AUDIT presentó una media de 6.1 ($Mdn = 2.5$, $DE = 5.5$). Asimismo el personal de enfermería menciona un promedio de consumo sensato de 15.7 ($Mdn = 8.3$, $DE = 10.8$), con respecto al consumo de alcohol dependiente del personal de enfermería se registró un promedio de 2.3 ($Mdn = 0.0$, $DE = 6.0$), además los enfermeros refieren una media de consumo dañino de 1.8 ($Mdn = .00$, $DE = 4.9$).

Respecto al Estrés de Conciencia Global (SCQ) se encontró una media de 14.5 ($Mdn = 9.0$, $DE = 19.6$) en la subescala de demandas externas se observó una media de 9.7 ($Mdn = 6.0$, $DE = 11.9$) y en la subescala de demandas internas una media de 4.8 ($Mdn = 2.0$, $DE = 10.3$). Para dar respuesta al primer objetivo que indica identificar la prevalencia global lápsica actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería de una institución de salud pública, los datos se presentan en la tabla 11.

Tabla 11

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en el personal de enfermería

	Consumo de alcohol				IC al 95%	
	Sí		No		LI	LS
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Global (Alguna vez en la vida)	63	81.1	38	8.9	76	87
Lápsica (En el último año)	43	71.1	68	28.9	65	77
Actual (En el último mes)	86	42.8	115	57.2	36	50
Instantánea (En los últimos 7 días)	25	12.4	176	87.6	8	17

Nota: IC = Intervalo de Confianza del 95%, LI = Límite inferior, LS = Límite superior

En la tabla 11 se observa la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol de los participantes, el 81.1%, IC 95% [76-87] del personal de enfermería refirió consumir alcohol alguna vez en la vida, asimismo el 71.1%, IC 95% [65-77] de los enfermeros consumieron alcohol en el último año, el 42.8%, IC 95% [36-50] de los participantes informó consumir alcohol en el último mes y el 12.4%, IC95% [8-17] afirmó consumir alcohol en los últimos siete días. Con los datos anteriores se da respuesta al primer objetivo.

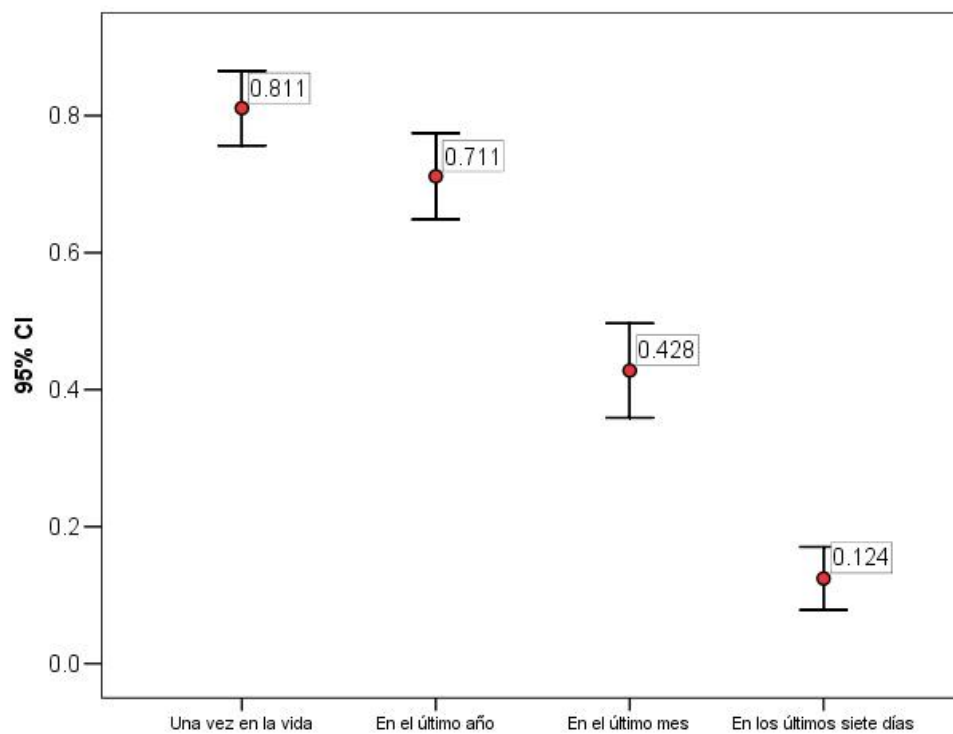


Figura 2. Prevalencias de consumo de alcohol

En la figura 2 se puede apreciar que la prevalencia de consumo de alcohol en el personal de enfermería va disminuyendo en el tiempo.

Para dar respuesta al segundo objetivo que indica determinar los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad y categoría laboral se utilizó estadística inferencial a través de la prueba de Chi cuadrada, U de Mann-Whitney para edad y sexo, además de la prueba H de Kruskal Wallis para la variable escolaridad y la variable categoría laboral, los resultados se muestran en las tablas de la 12 a la 19.

Tabla 12

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por edad

Tipos de consumo de alcohol	Edad				χ^2	p
	22-39		40-64			
	f	%	f	%		
Consumo Sensato	58	65.9	52	94.5		
Consumo Dependiente	25	28.4	1	1.8	17.06	.001
Consumo Dañino	5	5.7	2	3.6		

Nota: $n = 143$, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 12 se observa que existen diferencias significativas entre el tipo de consumo de alcohol y la edad ($\chi^2 = 17.06$, $p = .001$), se observó que el personal de enfermería de 40 a 64 años presentó mayor consumo sensato (94.5%) que del grupo de 22 a 39 años de edad. El consumo dependiente fue más alto en el personal de 22 a 39 años (28.4%) que en el grupo de 40 a 64 años y el consumo dañino fue más alto en el personal de 22 a 39 años (5.7%). Los participantes de 22 a 39 años presentaron mayor consumo dependiente y dañino.

Tabla 13

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por sexo

Tipos de consumo de alcohol	Sexo				χ^2	<i>p</i>
	Femenino		Masculino			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Consumo Sensato	105	81.4	5	35.7		
Consumo Dependiente	20	15.5	6	42.9	17.29	.001
Consumo Dañino	4	3.1	3	21.4		

Nota: $n = 143$, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 13 respecto al tipo de consumo de alcohol por sexo, se identificaron diferencias significativas ($\chi^2 = 17.29$, $p = .001$), se observó que el personal de enfermería del sexo femenino presentó mayor consumo sensato (81.4%), en relación al personal del sexo masculino (35.7%), asimismo se identificó para el consumo dependiente que el personal del sexo masculino reportó mayor consumo (42.9%) que el personal del sexo femenino (15.5%), en la misma tendencia se muestra que el personal del sexo masculino presentó mayor consumo dañino de alcohol (21.4%) en relación al personal del sexo femenino (3.1%).

Tabla 14

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por escolaridad

Tipos de consumo de alcohol	Escolaridad						χ^2	<i>p</i>
	Carrera técnica		Licenciatura		Posgrado o especialidad			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Consumo Sensato	8	88.9	69	73.4	33	82.5		
Consumo Dependiente	0	0	21	22.3	5	12.5	4.51	.341
Consumo Dañino	1	11.4	4	4.3	2	5.0		

Nota: $n = 201$, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 14 se muestra el tipo de consumo de alcohol del personal de enfermería por escolaridad (carrera técnica, licenciatura, posgrado o especialidad), no se identificaron diferencias significativas ($\chi^2 = 4.51, p = .341$).

Tabla 15

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral

Tipos de consumo de alcohol	Categoría laboral						χ^2	<i>p</i>
	Licenciatura		Enfermera General, técnica y auxiliar		Especialista y administrativa			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Consumo Sensato	61	69.3	26	89.7	23	88.5		
Consumo Dependiente	23	26.1	1	3.4	2	7.7	10.13	.038
Consumo Dañino	4	4.5	2	6.9	1	3.8		

Nota: n = 201, f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada, p = Valor de p

En la tabla 15 se observan diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol sensato, dependiente y dañino por categoría laboral del personal de enfermería la cual corresponde a: licenciada en enfermería, enfermera general, enfermera técnica, enfermera auxiliar, enfermera especialista y enfermera administrativa ($\chi^2 = 10.13, p = .038$), se observa que el personal general, técnico y auxiliar presentó en mayor medida consumo sensato (89.7%), en relación al consumo dependiente de alcohol y categoría laboral, el personal con estudios de licenciatura reportó mayor consumo dependiente de alcohol (26.1%) asimismo en el consumo dañino de alcohol por categoría laboral se observa mayor consumo en el personal general, técnico y auxiliar (6.9%) que el que tiene estudios de licenciatura y de especialista.

Tabla 16

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de AUDIT por edad

Tipo de consumo de alcohol	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
AUDIT					
22 - 39	88	7.5	5.0	1480.5	.001
40 - 64	55	3.9	2.5		
Índice de Consumo Sensato					
22 - 39	88	17.9	16.6	1637.5	.001
40 - 64	55	12.2	8.3		
Índice de Consumo Dependiente					
22 - 39	88	3.6	0.0	1917.5	.001
40 - 64	55	0.3	0.0		
Índice de Consumo Dañino					
22 - 39	88	2.6	0.0	1963.0	.003
40 - 64	55	0.4	0.0		

Nota: *n*=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico de Mann-Whitney

En la tabla 16 se muestran las diferencias significativas en el índice de consumo de alcohol identificado por el AUDIT por edad ($U = 1480.5$, $p = .001$), en relación al índice de consumo de alcohol sensato por edad se observan diferencias significativas ($U = 1637.5$, $p = .001$) reportándose medias y medianas más altas en el personal de 22 a 39 años ($\bar{X} = 17.9$, $Mdn = 16.6$), además se presentó diferencia significativa en el índice de consumo de alcohol dependiente por edad ($U = 1917.5$, $p = .001$) presentándose mayor consumo en el personal de 22 a 39 años ($\bar{X} = 3.6$, $Mdn = 0.0$), asimismo se identificaron diferencias significativas en el índice de consumo de alcohol dañino por edad ($U = 1963.0$, $p = .003$), donde los enfermeros de 22 a 39 años presentaron mayor consumo dañino de alcohol ($\bar{X} = 2.6$, $Mdn = 0.0$). Las medias y medianas más altas referentes a los índices de consumo de alcohol sensato, el índice de consumo de alcohol dependiente y el índice de consumo de alcohol dañino por edad de los participantes fueron reportadas en el personal de 22 a 39 años.

Tabla 17

Prueba U de Mann-Whitney para índice de AUDIT por sexo

Tipo de consumo de alcohol		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
AUDIT						
Sexo	Femenino	129	5.5	2.5	369.5	.001
	Masculino	14	12.3	12.5		
Índice de Consumo Sensato						
	Femenino	129	14.4	8.3	379.5	.001
	Masculino	14	27.9	25.0		
Índice de Consumo Dependiente						
	Femenino	129	1.8	0.0	616.0	.002
	Masculino	14	7.7	0.0		
Índice de Consumo Dañino						
	Femenino	129	1.5	0.0	696.0	.025
	Masculino	14	4.0	0.0		

Nota: *n*= personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico de Mann-Whitney

En la tabla 17 referente al índice de consumo de alcohol reportado por el AUDIT por sexo se observó diferencia significativa ($U = 369.5$, $p = .001$), donde se encontró que el personal masculino de enfermería presentaron medias y medianas más altas ($\bar{X} = 12.3$, $Mdn = 12.5$), en relación al índice del consumo sensato por sexo se observaron diferencias significativas ($U = 379.5$, $p = .001$) encontrándose una media y mediana más alta en los hombres ($\bar{X} = 27.9$, $Mdn = 25.0$), además se presentaron diferencias significativas en el índice de consumo de alcohol dependiente por edad ($U = 616.0$, $p = .002$) observándose medias y medianas más altas en el personal del sexo masculino ($\bar{X} = 7.7$, $Mdn = 0.0$), en cuanto al índice de consumo dañino por sexo se identificaron diferencias significativas ($U = 696.0$, $p = .025$), siendo más alto en hombres ($\bar{X} = 4.0$, $Mdn = 0.0$), que en mujeres ($\bar{X} = 1.5$, $Mdn = 0.0$).

Tabla 18

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de AUDIT por escolaridad

Tipo de consumo de alcohol	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
AUDIT						
Carrera Técnica	9	5.0	2.5	6.6	3.22	.199
Licenciatura	94	6.7	3.7	5.7		
Posgrado o especialidad	40	5.2	2.5	4.6		
Índice Consumo sensato						
Carrera Técnica	9	13.8	8.3	13.8	1.51	.470
Licenciatura	94	15.8	8.3	10.2		
Posgrado o especialidad	40	16.0	8.3	11.6		
Índice Consumo Dependiente						
Carrera Técnica	9	2.7	0.0	8.3	5.85	.053
Licenciatura	94	3.1	0.0	6.8		
Posgrado o especialidad	40	0.4	0.0	1.8		
Índice Consumo Dañino						
Carrera Técnica	9	0.0	0.0	0.0	5.19	.075
Licenciatura	94	2.4	0.0	5.7		
Posgrado o especialidad	40	0.7	0.0	2.8		

Nota: *n*=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =media, *Mdn*=Mediana, *H*= Estadístico de Kruskal-Wallis

En la tabla 18 se observa que no existen diferencias significativas del índice para el consumo de alcohol según AUDIT en el personal de enfermería por escolaridad (personal que contaba con carrera técnica, personal con licenciatura personal con posgrado o especialidad) ($H = 3.22$, $p = .199$), asimismo no se identificaron diferencias significativas respecto al índice de consumo sensato de alcohol por escolaridad ($H = 1.51$, $p = .470$), de igual forma no se observa significancia estadística en el índice de consumo dependiente de alcohol por escolaridad ($H = 5.85$, $p = .053$), además no se encontraron diferencias significativas para el índice de consumo de alcohol dañino por escolaridad ($H = 5.19$, $p = .075$).

Tabla 19

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de AUDIT por categoría laboral

Categoría laboral	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
AUDIT						
Licenciatura	88	6.9	2.5	5.8		
Enfermera general, técnica y auxiliar	29	5.4	2.5	5.5	3.41	.181
Especialista y administrativa	26	4.4	2.5	3.8		
Índice de consumo sensato						
Licenciatura	88	16.8	8.3	11.6		
Enfermera general, técnica y auxiliar	29	14.6	8.3	9.8	1.65	.437
Especialista y administrativa	26	13.4	8.3	8.5		
Índice de consumo Dependiente						
Licenciatura	88	3.2	0.0	6.8		
Enfermera general, técnica y auxiliar	29	1.4	0.0	5.4	5.10	.078
Especialista y administrativa	26	0.6	0.0	2.2		
Índice de consumo Dañino						
Licenciatura	88	2.3	0.0	5.3		
Enfermera general, técnica y auxiliar	29	1.5	0.0	5.1	4.68	.096
Especialista y administrativa	26	0.4	0.0	2.4		

Nota: *n*=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *H*= Estadístico de Kruskal-Wallis

En la tabla 19 respecto al índice de consumo de alcohol reportado por el AUDIT y categoría laboral de los participantes no se encontraron diferencias significativas ($H = 3.41, p = .181$), de igual forma no se observó significancia estadística en el índice de consumo sensato y categoría laboral ($H = 1.65, p = .437$), tampoco existió diferencia de consumo de alcohol dependiente por categoría laboral ($H = 5.10, p = .078$), asimismo no existió significancia del índice de consumo de alcohol dañino por categoría laboral ($H = 4.68, p = .096$). Con los resultados anteriores se da respuesta al segundo objetivo.

Para responder al tercer objetivo que plantea: Identificar el estrés de conciencia en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, años de experiencia laboral y categoría laboral. Se utilizó la estadística inferencial a través de las pruebas de diferencia entre dos medianas de grupos independientes (prueba U de Mann-Whitney y prueba H de Kruskal-Wallis). Los resultados se muestran en las tablas de la 20 a la 24.

Tabla 20

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por edad

Edad	n	\bar{X}	Mdn	U	p
SCQ Total					
22 - 39	102	17.74	10.00	4090.5	.020
40 - 64	99	11.34	7.00		
Demandas externas					
22 - 39	102	10.99	6.50	4449.0	.144
40 - 64	99	8.52	6.00		
Demandas internas					
22 - 39	102	6.75	3.00	3295.5	.001
40 - 64	99	2.81	1.00		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, Mdn =Mediana, U =Estadístico de Mann-Whitney

Referente al estrés de conciencia por edad (tabla 20) se presentaron diferencias significativas en el índice general ($U = 4090.5$, $p = .020$) siendo las medias y medianas más altas en el personal que contaba con 22 a 39 años de edad ($\bar{X}=17.74$, $Mdn= 10.00$) que en el grupo de 40 a 64 años ($\bar{X}=11.34$, $Mdn= 7.00$). No obstante no se encontró significancia estadística en el índice de demandas externas por edad ($U = 4449.0$, $p = .144$). En relación al estrés de conciencia en la subescala de demandas internas se presentaron diferencias significativas ($U = 3295.5$, $p = .001$) con la edad, reportando medias y medianas más altas en el personal de enfermería de 22 a 39 años ($\bar{X}=6.75$, $Mdn=3.00$) que en el personal de 40 a 64 años ($\bar{X}=2.81$, $Mdn=1.00$).

Para observar la relación del estrés de conciencia (SCQ) y la edad en años del personal de enfermería se realizó la siguiente gráfica (Figura 3).

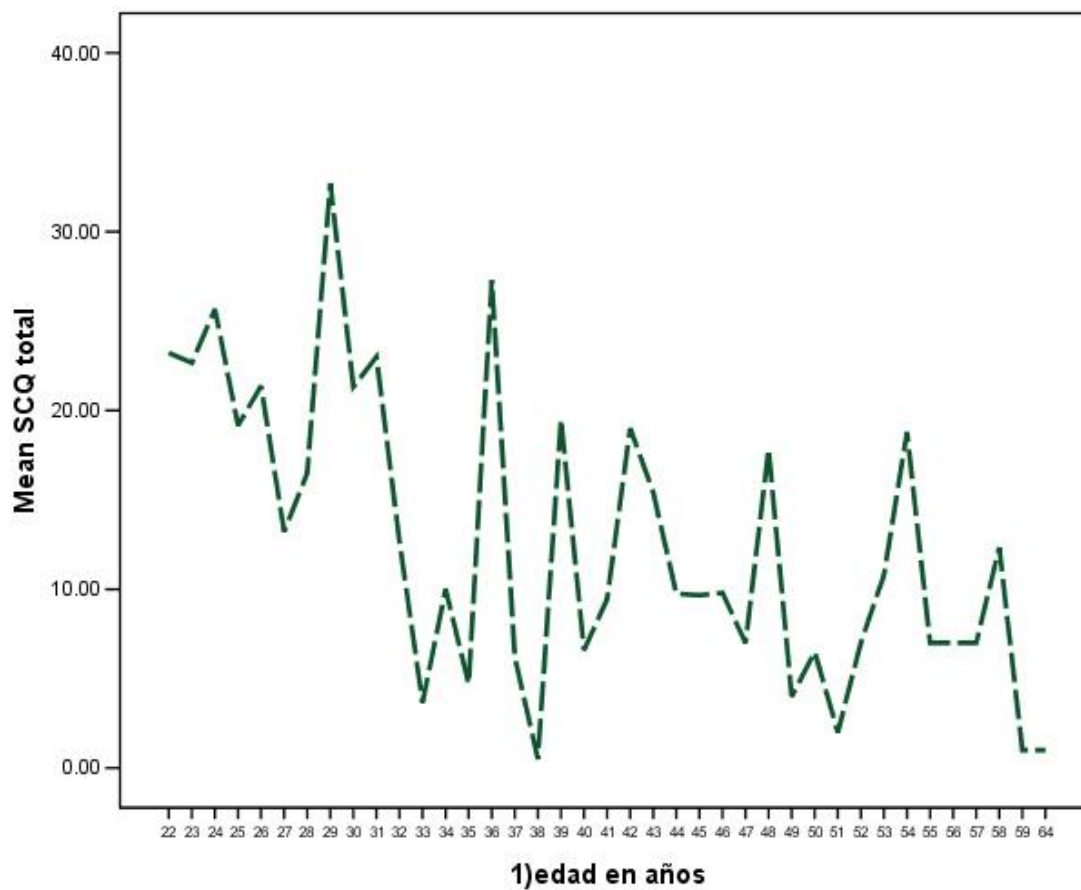


Figura 3. Relación entre el estrés de conciencia y edad en años del personal de enfermería

En la Figura 3 se muestra el estrés de conciencia (SCQ) y la edad de los participantes, se puede observar que el índice de estrés de conciencia disminuye a medida que se incrementa la edad (años) del personal de enfermería.

Tabla 21

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de estrés de conciencia por sexo

Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
SCQ Total	201				
Femenino	185	15.0	10.0	1040.5	.049
Masculino	16	9.3	4.0		
Demandas externas					
Femenino	185	10.0	6.0	1144.0	.131
Masculino	16	6.1	3.0		
Demandas internas					
Femenino	185	4.9	2.0	1031.5	.041
Masculino	16	3.2	0.5		

Nota: *n*=Muestra total, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *U*= Estadístico de Mann-Whitney, *p* = Valor de *p*.

En la tabla 21 se observa que existen diferencias significativas en el estrés de conciencia total por sexo ($U = 1040.5$, $p = .049$) siendo este más alto en sexo femenino que en masculino. No obstante en relación al estrés de conciencia en la escala demandas externas por sexo ($U = 1144.0$, $p = .131$) este no mostró significancia. Lo anterior difiere de la subescala de demandas internas por sexo en la cual se observa diferencia significativa ($U = 1031.5$, $p = .041$), reportándose mayor estrés de conciencia en la subescala de demandas internas para el personal del sexo femenino ($\bar{X} = 4.9$, $Mdn=2.0$) que lo reportado por el personal del sexo masculino ($\bar{X} = 3.2$, $Mdn=0.5$).

Tabla 22

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por escolaridad

Escolaridad	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
SCQ Total						
Carrera Técnica	22	10.0	3.5	14.4	3.90	.142
Licenciatura	117	12.9	10.0	12.6		
Posgrado o especialidad	62	19.2	7.5	29.1		
SCQ demandas externas						
Carrera Técnica	22	8.3	3.0	12.0	2.58	.275
Licenciatura	117	8.8	7.0	7.8		
Posgrado o especialidad	62	11.9	5.5	17.2		
SCQ demandas internas						
Carrera Técnica	22	1.7	0.0	3.0	6.41	.040
Licenciatura	117	4.0	2.0	7.1		
Posgrado o especialidad	62	7.2	2.0	15.6		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, Mdn=Mediana, H=Estadístico de Kruskal-Wallis

Referente al estrés de conciencia del personal de enfermería por escolaridad (tabla 22) se observa que no se presentaron diferencias significativas en el índice total del estrés de conciencia por escolaridad ($H = 3.90, p = .142$), asimismo no se encontró significancia en la subescala de demandas externas ($H = 2.58, p = .275$). Sin embargo en la subescala de demandas internas por escolaridad de los participantes se presentó diferencia significativa ($H = 6.41, p = .040$), en donde se observa que el personal con especialidad o posgrado presentó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 7.2, Mdn=2.0$), que el personal que contaba con estudios de licenciatura ($\bar{X} = 4.0, Mdn=2.0$) y menores en el personal con carrera técnica ($\bar{X} = 1.7, Mdn=0.0$).

Tabla 23

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por años de experiencia laboral

Experiencia laboral	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
SCQ Total	201					
Seis meses - 9 años	67	7.4	12.0	17.9		
De 10 - 19 años	51	4.0	7.0	26.3	6.45	.040
De 20 - a 38 años	83	2.6	9.0	15.6		
SCQ demandas externas						
Seis meses- 9 años	67	9.9	7.0	9.5		
De 10 años -19 años	51	9.9	5.0	15.7	1.95	.377
De 20 años - 38 años	83	9.5	6.0	11.1		
SCQ demandas internas						
Seis meses - 9 años	67	7.4	3.0	10.9		
De 10 años - 19 años	51	4.1	2.0	11.3	22.34	.001
De 20 años - 38 años	83	3.0	1.0	8.9		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, Mdn=Mediana, DE= desviación estándar, H=Estadístico de Kruskal-Wallis

En la tabla 23 se muestra que existen diferencias significativas en el índice de estrés de conciencia total por años de experiencia laboral ($H = 6.45$, $p = .040$), donde el personal de enfermería con experiencia laboral de seis meses a 9 años reportó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 7.4$, $Mdn=12.0$) con respecto al personal de 20 a 38 años de experiencia laboral ($\bar{X} = 2.6$, $Mdn=9.0$). Además no se observaron diferencias significativas del índice de demandas externas y los años de experiencia laboral de los participantes ($H = 1.95$, $p = .377$). Sin embargo en el estrés de conciencia en la subescala de demandas internas y los años de experiencia laboral se reportaron diferencias significativas ($H = 22.34$, $p = .001$) donde el personal de enfermería que tenía una experiencia laboral de seis meses a 9 años, presentó medias y medianas más altas ($\bar{X} = 7.4$) seguido del personal de enfermería de 10 años a 19 años ($\bar{X} = 4.1$, $Mdn=2.0$) y finalmente de los enfermeros de 20 a 38 años de experiencia ($\bar{X} = 3.0$, $Mdn=1.0$).

Tabla 24

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de estrés de conciencia por categoría laboral

Categoría laboral	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
SCQ Total						
Licenciatura	110	14.9	12.0	14.4	10.75	.005
Enfermera general, técnica y auxiliar	49	13.8	4.0	25.5		
Especialista y administrativa	42	14.6	8.0	23.6		
SCQ demandas externas						
Licenciatura	110	10.0	9.5	8.2	11.77	.003
Enfermera general, técnica y auxiliar	49	9.1	2.0	16.0		
Especialista y administrativa	42	9.8	4.5	14.7		
SCQ demandas internas						
Licenciatura	110	4.8	2.0	8.8	4.12	.127
Enfermera general, técnica y auxiliar	49	4.6	1.0	10.5		
Especialista y administrativa	42	4.8	2.0	13.7		

Nota: n=Muestra Total, \bar{X} =Media, Mdn=Mediana, H=Estadístico de Kruskal-Wallis

En la tabla 24 se muestra el índice de estrés de conciencia por categoría laboral del personal de enfermería, se observa que existen diferencias significativas ($H = 10.75$, $p = .005$), se identifica que los participantes que cuentan con licenciatura presentaron estrés de conciencia más alto ($\bar{X} = 14.9$, $Mdn=12.0$) respecto al personal de enfermería general, técnico y auxiliar ($\bar{X} = 13.8$, $Mdn= 4.0$). De igual manera se observan diferencias significativas entre estrés de conciencia en la subescala de demandas externas por categoría laboral ($H = 11.77$, $p = .003$) presentándose la misma tendencia ya que el personal de enfermería de categoría licenciatura presentó más alto estrés en la subescala de demandas externas ($\bar{X} = 10.0$, $Mdn=9.5$) que el personal de enfermería con categoría de enfermera general, técnica y auxiliar ($\bar{X} = 9.1$, $Mdn=2.0$)

Respecto al índice de estrés de conciencia en la subescala de demandas internas por categoría laboral de los participantes no se presentó diferencia

significativa ($H = 4.129$, $p = .127$). Con los datos presentados con anterioridad se da respuesta al objetivo tres. Para responder el cuarto objetivo que menciona conocer la relación del estrés de conciencia y el consumo de alcohol, se realizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, los datos se muestran en la tabla 25.

Tabla 25

Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y estrés de conciencia en el personal de enfermería

	SCQ	Demandas externas	Demandas internas
Edad de inicio de consumo	-.270**	-.211**	-.309**
Cantidad de bebidas	-.163	-.159	-.061
AUDIT	-.055	-.109	.064
Consumo sensato	-.078	-.121	.033
Consumo Dependiente	.198*	.150	.204*
Consumo Dañino	.100	.053	.133

Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$, SCQ=Escala Estrés de Conciencia, AUDIT= Prueba de Identificación De trastornos por consumo de alcohol

En la tabla 25 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y estrés de conciencia del personal de enfermería; se identificó que el estrés de conciencia total se relaciona positiva y significativamente con el consumo dependiente de alcohol de los participantes ($r_s = .198$, $p < .05$), asimismo se observa que las demandas internas se relacionan positiva y significativamente con el consumo dependiente de alcohol del personal de enfermería ($r_s = .204$, $p < .05$). También se reporta una relación negativa significativa de la edad de inicio de consumo de alcohol con el estrés de conciencia (SCQ) ($r_s = -.220$, $p < .001$), lo que indica que a menor edad de inicio de consumo de alcohol mayor estrés de conciencia.

Con los datos anteriores se da respuesta al objetivo cuatro.

Hallazgos Adicionales

Tabla 26

Coefficiente de Correlación de Spearman de características laborales de los participantes y estrés de conciencia

	SCQ	Demandas externas	Demandas internas
Edad (años)	-.225*	-.137	-.394**
Experiencia laboral (años)	-.143*	-.062	-.329**
Experiencia laboral (meses)	-.150*	-.070	-.330**
Área actual (meses)	-.056	-.049	-.010
Horas de trabajo	.070	.080	-.091

*Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$, SCQ=Escala Estrés de Conciencia*

Se muestra en la tabla 26 que la edad de los participantes se relaciona negativa y significativamente con el estrés total ($r_s = -.225$, $p < .05$) y con las demandas internas ($r_s = -.394$, $p < .01$). Adicionalmente se identificó que la experiencia laboral (años) se relaciona negativa y significativamente con el estrés de conciencia ($r_s = -.143$, $p < .05$) y con las demandas internas ($r_s = -.329$, $p < .01$). En la misma tendencia se observa que la experiencia laboral en meses se relaciona negativa y significativamente con el estrés de conciencia ($r_s = -.150$, $p < .05$) y con las demandas internas ($r_s = -.330$, $p < .01$). Los resultados identificados con anterioridad muestran que a menor experiencia laboral y edad, mayor estrés de conciencia en el personal de enfermería.

Tabla 27

Coefficiente de Correlación de Spearman para características laborales de los participantes e índices de consumo de alcohol

	AUDIT	Consumo sensato	Consumo Dependiente	Consumo Dañino
Edad (años)	-.398	-.332**	-.321**	-.317**
Escolaridad (años)	-.088	-.099	-.041	-.063
Experiencia laboral (años)	-.418**	-.352**	-.323	-.330**
Experiencia laboral (meses)	-.408**	-.343**	-.318**	-.325**
Área actual (meses)	-.036	.005	-.049	-.056
Horas de trabajo	-.069	-.054	-.014	-.094

Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$, AUDIT= Prueba de Identificación De trastornos por consumo de alcohol

En la tabla 27 se identifica una relación negativa significativa del consumo de alcohol del personal de enfermería identificado por el AUDIT en la subescala de consumo sensato con la edad de los participantes ($r_s = -.332$, $p < .01$), también se observa una relación negativa significativa del consumo dependiente de alcohol y la edad ($r_s = -.321$, $p < .01$). Referente a la experiencia laboral en años del personal entrevistado y el consumo de alcohol se identifica una relación negativa significativa ($r_s = -.418$, $p < .01$), con el consumo sensato ($r_s = -.352$, $p < .01$) y con el consumo dañino ($r_s = -.330$, $p < .01$). Además se observa una relación negativa significativa en el AUDIT y la experiencia laboral en meses del personal de enfermería ($r_s = -.408$, $p < .01$), en el consumo sensato ($r_s = -.343$, $p < .01$), así como en el consumo dependiente ($r_s = -.318$, $p < .01$) y el consumo dañino ($r_s = -.325$, $p < .01$).

Adicionalmente se realizó un Análisis de Factores del Instrumento: Escala Estrés de Conciencia (SCQ) debido a que es la primera vez que se aplica este instrumento en población mexicana, el análisis de factores tuvo como objetivo identificar las dimensiones que conforman el instrumento, con la finalidad de reducir el número de variables, sintetizar información, y generar puntuaciones compuestas. Se realizó análisis de factores exploratorio por ejes principales con rotación por el método ortogonal que permite interpretar la varianza total explicada (Varimax y análisis de factores confirmatorio por componentes principales desde la matriz de Correlaciones), se utilizó la Matriz de Correlación, dejando los residuos independientes y los factores relacionados. Los resultados de dicho análisis, se presentan en la tabla 28.

Tabla 28

Análisis factorial de la escala estrés de conciencia SCQ

Variables	Factores		
	1	2	3
SCQ 6	.60		
SCQ 7	.84		
SCQ 8	.78		
SCQ 1		.69	
SCQ 2		.75	
SCQ 3		.75	
SCQ 4			.75
SCQ 5			.75
SCQ 9			.59
% de la varianza	22.32	20.24	18.61
% acumulado	22.32	42.56	61.18

Fuente: SCQ (Glasberg, 2007)

 $n= 201$

El análisis factorial exploratorio, por factorización de ejes principales (Tabla 28), con el criterio de Kaiser de autovalores mayores a 1, arrojó una estructura de 3 factores que explicaron el 61.1% de la varianza total. El primero está definido por los ítems ¿Su vida privada es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía (le gustaría) hacerlo? (SCQ 6). ¿Su trabajo en el cuidado de la salud es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía (le gustaría) hacerlo? (SCQ 7), ¿Alguna vez ha sentido, que no cumple con

las expectativas que los demás tienen de usted con respecto a su trabajo? (SCQ 8). Estos ítems corresponden a las demandas internas.

El segundo factor está definido por los siguientes ítems: ¿Con qué frecuencia le falta tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita? (SCQ 1). ¿Alguna vez se ha visto obligado a brindar atención, que le hacía sentir mal? (SCQ 2). ¿Alguna vez ha tenido que enfrentarse a (exigencias en su trabajo con las que usted no está de acuerdo? (SCQ 3) estos ítems corresponden a la dimensión de demandas laborales. El tercer factor consta de tres ítems los cuales son: ¿Alguna vez ha visto que se haya insultado o lastimado a pacientes? (SCQ 4), ¿Alguna vez ha evitado a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo? (SCQ 5), ¿Alguna vez ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar una buena atención (un buen cuidado)? (SCQ 9) estos ítems corresponden a demandas externas.

De esta forma se identificó que el cuestionario se compone de las tres dimensiones teóricas del estrés de conciencia, que son demandas internas, demandas laborales y demandas externas, las cuales son los propuestos establecidos en el concepto de Glasberg et al. (2007). La extracción de variables de la Escala Estrés de Conciencia se incluye en el Apéndice G.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron aplicar empíricamente los conceptos de estrés de conciencia de Glasberg et.al., (2007) y de consumo de alcohol de De la Fuente y Kersenobich., (2007). El estudio se llevó a cabo en una muestra de 201 enfermeros (as) de un hospital público de segundo nivel en la ciudad de Zacatecas, Zacatecas.

En relación al perfil sociodemográfico de los participantes se puede identificar que el 92% corresponden al sexo femenino, la edad promedio fue de 36.1 años y contaban con una escolaridad promedio de 17.7 años, el 50.7% del personal cuenta con pareja y tiene una experiencia laboral en promedio de 13 años, estos datos son similares a los señalados por Rodríguez et.al (2009) en donde se reporta que el 94% del personal de enfermería eran mujeres con una edad promedio de 36.7 años, además el 74% del personal estaba casado y tenía una experiencia laboral promedio de 16 años. Además los datos anteriores coinciden con lo señalado por Domínguez (2005) el cual señala que la profesión de enfermería en sociedades industriales es eminentemente femenina.

Referente a lo anterior los datos son similares a los reportados por el INEGI (2002) donde se indica que el 95% de los profesionales de enfermería que se encuentran laborando actualmente en México son mujeres con una edad promedio de 38 años.

En relación a los datos laborales se registró que el personal tenía 3.2 años en promedio laborando en el área hospitalaria donde se realizó el estudio, los enfermeros informaron trabajar en promedio 9 horas ($DE=2.0$) durante 4 días a la semana ($DE=1.2$), también se encontró que el 58.2% de los participantes cuenta con licenciatura en enfermería, el 41.3% labora en turno matutino, asimismo el 59.7% tiene la categoría de licenciado en enfermería. Los datos anteriores son similares a lo reportado por el SIHARE (2006) donde se indica que el 80.3% del personal de enfermería son licenciados en enfermería y el 19.7% son enfermeros generales,

técnicos y auxiliares de enfermería, lo anterior hace evidente la presencia de personal de enfermería con escasos estudios de enfermería realizando acciones de mayor complejidad para su preparación.

De acuerdo con lo anterior la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital, estos organismos destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana, aspectos que forman parte de la formación de los licenciados en enfermería, lo cual significa que en esta institución todavía existe escasez de profesionales de enfermería dejando probablemente algunas intervenciones en manos de personal técnico.

En relación al turno laboral el 41.3% de los participantes trabaja en turno matutino lo anterior coincide con lo reportado por Rodríguez et al (2009) donde el 25% de los enfermeros labora en los turnos matutino y en un porcentaje menor (13%) en los turnos vespertino y nocturno. Con respecto a lo anterior Lopes, Marques y Mattia (2010) afirman que la organización del trabajo hospitalario por turnos altera los ritmos biológicos y familiares originando perjuicios a la salud y a la vida social de los trabajadores.

Además se encontró que el 39.8% de los participantes laboran en áreas de hospitalización que corresponden a las áreas de medicina interna, pediatría, hemodiálisis, admisión hospitalaria, quimioterapia, nefrología, aislados, valoración y estancia conjunta, las cuales son áreas donde el requerimiento de personal de enfermería es mayor debido a que en esas zonas se concentra el mayor número de pacientes del hospital. Los datos anteriores son similares a los reportados por Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández y Pérez (2009) donde el 18% de los enfermeros del estudio laboraba en áreas de hospitalización (cirugía general, medicina interna, pediatría, cunero y ginecología) lo anterior pudiera deberse a que ambos estudios se realizaron en hospitales de segundo nivel de atención donde se

contaba con las cuatro especialidades básicas como son ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía general.

Respecto a la edad de inicio de consumo de alcohol de los participantes se encontró que fue de 18.2 años, este dato concuerda con la Encuesta Nacional de Adicciones ENA (2011) donde se indica que la edad de inicio de consumo de alcohol oscila entre 18 a 25 años, asimismo coincide con lo reportado en Zacatecas por Gallegos (2007) donde se señala que la edad de inicio de consumo de alcohol es a los 16 años, sin embargo difiere de la edad de inicio reportada por Miranda (2007) en Matamoros, donde se reporta una edad de inicio de 21 años, estos datos pudieran deberse a que la presente investigación fue realizada en población similar a la del estudio de Gallegos (2009) a diferencia de la población de Miranda (2007), lo anterior pudiera deberse al contexto cultural de las poblaciones estudiadas, así como al ambiente donde se desenvuelven los individuos participantes en los estudios.

Referente al consumo de alcohol se encontró que el 88.9 % de los participantes consumen alcohol una o menos veces al mes, además se mostró que el personal de enfermería consume en promedio 2 copas de alcohol en un día típico, estos resultados coinciden a los reportados por Gallegos (2009) y Miranda (2007) quienes reportan el consumo de alcohol en personal de enfermería en promedio de 2 copas en un día típico, además reportaron que la bebida de preferencia fue la cerveza (59.4%) y en menor proporción el whiskey, sidra y tequila (9.1%), estos resultados coinciden con los informes de la ENA (2011) donde se reporta a la cerveza como la bebida de preferencia de la población mexicana (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública,[CONADIC-SS],2011). Lo cual pudiera deberse al bajo costo, fácil acceso y a que se encuentra presente en la mayoría de las reuniones, además el consumo de alcohol es percibido por el personal de enfermería como un facilitador de la interacción social y un reductor de conflictos emocionales (Mora et.al ,2001).

En relación al primer objetivo referente a determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería. Se

observa que el 81.1% consumió alcohol alguna vez en la vida, el 71.1% de los enfermeros en el último año, el 42.8% en el último mes y el 12.4% en los últimos siete días, estos datos son similares a los reportados por la ENA (2011) donde se reporta el consumo de alcohol para población de 12 a 65 años alguna vez en la vida en el 73.3% y en el último año para el 55.9% de la población (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública,[CONADIC-SS],2011). Además coincide con los resultados encontrados en un estudio realizado en personal de un hospital psiquiátrico en España (Mangado, 2008) donde se reporta que el 54% del personal activo laboralmente, refieren haber consumido alcohol alguna vez en la vida, un 34% refiere el consumo de alcohol en los últimos doce meses y el 27% de los trabajadores de la salud refieren el consumo en los últimos treinta días.

Con respecto a lo anterior las prevalencias de consumo reportadas por el presente estudio son relevantes ya que el personal de enfermería se encuentra sujeto a normas establecidas por la institución donde labora (Organización Internacional del Trabajo, [OIT, 1996]), así como también Vargas (2008) afirma que una de las funciones primordiales del personal de enfermería es el actuar como promotor de la salud.

Con respecto al segundo objetivo que señala determinar los tipos de consumo de alcohol en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad y categoría laboral .Se presentó diferencia significativa en el consumo de alcohol por edad, donde el tipo de consumo de alcohol sensato fue mayor en el personal de 40 a 64 años (94.5%) que en los participantes de 22 a 39 años (65.9%) a diferencia del tipo de consumo de alcohol dependiente y dañino donde las medias y medianas fueron mayores en los participantes de 22 a 39 años. Los resultados son similares a los encontrados en la ENA (2011) donde se indica un aumento significativo en el patrón de consumo dependiente de 4.6% en el 2008, a 6.6% en el 2011, en población de 12 a 65 años (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011). Los datos anteriores difieren a lo

reportado por Valdez (2009) en trabajadores de la salud de una institución de salud pública de Zacatecas, Zac., donde los trabajadores de la salud de 30 a 39 años presentaron mayor consumo sensato (56.1%) y los participantes de 50 a 64 años no presentaron consumo sensato de alcohol, a diferencia del tipo de consumo dependiente de alcohol donde la prevalencia fue mayor en los trabajadores de 50 a 64 años (50%) que en los de 30 a 39 años (26.8%), en la misma tendencia el consumo dañino fue mayor para los trabajadores de la salud de 50 a 64 años (50%) que para los de 30 a 39 años (17.1%).

En relación a lo anterior Campa (2005) menciona que el consumo de alcohol es más frecuente en la edad productiva, lo cual pudiera estar impactando en los costos y productividad de las empresas, además se indicó que el consumo en reuniones sociales con compañeros tiene como consecuencia: cansancio físico, problemas físicos, disminución del rendimiento laboral y de reflejos durante la jornada de trabajo.

En cuanto a la alta prevalencia de consumo sensato de alcohol en el personal de 40 a 64 años (94%) la OIT (2008) indica que los consumidores moderados de bebidas alcohólicas que un día toman 'una copa de más' provocan en realidad muchos más problemas en el lugar de trabajo, que los grandes bebedores, ya que estos han desarrollado mecanismos de tolerancia física y de funcionamiento social que les permiten disimular las consecuencias de su dependencia alcohólica en el plano profesional.

Referente al tipo de consumo de alcohol por sexo, con respecto al consumo sensato se observó mayor proporción de mujeres con consumo sensato (81.4%) lo cual concuerda con lo reportado por Hinojosa (2012) quien documentó mayor consumo sensato en mujeres. Referente al tipo dependiente de consumo de alcohol del personal de enfermería, la mayor proporción fue de hombres (42.9%) que en mujeres (15.5%), estos resultados coinciden con lo encontrado por Hinojosa et al. (2012), Londoño (2012), Armendáriz (2012), Escamilla (2009) quienes reportaron mayor consumo dependiente en el sexo femenino que en el masculino, además

Valdez (2009) reportó un 24.4% de consumo dependiente para mujeres y un 5.9% para hombres.

Asimismo se observó diferencia significativa en el índice AUDIT por sexo, las medias y medianas más altas de consumo de alcohol sensato ($\bar{X}=27.9$, $Mdn=25.0$), consumo dependiente ($\bar{X}=7.7$, $Mdn=0.0$) y consumo dañino ($\bar{X}=4.0$, $Mdn=0.0$) fueron para el sexo masculino, los resultados anteriores son afines a los reportados por otros autores (Londoño, 2012; Hinojosa et al. 2012) donde los hombres tenían un patrón de consumo dañino mayor que las mujeres. Los resultados encontrados coinciden con la (ENA, 2011) donde se reporta que los hombres incrementaron su nivel de dependencia de 9.6% en el 2008, a 11.8 en el 2011, al igual que las mujeres donde el consumo de alcohol se incrementó de 0.7% en el 2008 a 1.7% en el 2011 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011). Lo anterior difiere a los resultados de Bravo et.al (2010) donde se presentó un consumo dañino mayor en el sexo femenino (19.8%) que en el sexo masculino (0.9%),

Lo anterior pudiera explicarse porque el consumo de alcohol es un fenómeno que históricamente ha tenido mayor presencia en el mundo masculino, la concepción cultural, social y educativa, tanto de los hombres como de las mujeres, se basa en los patrones y roles que desempeña cada uno, en donde a la mujer se le asigna el papel de educadora y comprensiva, por lo cual si no es cumplido su rol como tal, la sociedad se encarga de sancionarla ya que cuando tiene problemas de dependencia con el alcohol puede ser calificada de una persona sin responsabilidades y bajo control. Mientras tanto, el papel del hombre es de autoridad, proveedor, sancionador y tiene mayor libertad en elegir como utilizar su tiempo libre y si no cumple con su rol en la sociedad se le justifica por el simple hecho de ser hombre. Quintero et al. (2012).

Los resultados del estudio muestran que las mujeres beben menos que los hombres, sin embargo, entre los que beben en exceso, las mujeres igualan o sobrepasan a los hombres en la cantidad de problemas que resultan de su consumo de

alcohol. Las mujeres con problemas de alcoholismo presentan una mortalidad de 50 a 100 % mayor que la mortalidad de los hombres con problemas de alcoholismo, incluyendo muertes por suicidios, accidentes, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y cirrosis hepática (NIAA, 2005).

En relación al índice AUDIT y la escolaridad del personal de enfermería no se presentaron diferencias significativas debido a que las medianas fueron similares, estos resultados son contrarios a los encontrados por otros autores (Escamilla 2009; Alonso et al, 2009) donde se reportó mayor consumo de alcohol en trabajadores técnicos que profesionales. Lo anterior probablemente se deba a que el personal de enfermería participante en el estudio estuvo conformado en su mayoría por licenciados en enfermería, sin embargo el problema del consumo de alcohol es multicausal, donde los factores medioambientales, la familia y el propio individuo contribuyen a su aparición lo cual podría estar en relación o no a la escolaridad con la que se cuente (Quintero, 2012).

Respecto al tipo de consumo de alcohol por categoría laboral, se encontró diferencia significativa, el personal con categoría de enfermera general ,técnica y auxiliar presentó mayor consumo sensato (89.7%) seguido del personal especialista y administrativo (88.5%) y del personal con licenciatura (69.3%), asimismo se observó mayor consumo dependiente en el personal con categoría de licenciado en enfermería (26.1%) seguido del personal administrativo (7.7%) y de los enfermeros generales, técnicos y auxiliares (3.4%), en cuanto al consumo dañino fue mayor en el personal general, técnico y auxiliar (89.7%) seguido de los especialistas y administrativos (88.5%) y del personal con licenciatura (69.3%). Los resultados anteriores difieren a los encontrados por Valdez (2009) donde los trabajadores de la salud profesionales reportaron mayor consumo sensato (61.7%) que los trabajadores de la salud no profesionales, a diferencia del tipo de consumo de alcohol dependiente donde los trabajadores no profesionales reportaron mayor consumo (39.3%) que los trabajadores profesionales (24.7%) en la misma tendencia los trabajadores de la salud

no profesionales reportaron mayor consumo dañino de alcohol (32.1%) que los participantes profesionales (13.6%) .

Estos resultados quizá puedan deberse a que el personal de enfermería se encuentra expuesto a situaciones estresantes en el área hospitalaria que pueden predisponerlo al consumo de alcohol: exigencias de los jefes, peticiones de familiares, estrés ante el cuidado de pacientes y el trato diario con los compañeros situaciones que son homogéneas a cada enfermero(a) de manera indistinta a la categoría con la que cuenta en el área hospitalaria (Lopes, 2010).

Los resultados anteriores probablemente puedan ser explicados debido a que las profesiones en riesgo para el consumo de alcohol son aquellas que se desarrollan en ambientes estresantes, con trabajos nocturnos y que requieren de una atención constante, alterando las relaciones laborales, interpersonales, familiares y de salud, se ha visto que los trabajadores de enfermería generalmente actúan en ambientes ocupacionales estresantes (Díaz, 2011).

En cuanto al tercer objetivo que señala: Identificar el estrés de conciencia en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, años de experiencia laboral y categoría laboral , se observó estrés de conciencia ($\bar{X}= 14.5$, $Mdn=9.0$) con una media más alta en las demandas externas ($\bar{X}= 9.7$, $Mdn=6.0$) que en la subescala de demandas internas ($\bar{X}= 4.8$, $Mdn=2.0$), estos resultados difieren a los reportados por Juthenberg, et.al (2010) quienes reportaron mayor estrés de conciencia en las subescala de demandas internas en el personal de enfermería y asimismo difieren con los resultados obtenidos por Tuveesson, et al.(2012) en personal de enfermería de Suecia, donde se identificó la presencia de estrés de conciencia total ($\bar{X}= 43.04$, $DE=30.54$) y medias similares de estrés de conciencia en la subescala de demandas internas ($\bar{X}=24.68$, $DE=17.36$) y en la subescala de demandas externas ($\bar{X}=27.39$, $DE=20.84$) .

Los resultados anteriores probablemente se deban a que el presente estudio se realizó en personal de enfermería de las distintas áreas que componen la atención

hospitalaria en contraste a los estudios de Juthenberg (2010) y Tuveesson (2012) los cuales se realizaron en enfermeras especializadas en gerontología y psiquiatría.

En este sentido los profesionales de la salud que tienen conflictos de conciencia y que se ven obligados a no seguir lo que su conciencia les dicta para seguir trabajando en la asistencia sanitaria tienen niveles más altos de estrés de conciencia. (Glasberg, 2008). Sin embargo cuando el personal de enfermería cumple con sus propias necesidades y se comparte el trabajo con el equipo de salud, se obtiene la capacidad de satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares por lo que el personal hace entrega de una buena atención (Silen, 2012).

Además se observaron diferencias significativas en el estrés de conciencia y la edad, donde el personal de enfermería de 22 a 39 años reportó estrés de conciencia más alto en la subescala de demandas internas ($\bar{X}=17.7$, $Mdn=10.0$) que el personal de 40 a 64 años ($\bar{X}=11.3$, $Mdn=7.0$), estos resultados son semejantes a los referidos por Tuveesson et.al (2012) donde se reportó una media de edad de 49 años, también se encontró que las enfermeras auxiliares tenían una edad mayor ($\bar{X}=50$) que las enfermeras registradas ($\bar{X}=45$) además se registró una relación negativa significativa con el estrés de conciencia total ($r_s=-.21, p<.10$) es decir las enfermeras de mayor edad registraron mayor estrés de conciencia. Los resultados del estudio coinciden con el estudio de Alonso et al. (2013) sobre la presencia de estrés moral en médicos y enfermeras, que laboraban en unidades de cuidado intensivo neonatal, donde se identificó que las enfermeras de 19 a 30 años presentaban medias y medianas más altas de estrés moral. ($\bar{X}=60.7$, $Mdn=64.4$) que el personal de enfermería de 41 años o más ($\bar{X}=46.7$, $Mdn=47.7$).

Estos resultados difieren a los encontrados por Glasberg (2008) quien realizó un estudio en 423 enfermeras de una unidad de cuidado de primer nivel en Suecia, donde el promedio de edad fue de 44.9 años y se reportó que la variable edad y el estrés de conciencia no obtuvieron significancia estadística.

Lo anterior quizá pueda explicarse porque las enfermeras de mayor edad cuentan con mayor seguridad y experiencia al realizar las actividades de enfermería

lo que les permite el manejo del estrés de conciencia de manera adecuada, en contraste con las de menor edad las cuales cuentan con menor experiencia laboral y el estar ante situaciones límite donde tienen que tomar decisiones inmediatas pueden ocurrir conflictos de conciencia al no estar seguros de que la decisión tomada fue la correcta.

En relación a lo anterior Fernández (2006) refiere que durante el período de los 20 a los 40 años se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer empleo, se casan, tienen hijos y los educan, es decir, tienen las principales transiciones, lo cual podría explicar las mayores medias de estrés de conciencia en personal de enfermería con experiencia laboral de 6 meses a 9 años. Referente al personal de 40 a 64 años las medias menores de estrés de conciencia quizá se deban a que al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, también aumenta la estabilidad personal y laboral lo que podría contribuir a una mayor adaptación a las situaciones críticas que generan estrés de conciencia (Parra, 2002).

Con respecto a lo anterior Juthenberg (2007) en relación a las demandas internas en su estudio sobre enfermeros que atendían a pacientes geriátricos en Suecia, identificó a las demandas internas del estrés de conciencia como aquellas que les permitían mantener su identidad como profesionales "buenos" de la salud.

Asimismo se encontró que existen diferencias significativas entre estrés de conciencia total por sexo del personal de enfermería participante, el personal femenino presentó mayor estrés de conciencia ($\bar{X}= 15.0$, $Mdn=10.0$) que el personal masculino ($\bar{X}= 9.3$, $Mdn=4.0$). También se identifican diferencias significativas entre el estrés de conciencia total y la subescala de demandas internas y sexo, donde el personal femenino presentó medias mayores ($\bar{X}=4.9$, $Mdn=2.0$) que el personal masculino ($\bar{X}=3.2$, $Mdn=0.5$), estos resultados difieren a los encontrados por Juthenberg (2012) y los reportados por Tuveesson (2012) en el personal de enfermería

de Suecia donde no se identificaron diferencias significativas en el estrés de conciencia y el sexo de los participantes.

Asimismo los resultados del estudio no coinciden con los encontrados por Alonso et al (2013) donde se indica que los participantes del sexo masculino obtuvieron medias mayores de estrés moral ($\bar{X}=52.5$, $Mdn=56.6$) que los participantes de sexo femenino ($\bar{X}=52.5$, $Mdn=52.7$).

Además no se observaron diferencias significativas entre la subescala demandas externas y sexo de los participantes. Estos datos no concuerdan con lo reportado por Glasberg et al. (2008) en personal de enfermería de una unidad de primer nivel en Suecia, quien documentó en su estudio que las mujeres presentaron medias mayores de estrés de conciencia en la subescala de demandas externas con respecto a los hombres.

Lo anterior quizá pueda ocurrir debido a que el personal de enfermería del estudio es en mayor proporción de sexo femenino (92%). De acuerdo con Nigenda et al. (2006) el personal de enfermería se conforma mayoritariamente de mujeres lo cual pudiera explicarse desde la concepción social donde la mujer tiene el rol de cuidadora y además de la jornada laboral cumple con otras funciones dentro de la familia. Es importante destacar que aun con la menor proporción de enfermeros participantes en el estudio (8%) se registró la presencia de estrés de conciencia en todo el personal de enfermería participante en el estudio ($\bar{X}=14.5$, $Mdn=9.0$) En este sentido Sílen (2012) documentó que las enfermeras participantes en su estudio consideraron la conciencia como un elemento importante que influía en la forma en que realizaban sus tareas profesionales. En este estudio cualitativo la conciencia fue descrita por las enfermeras como una fuerza impulsora ya que actúa como fuente de sensibilidad para brindar el cuidado de enfermería.

Referente al estrés de conciencia total por escolaridad del personal de enfermería no se presentaron diferencias significativas, sin embargo el personal con estudios de posgrado o especialidad reportó mayor estrés de conciencia ($\bar{X}=19.2$, $Mdn=7.5$) que el personal con licenciatura ($\bar{X}=12.9$, $Mdn=10.0$) y carrera

técnica ($\bar{X}=10.0$, $Mdn=3.5$), en la misma tendencia no se reportaron diferencias significativas en la subescala de demandas externas donde el personal con posgrado o especialidad registró medias y medianas más altas ($\bar{X}=11.9$, $Mdn=7.0$), seguido del personal con licenciatura ($\bar{X}=8.8$, $Mdn=5.5$) y el personal con carrera técnica ($\bar{X}=8.3$, $Mdn=3.0$).

A diferencia de lo anterior en las demandas internas por sexo sí se observó significancia estadística donde se reportaron medias y medianas mayores de estrés de conciencia en personal con posgrado o especialidad ($\bar{X}=7.2$, $Mdn=2.0$) que en personal con licenciatura y carrera técnica quienes reportaron medias y medianas menores ($\bar{X}= 4.0$, $Mdn=2.0$) y ($\bar{X}= 1.7$, $Mdn= 0.0$).

Los resultados anteriores difieren a los reportados por otros autores (Tuveson, 2012, Juthenberg, 2010, Glasberg, 2008) donde no se identificaron diferencias significativas en el estrés de conciencia por escolaridad del personal de enfermería de sus estudios. En la misma tendencia en la investigación realizada por Alonso (2013) no se identificó diferencia significativa entre el estrés moral y la escolaridad del personal de enfermería participante, sin embargo los participantes con carrera técnica presentaron mayor estrés moral ($\bar{X}=53.4$, $Mdn=51.1$) en relación a los participantes que contaban con nivel licenciatura ($\bar{X}=52.5$, $Mdn=56.6$) y aquellos que contaban con estudios de posgrado ($\bar{X}=51.8$, $Mdn=52.2$).

Lo anterior posiblemente ocurra debido a que los graduados de universidad, el personal que ocupa puestos de mandos medios o superiores y las personas con altos ingresos son los que tienen más probabilidad de sufrir estrés frecuente (Fernandez, 2006). Además Juthenberg (2007) menciona que el estrés de conciencia generado en la subescala de demandas externas es consecuencia de la obligación del enfermero de proporcionar cuidados que le hacen sentir mal, de las demandas incompatibles en su trabajo y de tener sentimientos de no cumplir con las expectativas de los demás, esto puede ocurrir cuando el individuo busca la aprobación de los demás y teme a la desaprobación lo que puede generar sentimientos de culpa lo cual puede derivar en conflictos de conciencia.

En cuanto al estrés de conciencia y la experiencia laboral se registró que existen diferencias significativas en el estrés de conciencia total y la escolaridad del personal de enfermería, el personal con experiencia laboral de 6 meses a 9 años presentó medias y medianas mayores de estrés de conciencia total ($\bar{X}=7.4$, $Mdn=12.0$) en relación al personal con experiencia laboral de 10 a 19 años ($\bar{X}=4.0$, $Mdn=7.0$) y el personal con experiencia laboral de 20 a 38 años ($\bar{X}=2.6$, $Mdn=9.0$). Además se identificó que no existen diferencias significativas en el estrés de conciencia en la subescala de demandas externas y los años de experiencia laboral.

Sin embargo sí se encontró diferencia significativa en el estrés de conciencia en la subescala de demandas internas y la experiencia laboral presentando mayor estrés de conciencia los enfermeros que contaban con una experiencia laboral de 6 meses a 9 años ($\bar{X}=7.4$, $Mdn=3.00$) que los que contaban con una experiencia mayor de 10 a 19 años ($\bar{X}=4.1$, $Mdn=2.00$) y los participantes que contaban con experiencia laboral de 20 a 38 años ($\bar{X}=3.0$, $Mdn=1.00$).

Los resultados del presente estudio coinciden con el estudio de Alonso et al. (2013) en personal de enfermería de 2 instituciones, donde se encontró que los participantes con 1 a 9 años de experiencia laboral presentaba mayor estrés moral ($\bar{X}=55.0$, $Mdn=57.2$) que aquellos que contaban con 20 o más años de experiencia laboral ($\bar{X}=51.6$, $Mdn=50.2$). Asimismo los resultados del presente estudio difieren a lo reportado por Tuveesson (2012) en personal de enfermería de un hospital psiquiátrico en Suecia, donde las enfermeras profesionales tenían mayor experiencia laboral en psiquiatría ($\bar{X}=20$) que las enfermeras auxiliares ($\bar{X}=15$) sin embargo no se reportaron diferencias significativas entre el estrés de conciencia y la experiencia laboral en psiquiatría de las enfermeras participantes en el estudio.

En relación a lo anterior se considera que la profesión de enfermería es, sin duda, una profesión generadora de estrés, debido a que constantemente se viven situaciones de crisis o dilemas morales, se ha observado un mayor grado de estrés en el personal de enfermería joven y con menor experiencia laboral, además la

experiencia laboral y los conocimientos que se adquieren en el trato continuo a los pacientes, son primordiales para un buen afrontamiento del estrés. (Zambrano, 2006).

Con respecto al estrés de conciencia y categoría laboral de los 201 participantes del estudio, se observó diferencia significativa en el personal de enfermería que cuenta con categoría laboral de licenciatura en enfermería, quienes presentaron mayor estrés de conciencia ($\bar{X}= 14.9$, $Mdn=12.0$) con respecto al personal de enfermería general, técnico y auxiliar ($\bar{X}= 13.8$, $Mdn=4.0$). Los resultados anteriores son afines a los reportados por Juthenberg et al. (2010) donde se registró mayor estrés de conciencia total en enfermeras profesionales que en enfermeras auxiliares.

Los resultados del presente estudio difieren a los reportados por Alonso et al. (2013) donde se encontraron medias y medianas similares de estrés moral en enfermeras generales ($\bar{X}=54.1$, $Mdn=56.6$), enfermeras técnicas ($\bar{X}=51.3$, $Mdn=54.1$), enfermeras especialistas ($\bar{X}=51.5$, $Mdn=49.4$) y licenciados en enfermería ($\bar{X}=51.5$, $Mdn=47.5$). En relación a lo anterior se ha documentado que tanto enfermeras profesionales y enfermeras auxiliares se enfrentan a desafíos éticos en su trabajo diario. El personal de enfermería tiene diferentes responsabilidades en el trabajo lo cual puede influir en las variaciones de la presencia de estrés de conciencia, como se ha señalado en estudios realizados en profesionales y auxiliares de enfermería en Suecia (Juthenberg, 2010).

Asimismo se observó diferencia significativa del estrés de conciencia en la subescala de demandas externas por categoría laboral identificándose la misma tendencia que en el estrés de conciencia total debido a que el personal de enfermería con categoría licenciatura presentó medias y medianas mayores ($\bar{X}=10.0$, $Mdn=9.5$) que el personal de enfermería general, técnico y auxiliar ($\bar{X}=9.1$, $Mdn=2.0$). Estos datos son similares a los reportados por Juthenberg (2010) donde se reportó mayor estrés de conciencia en la subescala de demandas externas en el personal de enfermería profesional ($\bar{X}=27.59$, $DE=20.84$), que en personal de enfermería auxiliar ($\bar{X}=25$, $DE=21.1$) los resultados del presente estudio difieren a los reportados por

Alonso et al. (2013) donde no se identificaron diferencias significativas de estrés moral y la categoría laboral del personal de enfermería participante en el estudio.

De acuerdo a Torres (2006) lo anterior pudiera deberse a que el personal de enfermería con categoría de licenciatura a diferencia del personal de enfermería general, técnico y auxiliar probablemente cuenta con mayor fundamento teórico de las acciones a realizar en el área hospitalaria por lo que podría encontrarse en situaciones de exigencias éticas contradictorias con mayor frecuencia, al conocer a profundidad las situaciones críticas de los pacientes.

En relación a los puntos anteriores sobre escolaridad y categoría laboral del personal de enfermería participante en el estudio, Torres (2006) menciona que la enfermería se sitúa aún en las fases iniciales del desarrollo científico, transitando de una tendencia empírica y practicista hacia un desarrollo profesional, en este sentido la OIT (1977) señala que debería hacerse lo necesario para clasificar al personal de enfermería en un número limitado de categorías definidas en función de la instrucción y formación recibidas y que las funciones del personal de enfermería deberían clasificarse según el grado de juicio requerido y la facultad de adoptar decisiones.

Lo anterior es contrario a lo observado en la práctica hospitalaria donde el personal de enfermería que labora en las instituciones de salud pública que cuenta con estudios de licenciatura se encuentra clasificado en la categoría laboral de enfermero (a) auxiliar o enfermero(a) general indistintamente.

Adicionalmente no se identificó significancia en el estrés de conciencia en la subescala de demandas internas y la categoría laboral, los datos no coinciden con lo reportado por Silen (2012) y Glasberg (2008) en enfermeras de Suecia donde se identificó que en la subescala de demandas internas del estrés de conciencia aparecen elementos individuales que podrían originar conflictos de conciencia, debido a que los empleados de salud experimentan estrés de conciencia en la práctica cotidiana, donde la conciencia juega un papel importante en las acciones de enfermería con pacientes y familiares, guiando los esfuerzos para proporcionar atención de alta

calidad, por lo cual los trabajadores de la salud deben ser capaces de expresar su preocupaciones morales a fin de que la conciencia se convierta en un activo y no en una carga en el trabajo.

En el cuarto objetivo se planteó conocer la relación del estrés de conciencia y el consumo de alcohol en el personal de enfermería, se identificó que existe relación positiva significativa entre el estrés de conciencia y el consumo dependiente de alcohol, por lo tanto a mayor estrés de conciencia mayor consumo dependiente. También existe una relación positiva significativa entre el estrés de conciencia en la subescala de demandas internas y el consumo dependiente, por lo tanto a mayor estrés de conciencia presente en las demandas internas mayor consumo dependiente de alcohol. Los resultados anteriores son relevantes pues no existen estudios que relacionen el estrés de conciencia y el consumo de alcohol.

Es importante mencionar que las situaciones que dan origen al estrés de conciencia pueden persistir durante mucho tiempo y generar sentimientos de culpa que pueden ser afrontados por mecanismos no saludables como lo es el consumo de alcohol.

Conclusiones

Se puede concluir en base a los resultados obtenidos, que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 18 años con un consumo de 2 bebidas alcohólicas en un día típico donde se reportó a la cerveza como bebida de preferencia. La prevalencia global (alguna vez en la vida) de consumo de alcohol en el personal de enfermería fue de 81%, la prevalencia lápsica (en el último año) de 71.1%, la prevalencia actual (en el último mes) fue de 42.8% y la prevalencia instantánea (en los últimos 7 días) en el 12.4% de los participantes.

Se encontró diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol por edad siendo el personal de 40 a 64 años quien presentó mayor consumo sensato a diferencia del personal de 20 a 39 años que presentó mayor consumo dependiente y dañino. Además se observaron diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol por sexo: el personal femenino presentó mayor consumo sensato de alcohol y

el personal masculino mayor consumo dependiente y dañino. No se presentaron diferencias significativas en la escolaridad por tipo de consumo de alcohol en el personal de enfermería. Sin embargo en el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral se observó significancia estadística ya que el personal con licenciatura presentó mayor consumo dependiente y el personal general técnico y auxiliar mayor consumo sensato.

Referente a los índices de consumo de alcohol reportados por el AUDIT en cuanto a la edad del personal de enfermería se observaron medias y medianas mayores en el personal de 22 a 39 años. De acuerdo al índice AUDIT por sexo se identificó mayor consumo en personal masculino que en el personal femenino. No se presentó diferencia significativa en el índice AUDIT por la escolaridad y el índice AUDIT por la categoría laboral de los participantes.

En cuanto al índice de estrés de conciencia total por edad de los participantes no se identificaron diferencias significativas, así como en la subescala de demandas externas por edad, mientras que en la subescala de demandas internas el personal de 22 a 39 años reportó un índice mayor de estrés de conciencia. En el índice de estrés de conciencia por sexo se registraron diferencias significativas donde el personal femenino obtuvo mayores índices de estrés de conciencia total, así como en la subescala de demandas internas. Además se registró que el personal con experiencia laboral de 6 meses a 9 años presentó mayor índice de estrés de conciencia total así como en la subescala de demandas internas. Asimismo se reportó que el personal con categoría laboral de licenciatura presentaba índices mayores de estrés de conciencia total y en la subescala de demandas externas.

Se documentó correlación positiva significativa entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol, se identificó que a mayor estrés de conciencia total mayor consumo dependiente de alcohol, los datos también muestran que a mayor estrés de conciencia presente en las demandas internas mayor consumo dependiente de alcohol.

Recomendaciones

Se recomienda realizar réplica del estudio en personal de enfermería de una institución de salud privada.

Se sugiere estudiar desde la perspectiva cualitativa en el personal de enfermería la comprensión de los factores que se atribuyen al estrés de conciencia y las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para afrontarlos.

Se recomienda desarrollar intervenciones dirigidas al personal de enfermería enfocadas en la reducción del consumo de alcohol a través del uso de estrategias de afrontamiento saludables.

Se recomienda incentivar a los comités de ética del área hospitalaria y autoridades competentes para el desarrollo de programas encaminados al fortalecimiento de factores que permitan reducir o evitar el estrés de conciencia

Se sugiere continuar aplicando los instrumentos Escala Estrés de Conciencia (SCQ) y la Prueba de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol (AUDIT), debido a la confiabilidad reportada en este estudio.

Referencias

- Alonso, C.M.T.J., Alonso, C.M.M., Alonso, C.B.A., Guzmán, L.A. & Araujo A.J.M. (2013). Ensayos especiales. En Domínguez M.O.H (Ed.), Ensayos Selectos en Bioética, Tomo II. (pp. 100-110) México, D.F.
- Alonso, M.M., Álvarez, J., A.J., García, K.S., Rodríguez, L., Alonso, M.T., & Armendáriz, N.A. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-114.
- Armendáriz, N.A., Villa, L.M., Alonso, M.M., Alonso, M.T., & Oliva N.N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14(2), 97-112.
- Armendáriz, N.A, Alonso, M.M, Moral, J., López. & Alonso, B. (2012). Factores que influyen en el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 13(1). Recuperado de <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/download/203/191.html>
- Bravo, O.C. & Palucci, M.M. (2010). El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios de una universidad del Ecuador. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18 (número especial), 487-95. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a02v18nspe.pdf>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2008). *Investigación en Enfermería*. (5ª ed.). Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- Campa, M.T. & Cruz, R.M. (2005). Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en monterrey, México. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13(número especial) ,819-26. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea09.pdf>

- Centro de Integración Juvenil (2009). Informe sobre: consumo de alcohol en el contexto laboral. Recuperado de http://www.ssm.gob.mx/portal/page/adicciones/info/PRESENTACION_CIJ.pdf
- Centro de Integración Juvenil (2012). Informe sobre: Prevalencia del uso de drogas entre pacientes de Primer ingreso a tratamiento en los CIJ del Estado de Zacatecas. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/RedAtencion/Resumen/9890R.pdf>
- Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (2011). Informe sobre: lucha contra el alcoholismo. Recuperado de <http://www.croc.org.mx/nt/nota.php?id=362>
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2011) Informe sobre: Adicciones y grupos específicos: grupos vulnerables y personas en conflicto con la ley .Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro5.pdf>
- Consejo Estatal Contra las Adicciones. (2005). Informe sobre: Uso y abuso de bebidas alcohólicas: aspectos médicos, México. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pcecas/pcecas.html>
- Cuenya, L. (2006). Estresores ocupacionales, soporte social y consumo de alcohol en jóvenes. *Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones*, 14(1), 211-220.
- De la Fuente, J. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 35, 47-51. doi: 10.1177/0969733011419239
- Díaz, L C., Marina, U.C, Taubert, F.F., Amorim, A.L., Barcelos, D.M., Valenzuela, S.S. & Cruz R.M. (2011). El uso de drogas en el personal de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 17(2) ,37-45.doi 10.4067/S0717-95532011000200005

- Elashoff, D.J., Dixon, J.W., Crede, M.K. & Fotherringamm, M. (2000). nQueryAdvisor (versión 4.0) Copyright (Software estadístico para PC). Los Angeles, C: Statical Solutions.
- Escamilla, Y.S. (2009). Percepción del estrés laboral y consumo de alcohol y tabaco en trabajadores residentes de una comunidad urbana (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Fernandez, S.N. (2006). Características de desarrollo psicológico del adulto. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Recuperado de <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20DE%20LA%20SALUD/CARRERA%20DE%20MEDICINA/10/aduldez%20problems%20y%20consecuencias/80194662-desarrollo-aduldez.pdf>
- Fernández, S. J. (2007). Diferentes efectos del alcohol según el sexo. *Jano*, 26 (1636), 27-32. Rcuperado el 18 de Agosto de 2013 de, http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Alcohol/Articulos/Efectos_del_alcohol_segun_el sexo.pdf
- Frone, R.M., & Brown, L.A. (2012). Normas como predictor del uso de sustancias y Deterioro del Empleado: Un Estudio de Trabajadores de EE.UU. *J Stud Drogas Alcohol*, 71(4), 526-534.
- Gallegos, A.M. (2007). Conocimientos y creencias del personal de enfermería sobre el cuidado del usuario de drogas en el estado de Zacatecas (Tesis de maestría inédita).Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Glasberg A.L., Eriksson,S. & Astrid Norberg,A. (2008). Factors associated with ‘stress of conscience’ in healthcare. *Scandinavian Journal of*

Caring Sciences, 22(2), 249–258. doi 10.1111/j.1471-6712.2007.00522.x

Glasberg, A.L. (2007). *Stress of conscience and burnout in healthcare: the danger of deadening one's conscience* (Tesis doctoral, departamento de enfermería, Umea, Suecia). Recuperado de <http://su.divaportal.org/smash/get/diva2:140236/fulltext01>

Goff, A.M. (2011). Stressors, Academic Performance, and Learned Resourcefulness Baccalaureate Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 8(1), 1-20. doi: 10.2202/1548-923X.2114

Hernández, M. E., & Cerezo, R. S. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(3), 161-166.

Hinojosa, L., Alonso, M. M., Castillo, Y. & Rivera. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1(1), 19-25. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58231406>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2012). Informe sobre: situación financiera y los riesgos del instituto mexicano del seguro social 2011-2012. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20112012/informecompleto.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2002). Informe sobre: Estadísticas de servicios médicos en establecimientos particulares, coberturas por entidad federativa. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2002/SMPE02.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Reporte de drogas. Villatoro-Velázquez J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo M.M, Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvelar-Sevilla, C., & Guisa-Cruz V. México. INPRFM; 2012. Recuperado de: www.conadic.gob.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaria de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo M.M, Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvelar-Sevilla, C., & Guisa-Cruz V. México. INPRFM; 2012. Recuperado de : www.conadic.gob.mx

Jordán, J.M., Souza, M.J., y Pillon, S.C. (2009). Uso de drogas y factores de riesgo entre estudiantes de enseñanza media. *Revista Latino-am Enfermagem*, 17(2). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_17.pdf

Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K. (2007). Perceptions of conscience in relation to stress of conscience. *Nursing Ethics*, 14(3), 329-343. doi: 10.1177/0969733007075868

Juthenberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K. (2010). Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care providers in older people. *Journal of Clinical Nursing*. 1(1), 1897-1906. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02184.x

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping [Version Adobe Digital Editions]. Recuperado de: <http://books.google.es/books>
- Londoño, P.C., Forero, L.P., Rodríguez, L.M., & Mosquera P.A. (2012). Construction of a cognitive-social model integrated by stages to prevent alcohol abuse in Bogotan universty students. *Psicología y Salud*, 22 (2), 235-245.
- Lopes, S.M., Marques, F.C. & Mattia R.A. (2010). El trabajo en turnos alternados y sus efectos en lo cotidiano del trabajador que beneficia granos. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18(6), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_05.pdf
- Lutzén, K., Blom, T., Ewalds, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213–224.doi 10.1177/0969733009351951
- Martínez, P., Medina, M.E., & Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud mental*, 27(6). Recuperado de: http://www.cife.unam.mx/Anexos/12fac_psico/02anexo.pdf
- Miranda, P.C. (2007). *Conocimientos y creencias del personal de enfermería sobre el cuidado del usuario de drogas* (Tesis de maestría inédita).Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Mora, R.J. & Natera, G.M. (2001) Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud pública de México*, 43 (2), 88-96.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2005). Alcohol: un tema de salud de la mujer. (NIIA Publicación No. 04-4956).
Recuperado de

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/women.htm#reading>

Nigenda, G.R., Ruiz, J.A., & Rosales, Y. (2006). Enfermeras con licenciatura en México: estimación de los niveles de deserción escolar y desperdicio laboral. *Salud pública de México*. 8(1), 22-29. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48n1/v48n1a05.pdf>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2008). Informe sobre : Alcohol Alert: Alcohol and other drugs . Recuperado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA76/AA76.htm>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. (2008). Informe sobre : Epidemiology: how common is alcohol and other drug addiction? Recuperado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA76/AA76.htm>

National Institute on Drug Abuse. (2009). Informe sobre: Drug information: Alcohol . Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/el-alcohol>

Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1977). Informe sobre: Recomendación No. 157 sobre el Personal de enfermería. Recuperado de <https://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosRecomendacion/PAG0487.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2008) informe sobre: SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203380.pdf

- Organización Internacional del Trabajo. (1996). Informe sobre: Repertorio de recomendaciones prácticas de Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Recuperado de <http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Informe sobre: Prevención del suicidio un instrumento del trabajo. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887922/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe sobre: El efecto del alcohol sobre la salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2005). Informe de estrategia de cooperación con México de la OPS/OMS para el periodo 2005-2009. Recuperado de http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mex_es.pdf
- Parra, I.H., & Paravic, K. (2002). Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU). *Ciencia y Enfermería*, 8(2). doi.org/10.4067/S0717-95532002000200005
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). Investigación Científica en ciencias de la salud (6ª ed.). México: MCGraw-Hill Interamericana.
- Quintero, S.M., Padilla, L.S, Velázquez, R.E., & Mandujano, J.G. (2012). Revisión del problema de consumo de alcohol en jóvenes mexicanos y posibles relaciones con factores ligados a género. *Medwave*, 12(7). Recuperado de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas>

- Rodríguez, G.C., Oviedo Z.A., Vargas, S.A., Hernández, V.V., & Pérez, F.M. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, 1(19), 179-193.
- Rodríguez, A.C., Martínez, N.A., Juárez, F., López, E. K., Carreño, S., & Medina, M. E. (2008). Relación entre consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil. *Salud Mental*, 31(4), 291-297. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n4/v31n4a6.pdf>
- Secretaría de salud. (SSA, 2011). Reglamento de la Ley de Salud en materia de Investigación para la salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compit/rlgsmis.html>.
- Silén, M., Kjellstrom, S., Christensson, L., Sidenvall, B., & Svantesson, M. (2012). What actions promote a positive ethical climate? A critical incident study of nurses' perceptions, *Nursing Ethics*, 19 (4), 501–512. doi 10.1177/0969733011436204
- Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería (SIHARE, 2006). Informe sobre: Registro Nacional de Datos por Nivel Académico de México. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recurso&_Id=3
- Tapia, R. (2001). Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas. [Versión Adobe Acrobat] Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=3uC9BvACDtgC&printsec=frontcover&dq=descargar+libro+de+Tapia+R.\(2001\).&hl=es#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=3uC9BvACDtgC&printsec=frontcover&dq=descargar+libro+de+Tapia+R.(2001).&hl=es#v=onepage&q&f=false)

- Tirado, M.R., Aguaded, G.J., & Marín, G.I. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Health and Addictions, salud y drogas*, 9 (2), 165-184.
- Torres, E.M. (2006). Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano, (Tesis doctoral).Recuperada de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/maricela_torres_esperon_tesis.pdf
- Turesson, H., Eklund, M., & Wann, H-C. (2012). Stress of Conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nursing Ethics*, 19(2), 208-219.
doi:10.1177/0969733011436204.
- Valdez, E.R. (2009). *Estrés laboral relacionado al consumo de alcohol en trabajadores de la salud* (Tesis de maestría inédita).Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Vargas, D., & Villar L.M. (2008). Alcohol, alcoholismo y alcohólico: concepciones y actitudes de enfermeros de servicios públicos de atención básica de salud. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16(1), 1-7.
Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_07.pdf
- Zambrano, P.G. (2006). Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*, 1 (1) ,156-159.Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v6n1/v6n1a15.pdf>

Apéndices

Apéndice A

Cedula de Datos Personales Y Laborales (CDPYL)

INSTRUCCIONES

La información que usted proporcione es anónima y solo será utilizada por el investigador por lo cual le solicito su colaboración para responder lo más apegado a la realidad la siguiente Cédula de Datos Personales y dos cuestionarios referentes al estrés de conciencia que usted percibe ante algunas situaciones y el consumo de alcohol.

Todos los resultados serán compilados en forma resumida, sin ninguna identificación de los participantes y por ningún motivo se estará evaluando o criticando su actuación con sus respuestas.

DATOS PERSONALES:

- 1) Edad: (Años Cumplidos) _____
- 2) Sexo: Masculino _____ Femenino _____
- 3) Estado Civil:
Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____
Separado _____ Unión Libre _____ Viudo _____
- 4) Grado de Escolaridad:
Primaria _____ Secundaria _____ Carrera Técnica _____
Preparatoria _____ Licenciatura _____ Posgrado o Especialidad _____
Años de Escolaridad: _____
- 5) Tipo de Institución Laboral:
Pública _____ Privada: _____
- 6) Categoría Laboral:
Enfermera Especialista _____ Licenciada en Enfermería _____
Enfermera General _____ Técnica en Enfermería _____
Auxiliar de Enfermería _____ Puesto administrativo de Enfermería _____
- 7) Años de Experiencia Laboral _____
- 8) Área en la que trabaja actualmente _____

- 9) Años de Laborar en el Área actual _____
- 10) ¿Cuántas horas al día trabaja? _____
- 11) ¿Cuántos días de la semana trabaja? _____
- 12) Turno de trabajo _____

II. Prevalencia de Consumo de Sustancias

- 13) Responde con una ✓ tu respuesta. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.

¿Has consumido...?	Alguna vez en la vida			En el último año		En el último mes		En los últimos siete días	
	SI	NO	SI contestaste SI ¿A qué edad consumiste por primera vez?	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alcohol (cerveza, bebidas preparadas, whisky, vodka, Vinos, tequila, etc.)									

14. En un día típico (cuando llegas a consumir) ¿cuántas copas o bebidas alcohólicas consumes (latas, botellas de cerveza, bebidas preparadas, whiskey, vodka, vinos, ron, brandy, tequila, mezcal)?

Apéndice B

Cuestionario de Estrés de Conciencia (SCQ)

INSTRUCCIONES: Las preguntas en esta escala se refieren a sus sentimientos y la presencia de ciertas situaciones que ocurren durante el desempeño de su trabajo, en cada pregunta se le pedirá contestar que tan frecuente se sintió o tuvo una cierta situación, Indique la opción que describa mejor su forma de actuar y sentir ante las siguientes situaciones. Cada pregunta consta de dos partes 1) parte A y 2) parte B, favor de contestar la parte A y la parte B conjuntamente de acuerdo a la escala.

Pregunta A / Pregunta B	0 Nunca	1 Al menos una vez	2 Más de una vez	3 Cada mes	4 Cada semana	5 Todos los días
Preguntas	0	1	2	3	4	5
1A) ¿Con qué frecuencia le falta tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita?						
1B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
2A) ¿Alguna vez se ha visto obligado a brindar atención, que le hacía sentir mal?						
2B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
3A) ¿Alguna vez ha tenido que enfrentarse a (exigencias en su trabajo con las que usted no está de acuerdo)?						
3B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
4A) ¿Alguna vez ha visto que se haya insultado o lastimado a pacientes?						
4B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
5A) ¿Alguna vez ha evitado a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo?						
5B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						

Pregunta A / Pregunta B	0 Nunca	1 Al menos una vez	2 Más de una vez	3 Cada mes	4 Cada semana	5 Todos los días
Preguntas	0	1	2	3	4	5
6A) ¿Su vida privada es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía (le gustaría) hacerlo?						
6B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
7A) ¿Su trabajo en el cuidado de la salud es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía (le gustaría) hacerlo?						
7B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
8A) ¿Alguna vez ha sentido, que no cumple con las expectativas que los demás tienen de usted con respecto a su trabajo?						
8B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						
9A) ¿Alguna vez ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar una buena atención (un buen cuidado)?						
9B) ¿Le provoca esto un conflicto de conciencia?						

Glasberg et al. (2007).

Apéndice C

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

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de alcohol, lea cuidadosamente cada una de ellas y subraya la respuesta que más se acerca a tu realidad.

<p>1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(4) 10 o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos).</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año.</p>

Apéndice D

Consentimiento Informado

Título del proyecto:

Estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería de una institución de salud.

Autor del estudio: LE. Laura Berenice Zorrilla Martínez.

Director de tesis: Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo.

Prólogo:

Estamos interesados en conocer la relación que existe de estrés de conciencia y el consumo de alcohol. El estrés de conciencia se refiere a los sentimientos que pueden surgir cuando las enfermeras que atienden a pacientes hospitalizados toman decisiones contrarias a las que saben son las correctas para proporcionar un cuidado de enfermería de calidad. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería de la LE. Laura Berenice Zorrilla Martínez, por lo que le estamos invitando a participar en esta investigación, si usted acepta dará respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario disponible dentro de sus actividades. Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, este documento le explicará el estudio, si usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento. Una copia de él se le entregará a usted.

Propósito del estudio:

El objetivo de este estudio es conocer la relación que existe entre el consumo de alcohol y el estrés de conciencia en el personal de enfermería que labora en una institución de salud. La información que aporte servirá para diseñar e implementar estrategias de educación y prevención de consumo de alcohol y estrés de conciencia en el personal de enfermería.

Descripción del estudio / procedimiento:

Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado. Los cuestionarios serán aplicados dentro del hospital y se le protegerá cuidando en todo momento su privacidad, no identificándole por su nombre, ni dirección.

Además se le informa que el participar no tendrá ninguna repercusión en su lugar de trabajo. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades laborales. El tiempo estimado para el llenado del cuestionario es de 20 minutos.

Riesgos e inquietudes:

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Sin embargo si se siente indispuerto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse en el momento que usted lo decida.

Beneficios:

No existe ningún beneficio a su persona al participar en el estudio sin embargo los resultados del estudio podrán utilizarse para diseñar estrategias de prevención de estrés de conciencia y consumo de alcohol en el personal de enfermería.

Alternativas:

La investigación no es de tratamiento por lo cual la única alternativa es desistir de su participación

Costos:

No existe costo para usted al participar en el estudio

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

- La información, opiniones, ideas que proporcione son confidenciales solamente la autora del estudio y usted tendrán acceso a ella, sus respuestas no serán reveladas ya que en el cuestionario a responder no se solicita su nombre o dirección. Si los resultados de la investigación fuesen publicados o

discutidos en alguna conferencia, ninguna información estará incluida sobre su persona. Recuerde que los cuestionarios que usted conteste son anónimos y la información es confidencial. La información colectada solo será procesada por la autora principal del estudio, siendo almacenada por un periodo de 6 meses al término del cual se procederá a la eliminación de las encuestas.

Derecho a retractar:

Su participación es voluntaria, la opción de participar o no, de ninguna manera afectará su relación actual o futura con su trabajo, si en cualquier momento decide no participar no se afectará esa relación.

Dudas:

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio por favor comunicarse con la responsable del Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, a quien se puede localizar en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento: Yo acepto participar voluntariamente en esta investigación y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este documento y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque acepto participar en este estudio no estoy renunciando a ningún derecho.

_____	_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____
Firma del testigo (1)	Fecha
_____	_____
Firma del Testigo (2)	Fecha
_____	_____
Firma del investigador principal	Fecha

Apéndice E

Oficio de Autorización Prueba Piloto



UANL



FAEN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Subdirección de Posgrado e Investigación

Oficio FAEN No. 060/2013

MSP. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR

Director de la
Facultad de Enfermería, UANL
Presente.-

Estimado Mtro. Rodríguez:

Por este conducto me permito enviar a Usted un cordial saludo y a su vez le solicito su apoyo para que la estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería de nuestra Facultad la Lic. **Laura Berenice Zorrilla Martínez** con número de matrícula 6613699 aplique como prueba piloto para su estudio de tesis de maestría 50 encuestas a los estudiantes de Postbásicos en nuestra Facultad a su digno cargo. El estudio se titula "Estrés de Conciencia y Consumo de Alcohol en el Personal de Enfermería de una Institución".

La Lic. Zorrilla Martínez además de solicitar su autorización, solicitará el consentimiento del mismo estudiante. Informo además que la Lic. Zorrilla Martínez se ajustará a los tiempos, horarios y normas que usted establezca a fin de no interferir con las actividades académicas de los estudiantes.

Agradezco el apoyo que usted se sirva ofrecer a nuestra estudiante, y aprovecho la oportunidad para reiterarle mi agradecimiento y las seguridades de mi atenta consideración.

Atentamente,
"ALERE FLAMMAM VERITATIS"
Monterrey, N.L., a 18 de Febrero de 2013

DRA. MARIA MAGDALENA ALONSO CASTILLO
Subdirector de Posgrado e Investigación

80 AÑOS
DEJANDO HUELLA

Ave. Gonzalitos No. 1500 Nte. C.P. 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. (52 81) 8348 1847 / Fax: (81) 8348 16328

18/02/2013
Dra. Alonso 12:19h
80
ANIVERSARIO
1933 - 2013
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Apéndice F

Oficio de Autorización Prueba Final

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Comité Hospitalario de Ética en Investigación
OFICIO No.4/2013

Zacatecas, Zac., a 21 de junio de 2013.


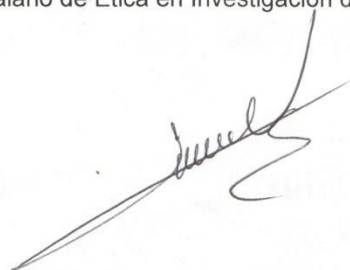

Asunto: Dictamen favorable

Dr. Adolfo Castro Salas
Jefe de Enseñanza e Investigación
Presente:

Por medio del presente, el Comité de Ética en Investigación del Hospital General del ISSSTE Zacatecas, dictamina una respuesta favorable para la realización del protocolo titulado "**Estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería de una institución de salud**" debido a que se realizaron las modificaciones correspondientes en dicho protocolo, y se aclara que debe presentar al comité el informe técnico de acuerdo a la norma 313, en cuanto termine dicho protocolo.

Atte.

Comité Hospitalario de Ética en Investigación del Hospital General del ISSSTE Zacatecas.


 *Mo. Guadalupe Rojas C.*


Apéndice G

Extracción de variables del instrumento Escala de Estrés de Conciencia

	Componentes		
	1	2	3
1A) ¿Con qué frecuencia le falta tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita?	.690	-.088	.358
2A) ¿Alguna vez se ha visto obligado a brindar atención, que le hacía sentir mal?	.466	-.110	.603
3A) ¿Alguna vez ha tenido que enfrentarse a (exigencias en su trabajo con las que usted no está de acuerdo)?	.611	-.530	.283
4A) ¿Alguna vez ha visto que se haya insultado o lastimado a pacientes?	.334	.681	-.061
5A) ¿Alguna vez ha evitado a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo?	.590	.538	.084
6A) ¿Su vida privada es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía (le gustaría) hacerlo?	.574	-.115	-.277
7A) ¿Su trabajo en el cuidado de la salud es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía (le gustaría) hacerlo?	.635	-.273	-.494
8A) ¿Alguna vez ha sentido, que no cumple con las expectativas que los demás tienen de usted con respecto a su trabajo?	.653	-.114	-.473
9A) ¿Alguna vez ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar una buena atención (un buen cuidado)?	.661	.309	.076
Método de extracción :Análisis de Componentes principales			
A 3 componentes extraídos			

	Componentes		
	1	2	3
1A) ¿Con qué frecuencia le falta tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita?	.240	.695	.268
2A) ¿Alguna vez se ha visto obligado a brindar atención, que le hacía sentir mal?	-.067	.752	.152
3A) ¿Alguna vez ha tenido que enfrentarse a (exigencias en su trabajo con las que usted no está de acuerdo)?	.382	.750	-.162
4A) ¿Alguna vez ha visto que se haya insultado o lastimado a pacientes?	.041	-.090	.755
5A) ¿Alguna vez ha evitado a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo?	.158	.215	.757
6A) ¿Su vida privada es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su trabajo como desearía (le gustaría) hacerlo?	.604	.172	.160
7A) ¿Su trabajo en el cuidado de la salud es siempre tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía (le gustaría) hacerlo?	.842	.104	.041
8A) ¿Alguna vez ha sentido, que no cumple con las expectativas que los demás tienen de usted con respecto a su trabajo?	.788	.074	.190
9A) ¿Alguna vez ha tenido que reducir (bajar) sus aspiraciones de brindar una buena atención (un buen cuidado)?	.284	.331	.590
Método de extracción :Análisis de Componentes principales			
Método de Rotación : Varimax con Normalización de Kaiser			
una rotación ha convergido en 3 iteraciones			

Matriz de transformación de componentes

Componente	1	2	3
1	.659	.582	.476
2	-.324	-.352	.878
3	-.679	.733	.044

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

Resumen Autobiográfico

Lic. Laura Berenice Zorrilla Martínez

Candidata a obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: ESTRÉS DE CONCIENCIA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

LGAC: Prevención de Adicciones a las Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Laura Berenice Zorrilla Martínez, nacida en Villanueva, Zacatecas el 9 de Marzo de 1988. Hija del Sr. Margarito Zorrilla Olvera y la Sra. Socorro Martínez Flores.

Educación: Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas (2006-2011)

Experiencia Profesional: Servicio Social en el Hospital General del ISSSTE en Zacatecas, Zacatecas 2010-2011; enfermera particular 2008-2011, auxiliar de enfermería en el hospital general del ISSSTE 2010-2011, auxiliar de enfermería en la jornada de capacitación permanente y vacunación universal del hospital general del ISSSTE, enfermera general en el servicio de Medicina Preventiva en el hospital general del ISSSTE 2010-2011. Becario CONACYT para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capitulo Tau Alpha.

Correo electrónico: lauber2000@hotmail.com