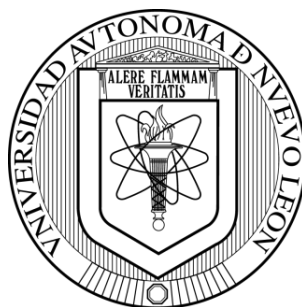


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



VIOLENCIA, ESTADOS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN
MUJERES TRABAJADORAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN
TABASCO

Por

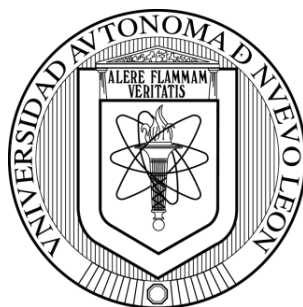
L.E. ROCÍO SASTRÉ RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

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



VIOLENCIA, ESTADOS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN
MUJERES TRABAJADORAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN
TABASCO

Por

L.E. ROCÍO SASTRÉ RODRÍGUEZ

Director de Tesis

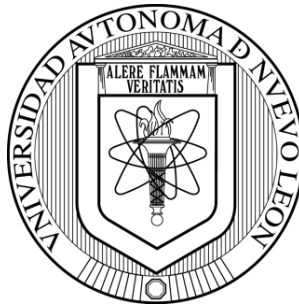
MSP. LUCIO RODRÍGUEZ AGUILAR

Como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

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



VIOLENCIA, ESTADOS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN
MUJERES TRABAJADORAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN
TABASCO

Por

L.E. ROCÍO SASTRÉ RODRÍGUEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD.

Como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

VIOLENCIA, ESTADOS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN
MUJERES TRABAJADORAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN
TABASCO

Aprobación de Tesis

MSP Lucio Rodríguez Aguilar

Director de Tesis

MSP Lucio Rodríguez Aguilar

Presidente

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Secretario

Dra. Teresita de Jesús Campa Magallón

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco por el apoyo brindado a través del Programa de Superación Académica 2012-2 para realizar y concluir satisfactoriamente mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), y de la Facultad de Enfermería, especialmente a la ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, directora de esta facultad, gracias por el apoyo brindado para realizar y concluir mis estudios.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, por la oportunidad y apoyo brindados para lograr esta meta.

Al MSP. Lucio Rodríguez Aguilar, por su gran apoyo, paciencia, tiempo y dedicación en la realización de este proyecto, muchas gracias.

Al Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, por dedicar parte de su valioso tiempo y por el apoyo brindado en la realización de este proyecto, gracias.

A la Dra. Teresita de Jesús Campa Magallón, por el apoyo brindado en la culminación de mi tesis.

A la Dra. Nora Angélica Armendáriz García, Coordinadora de la Maestría Modalidad Semipresencial de la Facultad de Enfermería, por las facilidades otorgadas y el apoyo brindado para la culminación de mis estudios.

A los directivos del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, por las facilidades otorgadas para la realización del presente estudio, así mismo a todas las mujeres participantes por el tiempo y la confianza que me brindaron.

A los profesores de ésta Facultad que contribuyeron en mi crecimiento profesional, gracias por su amistad, sus consejos y enseñanzas.

Al personal administrativo del área de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, por todas las atenciones brindadas.

A mi amiga Mariana, por cada uno de los momentos que pasamos juntas en ésta etapa de nuestras vidas, gracias por todo eres una hermana para mí, Dios te bendiga siempre, te quiero mucho.

A mi amiga Xochitl, gracias por el apoyo incondicional que me brindaste y por el tiempo de estudio que compartiste conmigo.

A mis familiares y compañeros de maestría, en especial a mi amiga Eva, Benjamín, Edgar y Saúl fue muy grato compartir con ustedes maravillosos momentos de alegría y estudio, gracias.

Dedicatoria

A mi gran Dios, por concederme la oportunidad de realizar mis estudios de maestría, por darme la vida y las fuerzas para salir adelante pese a las dificultades y obstáculos en el camino. Gracias padre por amarme tanto y por estar siempre a mi lado.

A mi madre Micaela Rodríguez Pérez, por sus sabios consejos, su apoyo emocional y espiritual; por sus valiosas oraciones y por ser un gran ejemplo en mi vida. A mi padre Rubicel Sastré Madrigal, por confiar en mí y por todo el apoyo que me has brindado papi. Gracias a ambos por su gran amor, quiero decirles que los amo con todo mi corazón.

A mis hermanos David, Rubicel, Esbeidy, Jonás, Cristhel, Abraham, Esther, Ruth Areli, Arisbeth, Thelma Yanelli, Keilita y mis niños Obed y Hany Jael; por ser parte de mi gran familia, los quiero muchísimo.

A ti Sergio, porque tu amor me hace dichosa, porque me brindaste tu apoyo incondicional en los momentos más difíciles de ésta etapa, por tus palabras de ánimo y por haber llegado a mi vida. Te amo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Estudios Relacionados	11
Definición de Términos	18
Objetivos	21
Capitulo II	
Metodología	22
Diseño del Estudio	22
Población, Muestreo y Muestra	22
Instrumentos de Medición	22
Procedimiento de Recolección de Datos	25
Consideraciones Éticas	26
Análisis de Datos	27
Capitulo III	
Resultados	29
Consistencia Interna de los Instrumentos	29
Estadística Descriptiva	29
Estadística Inferencial	37

Contenido	Página
Capitulo IV	
Discusión	41
Conclusiones	45
Recomendaciones	45
Referencias	47

Contenido	Página
Apéndices	51
A Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPyCA)	52
B Versión española del Índice de Abuso en la Pareja (IAP)	53
C Inventario de Depresión de Beck (BDI)	58
D Cuestionario TWEAK	63
E Oficio de autorización para la recolección de los datos en una institución de salud pública	65
F Consentimiento informado	66

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	29
2. Datos sociodemográficos	30
3. Descripción de la violencia física en mujeres trabajadoras.	31
4. Descripción de la violencia no física en mujeres trabajadoras.	32
5. Nivel de los estados depresivos	33
6. Frecuencias y proporciones de los estados depresivos	34
7. Prevalencias del consumo de alcohol.	36
8. Tipos de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras.	37
9. Medidas de tendencia central, de dispersión y resultado del Coeficiente de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors	38
10. Coeficiente de Correlación de Spearman.	39

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Representación gráfica de las variables del estudio	11

Resumen

Rocío Sastré Rodríguez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Junio, 2014

Título del Estudio: VIOLENCIA, ESTADOS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES TRABAJADORAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN TABASCO.

Número de páginas: 70

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Licitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue conocer la relación que existe de la violencia, los estados depresivos y el consumo de alcohol en mujeres trabajadoras de una institución de salud pública en Tabasco. El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional. El muestreo fue aleatorio simple. La muestra fue calculada a través del programa estadístico n´Query Advisor con una significancia de .05 con potencia del 90% y un efecto de pequeño a medio de .06 según lo recomendado por Cohen (1998). La muestra fue de 202 mujeres del total de la población. Para la recolección de los datos se utilizó una Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPYCA) y tres instrumentos: Índice de Abuso en la Pareja (IAP) en su versión española, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el cuestionario TWEAK.

Contribuciones y Conclusiones: Las mujeres trabajadoras sufren, rara vez violencia física del 1% al 4% con mayor frecuencia cuando la pareja le exige tener relaciones sexuales sin tomar en cuenta si quiere o no quiere, seguido de ser agresivo cuando bebe. La violencia no física que sufre la mujer, fue rara vez, el 19.3% ocurre cuando no se está de acuerdo con la pareja, seguido de celos de la pareja por sospechas de amigos y otras personas cercanas (14.9%) y cuando la pareja se enfada y se pone irritable cuando le dice que está bebiendo demasiado (14.9%). Los estados depresivos reportados fueron; leves 97% y 3% los estados depresivos moderados y severos respectivamente. Las prevalencias del consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 82.7%, (*IC*95%, 77-88) en el último año de 54.0%, (*IC*95%, 47-65) en el último mes de 18.8%, (*IC*95%, 13-24) y en la última semana de 4.5%, (*IC*95%, 2-7). Los tipos de consumo de alcohol fue en mayor proporción el consumo de riesgo (50.4%), seguida del consumo sensato (30.3%) y probable adicción al alcohol o alcoholismo (19.3%). Se encontró una relación positiva y significativa de la violencia física y no física con los estados depresivos, ($r_s=.415$, $p=.001$), ($r_s=.197$, $p<.005$), así mismo la violencia no física se relacionó con el consumo de alcohol ($r_s=.187$, $p<.005$).

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

La violencia en contra de la mujer es un fenómeno de gran relevancia a nivel mundial por su magnitud e impacto sobre el bienestar físico y emocional de las afectadas y como una causa que influye en las tasas de morbi-mortalidad. Entre las graves consecuencias que puede tener en la salud de las mujeres se encuentran las lesiones y condiciones de salud crónicas como cefaleas o problemas psiquiátricos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002).

A nivel mundial en el año de 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció oficialmente la violencia como un problema de salud pública y a la fecha actual, se han emprendido una serie de acciones para mejorar y combatir ésta problemática tanto a nivel mundial como nacional. La violencia ocurre en todos los países y comunidades; se produce en diversos ámbitos como el trabajo, la escuela, la vida social y sobre todo en el hogar. Según encuestas realizadas en todo el mundo entre el 10% y el 69% de las mujeres indicaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas. Es importante destacar que la violencia en contra de la mujer ocurre principalmente en el seno familiar, esto es en su entorno primario, con la persona con que se relaciona en forma íntima (OMS, 2002).

Reportes de la Secretaría de Salud de México menciona que seis de cada diez mujeres ha sufrido violencia alguna vez en la vida y cuatro de cada diez ha sufrido violencia por parte de su pareja alguna vez en la vida. Es importante señalar los resultados arrojados por la Encuesta Nacional sobre Violencia en contra de las Mujeres del año 2006 (ENVIM), muestran un incremento en la experiencia por parte de las mujeres de haber presentado alguna relación violenta o agresiva en su vida, en comparación del año 2003 que fue de 25.8% y en el 2006 de 33.3%. La pareja masculina

fue en el 79.5% el principal agresor en contra de la mujer (Secretaría de Salud [SS], 2009).

Por otra parte tres de cada diez mujeres que reportaron haber vivido violencia por su pareja en los últimos doce meses, sufrieron alguna lesión o daño como consecuencia. De ellas el 76% presentaron hematomas, el 70% presentaron dolor en el cuerpo por algunos días, y un 11% reportaron pérdida de la conciencia. Por otra parte la misma encuesta reporta una prevalencia de la violencia física con un 16%, la sexual con 12% y finalmente la económica con un 4% (Secretaría de Salud [SS], 2009).

La violencia contra la mujer que recibe de su pareja puede afectar la salud mental experimentando estados depresivos y a su vez adquirir otras conductas de riesgo como es el consumo de alcohol. Esta conducta constituye un grave problema de salud pública internacional, ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. Está relacionado con muchos problemas graves de índole social y de desarrollo, en particular la violencia, causa anualmente 2.5 millones de muertes alrededor del mundo (Monteiro, 2013).

El consumo de alcohol representa un desafío para la salud general, especialmente para las mujeres, ya que el consumo de éste aun en pequeñas cantidades afecta a las mujeres de forma diferente que a los hombres. Cabe destacar que consumir más de una bebida alcohólica al día por parte de las mujeres, aumenta los riesgos de sufrir accidentes automovilísticos, elevar la tensión arterial, sufrir eventos cerebrales, cometer o ser víctima de un acto de violencia y suicidio. En general cuando una mujer bebe en exceso, se convierte en una potencial víctima de violencia y abuso sexual (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2005).

En México el consumo de alcohol se ha incrementado de manera importante en las mujeres los últimos años. Según el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC, 2011), se ha observado un crecimiento importante en las

prevalencias de consumo de alcohol en la mujeres del año 2002 al 2011. La prevalencia alguna vez en la vida se incrementó de 53.6% a 62.6%, la prevalencia de los últimos doce meses de 34.2% a 40.8% y la prevalencia del último mes aumentó de 7.4% a 19.7%. En el tipo de consumo la dependencia se incrementó significativamente tanto en hombres como en mujeres, pero en ellas se triplicó del 0.6% a 1.8%. La edad de inicio de consumo de alcohol fue a los 17 años o menos (CENADIC, 2011).

El consumo del alcohol influye en el comportamiento de los individuos, ocasionando trastornos emocionales y mentales, que favorece los comportamientos agresivos en las relaciones de un individuo y otro. Las personas bajo los efectos del alcohol tienen mayor tendencia a manifestar su personalidad agresiva. Los resultados obtenidos en un estudio realizado en un grupo de mujeres que fueron agredidas por sus parejas en estado de ebriedad en Bogotá, Colombia, mostraron que el 83.3% de las mujeres habían consumido alcohol alguna vez en la vida y el 50% de ellas lo consumió en el último año (Salazar, 2008).

Uno de los efectos negativos y graves que conlleva el consumo de alcohol según lo relacionan algunos estudios, es la violencia, especialmente la sufrida por las mujeres y perpetradas por sus parejas. La relación entre consumo de alcohol y conductas violentas constituye un problema social con repercusiones legales (Herrera & Arena ,2010).

Cabe señalar que la literatura nacional e internacional ha mostrado relaciones de algunos trastornos afectivos y psicológicos entre los que se encuentran los estados depresivos, con la violencia y el consumo de alcohol. Según el CENADIC (2011) las mujeres que consumen alcohol tienen el 59% más probabilidades de presentar estados depresivos, en comparación con las no consumidoras.

Los estados depresivos son caracterizados por síntomas tales como tristeza, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño o apetito y mala concentración. Actualmente para el sector salud, los estados depresivos son uno de los mayores desafíos ya que en la actualidad se

encuentra entre las cinco causas de discapacidad en el mundo y se estima que será la primera o la segunda en los próximos diez años (CENADIC, 2011; Chinchilla, 2008; Natera, Juárez, Medina-Mora & Tiburcio, 2007).

En las últimas décadas el trabajo en las mujeres ha estado resolviendo en gran medida las necesidades de la familia contribuyendo con recursos económicos para mejorar las condiciones y calidad de vida de sus miembros y como una ayuda al sostenimiento familiar. Lo que implica una doble jornada de trabajo que combina con el cuidado de los hijos.

Se ha documentado que el trabajo es la actividad humana que transforma la naturaleza y produce los bienes y servicios requeridos para satisfacer las necesidades de la sociedad. Los procesos económicos y sociales, los cambios tecnológicos, las crisis económicas, las transformaciones en materia de salud, la educación, entre otros; han traído como resultado la irrupción de las mujeres en el mercado del trabajo, ampliando y potenciando la participación de éstas en el ámbito laboral (INEGI, 2012).

En México la Encuesta Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012), reportó que la participación de la mujer en el campo laboral es más alta en las edades de 25 a 49 años de edad, gracias a que es la edad productiva por excelencia, pero también es la etapa de inicio o consolidación familiar; lo que propicia mayores niveles de actividad económica en estas edades. Así mismo éste instituto reporta que en el año 2010 la participación de las mujeres en el campo laboral aumentó en éste período (INEGI, 2012).

Según resultados de un análisis comparativo realizado en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa; se detectó que el ajuste marital es el mejor predictor para el bienestar psicológico al igual que para la salud física, especialmente para las mujeres empleadas (Escalera y Sebastián, 2000). Por otra parte la tensión experimentada en el trabajo remunerado por parte de las mujeres, emerge como un importante determinante

de riesgo para que la mujer trabajadora sufra de violencia por su pareja masculina (Ortega-Ceballos et al, 2007).

Es importante mencionar que gran parte de los estudios realizados sobre violencia en la mujer, se han realizado en mujeres de la comunidad y en otras poblaciones de trabajadoras, son pocos los estudios que se han llevado a cabo en poblaciones de mujeres trabajadoras y de forma específica en los servicios de salud.

El presente estudio pretende incrementar el cuerpo de conocimientos para la enfermería, al conocer la relación entre la violencia, los estados depresivos y consumo de alcohol en mujeres trabajadoras de una institución de salud pública en Tabasco; cabe destacar que no se cuenta con suficiente evidencia en la zona sureste de México y es posible que las condiciones actuales políticas, sociales y ambientales estén influyendo en el incremento de estos fenómenos en las mujeres, dado que en la experiencia profesional de la autora ha observado incrementos en la violencia, los estados depresivos y consumo de alcohol en mujeres. Así también los resultados del estudio servirán como base para el planteamiento en un futuro de programas de intervención de enfermería encaminados para la prevención de la violencia, los estados depresivos y el consumo de alcohol.

Por lo anterior, el propósito del estudio es conocer la relación que existe de la violencia, los estados depresivos y el consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras de una institución de salud pública en Tabasco.

Marco de Referencia

Los conceptos que guiaron el presente estudio fueron: violencia (Videbeck, 2013), estados depresivos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) y consumo de alcohol (Russell, Pristach, Welte & Chan, 1993).

Según la OMS, la violencia contra de la mujer, es todo acto en la mujer que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo amenazas de actos relacionados con la coacción o la privación de la libertad,

tanto si se producen, en la vida pública como en la privada. Es todo acto de agresión intencional y repetitiva en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, algún objeto o arma para causar daño a la integridad física, su finalidad es el sometimiento y el control del otro (OMS, 2005).

Videbeck (2013) conceptualiza a la violencia de pareja, denominada también violencia de género cuando la víctima es miembro femenino de la pareja. Consiste en agredir física y no físicamente, tal como abusar, humillar, pegar, controlar con castigos o amenazas o agredir sexualmente al conyugue o pareja. Puede tratarse de una relación entre marido y mujer, dos personas que viven juntas sin estar casadas, novios que no viven juntos o dos personas que se han separado o divorciado o han dejado de vivir juntas, esta autora clasifica la violencia como física y no física.

La violencia física se refiere tomar a la víctima con fuerza o empujarla, hasta golpearla o intentar estrangularla, y puede provocar lesiones graves, como fracturas, hemorragias internas y daño cerebral, incluso el agresor puede llegar a cometer homicidio. Dentro de la violencia física se incluye las agresiones sexuales que consideran violación sexual y agresiones sexuales no consentidas y que tienen lugar durante las relaciones íntimas.

En la violencia no física, el maltrato psicológico consiste en humillar, ridiculizar, insultar o amenazar a otra persona o gritarle o destruir sus pertenencias. A veces adopta formas más sutiles, como negarse a dirigir la palabra a la víctima o hacer como si no existiera. La violencia económica se refiere a las conductas de control que el cónyuge tiene hacia la mujer sobre los gastos personales y de la familia. Así mismo (Videbeck, 2013) afirma que existe un patrón típico en el agresor en el que suele producirse un episodio inicial de violencia seguido de otro, en el que el agresor pide perdón a la víctima, se siente arrepentido y promete que nunca más volverá hacerlo. Expresa a su mujer el gran amor que siente por ella, y puede incluso tener comportamientos románticos.

Este período de culpabilidad y remordimientos se denomina a veces períodos de luna de miel, y puede durar semanas, incluso meses, lo que hace que la víctima piense que la relación ha mejorado. La mujer quiere creer en lo que su marido le dice y valora como episodio aislado el incidente violento. Tras este periodo dulce, empieza una fase de acumulación de tensión, que suele caracterizarse por discusiones, silencios muy prolongados, embarazos y quejas continuas del marido.

La tensión termina en otro período de violencia, del cual el agresor vuelve a sentirse culpable y arrepentido y promete que va a cambiar, repitiéndose así este ciclo. Los episodios de violencia se hacen cada vez más frecuentes, al tiempo que los periodos de arrepentimiento van desapareciendo, aumenta la gravedad e intensidad de la violencia y las lesiones que sufre la mujer son cada vez más graves y finalmente la violencia se convierte en algo habitual (Videbeck, 2013).

Un factor que se ha asociado con la violencia, además del consumo de alcohol son los estados depresivos, esto puede referirse a un signo, síntoma, síndrome, estado emocional, reacción, enfermedad o entidad clínica (Stuart & Laraia, 2006).

Beck et al. (1979), describen que las personas con estados depresivos, explican un suceso adverso como una limitación personal, al centrarse en sus deficiencias personales; éstas se desarrollan hasta el punto en que dominan por completo su auto concepto. La persona puede pensar en sí mismo de una forma negativa y es incapaz de reconocer sus habilidades, logros y atributos. La comparación con otras personas reduce aún más su autoestima, por lo que cada encuentro con los demás se vuelve una experiencia negativa. Sus autocríticas aumentan cuando se ve a sí mismo merecedor de culpas.

Otro de los síntomas es el pesimismo, los pensamientos de las personas tienden a ver el futuro como una continuación del presente, esperan seguir fracasando de forma permanente; por tanto el pesimismo domina sus actividades, deseos y expectativas. Por otra parte son capaces de una autoevaluación lógica cuando su estado de ánimo no está

deprimido o cuando solo lo está de forma leve. Cuando los estados depresivos se desarrollan y aumenta, el pensamiento negativo reemplaza cada vez más al pensamiento objetivo (Beck et al. 1979).

Los estados depresivos se desarrollan a lo largo de las semanas, meses o incluso años cuando cada experiencia vital se interpreta como una prueba adicional de fracasos. La ira es uno de los síntomas que aparecen, los sujetos piensan que son responsables y merecedores de los insultos de los demás, de los problemas que se encuentran en la vida. Junto con la baja estima, experimentan apatía, entran en un estado de inactividad y se apartan de la vida. Carecen de cualquier deseo espontáneo y solo quieren seguir pasivos puesto que esperan el fracaso (Beck et al. 1979).

Puede observarse deseos suicidas como una expresión extrema del deseo de escapar. Las personas con síntomas suicidas ven sus vidas llenas de sufrimientos, sin posibilidad de mejorar esta negatividad. En síntesis una persona con estados depresivos suelen describir su estado de ánimo como triste, con pesimismo, sin esperanza, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimientos de soledad. La baja autoestima y la disminución de energía física llevan a un retraimiento apático del entorno, sin embargo existe otra dimensión de los estados depresivos experimentada por un número significativo de personas que expresan, ansiedad, irritabilidad, agitación y sentimientos de angustia (Beck et al. 1979).

Beck , Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961), refiere que los estados depresivos pueden clasificarse en: leves, moderados y severos. En cuanto a los estados depresivos leves consiste en la presencia de más de cinco síntomas como estado de ánimo de tristeza, dificultad para concentrarse, desesperanza y pesimismo, con una duración de dos semanas aproximadamente.

Los estados depresivos moderados se refiere a la presencia de más de seis y menos de diez síntomas, como dificultad para tomar decisiones, sentimiento de fracaso, pérdida de energía, del apetito, pérdida del interés en su sexualidad, pérdida para realizar

actividades laborales e inquietud, dichos síntomas pueden durar por más de dos semanas y menos de treinta días. Finalmente los estados depresivos severos se caracterizan por la presencia de más de diez síntomas y que tienen una duración mayor de cuarenta y dos días. Los síntomas son aumento o pérdida de peso, anorexia, irritabilidad, incapacidad para trabajar, fatiga, cambios en la percepción de su imagen, problemas somáticos (dolor de cabeza), autoreclamos, autocríticas, deseos de castigo entre otros (Beck et al. 1961).

En relación al consumo de alcohol, se refiere a la ingesta de bebidas alcohólicas con respecto a la frecuencia y cantidad, así mismo con la presencia de algunas situaciones referente al problema de consumo. El etanol o alcohol etílico, es un líquido incoloro inflamable que constituye la base de las bebidas alcohólicas. Una bebida alcohólica es aquella que contiene alcohol etílico en una proporción del 2% y hasta 55% en volumen, según lo define la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-2009) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

El alcohol es considerado una droga de carácter legal en los mayores de 18 años de edad. Esta sustancia actúa como depresor del sistema nervioso central y genera efectos a nivel biológico, psicológico y social. Existen diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres que influyen para que el efecto del alcohol en sus organismos sea distinto. Las mujeres tienen mayor cantidad de grasa y menor proporción de agua en el cuerpo. El agua del organismo ayuda a diluir el alcohol, mientras que las grasas lo retienen, esto genera en el organismo de las mujeres mayores niveles de concentración de alcohol en la sangre, aun ingiriendo la misma cantidad que los hombres.

El alcohol entra al cuerpo vía oral y pasa por el tubo digestivo hasta llegar al estómago, donde se absorbe un 20%, posteriormente pasa al intestino delgado en donde se completa su absorción. La velocidad con la que lo hace depende de factores como el tipo de bebida y la presencia de alimentos o no en el estómago. El alcohol es metabolizado en el estómago mediante la enzima alcohol deshidrogenasa gástrica. El nivel máximo de alcohol en la sangre se alcanza entre los 30 y los 90 minutos después

de su ingesta y es distribuido por todo el cuerpo, excepto en el tejido graso. El alcohol se metaboliza en el hígado y se produce el acetaldehído que es el causante de la mayor parte de los efectos tóxicos hepáticos, el acetaldehído es desdoblado por la enzima deshidrogenasa aldehídica convirtiéndose en acetato (Tapia, 2001).

Según Tapia (2001) las mujeres menores de 50 años tienen niveles menores de la enzima deshidrogenasa gástrica en relación a los varones, esta diferencia desaparece a edades más avanzadas. Así mismo la mujer también posee niveles de deshidrogenasa aldehídica menores en un nivel hepático, esto favorece a que una mayor proporción de alcohol pase a la circulación y al hígado. El alcohol se elimina una mínima parte por exhalación, por la orina, las heces y el sudor.

En relación a la clasificación del tipo de consumo de alcohol se divide en consumo sensato, riesgo de adicción y probable adicción al alcohol, de acuerdo con Russell et al. (1993). Un consumo sensato en mujeres es la ingesta de no más de dos copas por ocasión y no más de tres veces por semana. El consumo de riesgo de adicción es ingerir de tres a cuatro copas por ocasión y necesitar tres o más bebidas para experimentar los primeros efectos del alcohol (Russell et al. 1993).

Estos autores señalan que el consumo probable de adicción al alcohol, se refiere a consumir cinco o más copas por ocasión. Además presentar algunos de los siguientes problemas; amigos o familiares que se preocupen por la forma en que bebe la persona, consumir una bebida alcohólica al despertar, que amigos o familiares comenten que la persona realizó o dijo algo cuando estaba bajo los efectos del alcohol, lo cual no recuerde y por último que la persona sienta la necesidad de reducir su consumo.

La prevalencia del consumo de alcohol es una medida epidemiológica de frecuencia que recomienda la Secretaría de Salud a través del CENADIC (2011) para medir el consumo de alcohol. Según Beaglehole, Bonita y Kjellström (2008) la prevalencia es la frecuencia de casos que se presentan en la población, en un momento determinado del tiempo. Por lo tanto se considera prevalencia global cuando se consume

alguna vez en la vida; prevalencia lápsica al consumo en los últimos doce meses; prevalencia actual es el consumo que se presenta en los últimos treinta días y prevalencia instantánea al consumo en los últimos siete días, considerando la población expuesta.

En la figura uno se muestra la representación gráfica de las variables del estudio donde se plantea la relación que entre la violencia y los estados depresivos, así como la relación de la violencia y los estados depresivos con el consumo de alcohol. Propone la relación de la violencia con los estados depresivos, así mismo la relación de la violencia y los estados depresivos con el consumo de alcohol.

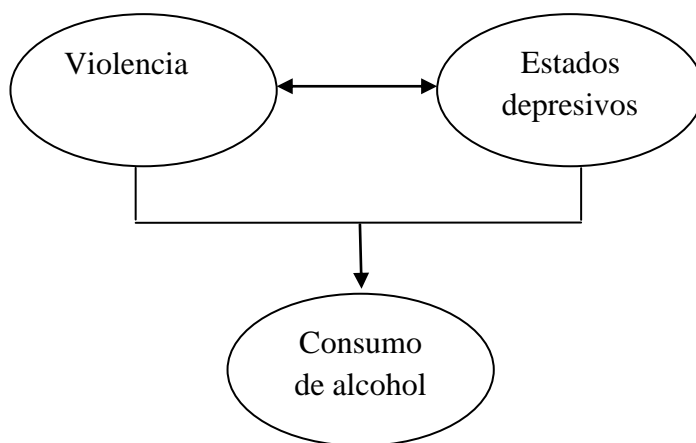


Figura 1. *Representación gráfica de las variables del estudio*

Estudios Relacionados

En este apartado se describen los estudios relacionados de acuerdo a las variables del estudio.

López (2009), realizó un estudio sobre violencia psicológica y consumo de alcohol en 224 mujeres trabajadoras en un municipio del estado de Veracruz. En sus resultados reportó violencia psicológica del 38.8% en las participantes. La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 92.9% (IC 95%, 89-95), la

prevalencia en el último año fue de 84.8% (*IC* 95%, 80-89), la prevalencia en los últimos treinta días fue de 63.4% (*IC* 95%, 57-59) y la prevalencia de los últimos siete días de 38.8% (*IC* 95%, 32-45). El índice de violencia psicológica con el tipo de consumo, mostró diferencia significativa observándose que el consumo de riesgo de adicción y de probable adicción al alcohol o alcoholismo fue mayor que el consumo sensato (*Mdn* = 51.1 vs *Mdn* = 43.1) ($U = 3168, p = .012$).

La violencia psicológica mostró diferencia significativa por tipo de prevalencia en el último año ($U = 2438.5, p = .02$), en los últimos treinta días ($U = 3612.5, p = .001$) y en los últimos siete días ($U = 4753.5, p = .010$) de las que consumieron bebidas alcohólicas con las que no las consumieron en el último año (*Mdn* = 48.8 vs *Mdn* = 13.6), último mes (*Mdn* = 50.0 vs *Mdn* = 9.5) y últimos siete días (*Mdn* = 30.9 vs *Mdn* = 19.3).

Alonso et al. (2009) realizaron un estudio sobre violencia física, psicológica y sexual y consumo de drogas en 272 mujeres del área metropolitana de Monterrey Nuevo León México, los resultados reportaron una prevalencia de violencia psicológica de 37%, (*IC* 95%, 26-38) violencia física de 22.1% (*IC* 95%, 17-27) y violencia sexual de 4.4%, (*IC* 95%, 02-07). Estos autores reportan relación positiva y significativa de la violencia física con el consumo de alcohol ($r_s = 0.213, p = 0.022$) es decir que a mayor violencia física mayor es el consumo de alcohol.

Los tipos de consumo que se obtuvieron a través del TWEAK fueron consumo sensato de 69.6% (*IC* 95%, 61 -78), riesgo de adicción de 21.7%, (*IC* 95%, 14-29) y probable adicción de 8.7% (*IC* 95%, 03 -14). La prevalencias de consumo de alcohol reportadas fueron; alguna vez en la vida de 59.9%, (*IC* 95%, 54-66), prevalencia de consumo en el último año de 42.3% (*IC* 95%, 36-48) y la prevalencia en el último mes de 15.8% (*IC* 95%, 11-20).

Montesó-Curto, Ferré, Lleixá, Albacar y Espuny (2011) realizaron un estudio en una comunidad del sur de Cataluña, España, en 317 personas de las cuales 157 eran mujeres, con el objetivo de determinar la prevalencia de la depresión, su distribución y

sus posibles causas. Reportaron que el 53% de las mujeres presentaron depresión, y que tienen el riesgo de sufrir depresión 7.9 veces más si se recibe violencia ($RR= 7.93, p=001$).

Zavala (2007), realizó un estudio en la ciudad de Zacatecas, con el objetivo de conocer la relación que existe entre los estados de ánimo depresivos y el consumo de alcohol en mujeres adultas. Reporta que la mayoría de las participantes presentaron depresión mínima, con rangos de edades de entre 26-35 años de edad (53.7%). Así mismo encontró mayor proporción de depresión mínima en un (45.3%), seguido de leve (26.3%), moderada (22.2%) y severa (6.2%). En cuanto al consumo de alcohol reportó una prevalencia global del 84% ($IC\ 95\%, 79-88$), prevalencia lápsica del 59% ($IC\ 95\%, 52-65$), prevalencia actual de 21% ($IC\ 95\%, 15-26$) y una prevalencia instantánea del 14% ($IC\ 95\%, 09-17$).

En cuanto a los tipo de consumo de alcohol reporta un consumo sensato de 35.3%, consumo de riesgo de 15.6% y consumo probable de adicción al alcohol o alcoholismo un 8.0%. No se reportó relación entre la depresión y el consumo de alcohol ($r_s=.493, p> .058$).

Ortega- Ceballos et al. (2007), realizaron un estudio con el objetivo de identificar la ocurrencia de violencia de pareja y evaluar la ocurrencia de factores asociados a este fenómeno en 1,173 mujeres trabajadoras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del estado de Morelos, México. En sus resultados observaron una alta prevalencia de cualquier tipo de violencia de 42.3%, así mismo encontraron que la prevalencia de violencia psicológica fue la más alta de 37.7% ($IC\ 95\%, 34.9-40.5$), seguida de la violencia física de 23.4% ($IC\ 95\%, 20.9-25.8$), y la violencia sexual con un 9.5%, ($IC\ 95\%, 7.9-11.2$).

Los principales factores asociados fueron la relación de pareja en el nivel moderado ($RM= 2.0$; $IC\ 95\%$, 1.39-2.95), en el nivel severo ($RM = 6.7$; $IC\ 95\%$, 3.57-12.68), en cuanto a la tensión laboral de la mujer en un nivel moderado ($RM = 1.7$; $IC\ 95\%$, 1.25-2.36), en el nivel severo ($RM= 1.8$; $IC\ 95\%$, 1.14-2.76) y los antecedentes de violencia en la infancia de las mujeres es 2.3 veces mayor la probabilidad de sufrir violencia de pareja ($RM= 2.3$; $IC\ 95\%$, 1.63-3.38).

Ávila (2011) realizó un estudio para conocer la relación que existe entre la violencia de género, la depresión y consumo de alcohol en 158 mujeres de 18 a 60 años de edad que acudieron a un centro de justicia familiar del Estado de Nuevo León. Los resultados mostraron lo siguiente; la mayor proporción de violencia de género que presentaron las mujeres fue de tipo psicológico con 97.5% ($IC95\%$; 94.0, 99.5), seguida de la violencia física con 96.8% ($IC95\%$, 94.0–99.5) y la violencia sexual con 48.1% ($IC95\%$, 40.2–55.9). En cuanto a la depresión se encontró que 32.9% ($IC95\%$, 25.5–40.3) presentaron depresión leve, con depresión severa 16.5% ($IC95\%$, 10.6–22.3) con ausencia y depresión moderada un 25.3% ($IC95\%$, 18.0, 32.1).

En relación a la prevalencia de consumo de alcohol que manifestaron las participantes fueron de alguna vez en la vida de 72.2% ($IC95\%$, 65. –79.0), prevalencia lápsica de 37.3% ($IC\ 95\%$, 30.0–45.0) y prevalencia actual de 24.1% ($IC95\%$,17.0- 31.0), así mismo una prevalencia instantánea de 12.7% ($IC95\%$, 7.0-18.0). Por tipo de consumo de alcohol el 40.7% reportaron un consumo sensato y de riesgo de adicción ($IC95\%$, 27.0–53.0) respectivamente, el 18.6% presentaron una probable adicción o alcoholismo ($IC95\%$, 8.0–28.0). No se encontró una relación y efecto estadísticamente significativo entre violencia de género, la depresión y el consumo de alcohol en las mujeres participantes del estudio ($p > .05$).

Galván (2006) realizó un estudio en una localidad de la ciudad de Monterrey, N. L., México, en 154 mujeres adultas de 18 a 60 años de edad, con el objetivo de conocer

la relación que existe de los estados de ánimo depresivos y el consumo de alcohol en las participantes. En sus resultados no encontró relación significativa de los estados de ánimo depresivos y el consumo de alcohol en mujeres adultas ($r_s = .523, p > .052$). En cuanto al consumo de alcohol se encontró una prevalencia actual de 17% (IC 95%, 10-27).

Reporta diferencias significativas del tipo de consumo de alcohol en mujeres por edad ($X^2 = 13.13, p < .01$) con mayor proporción de consumo sensato en el grupo de edad de 40 a 60 años, mayor proporción de consumo de alcohol de riesgo en el grupo de 29 a 39 años de edad y mayor proporción de consumo de probable adicción fue en el grupo de 18 a 28 años de edad. En relación con la ocupación ($X^2 = 8.18, p < .01$), las mujeres que no trabajan tienen más alto consumo de alcohol sensato mientras que el consumo de riesgo de adicción y probable adicción es mayor en las mujeres que trabajan. En relación al estado marital ($X^2 = 5.31, p < .02$) las mujeres con pareja reportaron mayor consumo sensato mientras que el consumo de probable adicción al alcohol fue mayor en las mujeres sin pareja.

En escolaridad ($X^2 = 2.47, p < .02$) la mayor proporción de consumo sensato fue para las mujeres con estudios de primaria, el consumo de riesgo de adicción en las mujeres con estudios de secundaria y carrera técnica, mientras que el consumo de probable adicción al alcohol la proporción fue más en las mujeres con estudios de preparatoria y de mayor estudios. Además encontró diferencias significativas de los estados de ánimo depresivos, leve, moderado y severo en mujeres por edad ($X^2 = 12.74, p < .04$) con mayor proporción en el grupo de mujeres de 40 a 60 años de edad y los estados depresivos mínimos mayor en el grupo de 29 a 39 años de edad.

Con el estado marital ($X^2 = 6.62, p < .008$) las mujeres con pareja reportaron mayor proporción de depresión mínima y moderada, mientras que en las mujeres sin pareja fue

mayor la proporción de estados depresivos leves y severos. Adicionalmente encontró efecto significativo de la edad (Wald= 5.31, gl= 1, B= .95, p=.02) y la ocupación (Wald=4.32, gl= 1, B =.36, p=.03) con el consumo de alcohol en los últimos 30 días con una varianza explicada del 17.5%.

Vásquez (2007) realizó un estudio en 64 mujeres deprimidas y 36 mujeres que no padecen trastornos psiquiátricos, del Hospital General Madre Obrera, de la ciudad de la Llagua, provincia Bustillo, Bolivia. Con el objetivo de determinar la relación entre la violencia y la depresión en ellas. En sus resultados observó que de las mujeres deprimidas 67.2 % refirieron haber sufrido episodios de violencia en los doce meses previos a la entrevista. En cuanto al tipo de violencia el 55.8% señalaron haber recibido maltrato psicológico y el 44.2% maltrato físico y psicológico. Entre las mujeres sin trastorno mental, el 25% refirieron haber sufrido de maltrato psicológico y físico, siendo la pareja quien ejerce el maltrato en ambos grupos de mujeres.

Castañeda y García de Alba (2011) realizaron un estudio en el estado de Jalisco, México, en 190 mujeres trabajadoras del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS), con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión. Reportan una prevalencia de depresión del 18.9%, 8.4% depresión moderada y 1.1% depresión severa. No se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas y laborales, con excepción de tener pareja estable, alcoholismo negado.

Natera et al. (2007) realizaron un estudio en 5, 788, 670 mujeres Mexicanas, con el objetivo de desarrollar un modelo predictivo de la relación entre la depresión en mujeres, con la violencia de pareja y el riesgo que representa el consumo de alcohol. Encontraron que el 45.7% de la mujeres, fue víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja, el 45.3% había sufrido violencia física y verbal, el 9.6% reportaron amenazas de muerte y suicidio. Por otra parte el 35.9% presentaron el diagnóstico de

depresión. La cuarta parte de las mujeres reportaron haber recibido violencia física y verbal.

La probabilidad de presentar depresión en las mujeres fue el haber tenido problemas con su pareja debido a su propio consumo de alcohol ($OR= 5.87$), violencia verbal y física sin alcohol durante el evento ($OR= 1.56$) y con participación del alcohol ($OR= 2.79$), las amenazas de muerte y suicidio, que pueden considerarse el nivel más alto de violencia emocional, sin alcohol ($OR= 3.09$). El haber sido víctima de violencia física y verbal incrementó el riesgo .56 veces de sufrir depresión, y con la participación del alcohol esta probabilidad aumentó 1.8 veces. En relación a los problemas con la pareja porque ella consume alcohol aumentó la posibilidad de cumplir con el criterio de depresión en 4.9 veces.

En síntesis de la literatura revisada se reportan, en relación con el tipo de violencia en la mujer la violencia psicológica de 37% a 97.5%, la violencia física de 12.5% a 96.8% y la violencia sexual de 4.4% a 48.1%. Se ha reportado diferencias significativas entre la violencia psicológica en las mujeres que presentan un consumo de riesgo y probable adicción al alcohol mayor que las que tienen consumo sensato. Asimismo diferencias significativas de la violencia psicológica con la prevalencia de consumo en el último año, últimos 30 días y últimos siete días con mayores medias de consumo que en las mujeres que consumieron bebidas alcohólicas que en las que no consumieron. La violencia física se relacionó de forma positiva y significativa con el consumo de alcohol.

Respecto a la depresión se encontró que 32.9% presentaron depresión leve, con depresión severa 16.5%, y ausencia y con depresión moderada un 25.3% así mismo se observó en las mujeres, mayor riesgo de sufrir depresión si se recibe violencia. Por otra parte los estudios reportan una probabilidad de sufrir depresión de 1.8 veces más si está presente el consumo de alcohol en las mujeres.

Con relación a las prevalencia del consumo de alcohol en las mujeres, alguna vez en la vida fue de 59.9% a 92.9%, consumo en el último año de 37.3% a 84%, consumo en los últimos 30 días de 15.8% a 63%, y consumo en la última semana de 12.6% a 38.8%. En relación con el tipo de consumo de las mujeres se reporta en los estudios un consumo sensato de 40.7% a 69.6%, consumo de riesgo de adicción de 21.7% a 40.7%, y probable adicción o alcoholismo de 8.7% a 18.6% (Alonso et al. 2009; Ávila 2011; Castañeda & García de Alba 2011; Galván 2006; López 2009; Montesó-Curto et al. 2011; Natera et al. 2007; Ortega-Ceballos et al. 2007; Vázquez 2007; Zavala 2007).

Definición de Términos

Los términos que se utilizaron para la realización de este estudio son los siguientes.

Categoría laboral, se refiere al cargo ocupacional de las mujeres en la institución de salud pública donde labora, clasificado en: profesionales y no profesionales. Dentro de las profesionales se encuentran; enfermeras, trabajadoras sociales, medicas, nutriólogas, psicólogas y químicas. En las no profesionales se encuentran; personal de intendencia, cocineras y auxiliares administrativos.

Violencia, es todo acto o agresión que refiere la mujer trabajadora, haber recibido por su pareja causándole daños o sufrimientos físicos o no físicos.

Violencia física es todo acto de agresión intencional y repetitiva por parte de la pareja en el que se afecta alguna parte del cuerpo, utilizando algún objeto o arma para causar daño a la integridad física de la mujer, incluyendo la agresión sexual intencional y repetitiva no deseada por la mujer y forzada por parte de la pareja.

Violencia no física, es aquella conducta por parte de la pareja que tiene como objeto humillar o controlar a la mujer trabajadora, mediante actos verbales o no verbales, intimidación, amenazas, manipulación, humillaciones, acusaciones falsas, persecución o aislamiento, incluye además maltrato psicológico y económico.

Estados depresivos es la presencia de síntomas que se caracteriza principalmente por la tristeza, donde existe pérdida de interés por casi todas las actividades usuales, así como la pérdida de la capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, falta de confianza en sí misma y un sentimiento de inutilidad. Los estados depresivos se pueden clasificar de acuerdo a la intensidad y número de síntomas en leves, moderados y severos.

Los estados depresivos leves consiste en la presencia de más de cinco síntomas, como tristeza, dificultad para concentrarse, desesperanza y pesimismo, y tiene una duración de dos semanas aproximadamente.

Los estados depresivos moderados se refiere a la presencia de más de seis y menos de diez síntomas como dificultad para tomar decisiones, sentimiento de fracaso, pérdida de energía, del apetito, pérdida del interés en su sexualidad, pérdida para realizar actividades laborales e inquietud, dichos síntomas pueden durar por más de dos semanas y menos de treinta días.

Los estados depresivos severos se caracteriza por la presencia de más de diez síntomas los cuales pueden ser aumento o pérdida de peso, anorexia, irritabilidad, incapacidad para trabajar, fatiga, cambios en la percepción de su imagen, problemas somáticos (cefaleas), autoreclamos, autocríticas, deseos de castigo entre otros.

Consumo de alcohol se refiere a la ingesta de bebidas alcohólicas con respecto a la frecuencia y cantidad en la mujer. Se medirá en términos de tipos de consumo pueden ser, consumo sensato, de riesgo, probable adicción al alcohol o alcoholismo.

Consumo de alcohol sensato, se refiere a la ingestión de no más de dos copas por ocasión no más de tres veces por semana para las mujeres.

Consumo de alcohol de riesgo, se considera la ingesta de tres a cuatro copas por ocasión en la mujer, además de requerir tres o más bebidas para sentir los primeros efectos del alcohol.

Consumo de probable adicción al alcohol o alcoholismo, se considera la ingesta de cinco o más copas por ocasión en la mujer, además de sentir la necesidad de consumir alcohol al despertar, no recordar situaciones sucedidas mientras bebía o sentir la necesidad de reducir el consumo.

El consumo de alcohol también se evaluará en relación a la prevalencia de consumo (global, lápsica, actual e instantánea). Es una medida epidemiológica que se obtiene a través de la formula población que consume sobre la población total expuesta al riesgo en un periodo de tiempo determinado por un múltiplo de diez y se obtendrán las siguientes: prevalencia global, se refiere al consumo que se realiza alguna vez en la vida, prevalencia lápsica se refiere al consumo realizado en los últimos doces meses, prevalencia actual se refiere al consumo presente en los últimos treinta días, prevalencia instantánea, se refiere al consumo realizado en los últimos siete días.

Objetivos

Los objetivos que se plantean en este estudio son los siguientes.

1. Identificar la violencia física y no física, en mujeres trabajadoras de una institución de salud pública.
2. Determinar los estados depresivos que presentan las mujeres que trabajan en una institución de salud pública.
3. Determinar la prevalencia (global, lápsica, actual e instantánea) del consumo de alcohol en la mujeres que trabajan en una institución de salud pública.
4. Identificar los tipos de consumo de alcohol (sensato, de riesgo y probable adicción al alcohol o alcoholismo) en las mujeres trabajadoras de una institución de salud pública.
5. Conocer la relación de la violencia y los estados depresivos con el consumo de alcohol en las mujeres que trabajan en una institución de salud pública.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo, se describe el tipo de diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, así mismo se describen las consideraciones éticas, y análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, correlacional. Se eligió este tipo de diseño para describir la violencia, los estados depresivos y el consumo de alcohol y correlacional debido a que se buscó conocer la relación de la violencia y los estados depresivos con el consumo de alcohol en mujeres trabajadoras de una institución de salud pública en el estado de Tabasco (Burns & Grove, 2008).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo constituida por 770 mujeres trabajadoras de una institución de salud pública del estado de Tabasco. Se utilizó un muestreo aleatorio simple.

La muestra fue calculada a través del programa estadístico n´Query Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000) con una significancia de .05, potencia de 90% y un efecto de pequeño a medio de .06 según lo recomendado por Cohen (1983). La muestra final fue de 202 mujeres del total de la población.

Instrumentos de Medición

Se utilizó una Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDP Y CA) y tres instrumentos; Índice de Abuso en la Pareja (IAP) de Hudson y McIntosh (1981) en su versión española, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) Beck et al. (1961), y el cuestionario TWEAK de Russell et al. (1993).

En la cédula de datos personales y consumo de alcohol (CDP Y CA) incluye dos aspectos; el inciso A que corresponde datos personales: edad en años, años de estudio, categoría laboral, tipo de categoría, antigüedad en años, departamento donde labora, último nivel de estudios y tiene hijos. El Inciso B incluye: prevalencia de consumo de alcohol, alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana, la edad de consumo de la primera bebida alcohólica, número de bebidas alcohólicas en un día típico y la bebida de mayor preferencia (Apéndice A).

Para valorar la violencia en las mujeres se aplicó el Índice de Abuso en la Pareja (IAP) de Hudson y McIntosh (1981), esta escala inicialmente fue desarrollada para su uso en el ámbito clínico y mide la frecuencia de la violencia física y no física contra la mujer de su pareja hombre. Dentro de la violencia física, incluye el maltrato sexual y en la violencia no física el maltrato psicológico y económico o de control. Esta escala contiene 30 ítems que pueden ser contestadas oralmente o de forma escrita. La mujer indica la frecuencia de cada una de estas conductas, en una escala tipo Likert de uno a cinco puntos, donde uno significa “nunca” hasta cinco que es “muy frecuentemente” (Apéndice B).

El IAP está compuesto por dos subescalas independientes: una mide violencia física y la otra violencia no física. La primera contiene 8 ítems (4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30) y la segunda 22 ítems (1-3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-21, 23, 26-29). Las puntuaciones para cada una de las escalas se transforman en índices lo que indica que a mayores puntuaciones mayor severidad del abuso. Ambas escalas muestran una sensibilidad del 90.7%, alfas de Cronbach de .91 y .93 respectivamente. El IAP ha mostrado ser un instrumento fiable y válido para el estudio y abordaje de la violencia contra la mujer por parte de la pareja en los Estados Unidos (Hudson y McIntosh 1981).

El segundo instrumento fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Beck et al. (1961) que permite identificar estados depresivos. Es un instrumento de auto informe compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir estados depresivos en adultos y

adolescentes a partir de los 13 años. El BDI fue desarrollado para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos.

Los síntomas y actitudes depresivos elegidos por Beck et al. (1961) para ser incluidos en el BDI se basaron en las descripciones verbales de pacientes, y no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría de depresión en particular. Estos ítems fueron: (1) tristeza; (2) pesimismo; (3) sensación de fracaso; (4) insatisfacción (anhedonía); (5) culpabilidad; (6) sentimiento de castigo; (7) autodecepción; (8) autocrítica; (9) ideas de suicidio; (10) llanto; (11) irritabilidad; (12) desinterés social; (13) indecisión; (14) cambios en el aspecto físico; (15) dificultad laboral; (16) insomnio; (17) fatiga; (18) pérdida del apetito; (19) pérdida de peso; (20) hipocondría; (21) pérdida de la libido.

La puntuación del BDI se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem fue evaluado según una escala de cuatro puntos, de cero a tres. Si un participante seleccionó múltiples opciones para un ítem, se utilizó la alternativa con el valor más alto, la puntuación total máxima es de 63. El objetivo es cuantificar la sintomatología y se puede graduar la intensidad/severidad de los estados depresivos de la siguiente manera; de 0-13 puntos se consideró no depresión, de 14-19 puntos depresión leve, de 20 -28 puntos depresión moderada y se considera depresión severa cuando el puntaje es por encima de 29 (Apéndice C).

Para valorar el tipo de consumo de alcohol se utilizó el cuestionario TWEAK (Apéndice D), este instrumento fue desarrollado por Russell et al (1993), un acrónimo de sus siglas en inglés T (tolerancia), W (preocupación), E (al abrir los ojos), A (amnesia) y K (reducir), calcula el consumo de alcohol sensato o responsable, el riesgo de adicción y probable adicción al alcohol o alcoholismo. Este cuestionario consta sólo de 5 ítems, los autores de este instrumento indican la manera de calificar de acuerdo a esta escala; las preguntas T (tolerancia) y W (preocupación) si son positivas equivale a dos puntos cada

una; E (al abrir los ojos), A (amnesia) y K (reducir) contribuyen con un punto cada una, el total del TWEAK tiene siete puntos.

Una puntuación menor a dos puntos equivale a un consumo sensato, puntuación igual a dos puntos consumo de riesgo y de tres a siete puntos la mujer presenta un consumo de probable adicción al alcohol o alcoholismo.

Procedimiento de Recolección de Datos

Una vez obtenida la autorización del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como la autorización de la institución de salud, se inició la investigación. Se solicitó a los directivos de la institución el listado de las mujeres trabajadoras y fueron seleccionadas de manera aleatoria. Se gestionó un aula para la aplicación de los instrumentos y se contó con la ayuda de un profesional de enfermería previamente capacitado para la recolección de los datos.

Una vez identificada la mujer seleccionada se le invitó a participar en el estudio. Posterior a que la mujer aceptó se le invitó a pasar al aula en donde se le explicaba el objetivo del estudio, sobre los riesgos, la confidencialidad de la información que proporcionaría y que podría retirarse en el momento que ella lo decidiera sin que ello afectara sus actividades laborales. Posteriormente se le entregó el consentimiento informado para obtener su autorización.

En la aplicación de los cuestionarios, primero se les explicó de manera clara como contestar cada instrumento, haciendo énfasis en la importancia de no dejar sin contestar ninguna pregunta. Las dudas de las participantes fueron aclaradas en ese mismo momento. Se inició con la aplicación de la cédula de datos personales y consumo de alcohol, seguida del Índice de Abuso en la Pareja (IAP) en su versión española, posteriormente el Inventario de Depresión de Beck (BDI), y por último el cuestionario

TWEAK que sólo fue aplicado a aquellas participantes que refirieron haber consumido bebidas alcohólicas en el último año.

Al finalizar de contestar la cédula de datos personales y los instrumentos se verificó inmediatamente el BDI, para corroborar que la participante no presentara ideas de suicidio, así mismo se contó con el apoyo de un profesional de psicología el cual estuvo disponible para brindar atención a la mujer que así lo ameritara, sin embargo no fue necesario. De forma general no se presentó ninguna complicación durante la recolección de los datos, finalmente se les agradeció a cada mujer por su participación.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987). De acuerdo a lo establecido en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en el capítulo I.

Artículo 13, se respetó la dignidad de cada mujer participante, se le brindó un trato amable y respetuoso en todo momento, se respetó su forma de expresarse, sus creencias y derechos.

Artículo 14, fracción V y VI se aplicó el consentimiento informado por escrito, por profesional de enfermería capacitado previamente por la investigadora principal, se cuidó la integridad de la mujer participante. Fracción VII, el estudio contó con dictamen del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Fracción VIII, se solicitó por escrito la autorización de los directivos de la institución de salud para realizar el estudio.

Se protegió en todo momento la privacidad de cada mujer participante en este estudio, de acuerdo a lo establecido en el artículo 16, se realizó la aplicación de los cuestionarios en el área asignada por los directivos de la institución, los instrumentos no contenían el nombre de las participantes. Este estudio fue considerado como

investigación de riesgo mínimo según el artículo 17, fracción II; ya que se indagaron aspectos sobre violencia y estados depresivos, los cuales podían originar en la mujer recuerdos y alteraciones emocionales, para lo cual se canalizarían al área de psicología o psiquiatría de la institución, si lo ameritaba el caso, o en su momento ser atendida por el profesional de psicología con el que se contó durante la aplicación de los instrumentos.

Artículo 20, se explicó a las participantes que el consentimiento informado es un acuerdo escrito entre ella y la investigadora, con capacidad de libre elección y sin coacción alguna, se realizó la investigación cuando la mujer participante daba su autorización a través del consentimiento informado (Apéndice E).

Artículo 21 se brindó información clara y completa a las participantes. Fracción I, se explicó el objetivo y justificación de la investigación, (fracción VI) se garantizó a la mujer que recibiría respuesta a cualquier pregunta o aclaración acerca del procedimiento. Fracción VII, se informó a las participantes que tenían la plena libertad de retirar su consentimiento informado y dejar de participar en el estudio en el momento que lo desearan. Fracción VIII, se explicó a las participantes que se mantendría la confidencialidad de la información que proporcionarían. Artículo 22, el consentimiento informado se formuló por escrito respetando los lineamientos que considera el Reglamento de Investigación en Materia de Salud.

Capítulo V, artículo 58, fracción I y II, se cuidó que la participación, el rechazo o retiro de las participantes durante el estudio no afectará su situación laboral y que además los resultados de la investigación en un futuro no se utilicen en perjuicio de las participantes.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos se procesaron en el programa SPSS, versión 20.0 para Windows SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se utilizó la estadística

descriptiva e inferencial, se aplicó el Coeficiente de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, para conocer la distribución de las variables del estudio.

Para el objetivo uno que menciona identificar la prevalencia de la violencia física y no física en mujeres trabajadoras de una institución de salud pública, se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones.

Para el objetivo dos que menciona determinar los estados depresivos que presentan las mujeres que trabajan en una institución de salud pública, se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones.

Para el objetivo tres y cuatro que mencionan determinar la prevalencia (global, láptica, actual e instantánea) del consumo de alcohol e identificar los tipos de consumo de alcohol (sensato, de riesgo y probable adicción al alcohol o alcoholismo) en las mujeres trabajadoras de una institución de salud pública, se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones, así como estimaciones puntuales con un intervalo de confianza de 95%.

Para el objetivo cinco que menciona conocer la relación de la violencia y los estados depresivos con el consumo de alcohol en las mujeres que trabajan en una institución de salud pública se utilizó estadística inferencial no paramétrica debido a que las variables del estudio no presentaron distribución normal, aplicándose el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio; en primer lugar se describe la consistencia interna de los instrumentos del estudio, la estadística descriptiva para las variables del estudio y finalmente la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos de investigación.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos.

Instrumentos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Índice de Abuso en la Pareja (IAP)	1-30	.93
Violencia Física	4,7,13,18,22,24,25,30	.92
Violencia No Física	1-3,5,6,8-12,14-17,19-21,23,26-29	.90
Inventario de Depresión de Beck	1-21	.85
Cuestionario TWEAK	1-5	.63
		n=202

La tabla 1 muestra la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio, a través del Coeficiente de Alpha de Cronbach. El Índice de Abuso en la Pareja (IAP) obtuvo un Alpha de Cronbach de .93 y sus dos subescalas violencia física de .92 y no física de .90, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) con un Alpha de Cronbach de .85 y el cuestionario TWEAK, con .63, las cuales se consideran aceptables (Burns & Grove, 2008).

Estadística Descriptiva

A continuación se presentan los datos sociodemográficos del estudio.

Tabla 2

Datos sociodemográficos.

Variable	<i>f</i>	%
Categoría laboral		
Enfermera	105	52
Médica	7	3.5
Psicóloga	2	1.0
Nutrióloga	4	2.0
Química	6	3.0
Trabajadora social	21	10.4
Afanadora	18	8.9
Auxiliar administrativo	35	17.3
Cocinera	4	2.0
Tipo de categoría		
Profesionales	145	71.8
No profesionales	57	28.2
Departamento donde labora		
Enfermería	106	52.5
Nutrición	8	4.0
Subdirección médica	9	4.5
Trabajo Social	22	10.9
Servicios Generales	18	8.9
Psicología	2	1.0
Laboratorio clínico	7	3.5
Administrativo	30	14.9
Último nivel de estudios		
Estudios incompletos de primaria	2	1.0
Primaria	2	1.0
Secundaria	7	3.5
Técnico	49	24.3
Bachillerato	24	11.9
Licenciatura	105	52.0
Postgrado	13	6.4
Tiene hijos		
Si	166	82.2
No	36	17.8

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 202

Referente a los datos sociodemográficos, en la tabla 2 se muestra que el 52% de las mujeres trabajadoras, eran enfermeras, el 10.4% trabajadoras sociales, el 8.9% afanadoras y sólo el 1.0% eran psicólogas. En cuanto al tipo de categoría laboral, el

71.8% eran profesionales y el 28.2% no profesionales. En cuanto al último nivel de estudios de las participantes, el 24.3% tiene nivel de estudio técnico, el 11.9% bachillerato, el 52.0% y un 6.4% nivel de postgrado. Finalmente el 82.2% de las mujeres tienen hijos.

Para dar respuesta al primer objetivo que menciona identificar la violencia física y no física en mujeres trabajadoras de una institución de salud, los resultados se presentan en las tablas 3 y 4.

Tabla 3

Descripción de la violencia física en mujeres trabajadoras

Violencia física	Nunca	Rara	Algunas	Frecuentemente	Muy
	Ve %	vez %	vece %	%	Frecuentemente %
1. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.	97.5	1.5	1.0	0	0
2. Mi pareja me da puñetazos.	97.5	2.0	.5	0	0
3. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.	99.0	1.0	0	0	0
4. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	95.0	4.0	.5	.5	0
5. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.	95.0	3.5	1.0	.5	0

Nota: Violencia física, % = porcentaje, $n = 202$.

En la tabla 3 se presentan los resultados de la violencia física que refirieron las mujeres trabajadoras. Se observa que el 4% sufrió violencia física rara vez, en las

siguientes situaciones “mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no” y en un 3.5% “mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe”. De forma general la media del índice de violencia física fue de 0.77

($\bar{X}=.77$, $DE =3.81$).

Tabla 4

Descripción de la violencia no física en mujeres trabajadoras

Violencia no física	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
	%	%	%	%	%
1. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	85.6	11.4	3.0	0	0
2. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	75.2	14.9	7.9	2.0	0
3. A mi pareja le molesta mucho que la cena y las tareas de la casa no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.	88.1	9.4	2.5	0	0
4. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).	75.2	16.3	5.9	1.0	1.5
5. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	74.8	19.3	5.0	1.0	0
6. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.	86.1	9.9	2.0	1.5	0.5

Tabla 4 Continuación...

Violencia no física	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
	%	%	%	%	%
7. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc).	86.6	9.9	3.0	0	0.5

Nota: Violencia no física, $n = 202$, % = porcentaje.

En la tabla 4 se muestra los datos de violencia no física referida por las participantes del estudio. El 19.3 % refirió rara vez haber sufrido violencia no física en las siguientes situaciones; “mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado”, con 16.3% “mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo) y con 14.9% “mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado”. Este tipo de violencia presentó una media del índice de 3.49 ($\bar{X}=3.49$, $DE=5.75$).

Para la verificación del objetivo dos que menciona determinar los estados depresivos que presentan las mujeres trabajadoras, los resultados en la tabla 5.

Tabla 5

Nivel de los estados depresivos

Estados depresivos	f	%
Leves	190	94.0
Moderados	6	3.0
Severos	6	3.0

Nota: Nivel de los estados depresivos, $n = 202$, f = frecuencia y % = porcentaje.

En la tabla 5 se presentan los estados depresivos reportados por las mujeres trabajadoras. El 94.1% de ellas presentan estados depresivos leves y el 3.0 % estados depresivos moderados y severos respectivamente.

Tabla 6

Frecuencias y proporciones de los estados depresivos

Estados depresivos	Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	0		1		2		3	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tristeza	175	86.6	23	11.4	4	2.0	-	-
Pesimismo	176	87.1	17	8.4	8	4.0	1	0.5
Sentimientos de fracaso	194	96.0	4	2.0	4	2.0	-	-
Insatisfacción	170	84.2	30	14.9	2	1.0	-	-
Culpabilidad	189	93.6	10	5.0	3	1.5	-	-
Sentimientos de castigo	191	94.6	5	2.5	6	3.0	-	-
Autodecepción	192	95.0	9	4.5	1	0.5	-	-
Autocritica	165	81.7	36	17.8	1	0.5	-	-
Ideas de suicidio	195	96.5	6	3.0	1	0.5	-	-
Llanto	189	93.6	6	3.0	4	2.0	3	1.5
Irritabilidad	157	77.7	19	9.4	3	1.5	23	11.4
Desinterés social	186	92.1	13	6.4	3	1.5	-	-

Tabla 6

Continuación

Indecisión	183	90.6	9	4.5	10	5.0	-	-
Cambios en el aspecto físico	183	90.6	13	6.4	6	3.0	-	-
Dificultad laboral	183	90.6	18	8.9	1	0.5	-	-
Insomnio	142	70.3	47	23.3	11	5.4	2	1.0
Fatiga	138	68.3	60	29.7	3	1.5	1	0.5
Pérdida de apetito	184	91.1	15	7.4	3	1.5	-	-
Pérdida de peso	160	79.2	7	3.5	6	3.0	29	14.4
Hipocondria	151	74.8	50	24.8	1	0.5	-	-
Perdida de la libido	173	85.6	23	11.4	3	1.5	3	1.5

Nota: Frecuencias y proporciones de los estados depresivos, $n = 202$, $f =$ frecuencia y % = porcentaje.

En la tabla 6 se muestran las frecuencia y proporciones del instrumento del inventario de depresión de (Beck, 1961). Se observa que los estados depresivos reportados como mínimos fueron en mayor proporción; ideas de suicidio (96.5%) seguido de sentimientos de fracaso (96%), auto decepción (95%), sentimientos de castigo (94.6%), culpabilidad y llanto con (93.6%) respectivamente. Las participantes que presentaron estados depresivos leves fueron en mayor proporción; fatiga (29.1%) seguido de hipocondría (24.8%), insomnio (23.3%), autocrítica (17.8%) e insatisfacción

(14.9%). Los estados depresivos de nivel moderado fueron en mayor proporción insomnio (5.4%), seguido de indecisión (5.0%) y pesimismo (4.0%). Los estados depresivos severos que manifestaron las mujeres trabajadoras fueron en mayor proporción; pérdida de peso (14.4%) seguido de irritabilidad (11.4%) y pérdida de la libido (1.5%).

Para dar respuesta al objetivo tres que mencionan determinar la prevalencia del consumo de alcohol (global, lápsica, actual e instantánea) en las mujeres trabajadoras, se presenta los resultados en la tabla 6.

Tabla 7

Prevalencias del consumo de alcohol

	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>95% IC</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Consumo de alcohol						
Alguna vez en la vida	167	82.7	35	17.3	77	88
En el último año	109	54.0	93	46.0	47	65
En el último mes	38	18.8	164	81.2	13	24
En la última semana	9	4.5	193	95.5	02	07

Nota: IC = Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, % = para respuestas afirmativas, n = 202.

La tabla 7 presenta las prevalencias del consumo de alcohol en las mujeres. En donde la prevalencia de alguna vez en la vida fue de 82.7 % (*IC*95%, 77-88), el consumo de alcohol en el último año fue de 54.0% (*IC*95%, 47-65), en el último mes fue de 18.8% (*IC*95%, 13-24) y el consumo de alcohol en la última semana fue de 4.5% (*IC*95%, 2-7).

Para dar respuesta al objetivo cuatro que menciona identificar el tipo de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras, en la tabla 8 se presentan los resultados.

Tabla 8

Tipos de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras

Tipo de consumo	<i>f</i>	%
Consumo sensato	33	30.3
Consumo de riesgo	55	50.4
Probable adicción al alcohol o alcoholismo	21	19.3

Nota: Tipos de consumo de alcohol, *f*= frecuencia y % = porcentaje, *n*= 109.

La tabla 8 presenta los resultados del tipo de consumo de alcohol de las participantes, observando que el 30.3% presenta consumo sensato, el 50.4% consumo de riesgo y el 19.3% probable adicción al alcohol o alcoholismo.

Estadística Inferencial

Para el uso de la estadística inferencial, se realizó el Coeficiente de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, que se aprecia en la tabla 9.

Tabla 9

Medidas de tendencia central, de dispersión y resultado del Coeficiente de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors.

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mín.	Valor Máx.	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad en años	202	37.06	37.00	8.74	18	58	.058	.099
Antigüedad	202	11.81	8.00	9.13	1	44	.186	.001
Años de estudio	202	14.82	17.00	3.17	3	21	.339	.001
Primera bebida	167	21.39	20.00	5.51	10	48	.162	.001
Número de bebidas en un día típico	121	3.00	3.00	2.25	1	15	.260	.001
Índice de violencia	202	2.13	.56	4.37	0	42	.313	.001
Índice violencia Física	202	.77	.00	3.81	0	47	.476	.001
Índice violencia no Física	202	3.49	1.14	5.75	0	39	.272	.001
Sumatoria Depresión	202	4.07	2.00	5.30	0	24	.221	.001
Sumatoria TWEAK	109	1.64	2.00	1.16	0	5	.318	.001

Nota: $n_1 = \bar{X}$ = media, *Mdn* = mediana, *DE* = Desviación Estándar, *D^a* = Prueba de Normalidad, *P* = Significancia.

En la tabla 9 se presentan los datos descriptivos de las variables continuas, los resultados de la prueba de normalidad a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, indican que la distribución de los datos no presentan distribución normal ($p < .05$), por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica. Se observa que las participantes de este estudio tenían un promedio de edad de 37.0 años, ($DE=8.74$), una antigüedad laboral promedio de 11.8 años ($DE=9.13$), con un promedio

de 14.8 años de estudio ($DE=3.17$), consumieron la primera bebida alcohólica a los 21.3 años de edad ($DE=5.51$), el número de bebidas que refirieron consumir en un día típico fue de 3.0 bebidas ($DE=2.25$).

La media del índice de violencia fue de 2.13 ($DE=4.37$), la media del índice de violencia física fue de .77 ($DE=3.81$) y la media del índice de violencia no física fue de 3.49 ($DE=5.75$). La media de la sumatoria de depresión fue de 4.0 ($DE=5.30$) y el promedio de la sumatoria del TWEAK de 1.64 ($DE=1.16$).

Finalmente para dar respuesta al quinto objetivo que menciona conocer la relación de la violencia y los estados depresivos con el consumo de alcohol en las mujeres, se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman, los resultados se muestran en la tabla 10.

Tabla 10

Coeficiente de Correlación de Spearman.

Variable		1	2	3	4
1. Índice de violencia		1			
2. Violencia física	r_s	.513	1		
	p	.001			
3. Violencia no física	r_s	.993	.457	1	
	p	.001	.001		
4. Estados depresivos	r_s	.415	.197	.412	1
	p	.001	.005	.001	
5. Consumo de alcohol (TWEAK)	r_s	.173	.072	.187	.075
	p	.073	.458	.005	.440

Nota: ** $p < .001$. * $p < .05$, r_s = Coeficiente de Correlación de Spearman, $n=202$.

En la tabla 10 se destaca que existe relación significativa del índice de violencia con los estados depresivos ($r_s=.415$, $p=.001$), la violencia física y no física tienen relación significativa con los estados depresivos ($r_s=.197$, $p<.005$),

($r_s=.412$, $p<.001$), respectivamente; es decir que a mayor violencia total, física y no física, mayores son los estados depresivos. Así mismo la violencia no física se relacionó con el consumo de alcohol ($r_s= .187$, $p<.005$), a mayor violencia no física mayor consumo de alcohol. Cabe destacar que el consumo de alcohol no se relacionó con los estados depresivos y con la violencia física.

Capítulo VI

Discusión

El presente estudio permitió valorar de manera empírica los conceptos; violencia, estados depresivos y consumo de alcohol en mujeres trabajadoras de una institución de salud pública del estado de Tabasco.

Referente a los datos sociodemográficos, el 52% de las mujeres trabajadoras, eran enfermeras, el 10.4% trabajadoras sociales, el 8.9% afanadoras y sólo el 1.0% eran psicólogas. En cuanto al tipo de categoría laboral, el 71.8% eran profesionales y el 28.2% no profesionales. En cuanto al último nivel de estudios de las participantes, el 24.3% tiene nivel de estudio técnico, el 11.9% bachillerato, el 52.0% y un 6.4% nivel de postgrado. Referente a la edad de inicio del consumo de alcohol en las mujeres fue a los 21.3 años en promedio y el número de bebidas en un día típico fue de 3.0 bebidas.

En relación con el objetivo uno que planteó identificar la violencia física y no física en las mujeres trabajadoras, se encontró que estas mujeres sufren de violencia física y no física en proporciones muy bajas. Con mayor frecuencia el 4% reportó violencia física rara vez, en las siguientes situaciones “mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no” y en un 3.5% “mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe”. De forma general la media del índice de violencia física fue de 0.77 ($DE = 3.81$).

En cuanto a la violencia no física, el 19.3 % refirió rara vez haber sufrido violencia no física en las situaciones de: “mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado”, con 16.3% “mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo) y con 14.9% “mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado”. Este tipo de violencia presentó una media del índice de 3.49 ($DE=5.75$).

Estos resultados difieren a lo reportado por Alonso et al. (2009) y Ortega-Ceballos et al. (2007), quienes en ambos estudios reportaron prevalencias de violencia por arriba del 20%. Probablemente los hallazgos del presente estudio tengan relación con los años de escolaridad de las participantes, considerando a este grupo de población como menos vulnerable. Se ha descrito al respecto que la mujer se presenta más como receptora de agresiones físicas por parte de su pareja masculina, quien ejerce una dominación y un control sobre ella debido a las relaciones de desigualdad entre géneros, situación que no ocurre en las participantes de este estudio (Soria & Montalvo, 2003).

El hecho de que las mujeres trabajadoras no estén presentando violencia, probablemente esté fundamentado por lo que afirman Soria y Montalvo (2003). Quienes plantean que las transformaciones sociales actuales, han influido directamente o indirectamente en las mujeres, logrando cambios con relación a su condición de sometimiento, formación de grupos para exigir sus derechos, la integración de las mujeres en áreas públicas, lo que antes era únicamente terreno masculino; pero además en las últimas décadas la presencia femenina se ha incrementado en el campo laboral así como en las universidades. Todo ello ha dado a la mujer mayor poder para la toma de decisiones, así mismo el conocer los derechos humanos posibilita prevenir, y en su caso eliminar la violencia y la discriminación en contra de las mujeres (Fernández, 2007).

En relación con el objetivo dos que planteó determinar los estados depresivos en las mujeres trabajadoras, los resultados mostraron que el 94.1% presentan estados depresivos leves y sólo un 3% presentó estados depresivos moderados y severos respectivamente. Estos resultados difieren con los resultados reportados por Zavala, (2007), así mismo con (Ávila, 2011) quienes reportaron la presencia de depresión leve (32.9%) .

Estas diferencias probablemente se deban a que ambos estudios se realizaron en poblaciones de mujeres que no estaban laborando en comparación con las mujeres

trabajadoras objetivo del presente estudio; ya que las mujeres con un trabajo remunerado tienden a presentar una mejor salud mental y física (Escalera & Sebastián, 2000).

Para determinar la prevalencia de consumo de alcohol planteado en el objetivo tres, se encontró una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida de 82.7%, en el último año de 54.0%, en el último mes de 18.8% y en la última semana de 4.5%. Estos resultados son de alguna forma similares con los estudios realizados por Alonso et al. (2009), Zavala (2007), Ávila (2011), Galván (2006), CENADIC (2011), cuyos resultados confirman un incremento en las prevalencias del consumo de alcohol en las mujeres, en los últimos años, considerado esto como un factor que influye de manera directa o indirecta en los problemas vinculados con la salud mental y la violencia en las mujeres (Natera et al. 2007).

Referente al objetivo cuatro, que fue identificar el tipo de consumo de alcohol en las mujeres trabajadoras. Los resultados encontrados muestran mayor proporción en el consumo de riesgo con el 50.4%, seguida del consumo sensato con 30.3% y probable adicción al alcohol o alcoholismo con 19.3%. Estos resultados coinciden con lo reportado por López (2009), en mujeres trabajadoras de la salud en el puerto de Veracruz, así mismo con el CENADIC (2011) en población nacional de mujeres adultas, coincide además con los estudios de Zavala (2007) y Ávila (2011), quienes reportaron consumos importantes de riesgo y de probable adicción al alcohol o alcoholismo.

Estos tipos de consumo posiblemente se estén incrementando debido a que las mujeres con mayor preparación para el trabajo, tienen mayor ingreso económico y con ello amplían las posibilidades de mayor consumo de alcohol. Así mismo puede estar relacionado por el papel social que tiene la mujer trabajadora, al socializar con su grupo de trabajo, sus amistades y con su misma pareja a fin de ser solidaria y evitar que este salga fuera de casa. (Alonso-Castillo et al. 2009).

El quinto objetivo planteo conocer la relación que existe de la violencia y estados depresivos con el consumo de alcohol. Los resultados de este estudio reporta relación significativa del índice de violencia con los estados depresivos ($r^s=.415$, $p=.001$), así mismo la violencia física y no física tienen relación significativa con los estados depresivos ($r^s=.197$, $p=.005$) y ($r^s=.412$, $p=.001$). Asimismo se encontró relación significativa de la violencia no física con el consumo de alcohol, la violencia física no presento relación con el consumo de alcohol. Esto difiere con Ávila (2011), quien en sus resultados reporta no haber relación entre la violencia y la depresión.

La relación significativa entre la violencia y la depresión encontrada en este estudio, probablemente tenga fundamento en diversos estudios de la psicología, en donde se ha demostrado que cuanto mayor sea la violencia mayor es el nivel de estresores adicionales al maltrato y aumento en la sintomatología depresiva. En el presente estudio no se encontró relación significativa de la violencia física con el consumo de alcohol. La violencia no física se relacionó con el consumo de alcohol en las participantes.

Estos resultados difieren con Alonso et al. (2009), quienes reportan relación positiva y significativa de la violencia física con el consumo de alcohol. Sin embargo, (Lopez, 2009) reporto diferencias significativas de la violencia psicológica con el consumo de alcohol, similar a la relación encontrada en el presente estudio, entre la violencia no física, que incluye el maltrato psicológico. Por otra parte, los resultados de este estudio coinciden con Galván (2006) y Zavala (2007) quienes en sus resultados no reportan relación de los estados de ánimos depresivos con el consumo de alcohol.

La falta de relación que reporta el presente estudio, entre la violencia física y el consumo de alcohol, así como de los estados depresivos con el consumo de alcohol, posiblemente sea debido a que la población de este estudio fueron mujeres trabajadoras,

es posible que las condiciones en el empleo sean variables predictivas para la presencia de violencia y los estados depresivos que presentan las mujeres del estudio (Escalera & Sebastián, 2000).

Conclusiones

Las mujeres trabajadoras sufren violencia física y no física en menores proporciones, así mismo los estados depresivos que presentan son de mayor proporción los estados depresivos leves y con un 3% estados depresivos moderados y severos respectivamente.

Las prevalencias del consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 82.7%, en el último año de 54.0%, en el último mes de 18.8% y en la última semana de 4.5%. Los tipos de consumo muestran mayor proporción en el consumo de riesgo con el 50.4%, seguida del consumo sensato con 30.3% y probable adicción al alcohol o alcoholismo con 19.3%.

Se mostró relación significativa de la violencia con los estados depresivos, lo que confirma que las mujeres que presentan mayor violencia tienen mayores estados depresivos, de igual forma la violencia no física se relacionó con el consumo de alcohol. Sin embargo los estados depresivos y la violencia física no se relacionaron con el consumo de alcohol en mujeres trabajadoras.

Recomendaciones

Continuar profundizando en investigaciones sobre la temática abordada en el presente estudio, en otras poblaciones de mujeres trabajadoras.

Abordar esta temática en futuras investigaciones con aproximaciones cualitativas y entrevistas para análisis de contenido y conocer los procesos que se dan en el fenómeno de la violencia en la mujer y el consumo de drogas.

Indagar sobre otros factores que se relacionen con la violencia y los estados depresivos en las mujeres trabajadoras del sector salud.

Referencias

- Alonso-Castillo, M.M., Álvarez-Bermudez, J., López-García, K.S., Rodríguez-Aguilar, L., Alonso-Castillo, M.T. & Angélica-Armendáriz, N. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(1): 97-114.
- Alonso, M. M., López, K.S., Esparza, S.E., Martínez, R., Guzmán, F.R., & Alonso, B.A. (2009). Violencia contra la mujer y su relación con el consumo de drogas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11 (1), 81-95.
- Ávila, D.A. (2011). *Violencia de género, depresión y consumo de alcohol en mujeres que acuden a un centro de justicia familiar* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström, T. (2008). *Epidemiología básica*. Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *La Teoría Cognitiva de la depresión*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4, 561-571.
- Burns, N., & Grove, S. K., (2008). *Investigación en Enfermería* (3ª ed.). Barcelona: Elsevier España.
- Castañeda, A. E., & García de Alba, G. J. (2011). Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgo sociodemográficos y laborales. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 40 (3), 420-432.
- Centro Nacional para la prevención y el control de las Adicciones (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. INSP, México.

- Chinchilla, M. A. (2008). La depresión en la mujer. *La depresión y sus Máscaras: Aspectos terapéuticos* (pp. 233-249). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Cohen, G. S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). Una medida global de estrés percibido. *Journal de Salud y conducta social*, 24, 385-396.
- Elashoff, D., Dixón, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). n Query Advisor Copyright A C.
- Escalera, I. M., & Sebastián, H. J. (2000). Trabajo y salud en la mujer: análisis comparativo de mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Clínica y salud*, 11(2), 195-229.
- Fernández, C. C. (2007). *Violencia familiar y adicciones*. México, D. F.: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Galván, G. MJ. (2006). *Estados de ánimo depresivos y consumo de alcohol en mujeres adultas* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Herrera, P. J., Arena, V.C. (2010). Consumo de alcohol y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18 (Spec), 557-64.
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journall of Marriage and the Family*, 43, 873-888.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2012). *Mujeres y Hombres en México*.
- López, G. (2009). *Violencia psicológica laboral y consumo de alcohol en mujeres trabajadoras* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Monteiro, M. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿Cómo impedir un desastre sanitario?. *Adicciones*, 25 (2), 99-105.

- Montesó-Curto, P., Ferré, C., Lleixá, M., Albacar, N., Espuny, C., (2011). Factores Sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario Hojas de Warmi*, 16, 1-19.
- Natera, R. G., Juárez, G. F., Medina-Mora, I. M. & Tiburcio, S. M. (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 165-173.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], (2005). Alcohol un tema de Salud de la Mujer. 1-25.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2005). Resumen del Informe Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publicaciones/2005/924359351X_spa.pdf
- Ortega- Ceballos, P., Mudgal, J., Flores, Y., Rivera, L., Díaz, J. & Salmerón J. (2007). Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. *Salud Pública de México*, 49 (5), 357-366.
- Russell, M., Pristach, E. A., Welte, J. B. & Chan, A. W. (1993). Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholismo: Clinical and Experimental Research*, 17 (6), 1188-1192.
- Salazar, A. E. (2008). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10 (2), 7-38.
- Secretaría de Salud [SS], (2009). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres.
- Secretaría de Salud [SS], (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. México, D. F.

- Secretaría de Salud [SS], (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (7ª ed.). México: Porrúa.
- Soria, T. R. & Montalvo, R. J. (2003). Factores que inciden en el proceso de empoderamiento en la mujer. *Familia, poder, violencia y género* (1ra. Ed.). México: Revolución-Germinación.
- Stuart, G., & Laraia, M., (2006). *Enfermería Psiquiátrica: principios y prácticas* (8ª ed.). España: Elsevier Mosby.
- Tapia, C. R. (2001). *Las Adicciones dimensión impacto y perspectiva* (2ª ed.). México, D.F. El manual moderno.
- Vázquez, M. A., (2007). Relación entre violencia y depresión en Mujeres. *Rev.de Neuro-Psiquiat.* 70, 1-4.
- Videbeck, L. S. (2013). Malos tratos y violencia. *Enfermería Psiquiátrica* (pp. 182-184). Barcelona: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Zavala, G. E., (2007). *Depresión y consumo de alcohol en mujeres adultas* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol (CDPYCA)

Instrucciones: Este instrumento es confidencial por lo que se solicita su colaboración para contestar las preguntas que se presentan a continuación lo más cercano a su realidad.

a) Datos personales

1. Edad _____ años 2. Años de estudio _____

3. Categoría laboral _____ 4. Tipo de categoría _____

5. Antigüedad _____ años 6. Departamento donde labora _____

7. Último nivel de estudios _____ 8. Tiene hijos Sí No

b) Prevalencia de consumo de alcohol

8. ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? SI NO

9. ¿Ha consumido alcohol en el último año? SI NO

10. ¿Ha consumido alcohol en el último mes? SI NO

11. ¿Ha consumido alcohol en la última semana? SI NO

12. ¿A qué edad probaste o consumiste la primera bebida alcohólica? _____

13. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes en un día típico o cuando bebes? _____

14.Cuál es la bebida de mayor preferencia que consumes cuando bebes?

Apéndice B

Versión española del Índice de Abuso en la Pareja (IAP) Hudson y McIntosh, 1981

Instrucción: Conteste cada una de las preguntas, marcando con una cruz la respuesta que considere más adecuada para usted. Si usted no convive con su pareja, deje las preguntas 5 y 14 en blanco, de igual forma si no tiene hijos, deje la pregunta 17 en blanco.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).	1	2	3	4	5
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	1	2	3	4	5
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5

5. A mi pareja le molesta mucho que la cena y las tareas de la casa no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.	1	2	3	4	5
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
7. Mi pareja me da puñetazos.	1	2	3	4	5
8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva.	1	2	3	4	5
9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.	1	2	3	4	5
10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5

12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma.	1	2	3	4	5
14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.	1	2	3	4	5
15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc).	1	2	3	4	5
16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc).	1	2	3	4	5
17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.	1	2	3	4	5
18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia	1	2	3	4	5

médica.					
19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
20. Mi pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5
21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).	1	2	3	4	5
22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	1	2	3	4	5
23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
25. Mi pareja se pone	1	2	3	4	5

agresiva conmigo cuando bebe.					
26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.	1	2	3	4	5
27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
28. Mi pareja me asusta y me da miedo.	1	2	3	4	5
29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.	1	2	3	4	5
30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.	1	2	3	4	5

Físico (4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30)

No físico (1-3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-21, 23, 26-29)

Apéndice C

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Instrucción: Por favor lea todo el conjunto de afirmaciones de cada grupo y marque la frase que describa la forma como se siente en este momento. Es importante que lea todas las frases antes de que elija alguna. Califique (0, 1, 2, 3).

1)

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8)

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme.

12)

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13)

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

<input type="checkbox"/> Creo que tengo un aspecto horrible.
15) <input type="checkbox"/> Trabajo igual que antes. <input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. <input type="checkbox"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo. <input type="checkbox"/> No puedo hacer nada en absoluto.
16) <input type="checkbox"/> Duermo tan bien como siempre. <input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes. <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. <input type="checkbox"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17) <input type="checkbox"/> No me siento más cansado de lo normal. <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes. <input type="checkbox"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa. <input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18) <input type="checkbox"/> Mi apetito no ha disminuido. <input type="checkbox"/> No tengo tan buen apetito como antes. <input type="checkbox"/> Ahora tengo mucho menos apetito. <input type="checkbox"/> He perdido completamente el apetito.
19) <input type="checkbox"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. <input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos y medio

- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente interés por el sexo.

Apéndice D

Cuestionario TWEAK

Prueba Breve de Examen: T tolerancia, W preocupación, E al abrir los ojos, A amnesia, K reducir.

Instrucción: Por favor lea con atención y conteste según se le indica en cada pregunta

T	<p>Tolerancia: ¿Cuántas bebidas se necesitan para hacerte sentir que se te subió? Registre el número de bebidas</p> <p>Califique 2 puntos si ella reporta 3 o más bebidas para sentir los efectos del alcohol.</p> <p>Puntuación:</p>	<p>No. De bebidas_____</p>
W	<p>Preocupación: ¿Los amigos cercanos o familiares se preocuparon o quejaron por tu manera de beber el año pasado?</p> <p>Califique 2 puntos por un "sí" positivo.</p> <p>Puntuación:</p>	<p>Si____</p> <p>No____</p>
E	<p>Al abrir los ojos: ¿En ocasiones tomas una bebida en la mañana cuando te levantas?</p> <p>Califique 1 punto por un "sí" positivo.</p> <p>Puntuación:</p>	<p>Si____</p> <p>No____</p>
A	<p>Amnesia (pérdida del conocimiento): ¿Un amigo o miembro de la familia te ha dicho</p>	<p>Si____</p> <p>No____</p>

	<p>alguna vez cosas que dijiste o hiciste cuando estabas bebiendo y que no puedes recordar?</p> <p>Califique 1 punto por un "sí" positivo.</p> <p>Puntuación:</p>	
K	<p>C) Reducir: ¿En ocasiones sientes la necesidad de reducir o bajar tu consumo de bebida?</p> <p>Califique 1 puntos por un "sí" positivo.</p> <p>Puntuación:</p>	<p>Si___</p> <p>No___</p>
	<p>Puntuación total =</p> <p>Una puntuación total de 2 ó más puntos indica un problema probable de bebida.</p>	

Sensato (< 2 puntos)

Riesgo de ETOH (= 2 puntos)

Probable ETOH (3-7 puntos)

Apéndice E

Oficio de autorización para la recolección de los datos en una institución de salud pública



M E M O R A N D U M N o . 0 2 2 6 / 1 4

Villahermosa, Tabasco; a 03 de Abril del 2014

LIC. ROCIO SASTRE RODRIGUEZ

Presente

Por este medio informo a Usted, que se le autoriza, realizar la recolección de datos, en esta Unidad Hospitalaria, a partir del 01 al 30 de Mayo del presente año, como prueba definitiva del Protocolo de Investigación: **VIOLENCIA, ESTADOS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES TRABAJADORAS**, del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez.

Lo anterior para los trámites correspondientes.

A T E N T A M E N T E

DRA. DORA MA. LOPEZ URBINA
JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

C.c.p.- Exp. y minutarío.

DRA.DMLU / mml*.



Apéndice F

Consentimiento informado

Título del proyecto de investigación: “Violencia, Estados depresivos y Consumo de alcohol en mujeres trabajadoras de una institución de salud pública en Tabasco”

Investigador responsable: Rocío Sastré Rodríguez

Prólogo

Estoy interesada en conocer la relación que existe de la violencia y los estados depresivos con el Consumo de alcohol en las mujeres que trabajan en una institución de salud pública del estado de Tabasco, por ello se le hace la invitación a participar en éste proyecto de investigación. A continuación se le explicará el propósito y los procedimientos que incluye el estudio, si usted acepta participar, le solicito por favor que firme este consentimiento informado.

Propósito del estudio: Conocer la relación que existe de la violencia y los estados depresivos con el consumo de alcohol en las mujeres que trabajan en una institución de salud pública en el estado de Tabasco. La información que usted me proporcione será de gran relevancia y sólo será utilizada con fines de investigación. Lea y realice las preguntas que considere pertinente antes de firmar este documento.

Descripción del estudio/procedimiento

- Si usted decide participar en el proyecto, dará respuesta a las preguntas de los cuestionarios que le aplicaré en un horario fuera de su jornada laboral en el área designada por las autoridades pertinentes.
- El área donde contestará los cuestionarios será la asignada por las autoridades de

su centro de trabajo, con el objetivo de que responda con mayor privacidad. La información que proporcione será completamente confidencial, en ninguno de los cuestionarios se le solicitará ni su nombre, ni dirección.

- La aplicación de estos cuestionarios tendrá una duración aproximada de 20 minutos.
- En el momento que desee retirar su participación del proyecto podrá realizarlo con plena libertad, teniendo la seguridad que no afectará ni su trabajo, ni su relación con el personal operativo y directivo de la institución donde labora.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el proyecto. Sin embargo, si por algún motivo se siente indispuesto o no desea seguir hablando del tema, puede dejar de hacerlo en el momento que usted lo decida.

Beneficios esperados

Al participar en éste proyecto no existe un beneficio personal por participar.

Alternativa

Usted tiene la plena libertad de participar en el proyecto o decidir no hacerlo.

Costos

Es importante que sepa que su participación no tendrá costo alguno.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación

La información que proporcione será utilizada sólo para fines de investigación, no se dará a conocer a otras personas, se conservará por unos meses y posteriormente se eliminará. Las únicas personas que conocerán sobre su participación, será usted como

participante y su servidora como responsable del proyecto. Los resultados se darán a conocer únicamente de manera general, sin presentar información personalizada.

Derecho de Retratar

Su participación en este proyecto es de forma voluntaria, no afectará su relación actual con ninguna institución de salud pública o educativa. Si usted decide participar está en la completa libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar sus derechos como trabajadora.

Preguntas

Si tiene dudas o desea aclarar alguna situación acerca del proyecto de investigación, por favor comuníquese a la Subdirección de Investigación, de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Av. Gonzalitos # 1500, Col. Mitras, Monterrey, Nuevo León, al teléfono 83-48-18-47, extensión 111, o bien al correo electrónico: investigación.faen@gmail.com.

Consentimiento

Yo voluntariamente acepto participar en este proyecto, y contestar los cuestionarios que me sean aplicados. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, sé que puedo revocar este consentimiento y cancelar mi participación sin que precise dar ninguna razón, con ello no estoy renunciando a ningún derecho como trabajadora.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Testigo (1) Relación/Parentesco

Firma del Testigo (2) Relación/Parentesco

Firma del Responsable

Resumen Autobiográfico

Candidata para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: VIOLENCIA, ESTADOS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES TRABAJADORAS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA EN TABASCO.

LGAG: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Rocío Sastré Rodríguez, nacida en el municipio de Cunduacán, Tabasco, el 04 de enero de 1980, hija del sr. Rubicel Sastré Madrigal y la sra. Micaela Rodríguez Pérez.

Educación: Egresada de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud como Licenciada en Enfermería del año 1999- 2003. Becaria del Programa Institucional de Superación Académica 2012-2 de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para la realización de los estudios de posgrado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, del año 2012 al 2014.

Experiencia Profesional: Servicio social realizado en el Hospital General del municipio de Cunduacán, Tabasco, agosto 2004 a julio 2005. Laboro en el hospital de Alta Especialidad Dr. “Juan Graham Casasús”, ubicado en la ciudad de Villahermosa, Tabasco desde octubre 2006. Ocupé el cargo de coordinadora de vigilancia y control de infecciones nosocomiales y enfermera del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) del 2010- 2013 y actualmente realizo funciones como enfermera general.

E-mail: blue_r@live.com.mx