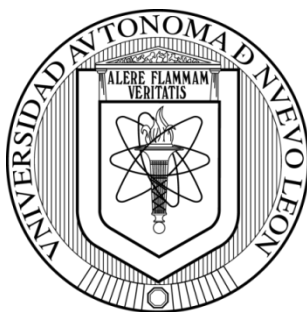


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACTITUDES HACIA EL PACIENTE QUE CONSUME ALCOHOL Y EL  
CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PROFESIONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

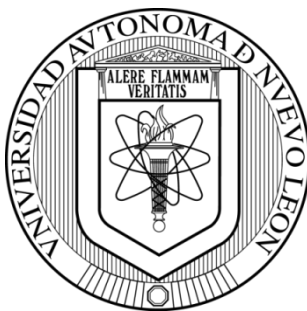
Por

LIC. LAURA ELIZABETH CASTRO ORTEGA

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

JULIO, 2014

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



ACTITUDES HACIA EL PACIENTE QUE CONSUME ALCOHOL Y EL  
CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PROFESIONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Por

LIC. LAURA ELIZABETH CASTRO ORTEGA

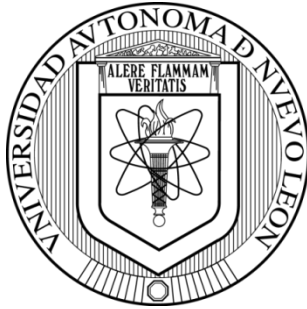
Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

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

JULIO, 2014

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



ACTITUDES HACIA EL PACIENTE QUE CONSUME ALCOHOL Y EL  
CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PROFESIONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Por

LIC. LAURA ELIZABETH CASTRO ORTEGA

Co-Director de Tesis

MCE. NORA NELLY OLIVA RODRIGUEZ

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

JULIO, 2014

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



ACTITUDES HACIA EL PACIENTE QUE CONSUME ALCOHOL Y EL  
CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PROFESIONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Por

LIC. LAURA ELIZABETH CASTRO ORTEGA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD

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

JULIO, 2014

ACTITUDES HACIA EL PACIENTE QUE CONSUME ALCOHOL Y EL  
CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PROFESIONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Aprobación de Tesis

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Director de Tesis

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Presidente

---

MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez  
Secretario

---

Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo  
Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirectora de Posgrado e Investigación  
Facultad Enfermería de la UANL

## **Agradecimientos**

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para cursar la Maestría en Ciencias en Enfermería y seguir avanzando profesionalmente.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la Facultad de Enfermería, por la oportunidad y las facilidades brindadas para concluir mis estudios.

A mi Director de tesis la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, por darme la oportunidad de formar parte del programa de Maestría en Ciencias en Enfermería, por transmitirme sus conocimientos, por brindarme su paciencia y comprensión, por ser mi guía en este proyecto y por motivarme a dar lo mejor de mí.

A la MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez, por su paciencia, sus atenciones, su amabilidad al atenderme, por su apoyo moral y académico.

A la Institución donde se realizó el estudio, por las facilidades otorgadas, al personal que se tomó el tiempo para participar en este estudio y especialmente a la Lic. Silvia Cepeda Compean por su apoyo y paciencia brindada durante mi estadía en el hospital.

A mis Padres y a mi Prometido que siempre me mostraron su amor, su apoyo, comprensión y palabras de aliento para seguir adelante.

A todos mis compañeros de la maestría, por compartir sus conocimientos y por su apoyo moral.

A los maestros de posgrado de la Facultad de Enfermería, al personal administrativo de Posgrado e Investigación de la UANL y a todas las personas que de alguna manera contribuyeron al logro de esta meta en mi vida. Gracias

A UCDM por su guía y enseñarme que el amor es la clave del éxito.

## **Dedicatoria**

A Dios, a su amado Hijo Jesucristo y a los ángeles por guiarme, cuidarme, por mostrarme la grandeza y las maravillas de vivir esta experiencia, por su gran amor que me llena de fortaleza.

A mis padres el Sr. Francisco Castro Ibarra y la Sra. Myrna Victoria Ortega Salazar, gracias por su ejemplo de fortaleza y dedicación, por su gran apoyo y amor incondicional, por sus palabras de aliento cuanto más las necesitaba. Por eso y mucho más Gracias, los amo.

A ti Evelyn (†) que desde el cielo me cuidas y ves por mí, mis alegrías y logros siempre serán para ti, te amo hermosa.

A ti Alejandro, gracias amor, por estar conmigo en esta etapa de mi vida, por tus palabras para mantenerme firme y segura y por ver lo mejor de mí cuando yo no lo veía.

A la Lic. Francis Martínez por ser pieza clave en estos momentos de mi vida, por darme herramientas para no desistir en la vida.

A mis hermosos angelitos Gio, Nina y Choky.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Estudios Relacionados	9
Definición de Términos	18
Objetivos	20
Capítulo II	
Metodología	22
Diseño del Estudio	22
Población, Muestreo y Muestra	22
Instrumentos de Medición	23
Procedimiento de Selección y Recolección de Datos	26
Consideraciones Éticas	27
Análisis de Datos	29
Capítulo III	
Resultados	31
Consistencia Interna de los Instrumentos	31
Estadística Descriptiva	32
Estadística Inferencial	38
Capítulo IV	
Discusión	76
Conclusiones	91
Recomendaciones	94



## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Referencias	96
Apéndices	103
A. Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol (CDPYHC)	104
B. Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ)	106
C. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	107
D. Carta de Aprobación de la Institución de Salud	108
E. Consentimiento Informado	119
F. Análisis de factores del Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ)	111
G. Frecuencias y proporciones del Cuestionario SAAPPQ del profesional médico	112
H. Frecuencias y proporciones del Cuestionario SAAPPQ del profesional de enfermería	113
I. Frecuencias y proporciones del Cuestionario AUDIT del profesional médico	114
J. Frecuencias y proporciones del Cuestionario AUDIT del profesional de enfermería	116

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia Interna del Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ) y Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	31
2. Datos Sociodemográficos de los participantes	32
3. Frecuencias y proporciones del Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ)	33
4. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	35
5. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en el profesional médico y de enfermería	38
6. Tipo de Consumo de Alcohol de acuerdo al AUDIT	39
7. Bebida de Preferencia de los profesionales médicos y de enfermería	40
8. Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors	41
9. U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ por sexo	43
10. H Kruskal-Wallis para el índice del SAAPPQ por edad	45
11. H Kruskal-Wallis para el índice del SAAPPQ por años de escolaridad	46
12. H de Kruskal-Wallis para el índice del SAAPPQ por último grado escolar	48
13. U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ por categoría laboral	50
14. H de Kruskal-Wallis para el índice del SAAPPQ por antigüedad laboral	51
15. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol por sexo	52

## Lista de Tablas

Tabla	Página
16. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol y edad	54
17. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol y años de escolaridad	55
18. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol por último grado escolar	57
19. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol por categoría laboral	59
20. Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol y antigüedad laboral	61
21. Chi Cuadrada de Pearson para el tipo de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT por sexo	62
22. H de Kruskal-Wallis para el índice del AUDIT por edad	63
23. H de Kruskal-Wallis para el índice del AUDIT por años de escolaridad	64
24. H de Kruskal-Wallis para el índice del AUDIT por ultimo grado escolar	65
25. Chi Cuadrada de Pearson para el tipo de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT por categoría laboral	66
26. H de Kruskal-Wallis para el índice del AUDIT por antigüedad laboral	67
27. Coeficiente de Correlación de Spearman para edad, antigüedad laboral, años de escolaridad, edad de inicio al consumo, numero de bebidas consumidas por ocasión y el cuestionario SAAPPQ	68
28. Coeficiente de Correlación de Spearman para el Consumo de Alcohol de Acuerdo al AUDIT y el cuestionario SAAPPQ	70
29. U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ y prevalencia global	71

## Lista de Tablas

Tabla	Página
30. U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ y la prevalencia lápsica	72
31. U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ y prevalencia actual	73
32. U Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ y prevalencia instantánea	74

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Relación de Variables	8
2. Prevalencias de Consumo de Alcohol	39
3. Prevalencia de Consumo de Alcohol por sexo	53
4. Prevalencias de Consumo de Alcohol por categoría laboral.	60

## Resumen

Laura Elizabeth Castro Ortega  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio, 2014

Título del Estudio: ACTITUDES HACIA EL PACIENTE QUE CONSUME ALCOHOL Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PROFESIONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Número de páginas: 117

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones Drogas Lícitas e Ilícitas

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito fue identificar la relación que existe de las actitudes de los profesionales médicos y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol de estos profesionales de la salud, trabajadores de una institución de salud ubicada en Monterrey, N. L. El diseño del estudio fue descriptivo y correlacional. El muestreo fue estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato (categoría laboral), con una muestra total de 249 participantes; distribuidos 81 para el estrato 1 (profesional médico) y 168 para el estrato 2 (profesionales de enfermería). Se utilizó una Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol y los instrumentos, el Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol [SAAPPQ] (Cartwright, 1980) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT] (De la Fuente y Kershenobich, 1992), ambos instrumentos obtuvieron una consistencia interna aceptable de .70 y .79 respectivamente.

**Contribución y Conclusiones:** Se documentó diferencia significativa en el sexo y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol ( $U=5163.5$ ,  $p < .001$ ), el personal del sexo masculino tuvo actitudes más positivas ( $\bar{X}=70.7$ ,  $Mdn=70.0$ ) que el sexo femenino ( $\bar{X}=64.7$ ,  $Mdn = 63.3$ ). Así mismo fue significativo para el sexo y la subescala de motivación ( $U= 5925.5$ ,  $p= .016$ ), tarea específica de la autoestima ( $U=5845.5$ ,  $p= .011$ ) y subescala de satisfacción en el trabajo ( $U=5924.5$ ,  $p= .015$ ), reportando mayores puntajes los participantes del sexo masculino. Se encontró diferencia significativa en el índice del cuestionario SAAPPQ por categoría laboral ( $U=4198.50$ ,  $p < .001$ ), siendo más alto el puntaje en el profesional médico ( $\bar{X}=72.2$ ,  $Mdn= 71.6$ ) que en el de enfermería ( $\bar{X}=64.4$ ,  $Mdn=63.3$ ). De igual manera se reporta diferencia significativa en las subescalas de motivación ( $U= 5481.50$ ,  $p= .012$ ), tarea específica de la autoestima ( $U=5123.50$ ,  $p= .001$ ) y en la subescala satisfacción en el trabajo ( $U= 4393.00$ ,  $p= < .001$ ), reportándose medias y medianas más alta en médicos que en el personal en enfermería.

Se documentó además diferencia significativa en la prevalencia global y sexo ( $\chi^2 = 17.96$ ,  $p < .001$ ), prevalencia lápsica y sexo ( $\chi^2 = 31.51$ ,  $p < .001$ ), prevalencia actual y sexo ( $\chi^2 = 30.00$ ,  $p < .001$ ) y prevalencia instantánea y sexo ( $\chi^2 = 22.67$ ,  $p < .001$ ), las prevalencias de consumo de alcohol fueron más altas en el personal del sexo masculino

que en el personal femenino. Existe diferencia significativa en la prevalencia global y la edad ( $\chi^2=17.96, p <.001$ ), la mayor prevalencia global de consumo de alcohol fue en los participantes de 54 a 70 años de edad (95.2%). Se encontró además diferencia significativa en la prevalencia lápsica y la edad ( $\chi^2=26.84, p <.001$ ), prevalencia actual y la edad ( $\chi^2=13.62, p <.001$ ) y la prevalencia instantánea y la edad ( $\chi^2=8.17, p=.042$ ), las prevalencias de consumo de alcohol fueron más altas en el personal con edad de 21 a 31 años. Se reportaron diferencias significativas en la prevalencias de consumo y la categoría laboral: prevalencia global ( $\chi^2=21.79, p <.001$ ), prevalencia lápsica ( $\chi^2=28.70, p <.001$ ), prevalencia actual ( $\chi^2=40.38, p <.001$ ) y prevalencia instantánea ( $\chi^2=21.51, p <.001$ ), siendo mayor en el personal médico que en el personal de enfermería.

Se documentó relación positiva y significativa de las actitudes hacia el paciente que consume alcohol (SAAPPQ) y el consumo de alcohol (AUDIT) ( $r_s=.199, p <.05$ ). Se reportó relación positiva y significativa en el consumo sensato y las actitudes ( $r_s=.215, p <.01$ ) y con la subescala satisfacción en el trabajo ( $r_s=.209, p <.05$ ). Se identificaron diferencias significativas en las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y la prevalencia global ( $U=3808.0, p=.023$ ), lápsica ( $U=5991.5, p=.006$ ), actual ( $U=5695.5, p <.001$ ) e instantánea ( $U=3766.5, p=.008$ ), reportando medias y medianas más altas de las actitudes hacia el paciente que consume alcohol en el personal que consumió alcohol en comparación del personal que no consumió alcohol. Se recomienda integrar en los programas de educación continua dirigidos al profesional médico y con especial atención al profesional de enfermería, la temática de actitudes hacia el cuidado del paciente que consume alcohol.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

Las bebidas alcohólicas son consumidas por amplios sectores de la población en el mundo y de acuerdo al Informe Global sobre el alcohol y la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayoría de los adultos consumen en niveles de bajo riesgo o se abstienen de consumir alcohol, sin embargo otros grupos de adultos como trabajadores de la industria, hospitales o servicios financieros, muestran un consumo excesivo diario o un consumo peligroso ocasional. Estas dos formas de consumir alcohol producen problemas significativos de salud pública como pérdida de años de vida saludable, años de vida productivos y sufrimiento en las familias donde uno de sus miembros experimenta el problema de abuso de alcohol y alcoholismo (OMS, 2011; Pidd, Roche & Buisman-Pijlman, 2011).

En los últimos años ha surgido evidencia científica que muestra que los problemas relacionados con el consumo de alcohol, han aumentado en todas las regiones del mundo. El consumo de bebidas alcohólicas per cápita a nivel mundial en el 2005 indicaba que 6.13 litros de alcohol puro se consumen por cada persona mayor de 15 años de edad. En el Continente Americano, especialmente entre los países de ingresos medios y bajos (Brasil, México y la mayoría de los países latinoamericanos), el consumo de alcohol es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial el cual es de 6.13 litros de consumo per cápita (Rehm et al., 2009; OMS, 2011; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011).

En México la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), reporta que las prevalencias de consumo de alcohol en la población mayor de 12 años de edad, ha ido aumentando del 2002 al 2011, el consumo de alcohol alguna vez en la vida aumento de 64.9% a 71.3%, en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes de 19.2% a



31.6%, por otra parte el índice de posible dependencia al alcohol a nivel nacional en 2011 fue de 6.2%, con una prevalencia mayor de 10.8% en los hombres y 1.8% en las mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011).

Como se ha señalado anteriormente el uso nocivo del alcohol es uno de los mayores riesgos de salud a nivel mundial, es un factor causal de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, las cuales resultan en aproximadamente 2.5 millones de muertes cada año. El consumo de alcohol se asocia a un número considerable de enfermedades y traumatismos, dentro de los que destacan la cirrosis hepática y los accidentes de tránsito. En México el alcohol es el principal factor de riesgo para muerte prematura en hombres; 11% de las defunciones de varones en el país están asociadas al consumo de alcohol (OMS, 2011; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011); SS, 2007).

Estos problemas directamente relacionados al consumo de alcohol justifican la presencia de pacientes en las unidades clínicas, quirúrgicas, así como en servicios de atención primaria y no solamente en unidades de urgencias de hospitales. Se ha estimado que aproximadamente, entre el 10% y el 40% de la población que solicita atención anual en los servicios de salud, tiene problemas relacionados con el consumo y abuso de bebidas alcohólicas (Kelleher & Cotter, 2009, Vargas & Villar, 2008).

La atención a pacientes con problemas de consumo de alcohol a menudo puede ser una tarea difícil para médicos y enfermeras, ya que a menudo los pacientes con problemas de alcohol generan una compleja serie de actitudes negativas y estereotipos erróneos hacia el paciente que consume alcohol, estas actitudes y estereotipos están presentes en muchas sociedades. Así mismo los pacientes consumidores de alcohol tienen que lidiar con las actitudes negativas y el estigma social considerados factores únicos en el ámbito hospitalario, tales como indicar que estos pacientes son desagradables, difíciles e indignos de atención. Estas actitudes pueden influir en la

relación que se establece entre una enfermera o profesional de salud y su paciente (Crothers & Dorrian, 2011).

La relación del profesional de salud con el paciente se basa en las habilidades sociales como la empatía, que significa “ponerse en el lugar del paciente”, aceptar su condición, así como la sensibilidad ética que implica comprender los sentimientos del paciente y tener la disposición de ayudar. Existe evidencia científica que las actitudes negativas del profesional de salud hacia el paciente que consume alcohol puede afectar el vínculo o la relación enfermera y medico con el paciente, además de limitar la atención integral y la calidad del cuidado prestado a este grupo (B. A. Alonso & Alonso, 2012; Vargas & Villar, 2008; Reyes & Villar, 2004).

Algunos estudios señalan que en general las actitudes de los profesionales de salud son positivas, sin embargo se han observado actitudes negativas en relación al cuidado y atención de pacientes con problemas de consumo de alcohol, debido a que indican que trabajar con estos pacientes implica acciones poco gratificantes. Además, han documentado que estos pacientes son considerados difíciles para el trato y la comunicación, por ello pueden recibir una atención de baja calidad. En consecuencia el personal médico y de enfermería deben ser capaces de evaluar sus propias actitudes con respecto a estos pacientes para evitar conductas y actitudes negativas que podrían deteriorar la calidad de la atención y la equidad valor imprescindible del derecho a la salud (Kelleher & Cotter, 2009; Pulford et al, 2007; Vargas & Villar, 2008).

Otro factor que puede influir en las actitudes, es el consumo de alcohol de los profesionales de salud, debido a que estudios realizados en Australia y Brasil reportan que el consumo de esta sustancia puede influir para que los profesionales de la salud tiendan a mostrar actitudes más positivas hacia el paciente que consume alcohol (Crothers & Dorrian, 2011; Vargas & Villar, 2008).

Vargas y Villar (2008) en su estudio cualitativo, observaron que los enfermeros que consumen alcohol, documentan más actitudes positivas hacia el consumo de alcohol

de los pacientes bajo su cuidado. Además estudios cuantitativos realizados en estudiantes de enfermería en México y en profesionales de enfermería en Australia reportan relación positiva y significativa entre el consumo de alcohol del personal de enfermería y las actitudes positivas hacia el cuidado del paciente que consume alcohol (López, 2012; Crothers & Dorrian, 2011).

Los profesionales de la salud deben estar preparados para responder a la demanda creciente de servicios de salud de personas que consumen alcohol, que requieren de cuidado integral aun y cuando el motivo de hospitalización no sea directamente a causa del consumo de la sustancia. Por lo que deben estar capacitados en esta temática y mostrar siempre actitudes positivas en su relación profesional con el paciente, a fin que el cuidado sea efectivo y resolutivo (Soares, Vargas & Ferreira, 2011; Kelleher & Cotter 2009).

Como ya se ha señalado el estudio de las actitudes de los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) hacia el consumo de alcohol de los pacientes, es de vital importancia por el impacto en la calidad de la atención. Sin embargo de acuerdo a una revisión sistemática realizada por Soares, Vargas y Ferreira (2011), encontraron escasos estudios donde se evalúen las actitudes del personal médico, por ello recomiendan realizar estudios sobre actitudes hacia el cuidado de pacientes que consumen alcohol no solo en personal de enfermería sino además en los médicos. En relación al estudio de las actitudes a nivel nacional, en México existe escasa evidencia de esta temática, dado que la mayoría de estos se han realizado en Inglaterra (56.25%), seguido por los Estados Unidos (18.75%).

Por lo anteriormente señalado, se consideró importante realizar el presente estudio, con el propósito de identificar la relación que existe de las actitudes de los profesionales médicos y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol de estos profesionales de la salud. Se espera que este estudio contribuya en la identificación de posibles áreas de formación en los planes de estudio

de estas profesiones y para la capacitación continua de profesionales en servicio. Otra aportación en el futuro podrá ser la creación de intervenciones profesionales enfocadas a detectar y atender a personas que acuden a los servicios de salud por consecuencias relacionadas al consumo de alcohol.

### **Marco de Referencia**

Los conceptos que guiaron el presente estudio son: Las actitudes hacia el paciente que consume alcohol por parte de los profesionales médicos y de enfermería y el consumo de alcohol los cuales se muestran a continuación.

Las actitudes, son definidas por Moscovici (1988), como el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento; son un componente fundamental de las representaciones y son expresadas por los profesionales de la salud durante la práctica (Ospina, Sandoval, Aristizábal & Ramírez, 2005).

Rosenberg y Hovlan (1960) refieren que las actitudes son consideradas como una tendencia evaluativa hacia un objeto socialmente relevante, porque de acuerdo a ellos las actitudes tienen la capacidad de determinar las actividades, acciones y conductas, que vayan en la misma dirección que la actitud, por cuanto que psicológicamente existe consistencia entre la actitud y el comportamiento.

La actitud, por lo tanto, posee diversos componentes que deben tenerse en cuenta en la práctica de enfermería y de la medicina, el primero de ellos es el cognoscitivo, en el cual se encuentran las creencias, valores y estereotipos acerca del objeto, el segundo es el afecto, en el que se entrecruzan los sentimientos y emociones que acompañan con mayor o menor frecuencia a la actitud y por último el tendencial, donde se halla reflejada “la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto; es el componente más directamente relacionado con la conducta (Cartwright, 1980; Ospina, Sandoval, Aristizábal & Ramírez, 2005).

Lo anterior concuerda con el modelo tripartita de Rosenberg y Hovlan (1960), donde se indica que ante un objeto actitudinal, la persona presenta tres tipos de respuestas diferentes: primero se encuentran las respuestas cognitivas, estas son creencias y pensamientos acerca del objeto, le siguen las respuestas evaluativas que son sentimientos asociados al objeto (repulsión, atracción, placer) y por último las respuestas conductuales, estas son el comportamiento que incluye las intenciones de actuar de una forma determinada ante un objeto. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que se muestra en torno a los objetos a que hacen referencia (consumo de alcohol) y las características son la dirección es decir positiva o negativa; favorable o desfavorable e intensidad esta puede ser alta o baja (Aignerren, 2010).

En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas (OMS, 1994).

El consumo de alcohol es un estilo de vida no saludable que tiene efectos en la salud física, mental y social del personal médico y de enfermería. Las consecuencias dependen de la cantidad y frecuencia con que se consume. Las bebidas alcohólicas se clasifican en fermentadas (cerveza y el vino) y en destilados (tequila, ron, brandy, vodka y whisky) (Tapia, 2001; Boggio, 2010). De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones una bebida alcohólica, es aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen, en cuanto a una bebida o copa estándar, se considera una cerveza de 12 onzas, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de destilados. Cada una de estas bebidas contienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol (0.5 onzas), es decir, entre 10 y 12 gramos de etanol (SS, 2009; Tapia, 2001). Existen diferentes criterios para

considerar el uso y abuso de alcohol según el género, esto obedece al hecho de que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes de alcohol, debido en parte a la diferencia en la actividad enzimática a nivel gástrico encargada de desdoblar el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo, esta diferencia radica en la enzima alcohol deshidrogenasa, siendo cuatro veces más activa en el hombre, además la mujer tiene una mayor cantidad de grasa que de agua en el cuerpo y debido a que el alcohol es más soluble en agua que en grasa, cualquier dosis de alcohol se concentra más en el organismo femenino que en el masculino. Estos criterios de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo de alcohol y se miden a través de indicadores tales como consumo per cápita y problemas asociados (Tapia, 2001).

De acuerdo a los criterios de consumo de alcohol en México, se consideran tres tipos de consumo: el consumo sensato o sin riesgo, es cuando el consumo es de cuatro bebidas estándar (40 gramos de etanol) no más de tres veces por semana en los varones y dos bebidas estándar (20 gramos) no más de tres veces por semana para las mujeres, el consumo dependiente o de riesgo es cuando se ingieren de cinco a nueve copas por ocasión en los varones y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres, dejando de realizar actividad por el consumo de alcohol y el consumo dañino o perjudicial ocurre cuando las mujeres ingieren en un día típico, seis o más copas y cuando los hombres ingieren diez o más copas, además que amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado a la persona preocupación por su forma de beber (Babor et al., 2001; De la Fuente & Kershenobich, 1992; Tapia, 2001).

Se ha recomendado por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 que al realizar estudios sobre consumo de drogas como en este caso el alcohol, se evalúe la prevalencia de consumo (SS, 1994). Además, para la vigilancia epidemiológica se documenta la prevalencia, como el resultado de la medición del número de personas enfermas o que presentan cierto trastorno o conducta como sería el consumo de alcohol

y se calcula dividiendo el número de personas con la enfermedad o la característica determinada en un momento del tiempo, entre el número de personas de la población expuesta al riesgo en ese momento y el resultado se multiplica por cien. En este estudio se midió la prevalencia en relación al consumo de alcohol y se clasificará en prevalencia global que evalúa el consumo alguna vez en la vida, prevalencia lápsica que evalúa el consumo en los últimos doce meses, prevalencia actual hace referencia al consumo en el último mes y prevalencia instantánea que es el consumo en los últimos siete días (SS, 2009; Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006).

Es importante señalar que el consumo de alcohol en profesionales médicos y enfermeras podría estar asociado con las actitudes hacia el paciente que consume alcohol debido a que se ha reportado en estudios que enfermeros no consumidores de alcohol presentan actitudes más negativas y los enfermeros consumidores de alcohol presentan actitudes ambivalentes ya que se muestran a favor de la ingesta moderada pero parecen no aceptar el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas (Vargas & Villar, 2008). En la figura 1, se observa que el consumo de alcohol de los profesionales de la salud, podría estar asociado con las actitudes de estos profesionales hacia el paciente que consume alcohol.

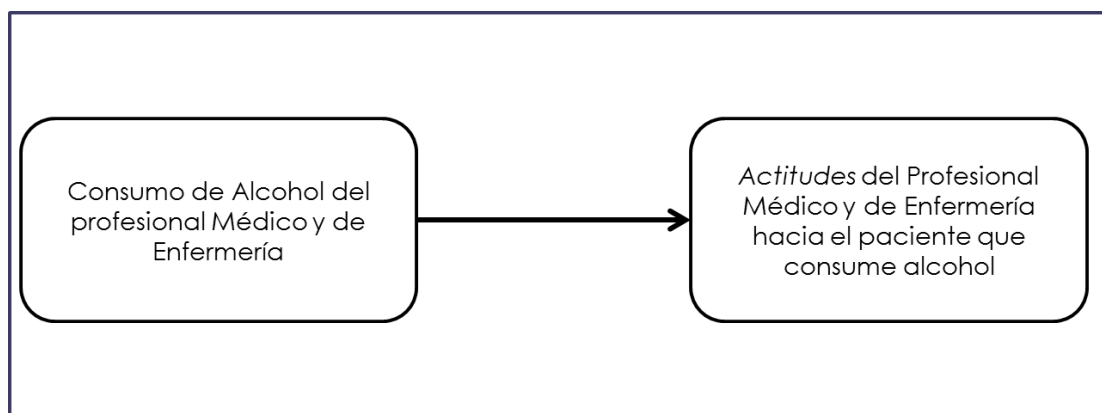


Figura 1. Relación de Variables

## Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados que incluyen los conceptos utilizados en este estudio. Los estudios se presentan en dos apartados; en primer lugar los relacionados a las actitudes de los médicos y del personal de enfermería hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol, posteriormente sobre prevalencia de consumo de alcohol en estos profesionales.

Elwy, Horton y Saitz (2013) realizaron un estudio de cohorte prospectivo en 41 médicos de atención primaria y 301 pacientes con problemas de consumo de alcohol en un Hospital del Noreste de Estados Unidos. El objetivo del estudio fue examinar si las actitudes de los médicos y la percepción de auto-eficacia para la detección y asesoramiento de pacientes con problemas de alcohol y se asocian con el asesoramiento recibido por los pacientes que consumen alcohol y el consumo de alcohol de los pacientes después del asesoramiento. Para medir las actitudes se utilizaron trece de los 50 reactivos de la Encuesta de Actitudes hacia el Abuso de Sustancias (SAAS) realizado por Chappel et al, en 1985.

Los resultados mostraron que los médicos reportaron actitudes positivas hacia las personas con trastornos por uso de sustancias entre ellas el consumo de alcohol, también fueron positivas en relación a brindar atención a pacientes con problemas de consumo de alcohol, estas actitudes se reflejaron en la medias obtenidas en las puntuaciones de las subescalas del instrumento SAAS, las creencias positivas hacia el tratamiento ( $\bar{X} = 4.34$ ,  $DE=0.49$ ), las actitudes negativas hacia el paciente que consume alcohol ( $\bar{X} = 4.37$ ,  $DE= 0.45$ ) y el tratamiento de las adicciones ( $\bar{X} = 4.21$ ,  $DE=0.72$ ). Además se reportó que las actitudes de auto eficacia de los médicos para evaluar e intervenir en pacientes se asoció con el consumo excesivo de alcohol en los últimos seis meses por parte de los pacientes ( $OR=1.29$ ,  $IC\ 95\% [1.04-1.60]$   $p=.02$ ). Los autores concluyen en



la importancia de seguir estudiando las actitudes hacia el consumo de alcohol de los pacientes bajo su cuidado por las posibles implicaciones en la práctica clínica.

López (2012), en su estudio descriptivo correlacional, cuyo propósito fue conocer y determinar la relación entre las actitudes de los estudiantes de enfermería en el cuidado del paciente que consume alcohol, las creencias sobre el consumo de alcohol y el consumo de alcohol del estudiante. Este se realizó en 383 estudiantes de enfermería de una institución privada de Nuevo León y se utilizó la escala de actitudes de enfermería hacia el alcohol y el alcoholismo de Seaman y Mannello (1978).

En relación a las actitudes, el autor reportó que los participantes mostraron actitudes negativas dado que el 56.7% de los estudiantes señalaron estar de acuerdo en que la vida de un paciente que consume alcohol no es agradable, el 57.2% muestra actitudes negativas al decir que está de acuerdo en que los pacientes que consumen alcohol tienen una pobre salud física. Sin embargo se reportaron actitudes positivas, debido que el 50.4% están de acuerdo en que los pacientes que consumen alcohol llevan a cabo esta conducta por problemas, el 59.6% señalan que los pacientes que consumen alcohol tienen usualmente dificultades emocionales severas y el 76.3% considera que el alcoholismo es una enfermedad, además se reportó que el 81.7% de los participantes no se avergüenza al hablar del tema de alcoholismo. El 67.9% señala que los pacientes que consumen alcohol y que no obedecen órdenes de los enfermeros también deben ser tratados y el 63% está de acuerdo en que puede ayudar a un paciente que consume alcohol aun si él o ella no deja de consumir alcohol.

No se encontró significancia de las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol de los estudiantes de enfermería ( $r_s = -.011$ ,  $p > .05$ ). No obstante se realizó una prueba de diferencias de U de Mann-Whitney y Z de Wilcoxon para cada reactivo de la escala de actitudes de enfermería hacia el alcohol y el alcoholismo de Seaman y Mannello, (1978) y la prevalencia de consumo de alcohol de los estudiantes de enfermería. Se encontró que en la prevalencia alguna vez en la vida o

global los estudiantes reportaron que la vida de un paciente que consume alcohol no es agradable ( $Z=-2.28, p=0.02$ ) siendo más alta la media en quienes si consumieron alguna vez en la vida ( $\bar{X}=3.60$ ) que en los que no consumieron ( $\bar{X}=3.15$ ), así como también que los pacientes que consumen alcohol, lo hacen debido a problemas ( $Z=2.60, p=0.00$ ), reportándose medias más altas en los que si consumieron alcohol alguna vez en la vida ( $\bar{X}=3.50$ ) que en los que no consumieron ( $\bar{X}=3.03$ ).

En la prevalencia lápsica en relación a las actitudes se documentó significancia en el reactivo las bebidas alcohólicas no causan daño si son usadas con moderación ( $Z=-2.57, p=0.01$ ) siendo la media más alta en los que consumieron alcohol en el último año ( $\bar{X}=3.18$ ) que en los que no consumieron ( $\bar{X}=2.83$ ) y el reactivo que indica que la gente debería consumir bebidas alcohólicas si lo desea ( $Z=-3.93, p=0.00$ ) de igual manera se reportaron medias más altas en los que consumieron alcohol en el último año ( $\bar{X}=3.42$ ) que en los que no consumieron ( $\bar{X}=2.90$ ).

Crothers y Dorrian (2011). En su estudio descriptivo, se estableció como objetivo el analizar las características personales, las actitudes hacia el alcoholismo y actitudes para la atención de pacientes con problemas de alcohol una muestra de 51 profesionales de enfermería, trabajadores de diferentes hospitales metropolitanos de Australia. Para medir las actitudes hacia el alcohol y alcoholismo se utilizó el Cuestionario de Alcoholismo de Marcus (1980), la Escala de actitudes de enfermería hacia el alcohol y el alcoholismo de Seaman y Mannello, (1978) y para medir las actitudes hacia el cuidado del paciente con problemas de alcohol se usó la versión corta del Cuestionario de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ) de Cartwright, (1980). En cuanto a los resultados se encontró que la mayoría de la población participante pertenecía al género femenino con un 92% con una media de edad de 39 años. En cuanto al consumo de alcohol por parte del profesional de enfermería, el 25% indicó haber consumido alcohol una vez a la semana y el 33% más de una vez a la semana y el 16% no consumía alcohol.

Los resultados documentan que los participantes reportaron actitudes positivas hacia el cuidado del paciente con problemas de alcohol, estas actitudes se vieron reflejadas en las puntuaciones de la escala SAAPPQ estando por arriba del punto medio (3.50), en los siguientes dominios; Satisfacción laboral ( $\bar{X} = 3.66, DE=1.11$ ), Adecuación al Rol ( $\bar{X} = 4.04, DE=1.33$ ), Legitimidad del Rol ( $\bar{X} = 4.87, DE=1.14$ ) y Autoestima ( $\bar{X} = 4.96, DE=1.23$ ). En el análisis estadístico del cuestionario SAAPPQ se reportó un efecto positivo y significativo con el consumo de dos bebidas estándar de alcohol y la subescala de pesimismo ( $B=.369, p<.05$ ). Además se reportó un efecto negativo y significativo con la subescala de pesimismo y la edad ( $B=-.226, p<.05$ ).

En la escala de Seaman y Mannello, (1978) se reportó un efecto significativo del consumo de alcohol en la subescala de satisfacción ( $F=3.516, p<.05$ ) reportándose una diferencia significativa para los que consumían alcohol más de una vez a la semana ( $\bar{X}=4.89, DE=0.84$ ) en comparación con aquellos que nunca consumen alcohol o lo hacen solo en ocasiones especiales ( $\bar{X} = 2.99, DE=1.15$ ). También se encontró un efecto significativo ( $p<.05$ ) en el número de bebidas consumidas por el personal ( $F=4.853, p<.05$ ) documentándose una diferencia significativa para los que reportaron consumir más de dos bebidas estándar ( $\bar{X} = 4.82, DE= 1.16$ ) o beben de entre 1 a 2 bebidas estándar ( $\bar{X} = 4.82, DE=1.16$ ) comparado con los que con los que no beben ( $\bar{X} = 3.50, DE = 1.07$ ).

De Vargas (2010), realizó un estudio descriptivo exploratorio, cuyo objetivo fue verificar las actitudes hacia la persona que consume alcohol en 171 enfermeros de un hospital general de Sao Paulo Brasil, el autor utilizó la subescala IV del instrumento Escala de actitudes de enfermería hacia el alcohol y el alcoholismo (Seaman & Mannello, 1978) que evalúa las actitudes relacionadas a la percepción de las características de la persona con alcoholismo.

Las características de los participantes fue que predominó el sexo femenino, con una edad media de 32 años, estado civil soltero y con una formación académica

profesional de 1 a 5 años. El 52.4% reveló haber tenido alguna experiencia profesional con pacientes con problemas de alcohol. En general, las actitudes fueron positivas dado que el 46.5% de los enfermeros consideran que el paciente que consume alcohol es una persona sensible y solitaria, el 51.5% concuerdan en que tienen dificultades emocionales, el 82% indicó que las personas que beben es por causa de otros problemas. Sobre el reactivo que indica que la persona con alcoholismo es una mala persona las respuestas fueron ambiguas ya que el 37.5% dijo que si y el 36.9% señaló estar en desacuerdo sobre que la persona con alcoholismo es una mala persona.

En un segundo estudio de De Vargas (2010), de tipo descriptivo exploratorio para la subescala III de la Escala de actitudes de enfermería hacia el alcohol y el alcoholismo de Seaman y Mannello, (1978), realizado en una muestra de 171 enfermeros, ubicados en unidades de internamiento de un hospital universitario de Ribeiro Preto Brasil, buscó verificar las actitudes de los enfermeros frente a las habilidades de identificación para ayudar al paciente que consume alcohol, utilizando la subescala III que evalúa las habilidades para la identificación de ayuda a pacientes con alcoholismo del instrumento Escala de actitudes de enfermería hacia el alcohol y el alcoholismo de Seaman y Mannello (1978). Los resultados muestran que el 15.6% de los enfermeros señalaron que el paciente que consume alcohol no está interesado en su propia felicidad, el 66% piensa que paciente que consume alcohol no respeta a sus familiares, el 27.6% piensa que el paciente que consume alcohol no quiere dejar de beber, el 48.5% refirió que los pacientes que consumen alcohol no les gustaría ser pacientes alcohólicos.

Kelleher y Cotter (2009), realizaron un estudio con el objetivo de determinar los conocimientos y actitudes hacia el uso problemático de drogas lícitas e ilícitas sobre el uso de estas sustancias por los consumidores, en el personal médico y de enfermería de un área de urgencias. El estudio de corte descriptivo, se realizó en una muestra de 66 profesionales médicos y de enfermería del área de urgencias, provenientes de tres

hospitales de Irlanda. El instrumento que se utilizó fue la Encuesta de Actitudes hacia el Abuso de Sustancias (SAAS) realizado por Chappel et al, en 1985, este fue diseñado para medir las actitudes de los profesionales de salud hacia el abuso de sustancias e identifica cinco dimensiones que son: la intervención en el tratamiento, optimismo durante el tratamiento, la permisividad, no moralismo y estereotipos.

El 69.7% de los participantes señaló que los pacientes que abusan de sustancias reciben un manejo inadecuado; el 36.4% indicó que hay muy pocos servicios para atender a estos pacientes y mientras que el 31.8% señaló que son difíciles estos pacientes. En cuanto a detección y tratamiento la mayoría de los encuestados está de acuerdo con las declaraciones siguientes; los médicos que detectan tempranamente el abuso de alcohol en los pacientes, tienen más posibilidades de éxito sus pacientes en el tratamiento (83.1%) y que la participación de la familia es una parte muy importante del tratamiento de alcohol (92.3%). Así mismo el 87.6% de los encuestados documentaron que la mejor manera para atender a estos pacientes con problemas de alcohol o/y drogas sería derivarlos a un programa de tratamiento.

Siguiendo con los resultados del estudio, estos mostraron que el 81.6% de los participantes están de acuerdo en que en el tratamiento para lograr una abstinencia del consumo de alcohol para toda la vida debe ser una meta necesaria y un 79.7% indicaron que una vez que una persona llega a abstenerse de consumir alcohol como resultado del tratamiento recibido, este paciente no puede convertirse nunca en bebedor social y el 80% está de acuerdo en que los padres deben enseñar a sus hijos acerca de un consumo responsable de alcohol.

Pulford et al, (2007) realizaron un estudio en médicos y enfermeras pertenecientes a un Hospital General en Nueva Zelanda, estableciendo como objetivos, conocer las valoraciones de detección de alcohol, evaluar su utilidad clínica en las unidades de medicina general, evaluar los conocimientos del personal médico y de enfermería en relación a los criterios de consumo de bebida estándar, los límites

recomendados para consumir alcohol y por último conocer las actitudes de médicos y enfermeras hacia los pacientes que consumen alcohol. Para conocer las actitudes se utilizó la versión corta del instrumento Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ) de Cartwright, (1980), el cual indica que a mayor puntuación más actitudes positivas y viceversa a menores puntuaciones más actitudes negativas.

Los resultados documentan que médicos y enfermeras presentaron actitudes positivas, obteniendo puntuaciones sobre el puntaje medio (3.5) en cuatro de las cinco áreas de dominio del SAAPPQ; adecuación del rol ( $\bar{X}$ =4.0), legitimidad del rol ( $\bar{X}$ =5.2), motivación ( $\bar{X}$ =4.1) y tarea específica de la autoestima ( $\bar{X}$  =4.8). Sin embargo presentaron actitudes negativas en el dominio de satisfacción laboral ( $\bar{X}$ =3.4). Se encontraron diferencias estadísticas significativas en relación a las actitudes de médicos y enfermeras ( $p<0.05$ ). Estadísticamente los médicos mostraron más actitudes positivas que el personal de enfermería ( $p= .021$ ). Desglosando por subescalas los médicos mostraron actitudes más positivas en comparación del personal de enfermería en los dominios adecuación del rol ( $p= .003$ ) y legitimidad del rol ( $p=.001$ ), mientras que en el personal de enfermería se indicó actitudes más positivas en el dominio de motivación ( $p=.026$ ).

A continuación se presentan los artículos relacionados con el consumo de alcohol por parte del profesional médico y de enfermería.

Hinojosa, Alonso y Castillo (2012), realizaron un estudio con el propósito de determinar la percepción de autoeficacia percibida y el consumo de alcohol por edad, género y categoría laboral en trabajadores de la salud, este se realizó en 167 trabajadores de un Hospital General del sector salud de la ciudad de Matamoros, Tamaulipas. Los autores encontraron que de acuerdo al tipo de consumo por categoría laboral se reportó una diferencia significativa ( $\chi^2=21.44, p < .001$ ), ya que el consumo sensato fue mayor en los profesionales con un 78.2% frente un 50.09% de los no profesionales y en el

consumo dañino el porcentaje fue mayor en los no profesionales con un 26.3% comparado con 3.6% de los profesionales.

Al medir el tipo de consumo de acuerdo al índice AUDIT en relación con el género se reportó diferencia significativa ( $\chi^2 = 35.77, p < .001$ ), documentándose más alto consumo en varones, presentando mayor proporción de consumo dependiente (30.2%), seguido del consumo dañino (27.0%); mientras que las mujeres presentaron mayor proporción de consumo sensato (83.7%).

Ferrada, Salomón, Pina, Lavandaio y Carena (2008), en su estudio propusieron identificar la frecuencia de tabaquismo, problemas con el alcohol, alimentación y automedicación en el personal de la salud de un Hospital General de Agudos de nivel de Complejidad III, en Argentina. Del total de los encuestados el 28.4% refirieron consumir alcohol, donde la mayoría fueron los profesionales de enfermería con un 33.7%, seguido por los médicos en formación con un 31.1% y por debajo están los médicos titulados con un 27.4%. El consumo de alcohol, fue más frecuentes en el sexo masculino, en personas con edades entre 20 y 30 años del sexo masculino (47.2%) y en participantes con pareja inestable (73.6%).

Boggio (2010), realizó un estudio en una muestra de 100 profesionales de enfermería trabajadores de un hospital de Venezuela, cuyo propósito fue describir el consumo de alcohol y tabaco en estos trabajadores. En el estudio, predominó el género femenino con un 70%. El 59% respondió consumir alcohol, el alcohol que más consumen es la cerveza en un 38%, seguido de whisky en un 25%, el ron en un 19% y vino con 18%. Conforme al tipo de consumo, en el personal femenino se reportó, que el 58.57% tiene consumo sensato o sin riesgo, el 12.85% tiene consumo dependiente o de riesgo y el 28.57% un consumo perjudicial o dañino y en el personal masculino, el 66.66% presentó consumo dependiente o de riesgo, el 33.3% consumo dañino o perjudicial.

Hidalgo, Vargas y Salcedo (2011), realizaron un estudio descriptivo para establecer la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en médicos y enfermeros de dos Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de consulta externa de Bogotá. Participaron 58 individuos, correspondientes de ellos, 20 fueron enfermeros y 38 médicos.

Los resultados mostraron que, en relación a los médicos treinta y cuatro médicos reportan haber consumido alguna de las sustancias descritas en la encuesta en los últimos seis meses, la sustancia que más se consumía es el alcohol con un 89.5%. De los participantes que reportaron consumir alcohol, el 52.9% corresponde al género femenino; en cuanto a la frecuencia de consumo, el 61.8% corresponde a “menos de una vez por semana”, seguido por “no ha consumido en el último mes” con 26.5%. Ningún médico reportó beber alcohol diariamente y 2.9% refirió beber alcohol varias veces por semana. En los profesionales de enfermería encuestados, 15 reportaron haber consumido alguna sustancia y de igual manera coincidieron con lo señalado por los médicos de que el alcohol es la sustancia de predilección en mayor proporción de consumo con un 60%, donde el 83.3% pertenece al género femenino. En cuanto a la frecuencia de consumo por edad el consumo mayor se presentó en los participantes de 34 años con un 16.7%.

En síntesis, los artículos muestran que los participantes reportan tanto actitudes positivas como negativas, positivas al considerar a la persona que consume alcohol como sensible y que tiene problemas emocionales y que padecen una enfermedad y negativas al considerar al paciente que consume alcohol como difíciles de tratar, que no obedecen las indicaciones y que es poco satisfactorio trabajar con ellos. Otro punto importante es que dos de los artículos muestran que el consumo de alcohol influye en el profesional para que este manifieste actitudes positivas en ciertos dominios de los instrumentos, como la satisfacción de trabajar con pacientes que consumen alcohol y en ciertos reactivos que valoran las características del paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol.



En relación al consumo de alcohol, se observa en los estudios realizados que los trabajadores de la salud en su mayoría reportan un consumo sensato, sin embargo cabe resaltar que en relación al género, los hombres presentan en mayor porcentaje un consumo perjudicial o dañino. Estudios señalaron que el personal de enfermería consumía más alcohol que el personal médico, no obstante esto probablemente se deba a que la mayoría de los participantes eran profesionales de enfermería

### **Definición de Términos**

A continuación se definen los términos que se utilizaron para el presente estudio.

Datos sociodemográficos, corresponden a las características de los profesionales médicos y de enfermería, se incluyen los de tipo biológico, como son la edad, sexo y las de tipo sociocultural que comprenden la escolaridad, categoría laboral y antigüedad laboral.

El sexo, es la característica biológica que distingue al hombre de la mujer y se reporta como masculino y femenino respectivamente, fue interrogada por medio de la Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol (CDPYHC).

La edad, corresponde a los años cumplidos que los profesionales médicos y de enfermería reportan al momento de la aplicación de la Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol (CDPYHC).

Años de escolaridad, son los años cursados de educación formal, por el profesional médico y de enfermería hasta el momento de la aplicación de la Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol (CDPYHC), referidos por los profesionales médicos y de enfermería.

Ultimo grado escolar: Es el último grado de estudios obtenido por el participante y se reportó en la Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol (CDPYHC).

Categoría laboral: Se consideró en relación con su formación y función que desempeña y se clasificarán como profesionales médicos y profesionales de enfermería.

Antigüedad laboral, es el número de años trabajados como profesionales médicos o de enfermería hasta el momento de la aplicación de la Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol (CDPYHC).

Actitudes de los de profesionales médicos y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol: Son percepciones, sentimientos y creencias positivas o negativas que tienen los profesionales médicos y de enfermería sobre la motivación, la satisfacción en el trabajo, la legitimidad del rol, la autoestima al desempeñar el cuidado, el uso adecuado de conocimiento, la seguridad y el compromiso terapéutico respecto al cuidado de pacientes que consumen alcohol y fueron evaluadas a través del Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ).

Consumo de alcohol: Es la ingesta de bebidas alcohólicas por parte del personal médico y enfermería en relación a frecuencia y cantidad y este se clasifica en consumo sensato o sin riesgo, de riesgo o dependiente y dañino o perjudicial el cual se midió con el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT).

Consumo de alcohol sensato o sin riesgo: Es cuando el consumo de alcohol es de cuatro bebidas estándar (40 gramos de etanol) no más de tres veces por semana en los varones y dos bebidas estándar (20 gramos) no más de tres veces por semana para las mujeres.

Consumo de alcohol dependiente o de riesgo: Es cuando los profesionales médicos y de enfermería ingieren de cinco a nueve copas por ocasión en los varones y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres y dejando de realizar actividad por el consumo de alcohol.

Consumo de alcohol dañino o perjudicial: Ocurre cuando las mujeres ingieren en un día típico, seis o más copas y cuando los hombres ingieren diez o más copas además,

que amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber

**Prevalencia:** Es la proporción de profesionales médicos y de enfermería que refieren haber consumido alcohol en un tiempo determinado sobre el total de la muestra estudiada y multiplicado por cien.

**Prevalencia global del consumo de alcohol:** Es la proporción de profesionales médicos y de enfermería que refieran haber consumido alcohol alguna vez en la vida.

**Prevalencia lápsica del consumo de alcohol:** Es la proporción de profesionales médicos y de enfermería que refieran haber consumido alcohol en el último año.

**Prevalencia actual del consumo de alcohol:** Es la proporción de profesionales médicos y de enfermería que refieran haber consumido alcohol en el último mes.

**Prevalencia instantánea del consumo de alcohol:** Es la proporción de profesionales médicos y de enfermería que refieran haber consumido alcohol en la última semana.

## **Objetivos**

1. Identificar las Actitudes hacia el paciente que consume alcohol de los profesionales médicos y de enfermería por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral.

2. Determinar en los profesionales médicos y de enfermería la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral.

3. Identificar el tipo de Consumo de Alcohol en los profesionales médicos y de enfermería por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral.

4. Determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol de los profesionales médicos y de enfermería y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol.

5. Identificar de acuerdo al tipo de prevalencia de consumo de los profesionales médicos y de enfermería, las actitudes hacia el paciente que consume alcohol.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

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

#### **Diseño del Estudio**

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y correlacional (Burns & Grove, 2008: 2009). Descriptivo, porque se describieron las actitudes del profesional médico y enfermería hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol de estos profesionales y de diseño correlacional, porque se determinó la relación entre las actitudes hacia el paciente que consume alcohol, el consumo de alcohol y algunas características personales de los participantes.

#### **Población, Muestreo y Muestra**

La población de estudio estuvo constituida por 231 profesionales médicos y 476 profesionales de enfermería de una institución de salud de segundo nivel del sector salud del Estado de Nuevo León. El tipo de muestreo fue estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato, debido a que se consideraron dos estratos correspondientes a profesionales médicos y de enfermería (Polit & Hungler, 2000).

La muestra se calculó a través del paquete estadístico n`QueryAdvisor Versión 4.0 ® (Elashoff, Dixon, Crede y Fotheringham, 1997). Se consideró que se deseaba estimar una proporción con un Intervalo de Confianza (IC) de 95%, usando un enfoque conservador ( $p=q=1/2$ ) con Límite de Error de Estimación de .05 ( $\pm 5\%$ ), por lo anterior se requirió de una muestra de tamaño de 249, distribuidos 81 para el estrato 1 (profesional médico) y 168 para el estrato 2 (profesionales de enfermería).

## **Instrumentos de Medición**

En el presente estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol [CDPYHC], el Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol [SAAPPQ] de Cartwright, (1980) y la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] diseñado por Babor, (1989) y adaptada a la población mexicana por De La Fuente y Kershenobich, (1992).

La Cédula de Datos Personales y de Historial de Consumo de Alcohol [CDPYHC] está compuesta por dos secciones, la primera contiene siete preguntas sobre datos socio demográficos; las preguntas de edad, antigüedad laboral, años de escolaridad y último grado escolar son de respuesta abierta, el sexo, estado civil y categoría laboral son de opción. En la segunda sección se incluyen los reactivos referentes a la prevalencia de consumo de alcohol, cuatro preguntas de opción dicotómica sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días, además se indagó acerca de la edad de inicio de consumo de alcohol, cantidad de bebidas consumidas por ocasión y el tipo de bebida alcohólica de mayor consumo (Apéndice A).

Para conocer las actitudes hacia el paciente que consume alcohol se utilizó el Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ), este instrumento es una versión reducida, de la escala Cuestionario de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol (AAPPQ) diseñado por Cartwright, (1980).

El Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ) está compuesto por los siguientes dominios; el Dominio de adecuación del rol, son los sentimientos por parte del profesional de salud hacia la eficacia de sus propios conocimientos y habilidades en el trabajo con pacientes que consumen alcohol (reactivos 1 y 2), el Dominio de tarea específica de la autoestima, este dominio evalúa la autoestima del trabajador para brindar atención al paciente que consume alcohol (reactivos 3 y 4), el Dominio de motivación, el cuál evalúa la motivación y disposición

por parte del profesional de salud para trabajar con pacientes que consumen alcohol (reactivos 5 y 6), el Dominio de legitimidad del Rol, es el grado de disposición por parte del profesional de salud para brindar atención al paciente que consume alcohol (reactivos 7 y 8) y por último el Dominio de satisfacción en el trabajo, que evalúa expectativas de satisfacción en el trabajo con estos pacientes (reactivos 9 y 10).

El SAAPPQ consta de 10 reactivos, se responde utilizando una escala tipo Likert de siete puntos que van de uno (completamente en desacuerdo) hasta siete (completamente de acuerdo). La puntuación mínima es de 10 puntos y la máxima es de 70 puntos, al obtener un mayor puntaje hay más actitudes positivas y viceversa a menor puntaje más actitudes negativas. No obstante de acuerdo con Gorman y Cartwright, (1991) se tiene un punto de corte para determinar las actitudes positivas y negativas en una escala de uno a siete, indicando que de cinco y más puntos son actitudes positivas y menos de cuatro son actitudes negativas.

En virtud de que se calcularon índices que se obtuvieron a través de la sumatoria de los reactivos de la escala SAAPPQ. Para el cálculo de los índices primeramente se invirtieron los reactivos tres, cuatro y seis, a continuación se sumaron el total de los reactivos que conforman la encuesta (1 al 10), se le restó el valor mínimo y se dividió el valor máximo menos el valor mínimo de la escala y se multiplicó por 100. De igual manera se utilizó la misma fórmula para las subescalas del instrumento. Se considera en este estudio que de 60 y más son actitudes positivas y menos de 60 son actitudes negativas.

El idioma original del instrumento es el inglés y este no ha sido aplicado en México por lo que se procedió a utilizar la técnica de traducción inversa (Burns & Grove, 2008; 2009). De acuerdo a Burns y Grove (2009) se siguieron los siguientes pasos: 1) se tradujo el instrumento del inglés al español por un profesional del área de la salud bilingüe cuyo idioma nativo es el español, 2) después se procedió a traducir del inglés al español por un traductor cuyo idioma nativo es el inglés, 3) posteriormente se

compararon ambas versiones cuidando que las preguntas mantuvieran el mismo significado y 4) finalmente se verificó que las 10 preguntas mantuvieron el significado de la escala a través de un panel de cuatro expertos en el fenómeno de adicciones a las drogas, quienes verificaron las dimensiones del instrumento corto, la base conceptual y las traducciones realizadas reportando cada uno sus conclusiones. Finalmente el autor principal y el Director de Tesis conjuntaron las diversas conclusiones hasta llegar a la escala definitiva que fue aplicada en este estudio.

De acuerdo con los autores de la escala SAAPPQ esta tiene una alta correlación con la AAPPQ completa, la cual reporta un Alpha de Cronbach que va desde .70 a .90. La validez del instrumento SAAPPQ fue demostrada por Anderson y Clement (1987) comparando la versión corta y larga de la escala con otras respuestas del estudio original de Cartwright, 1980 (Apéndice B).

Para conocer el tipo de consumo del profesional médico y de enfermería se utilizó el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT] que fue diseñado por Babor (1989) y validado para la población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992). El cuestionario consta de 10 reactivos que examinan el consumo de alcohol durante los últimos doce meses y sus consecuencias. Consta de tres dominios, los reactivos del 1 al 3 determinan la cantidad y frecuencia del consumo; los reactivos del 4 al 6, exploran la posibilidad de que exista consumo de alcohol de riesgo o dependiente y los reactivos del 7 al 10 exploran el consumo dañino o perjudicial de alcohol. Para conocer el tipo de consumo, se realizó sumando el total de reactivos y se evaluó de acuerdo a las siguientes puntuaciones; de 0 a 3 puntos como consumo sensato o sin riesgo; de 4 a 7 puntos se define como el consumo dependiente o de riesgo y de 8 a 40 se considera consumo de alcohol perjudicial o dañino.

La especificidad del AUDIT en los diversos países y entre los diversos criterios se sitúa en valores superiores de .80 (Babor et al., 2001).



Los estudios que han utilizado este instrumento (López, 2012, Carreño, Medina-Mora, Martínez Juárez & Vázquez, 2006) reportaron un Alpha de Cronbach de .84 en estudiantes de enfermería del estado de Nuevo León y un Alpha de Cronbach de .87 en adultos trabajadores de una empresa Textil en México (Apéndice C).

### **Procedimiento de Selección y Recolección de Datos**

Antes de iniciar con la recolección de datos para el estudio, se obtuvo la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Además se contó con la autorización del personal directivo de la institución donde se realizó el estudio (Apéndice D). Para la selección de los participantes se solicitó al departamento de Recursos Humanos y de Enfermería el censo de médicos y enfermeras profesionales que laboran por cada uno de los servicios del Hospital, por turno y se realizó la selección aleatoria de los participantes a través de números aleatorios utilizando el programa Excel. Posteriormente se elaboró el listado de los participantes seleccionados y se ubicaron por servicio y por turno. Los participantes fueron abordados en el servicio en los diferentes turnos (matutino, vespertino, nocturno) y en el horario más conveniente para el participante.

Se solicitó a las autoridades de la institución un espacio cómodo y privado para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos. Al abordar al participante primeramente se le explicó el propósito del estudio y se solicitó la participación voluntaria del profesional (médico o de enfermería), enseguida se entregó el consentimiento informado permitiendo se diera lectura a dicho consentimiento (Apéndice E). Al encontrarse de acuerdo con lo términos planteados en el consentimiento se solicitó que firmara dicho consentimiento. Posteriormente se realizó la entrega de los 2 instrumentos y la Cédula de Datos Personales dentro de un sobre amarillo. En virtud de lo voluntario del estudio, se encontró que solamente dos profesionales de enfermería no aceptaron participar, en el

caso de los médicos todos los seleccionados aceptaron participar. En el caso del personal de enfermería se sustituyó al participante con el sujeto siguiente de la lista de personal.

Se solicitó a los participantes realizar el llenado de los instrumentos en el siguiente orden: en primer lugar se entregó y contestó la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol, seguido del Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ) y por último si el participante consumió alcohol en el último año se aplicó el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT). El autor principal del estudio se mantuvo a una distancia considerable para ser llamado en caso de que existieran preguntas sobre los instrumentos, dando respuesta en todos los casos que fue necesario.

En todo momento de la recolección se protegió y mantuvo la privacidad y anonimato del participante. Además se le indicó al sujeto que si en algún momento se sentía incómodo con las preguntas, podía tomarse un tiempo y retomar el cuestionario en el tiempo que él lo decidiera, o en caso de que decidiera no seguir participando se podía retirar, sin que esta decisión afectara su relación laboral actual o futura en la institución de salud. Esta situación prevista no se presentó.

Al finalizar el llenado de los cuestionarios, se solicitó a los participantes que colocaran los instrumentos dentro del sobre amarillo e introdujeran dicho sobre en una caja sellada que se encontraba disponible dentro del lugar de la recolección de datos. Finalmente se le agradeció al profesional por su disponibilidad y tiempo para participar en el estudio. Los cuestionarios serán resguardados por la autora principal del estudio, por un lapso de un año, posterior a este tiempo la información será destruida.

### **Consideraciones Éticas**

El 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), donde se establecen los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. El estudio se basó en lo establecido en el

Capítulo I, Artículo 13 prevaleciendo el criterio del respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de las personas participantes, para lo cual se trató al participante profesionalmente con respeto y consideración. De acuerdo al Artículo 16, se protegió la privacidad del participante, debido a que no se registró el nombre del participante en los instrumentos y los datos obtenidos no serán proporcionados a ninguna persona y los resultados del estudio siempre se presentarán de forma general, nunca de manera individual.

Esta investigación fue de riesgo mínimo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 17, Fracción II, debido a que se aplicaron cuestionarios, con los cuales no se pretendió realizar alguna modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales, sin embargo la temática del estudio podría ocasionar al participante alguna incomodidad o sentimientos de preocupación, por lo que se tuvo previsto que si esta situación se presentaba, la recolección de datos sería suspendida, para reiniciar la aplicación de los instrumentos hasta que el participante así lo decidiera; lo anterior no se presentó durante el estudio. Además el presente estudio consideró con lo estipulado en el Artículo 20, contando con un consentimiento informado, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación en el estudio, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

En base al Artículo 21 fracción I, VI, VII y VIII, se les explicó el objetivo y justificación de la investigación, dando respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca del procedimiento, se les explicó que no existía algún beneficio inmediato para ellos y tenían la libertad de retirarse del estudio en el momento que ellos así lo decidieran, también se les reiteró la confidencialidad de su participación. El consentimiento informado se realizó en base al Artículo 20, siendo formulado por escrito y elaborado por el autor principal. El consentimiento informado fue revisado y aprobado

por la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Apéndice D).

Además el estudio se apejó a lo estipulado en el Capítulo V de la Investigación en Grupos Subordinados, el Artículo 57 y Artículo 58 Fracción I y II, en virtud de que este grupo de médicos y profesionales de enfermería son trabajadores de un hospital de segundo nivel de atención y en todo momento se les aclaró que si ellos decidían no participar, su decisión no tendría repercusiones en la institución donde labora y que los resultados serán reportados de manera general.

### **Análisis de Datos**

Los datos obtenidos fueron procesados por medio del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18.0. La consistencia interna de los instrumentos fue determinada mediante el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Se utilizó la estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. También se implementó la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio. Se utilizó la prueba de normalidad de bondad de Ajuste de *Kolmogorov-Smirnov* con la Corrección de *Lilliefors* para conocer la distribución de los datos, debido a que la mayoría de los datos no presentaron normalidad, se utilizaron pruebas no paramétricas.

Para responder al primer objetivo que señala, identificar las Actitudes hacia el paciente que consume alcohol de los profesionales médicos y de enfermería por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral, se utilizó frecuencias, proporciones y Estimación Puntual con Intervalo de Confianza (IC) de 95%. Debido a que los datos de las variables no mostraron distribución normal, se utilizó la estadística no paramétrica. Para sexo y categoría laboral se utilizó la prueba *U de Mann-Whitney* y para edad, años de escolaridad, último grado escolar y antigüedad laboral se aplicó la prueba *H de Kruskal-Wallis*.

En el segundo objetivo que señala, determinar en los profesionales médicos y de enfermería la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral, se utilizaron frecuencias, proporciones y Estimación Puntual con Intervalo de Confianza (IC) de 95% y respecto a la estadística inferencial se utilizó *Chi Cuadrada de Pearson* para las variables señaladas. Para el tercer objetivo que indica, identificar el tipo de Consumo de Alcohol en los profesionales médicos y de enfermería por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral, se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y proporciones y Estimación Puntual con Intervalo de Confianza (IC) de 95%. Respecto a la estadística inferencial, se utilizó estadística no paramétrica debido a la distribución no normal de los datos. Para sexo y categoría laboral se utilizó *Chi Cuadrada de Pearson*, para edad, años de escolaridad, último grado escolar y antigüedad laboral se aplicó la prueba *H de Kruskal-Wallis*.

Para responder al cuarto objetivo que refiere, determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol de los profesionales médicos y de enfermería y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y en virtud de que los datos mostraron distribución no normal se utilizó la estadística no paramétrica, a través del Coeficiente de Correlación de Spearman. Para el quinto objetivo que establece identificar de acuerdo al tipo de prevalencia de consumo de los profesionales médicos y de enfermería, las actitudes hacia el paciente que consume alcohol, se utilizó la prueba *U de Mann-Whitney*.

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio, se presenta la consistencia interna de los instrumentos, estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de los participantes y de las escalas SAAPPQ y AUDIT. Posteriormente se presenta la Prueba de Normalidad de las variables, así como la estadística inferencial que da respuesta a los objetivos del estudio.

#### Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

*Consistencia Interna del Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ) y Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)*

Instrumento	Reactivos	Cantidad de Reactivos	Alpha de Cronbach
Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ)	1 al 10	10	0.70
Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	1 al 10	10	0.79

*Nota: n = 249*

En la tabla 1 se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el presente estudio. El Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ) reportó un Coeficiente Alpha de Cronbach de 0.70, en virtud de que este cuestionario SAAPPQ fue utilizado por primera vez en población mexicana se realizó un análisis de factores el cual se encuentra en el Apéndice F.

Respecto al Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) y la subescala de frecuencia y cantidad presentaron un Alpha de

Cronbach de .79 y .71 respectivamente, lo cual se considera una consistencia interna aceptable (Burns & Grove, 2004). Sin embargo los valores de Alpha de Cronbach no aceptables se encontraron en las subescalas de consumo dependiente o de riesgo con un valor de .50 y de consumo dañino o perjudicial de .60, probablemente por las características de la muestra.

### **Estadística Descriptiva**

Tabla 2

*Datos Sociodemográficos de los participantes*

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	157	63.1
Masculino	92	36.9
Estado Civil		
Soltero	94	37.7
Casado/Unión Libre	141	56.7
Divorciado	11	4.4
Viudo	3	1.2
Categoría Laboral		
Profesional Médico	81	33.0
Profesional de Enfermería	168	67.0
Ultimo Grado Escolar		
Enfermería Técnica/Auxiliar	22	8.8
Enfermería General	58	23.3
Licenciatura en Enfermería y en Medicina	100	40.2
Especialidad de Enfermería	11	4.4
Especialidad Médica	45	18.1
Maestría	13	5.2

*Nota: f* =frecuencia= % = porcentaje, *n* = 249

En la tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de los participantes, se observa que predomina el género femenino (63.1%), la mayoría de los participantes estaban casados o con pareja (56.7%). En cuanto a la categoría laboral la mayor proporción fue para el Profesional de Enfermería (67.0%) y respecto al último grado escolar académica la mayoría informó contar con grado de Licenciatura en Enfermería y Medicina (40.2%), seguido por Enfermería General (23.3%).

Tabla 3

*Frecuencias y proporciones del Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y**Problemas con el Alcohol (SAAPPQ)*

Reactivo	Respuesta	f	%
1. Creo que conozco lo suficiente sobre las causas de los problemas con la bebida, para llevar a cabo mi función cuando trabajo con bebedores de alcohol	De Acuerdo	232	93.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	3.2
	Desacuerdo	9	3.6
2. Creo que puedo aconsejar apropiadamente a mis pacientes acerca del beber y sus efectos.	De Acuerdo	238	95.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	2.4
	Desacuerdo	5	2.0
3. Creo que no tengo mucho de qué estar orgulloso (a) cuando trabajo con bebedores de alcohol	De Acuerdo	69	27.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	50	20.1
	Desacuerdo	130	52.2
4. En general me inclino a sentir que soy un fracaso al trabajar con los bebedores de alcohol	De Acuerdo	19	7.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	39	15.7
	Desacuerdo	191	76.7
5. Me gusta trabajar con pacientes bebedores de alcohol	De Acuerdo	60	24.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	96	38.6
	Desacuerdo	93	37.3
6. El pesimismo es la actitud más realista que debo tener respecto a los bebedores de alcohol	De Acuerdo	13	5.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	38	15.3
	Desacuerdo	197	79.5
7. Creo que tengo el derecho de hacer preguntas a los pacientes acerca de su forma de beber cuando	De Acuerdo	204	81.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21	8.4
	Desacuerdo	24	9.7
8. Creo que mis pacientes saben que tengo el derecho de hacer preguntas sobre su forma de beber cuando es necesario	De Acuerdo	192	77.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24	9.6
	Desacuerdo	33	13.3
9. En general, es gratificante trabajar con pacientes que consumen alcohol	De Acuerdo	62	24.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	98	39.4
	Desacuerdo	89	35.7
10. En general me gusta atender (cuidar profesionalmente) a los bebedores de alcohol	De Acuerdo	90	36.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	94	37.8
	Desacuerdo	65	26.1

Nota: %= Porcentaje, f= Frecuencia, n= 249, De Acuerdo = Sumatoria de Totalmente De Acuerdo, Fuertemente De Acuerdo y De Acuerdo, Desacuerdo= Sumatoria de Totalmente en Desacuerdo, Fuertemente en desacuerdo y En Desacuerdo



En la tabla 3 se presenta el cuestionario corto de Percepción del alcohol y problemas con el alcohol (SAAPPQ); es importante señalar que con el propósito de que los datos se muestren con más claridad se realizó una sumatoria de las siete alternativas de respuesta y se conjuntaron en tres. Para la alternativa de acuerdo se conjuntaron los resultados de las opciones totalmente de acuerdo, fuertemente de acuerdo y de acuerdo, para ni de acuerdo ni en desacuerdo se mantuvieron los mismos resultados y para desacuerdo se conjuntaron los resultados de totalmente en desacuerdo, fuertemente en desacuerdo y en desacuerdo.

Respecto al reactivo uno que indica que el profesional cree contar con el conocimiento suficiente sobre las causas de los problemas con la bebida, para llevar a cabo su función cuando trabaja con bebedores de alcohol, el 93.2% señaló estar de acuerdo, así mismo el 95.6% reportó estar de acuerdo en creer que puede aconsejar apropiadamente a sus pacientes acerca del beber y sus efectos.

Para las preguntas tres, cuatro y seis la mayor proporción de los participantes indicó estar en desacuerdo. El 52.2% reportó estar en desacuerdo en creer que no tienen mucho de qué estar orgulloso (a) cuando trabajan con bebedores de alcohol, pero llama la atención que el 27.7% está de acuerdo y el 20.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo. El 76.7% señaló estar en desacuerdo de que en general se inclinan a sentir que son un fracaso al trabajar con los bebedores de alcohol y el 79.5% estuvo en desacuerdo sobre que el pesimismo es la actitud más realista que deben tener respecto a los bebedores de alcohol.

El 81.9% de los profesionales médicos y de enfermería indican estar de acuerdo en que tienen el derecho de hacer preguntas a los pacientes acerca de su forma de beber cuando es necesario y el 77.1% se encuentra de acuerdo en que los pacientes saben que ellos tienen el derecho de hacer preguntas sobre su forma de beber cuando es necesario. Para el reactivo cinco que señala, si les gusta trabajar con pacientes bebedores de alcohol, el 38.6% señaló estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, seguido por un 37.3%

que señala estar en desacuerdo. Para la pregunta nueve una tercera parte de los participantes reportó estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con un 39.4%, de que en general, es gratificante trabajar con pacientes que consumen alcohol y el 37.8% señaló en la pregunta diez, estar ni de acuerdo ni en desacuerdo de que en general, les gusta atender (cuidar profesionalmente) a los bebedores de alcohol. En el Apéndice G se presentan las respuestas del cuestionario SAAPPQ, de los profesionales médicos y en el Apéndice H las respuestas del personal de enfermería.

Tabla 4

*Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)*

	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	%	%	%	%	%
1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)	0 (0)	57.5 (84)	37.0 (54)	4.8 (7)	.7 (1)
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o más
	%	%	%	%	%
2. ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes?	36.3 (53)	32.2 (47)	20.5 (30)	8.2 (12)	2.7 (4)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
3. ¿Qué tan frecuentemente consumes seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?	47.3 (69)	35.6 (52)	13.7 (20)	3.4 (5)	0 (0)

*Nota:* % = Porcentaje, ( ) = Frecuencia,  $n = 146$

*Continuación*

	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	93.8 (137)	4.8 (7)	1.4 (2)	0 (0)	0 (0)
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?	91.1 (133)	8.9 (13)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?	93.8 (137)	4.8 (7)	.7 (1)	.7 (1)	0 (0)
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	83.6 (122)	13.7 (20)	1.4 (2)	1.4 (2)	0 (0)
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo	83.6 (122)	16.4 (24)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año	
		%	%	%	
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)		93.2 (136)	6.2 (9)	.7 (1)	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber		95.2 (139)	2.7 (4)	2.1 (3)	

*Nota:* % = Porcentaje, ( ) = Frecuencia, *n* = 146

En la tabla 4 se identifican las frecuencias y proporciones del cuestionario AUDIT. Se observa que 57.5% de los profesionales médicos y de enfermería consumen alguna bebida alcohólica una o menos veces al mes y que en un día típico de consumo el 36.3% ingiere de 1 a 2 bebidas. El 47.3% de los participantes reporta nunca consumir seis o más bebidas alcohólicas en un día típico. El 93.8% reportó que en el último año nunca les ocurrió el no poder parar de beber una vez que habían empezado, el 91.1% señaló nunca haber dejado de hacer algo que debió haber hecho por el consumo de alcohol en el último año y el 93.8% indicó que nunca consumió alcohol a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior.

El 83.6% de los participantes señalaron que en el último año nunca se sintieron culpable o con remordimiento por haber consumido alcohol, de igual manera el 83.6% reportó que en el último año nunca olvidó lo que había pasado cuando consumió alcohol. El 93.2% indicó no haber sufrido o causado heridas a consecuencia del consumo de alcohol y el 95.2% señaló que en el último año, ningún familiar, amigo o médico ha demostrado preocupación por su manera de consumir alcohol. Los resultados del cuestionario AUDIT del profesional médico y de enfermería se encuentran en el Apéndice I y Apéndice J, respectivamente.

## Estadística Inferencial

Tabla 5

*Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en el profesional médico y de enfermería*

Prevalencia de consumo de Alcohol	Consumo de Alcohol				IC al 95%	
	Si		No		LI	LS
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Global (Alguna vez en la vida)	201	81	48	19	76	86
Lápsica (En el último año)	146	59	103	41	52	65
Actual (En el último mes)	104	42	145	58	36	48
Instantánea (En los últimos 7 días)	50	20	199	80	15	25

*Nota:* % = Porcentaje, *f* = Frecuencia, IC = Intervalo de Confianza del 95%, LI = Límite inferior, LS = Límite superior, *n* = 249

En la tabla 5 se reporta la prevalencia de consumo de alcohol del profesional médico y de enfermería. El 81% con un IC 95% [76-86] de los participantes señaló haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 59 % con un IC 95% [52-65] reportó consumo de alcohol en el último año, el 42% con un IC 95%, [36-48] de los profesionales reportaron consumo de alcohol en el último mes y el 20% con un IC 95% [15-25] señaló consumir alcohol en los últimos siete días.

A continuación se muestran las cuatro prevalencias de consumo de alcohol a través de la siguiente figura.

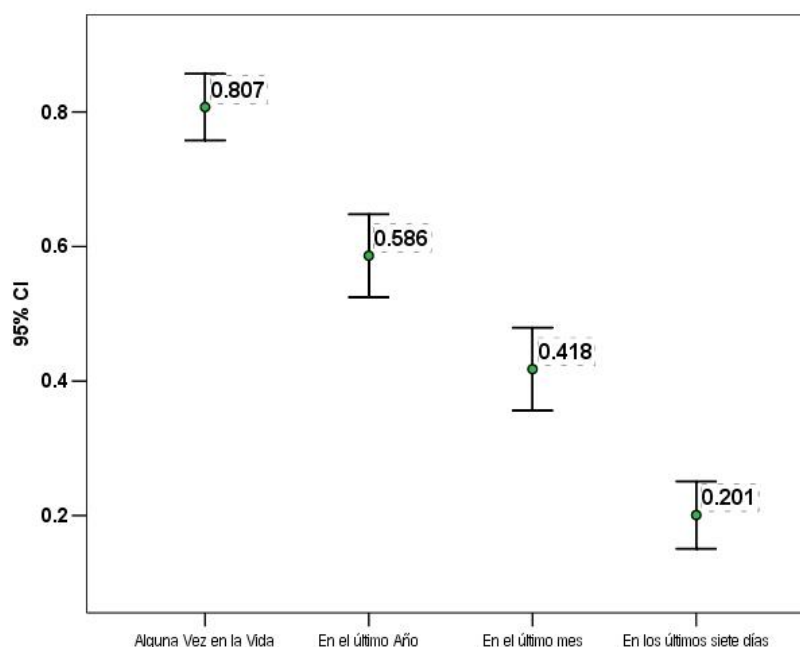


Figura 2. Prevalencias de Consumo de Alcohol

En la figura 2 se puede observar que la prevalencia de consumo de alcohol en los participantes va disminuyendo de acuerdo al tiempo. Mayor es la frecuencia alguna vez en la vida, seguida del último año, último mes y últimos siete días.

Tabla 6

*Tipo de Consumo de Alcohol de acuerdo al AUDIT*

	<i>f</i>	%	IC al 95%	
			LI	LS
Sensato o sin riesgo	77	52.7	44	60
Dependiente o de riesgo	48	32.9	25	40
Perjudicial o dañino	21	14.4	08	20

*Nota:* % = Porcentaje, *f* = Frecuencia, IC = Intervalo de Confianza del 95%, LI = Límite inferior, LS = Límite superior, *n* = 146

En la tabla 6 se observa el tipo de consumo conforme al AUDIT, en el profesional médico y de enfermería. Respecto al consumo sensato o sin riesgo se reporta en un 52.7% con un IC 95% [44-60], seguido por el consumo dependiente o de riesgo en

un 32.9% con un IC 95% [25-40] y por último el consumo perjudicial o dañino con un 14.4% con un IC 95% [08-20].

Tabla 7

*Bebida de Preferencia de los profesionales médicos y de enfermería*

Tipo de Bebida	IC al 95%			
	<i>f</i>	%	LI	LS
Cerveza	86	59.0	51	67
Destilados (Whisky, tequila, Ron, Brandy y Vodka)	30	20.5	14	27
Bebidas Preparadas	25	17.1	11	23
Vino	5	3.4	00	06

*Nota:* *f* =frecuencia= % = porcentaje, *n* = 146

En la tabla 7 se reporta la bebida alcohólica de mayor preferencia o consumo de los profesionales médicos y de enfermería. Se documenta que en primer lugar se encuentra la cerveza en un 59.0% con un IC 95% [51-67], en segundo lugar los destilados como el whisky, tequila, ron, brandy y vodka en un 20.5% con un IC 95% [14-27], seguido de las bebidas preparadas en un 17.1% con IC95% [11-23] y por último el vino de mesa en 3.4 % con IC 95% [00-06].

Tabla 8

*Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors*

<i>Variable</i>	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	$D^a$	<i>p</i>
Edad	249 <sup>a</sup>	39.3	40	11.5	21	70	.135	.001
Antigüedad Laboral (meses)	249 <sup>a</sup>	152	108	133.0	1	456	.199	.001
Años de Escolaridad	249 <sup>a</sup>	16.6	16.0	4.1	8	26	.133	.001
Edad inicio de Consumo (años)	201 <sup>b</sup>	21.4	20.0	6.0	12	50	.213	.001
Cantidad de Bebidas por Ocasión	146 <sup>c</sup>	4.3	3	3.0	1	20	.214	.001
Índice SAAPPQ	249 <sup>a</sup>	67.7	66.6	13.2	35	100	.056	.054
Índice Adecuación del Rol	249 <sup>a</sup>	86.0	91.6	16.9	0	100	.241	.001
Índice Legitimidad del Rol	249 <sup>a</sup>	75.7	75.0	26.4	0	100	.167	.001
Índice Motivación	249 <sup>a</sup>	60.2	58.3	17.4	17	100	.134	.001
Índice Tarea Específica de la Índice Autoestima	249 <sup>a</sup>	67.8	66.6	20.0	0	100	.110	.001
Índice Satisfacción en el Trabajo	249 <sup>a</sup>	48.9	50.0	26.3	.0	100	.167	.001
Índice AUDIT	146 <sup>c</sup>	10.5	7.5	8.6	2.5	50.0	.177	.001
Índice Consumo Sensato o sin riesgo	146 <sup>c</sup>	27.5	25.0	17.1	8.3	83.3	.196	.001
Índice Consumo Dependiente o de riesgo	146 <sup>c</sup>	2.0	.0	5.6	.0	33.3	.484	.001
Índice Consumo Perjudicial o dañino	146 <sup>c</sup>	4.1	.0	9.0	.0	56.2	.400	.001

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

En la tabla 8 se muestran los datos descriptivos de las variables continuas y numéricas y los resultados de la prueba de normalidad de los datos a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Como se observa no existe distribución normal en la mayoría de las variables por lo que se decidió utilizar la estadística no paramétrica.



Los datos sociodemográficos indican que la edad promedio de los participantes fue de  $\bar{X} = 39.3$  años ( $DE = 11.5$ ), además en la tabla se señala que en promedio los participantes contaban con  $\bar{X} = 152$  meses ( $DE = 133.0$ ) de antigüedad laboral. En cuanto a la escolaridad de los profesionales médicos y de enfermería se encontró una escolaridad promedio de  $\bar{X} = 16.6$  años ( $DE = 4.1$ ).

Respecto a la media de edad de inicio de consumo de alcohol de los participantes fue de  $\bar{X} = 21.4$  años ( $DE = 6.0$ ) y en promedio los profesionales médicos y de enfermería consumen una media de  $\bar{X} = 4.3$  bebidas por ocasión ( $DE = 3.0$ ). De acuerdo con el consumo de alcohol reportado en el índice del AUDIT se documenta una media de consumo sensato o sin riesgo de  $\bar{X} = 27.5$  ( $DE = 17.1$ ), para el consumo dependiente o de riesgo la media fue de  $\bar{X} = 2.0$  ( $DE = 5.6$ ) y en el consumo dañino o perjudicial la media reportada fue de  $\bar{X} = 4.1$  ( $DE = 9.0$ ).

Referente al SAAPPQ se encontró una media de  $\bar{X} = 67.7$  ( $DE = 13.2$ ). En la subescala adecuación del rol se reportó una media de  $\bar{X} = 86.0$  ( $DE = 16.9$ ), para la subescala legitimidad del rol la media fue de  $\bar{X} = 75.7$  ( $DE = 26.4$ ), en la subescala de motivación la media fue de  $\bar{X} = 60.2$  ( $DE = 17.4$ ), para la subescala de tarea específica de la autoestima la media reportada fue de  $\bar{X} = 67.8$  ( $DE = 20.0$ ) y por último para la subescala de satisfacción en el trabajo la media fue de  $\bar{X} = 48.9$  ( $DE = 26.3$ ). Como se observa de acuerdo con el punto de corte del instrumento SAAPPQ, la escala y las subescalas de adecuación del rol, legitimidad del rol, motivación y tarea específica de la autoestima reportaron por encima de 60 puntos por ello se consideran actitudes positivas; no obstante la subescala de satisfacción en el trabajo fue de  $\bar{X} = 48.9$  ( $DE = 26.3$ ) considerando bajo puntaje o actitudes negativas.

Para responder al primer objetivo que propuso identificar las actitudes hacia el paciente que consume alcohol de los profesionales médicos y de enfermería por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral, se presentan los siguientes resultados en las tablas 9 a 14.

Tabla 9

*U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ por sexo*

Sexo	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
SAAPPQ Total					
Femenino	157	64.7	63.3	5163.5	.001
Masculino	92	70.7	70.0		
Adecuación del Rol					
Femenino	157	84.2	91.6	6328.0	.086
Masculino	92	89.0	91.6		
Legitimidad del Rol					
Femenino	157	47.2	50.0	6327.5	.098
Masculino	92	51.8	50.0		
Motivación					
Femenino	157	58.2	58.3	5925.5	.016
Masculino	92	63.5	66.6		
Tarea Específica de la Autoestima					
Femenino	157	65.4	66.6	5845.5	.011
Masculino	92	71.9	66.6		
Satisfacción en el Trabajo					
Femenino	157	72.9	66.6	5924.5	.015
Masculino	92	80.3	83.3		

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

En la tabla 9 se observa que existe diferencia significativa en la escala total de SAAPPQ por sexo ( $U=5163.5$ ,  $p < .001$ ) siendo más altas las actitudes hacia el paciente que consume alcohol en los profesionales del género masculino ( $\bar{X}=70.7$ ,  $Mdn=70.0$ ) que en el femenino ( $\bar{X}=64.7$ ,  $Mdn=63.3$ ). Así como en la subescala de motivación ( $U= 5925.5$ ,  $p= .016$ ), fueron más altos los índices en el personal del sexo masculino ( $\bar{X}=63.5$ ,  $Mdn=66.6$ ), que en el femenino ( $\bar{X}=58.2$ ,  $Mdn=58.3$ ).

También se encontró diferencia significativa en la subescala tarea específica de la autoestima ( $U=5845.5$ ,  $p= .011$ ), siendo más alta en los participantes del sexo masculino ( $\bar{X}=71.9$ ,  $Mdn=66.6$ ), que el femenino ( $\bar{X}=65.4$ ,  $Mdn=66.6$ ) y de igual manera se encontró diferencia significativa para subescala de satisfacción en el trabajo ( $U=5924.5$ ,  $p= .015$ ), reportando índices más altos los profesionales del sexo masculino ( $\bar{X}=80.3$ ,  $Mdn=83.3$ ), que el femenino ( $\bar{X}=72.9$ ,  $Mdn=66.6$ ). En las subescalas de adecuación de rol y legitimidad de rol no se observaron diferencias significativas.

Tabla 10

*H de Kruskal-Wallis para el índice del SAAPPQ por edad*

Edad	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
<b>SAAPPQ Total</b>						
De 21 – 31 años	89	69.5	70.0	10.7	13.78	.003
De 32 – 42 años	51	66.0	65.0	13.9		
De 43 – 53 años	88	63.7	63.3	13.9		
De 54 – 70 años	21	72.0	73.3	14.5		
<b>Adecuación del Rol</b>						
De 21 – 31 años	89	88.5	91.6	14.6	2.97	.395
De 32 – 42 años	51	83.8	91.6	18.2		
De 43 – 53 años	88	84.1	91.6	18.7		
De 54 – 70 años	21	88.1	91.6	13.7		
<b>Legitimidad del Rol</b>						
De 21 – 31 años	89	51.4	50.0	24.3	7.60	.055
De 32 – 42 años	51	48.3	50.0	24.9		
De 43 – 53 años	88	44.4	50.0	27.6		
De 54 – 70 años	21	59.1	58.3	30.7		
<b>Motivación</b>						
De 21 – 31 años	89	62.2	58.3	14.3	7.34	.062
De 32 – 42 años	51	60.46	58.3	17.1		
De 43 – 53 años	88	56.8	50.0	19.2		
De 54 – 70 años	21	65.0	66.6	20.3		
<b>Tarea Específica de la Autoestima</b>						
De 21 – 31 años	89	68.1	66.6	21.1	.95	.813
De 32 – 42 años	51	65.8	66.6	21.2		
De 43 – 53 años	88	68.3	66.6	18.1		
De 54 – 70 años	21	69.0	66.6	21.1		
<b>Satisfacción en el Trabajo</b>						
De 21 – 31 años	89	79.4	83.3	20.4	4.38	.223
De 32 – 42 años	51	76.4	75.0	21.9		
De 43 – 53 años	88	70.3	66.6	28.5		
De 54 – 70 años	21	80.1	83.3	23.0		

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

En la tabla 10 se observa que hay diferencia significativa en la escala total de SAAPPQ por edad ( $H= 13.78, p=.003$ ), al ser más alto el índice en los participantes de mayor edad de entre 54 a 70 años de edad ( $\bar{X}=72.0, Mdn=73.3$ ) seguido por los participantes que tenían de 21 a 31 años ( $\bar{X}=69.5, Mdn=70.0$ ), así mismo por los que

tenían de 32 a 42 años ( $\bar{X}$ =66.0,  $Mdn$ =65.0) y por último los de 43 a 53 años de edad ( $\bar{X}$ =63.7,  $Mdn$ =63.3). En las subescalas adecuación del rol, legitimidad del rol, motivación, tarea específica de la autoestima y satisfacción en el trabajo no se reportaron diferencias significativas.

Tabla 11

*H de Kruskal-Wallis para el índice del SAAPPQ por años de escolaridad*

Años de Escolaridad	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
<b>SAAPPQ Total</b>						
De 8 – 13 años	42	63.3	61.6	13.8	14.96	.001
De 14 – 19 años	141	65.7	65.0	12.6		
De 20 – 26 años	66	72.0	71.6	12.7		
<b>Adecuación del Rol</b>						
De 8 – 13 años	42	81.1	87.5	21.8	3.85	.146
De 14 – 19 años	141	85.6	91.6	16.9		
De 20 – 26 años	66	89.9	91.6	12.1		
<b>Legitimidad del Rol</b>						
De 8 – 13 años	42	49.2	50.0	25.4	.27	.872
De 14 – 19 años	141	48.4	50.0	26.3		
De 20 – 26 años	66	49.8	50.0	27.6		
<b>Motivación</b>						
De 8 – 13 años	42	56.3	54.1	19.4	7.46	.024
De 14 – 19 años	141	59.4	58.3	16.1		
De 20 – 26 años	66	64.2	66.6	18.1		
<b>Tarea Específica de la Autoestima</b>						
De 8 – 13 años	42	63.2	66.6	18.9	9.57	.008
De 14 – 19 años	141	66.1	66.6	20.2		
De 20 – 26 años	66	74.2	75.0	19.1		
<b>Satisfacción en el Trabajo</b>						
De 8 – 13 años	42	69.4	66.6	24.3	14.77	.001
De 14 – 19 años	141	73.8	75.0	24.9		
De 20 – 26 años	66	84.2	87.5	21.0		

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

En la tabla 11 se indica que existe diferencia significativa en el índice de la escala general SAAPPQ con los años de escolaridad de los participantes

( $H= 14.96, p=.001$ ), reportando medias más altas de la escala en el personal con 20 a 26 años de escolaridad ( $\bar{X}=72.0, Mdn=71.6$ ) seguido del personal que indicó tener de 14 a 19 años de escolaridad ( $\bar{X}=65.7, Mdn=65.0$ ) y finalmente en los participantes con ocho a 13 años de escolaridad ( $\bar{X}=63.3, Mdn=61.6$ ).

Además se encontró diferencia significativa en la subescala de motivación con los años de escolaridad ( $H= 7.46, p=.024$ ), reportando índices más altos en el personal con 20 a 26 años de escolaridad ( $\bar{X}=64.2, Mdn= 66.6$ ) que en el personal con 14 a 19 años ( $\bar{X}=59.4, Mdn=58.3$ ) y de ocho a 13 años ( $\bar{X}=56.3, Mdn=54.1$ ). De igual manera en la subescala de tarea específica de la autoestima con años de escolaridad se documentó significancia ( $H= 9.57, p=.008$ ). Los participantes con 20 a 26 años de escolaridad reportaron índices más altos en la subescala de tarea específica del autoestima ( $\bar{X}=74.2, Mdn= 75.0$ ) que los profesionales con 14 a 19 años de escolaridad ( $\bar{X}=66.1, Mdn=66.6$ ) seguidos por los que reportaron de ocho a 13 años de escolaridad ( $\bar{X}=63.2, Mdn=66.6$ ).

Por último, también se encontró significancia en la subescala de satisfacción en el trabajo con años de escolaridad ( $H= 14.77, p=.001$ ), de nuevo se observa los puntajes más altos en el personal con 20 a 26 años de escolaridad ( $\bar{X}=84.2, Mdn= 87.5$ ) que en el personal con 14 a 19 años ( $\bar{X}=73.8, Mdn=75.0$ ) y de 8 a 13 años de escolaridad ( $\bar{X}=69.4, Mdn=66.6$ ). Para las subescalas adecuación del rol ( $H= 3.854, p=.146$ ) y legitimidad del rol ( $H= .27, p=.872$ ) no se encontró diferencia significativa.

Tabla 12

*H de Kruskal-Wallis para el índice del SAAPPQ por último grado escolar*

Último grado escolar	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
<b>SAAPPQ Total</b>						
Auxiliar/Técnico	22	60.0	60.0	12.5		
Enfermera General	58	64.2	62.5	14.6		
Licenciatura	100	66.5	65.8	11.6	22.03	.001
Especialidad de Enfermería	11	73.3	71.6	12.7		
Especialidad Médica	45	71.5	71.6	13.0		
Maestría	13	71.1	68.3	11.7		
<b>Adecuación del Rol</b>						
Auxiliar/Técnico	22	75.7	79.1	25.5		
Enfermera General	58	83.3	87.5	18.6		
Licenciatura	100	87.6	91.6	15.3	7.17	.208
Especialidad de Enfermería	11	89.3	100.0	14.9		
Especialidad Médica	45	89.0	91.6	12.7		
Maestría	13	89.1	83.3	10.9		
<b>Legitimidad del Rol</b>						
Auxiliar/Técnico	22	41.6	45.8	23.2		
Enfermera General	58	48.2	50.0	28.3		
Licenciatura	100	48.7	50.0	25.1	4.10	.534
Especialidad de Enfermería	11	62.8	50.0	28.2		
Especialidad Médica	45	49.8	50.0	27.5		
Maestría	13	50.6	50.0	27.3		
<b>Motivación</b>						
Auxiliar/Técnico	22	50.7	50.0	20.2		
Enfermera General	58	60.6	60.6	16.3		
Licenciatura	100	59.1	58.3	16.8	9.82	.080
Especialidad de Enfermería	11	65.1	58.3	19.3		
Especialidad Médica	45	63.1	66.6	16.9		
Maestría	13	67.9	66.6	16.2		
<b>Tarea Específica de la Autoestima</b>						
Auxiliar/Técnico	22	65.9	66.6	16.0		
Enfermera General	58	64.8	66.6	20.7		
Licenciatura	100	66.0	66.6	20.9	7.64	.177
Especialidad de Enfermería	11	70.4	75.0	21.5		
Especialidad Médica	45	74.0	75.0	17.6		
Maestría	13	75.0	66.6	20.1		

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

*Continuación*

Último Grado Escolar	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Satisfacción en el Trabajo						
Auxiliar/Técnico	22	67.0	66.6	22.6		
Enfermera General	58	69.5	66.6	26.0		
Licenciatura	100	75.5	75.0	24.3	18.97	.002
Especialidad de Enfermería	11	91.6	100.0	12.3		
Especialidad Médica	45	82.4	83.3	12.7		
Maestría	13	82.6	75.0	10.9		

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

La tabla 12 indica que existe diferencia significativa en el índice general del SAAPPQ por último grado escolar ( $H= 22.03$ ,  $p=.001$ ), se identificó que los profesionales que contaban con especialidad de enfermería reportaron actitudes más positivas ( $\bar{X}=73.3$ ,  $Mdn= 71.6$ ), respecto al personal con especialidad médica ( $\bar{X}=71.5$ ,  $Mdn= 71.6$ ), con maestría ( $\bar{X}=71.1$ ,  $Mdn= 68.3$ ), con licenciatura ( $\bar{X}=66.5$ ,  $Mdn= 65.8$ ), con enfermería general ( $\bar{X}=64.2$ ,  $Mdn= 62.5$ ) y que el personal técnico/auxiliar ( $\bar{X}=60.0$ ,  $Mdn= 60.0$ ).

Además se encontró significancia para la subescala satisfacción en el trabajo ( $H= 18.97$ ,  $p=.002$ ), donde se observa índices más altos en el personal que tiene una especialidad en enfermería ( $\bar{X}=91.6$ ,  $Mdn= 100.0$ ), que en el personal que tenía maestría ( $\bar{X}=82.6$ ,  $Mdn= 75.0$ ), especialidad médica ( $\bar{X}=82.4$ ,  $Mdn= 83.3$ ), licenciatura ( $\bar{X}=75.5$ ,  $Mdn= 75.0$ ), personal con enfermería general ( $\bar{X}=69.5$ ,  $Mdn= 66.$ ) y los que son auxiliar/técnico ( $\bar{X}=67.0$ ,  $Mdn= 66.6$ ); sin embargo todos los índices están por encima de 60, es decir las actitudes son positivas hacia el paciente que consume alcohol.



Tabla 13

*U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ por categoría laboral*

Categoría Laboral	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
SAAPPQ Total					
Profesional Médico	81	72.2	71.6	4198.50	.001
Profesional de Enfermería	168	64.4	63.3		
Adecuación del Rol					
Profesional Médico	81	89.0	91.6	6042.00	.132
Profesional de Enfermería	168	84.5	91.6		
Legitimidad del Rol					
Profesional Médico	81	51.6	50.0	6029.00	.140
Profesional de Enfermería	168	47.6	50.0		
Motivación					
Profesional Médico	81	63.4	66.6	5481.50	.012
Profesional de Enfermería	168	58.6	58.3		
Tarea Específica de la Autoestima					
Profesional Médico	81	73.6	75.0	5123.50	.001
Profesional de Enfermería	168	65.0	66.6		
Satisfacción en el Trabajo					
Profesional Médico	81	85.2	91.6	4393.00	.001
Profesional de Enfermería	168	71.0	66.6		

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

En la tabla 13 se muestra que existe diferencia significativa en el índice total del SAAPPQ por categoría laboral ( $U=4198.50$ ,  $p < .001$ ), siendo más alto el puntaje en el profesional médico ( $\bar{X}=72.2$ ,  $Mdn= 71.6$ ) que en el de enfermería ( $\bar{X}=64.4$ ,  $Mdn=63.3$ ). De igual manera se reporta diferencia significativa en las subescalas de motivación ( $U= 5481.50$ ,  $p= .012$ ) reportándose más alta en médicos ( $\bar{X}=63.4$ ,  $Mdn= 66.6$ ) que en enfermería ( $\bar{X}=58.6$ ,  $Mdn= 58.3$ ). Respecto a la subescala de tarea específica de la autoestima se encontró significancia ( $U=5123.50$ ,  $p= .001$ ) se obtuvo más alto índice en el personal médico ( $\bar{X}=73.6$ ,  $Mdn= 75.0$ ) que en enfermería ( $\bar{X}=65.0$ ,  $Mdn= 66.6$ ).

También se encontró significancia en las subescalas de satisfacción en el trabajo ( $U= 4393.00$ ,  $p < .001$ ), reportándose índices más altos en el profesional médico

( $\bar{X}$ =85.2,  $Mdn$ = 91.6) que en enfermería ( $\bar{X}$ =71.0,  $Mdn$ = 66.6). Sin embargo, no se encontró diferencia significativa en la subescala de adecuación del rol ( $U$ = 6042.00,  $p$ = .132) y legitimidad del rol ( $U$ = 6029.00,  $p$ = .140).

Tabla 14

*H de Kruskal-Wallis para el índice del SAAPPQ por antigüedad laboral*

Antigüedad Laboral	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
<b>SAAPPQ Total</b>						
De 1 mes – 8 años	124	68.8	68.3	11.3	7.52	.023
De 9 – 21 años	44	64.5	63.3	15.3		
De 22 – 38 años	81	63.3	63.3	14.2		
<b>Adecuación del Rol</b>						
De 1 mes – 8 años	124	87.5	91.6	14.7	1.04	.592
De 9 – 21 años	44	83.5	87.5	18.5		
De 22 – 38 años	81	85.0	91.6	19.1		
<b>Legitimidad del Rol</b>						
De 1 mes – 8 años	124	51.2	50.0	23.8	3.32	.189
De 9 – 21 años	44	48.4	50.0	28.1		
De 22 – 38 años	81	45.6	50.0	29.1		
<b>Motivación</b>						
De 1 mes – 8 años	124	62.1	58.3	14.6	4.11	.128
De 9 – 21 años	44	55.4	58.3	22.2		
De 22 – 38 años	81	65.5	58.3	18.0		
<b>Tarea Específica de la Autoestima</b>						
De 1 mes – 8 años	124	68.2	66.6	20.7	1.27	.529
De 9 – 21 años	44	65.3	66.6	19.1		
De 22 – 38 años	81	68.5	66.6	19.6		
<b>Satisfacción en el Trabajo</b>						
De 1 mes – 8 años	124	77.8	83.3	22.1	1.03	.598
De 9 – 21 años	44	73.1	70.8	25.2		
De 22 – 38 años	81	73.8	75.0	26.8		

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

La tabla 14 reporta diferencia significativa en el índice general del SAAPPQ con los años de antigüedad laboral ( $H$ = 7.52,  $p$ =.023), donde el personal con un mes a ocho años de antigüedad tiene puntajes más altos ( $\bar{X}$ =68.8,  $Mdn$ =68.3) que el personal de

nueve a 21 años ( $\bar{X}$ =64.5,  $Mdn$ = 63.3) y de 22 a 38 ( $\bar{X}$ =63.3,  $Mdn$ =63.3) años de antigüedad laboral. Sin embargo no se encontró diferencia significativa para las subescalas adecuación del rol ( $p$ = .592), legitimidad del rol ( $p$ = .189), motivación ( $p$ = .128), tarea específica de la autoestima ( $p$ = .529) y satisfacción en el trabajo por antigüedad laboral ( $p$ = .598). De esta forma se responde al primer objetivo.

A continuación se presentan las tablas 15, 16, 17, 18, 19 y 20 que dan respuesta al segundo objetivo que indica determinar en los profesionales médicos y de enfermería la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral

Tabla 15

*Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol por sexo*

Prevalencia de Consumo	Sexo								$\chi^2$	$p$
	Femenino				Masculino					
	Si		No		Si		No			
$f$	%	$f$	%	$f$	%	$f$	%			
Global	114	72.6	43	27.4	87	94.6	5	5.4	17.96	.001
Lápsica	71	45.2	86	54.8	75	81.5	17	18.5	31.51	.001
Actual	45	28.7	112	71.3	59	64.1	33	35.9	30.00	.001
Instantánea	17	10.8	140	89.2	33	35.9	59	64.1	22.66	.001

*Nota: n = 249, f =frecuencia= % = porcentaje,  $\chi^2$ = prueba de Chi Cuadrada, p= Valor de p*

En la tabla 15 se señala que existe diferencia significativa en la prevalencia global de consumo de alcohol por sexo ( $\chi^2 = 17.96, p = .001$ ), la prevalencia global fue mayor en el personal del sexo masculino (94.6%), que el personal del sexo femenino (72.6%). También se documentó diferencia significativa en la prevalencia lápsica y el

sexo ( $\chi^2= 31.51, p= .001$ ), siendo mayor la prevalencia lápsica de consumo de alcohol en los participantes del sexo masculino (81.5%), que en el femenino (45.2%).

Se reportó diferencia significativa para la prevalencia actual y el sexo ( $\chi^2= 30.00, p= .001$ ), donde el consumo de alcohol en el último mes fue mayor en el personal del sexo masculino (64.1%) que en el personal femenino (28.7%). También se encontró diferencia significativa en la prevalencia instantánea y sexo ( $\chi^2= 22.66, p< .001$ ), siendo el consumo de alcohol en los últimos siete días mayor en los participantes del sexo masculino (35.9%), que los participantes del sexo femenino (10.8%).

Para observar mejor esta diferencia de la prevalencia de consumo de alcohol por sexo se presenta la siguiente figura.

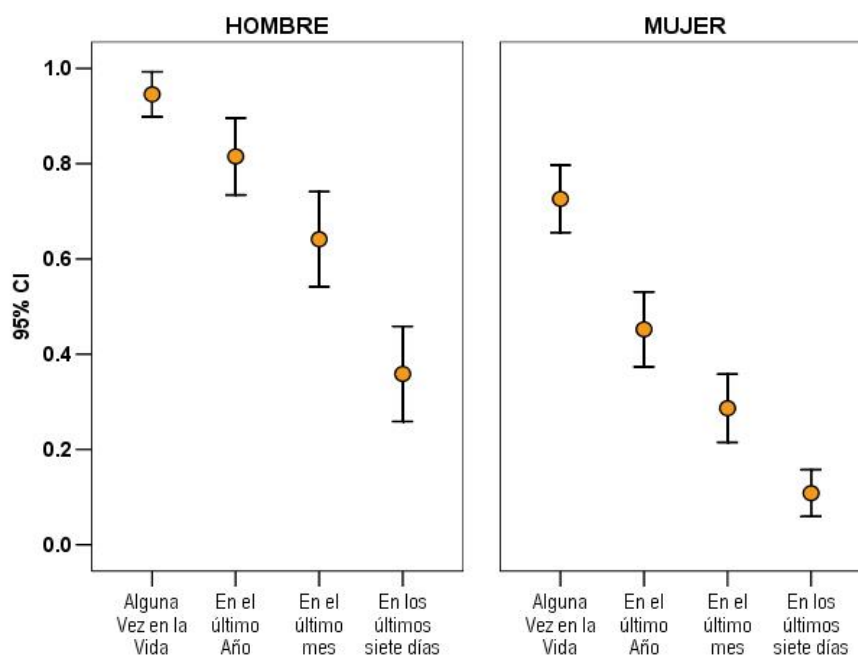


Figura 3. Prevalencia de Consumo de Alcohol por sexo

Como se observa en la figura 3, la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, último mes y últimos siete días, es mayor en los varones que en las mujeres.

Tabla 16

*Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol y edad*

	Consumo de Alcohol				$\chi^2$	p
	Si		No			
	f	%	f	%		
<b>Prevalencia Global</b>						
De 21-31 años	81	91.0	8	9.0	17.96	.001
De 32-42 años	40	78.4	11	21.6		
De 43-53 años	60	68.2	28	31.8		
De 54-70 años	20	95.2	1	4.8		
<b>Prevalencia Lápsica</b>						
De 21-31 años	70	78.7	19	21.3	26.84	.001
De 32-42 años	30	58.8	21	41.2		
De 43-53 años	37	42.0	51	58.0		
De 54-70 años	9	42.9	12	57.1		
<b>Prevalencia Actual</b>						
De 21-31 años	50	56.2	39	43.8	13.62	.003
De 32-42 años	21	41.2	30	58.8		
De 43-53 años	26	29.5	62	70.5		
De 54-70 años	7	33.3	14	66.7		
<b>Prevalencia Instantánea</b>						
De 21-31 años	23	25.8	66	71.1	8.17	.042
De 32-42 años	14	27.5	37	72.5		
De 43-53 años	11	12.5	77	87.5		
De 54-70 años	2	9.5	19	90.5		

*Nota: n = 249, f = frecuencia= % = porcentaje,  $\chi^2$  = prueba de Chi Cuadrada, p= Valor de p*

En la tabla 16 se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia global y la edad ( $\chi^2 = 17.96$ ,  $p < .001$ ), siendo mayor el consumo de alcohol alguna vez en la vida en los participantes de 54 a 70 años de edad (95.2%), seguido del personal de 21 a 31 años de edad (91.0%), de 32 a 42 años de edad (78.4) y por último el personal con 43 a 53 años de edad (68.2%). También se documentó que existe diferencia significativa en la prevalencia lápsica y la edad ( $\chi^2 = 26.84$ ,  $p < .001$ ), donde se reporta que el consumo de alcohol en el último año fue mayor en los participantes de 21 a 31 años de edad (78.7%), en segundo lugar el personal de 32 a 42 años de edad (58.8%), seguido

del personal de 54 a 70 años (42.9%) y por último los participantes de 43 a 53 años de edad (42.0%).

Además se muestra que existe diferencia significativa en la prevalencia actual y la edad ( $\chi^2= 13.62, p= .001$ ), se documentó que el consumo de alcohol en el último mes fue mayor en el personal de 21 a 31 años de edad (56.2%), seguido de los participantes de 32 a 42 años de edad (41.2%), de 54 a 70 años de edad (33.3%) y de 43 a 53 años de edad (29.5%). Por último se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia instantánea y la edad ( $\chi^2= 8.17, p= .042$ ), donde el consumo de alcohol en los últimos siete días fue mayor en el personal de 32 a 42 años (27.5%), seguido del personal con edad de 21 a 31 años de edad (25.8%), de 43 a 53 años de edad (12.5%) y por último los participantes de 54 a 70 años de edad (9.5%).

Tabla 17

*Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol y años de escolaridad*

	Consumo de Alcohol				$\chi^2$	p
	Si		No			
	f	%	f	%		
<b>Prevalencia Global</b>						
De 8 – 13 años	33	78.6	9	21.4	12.87	.002
De 14 – 19 años	105	74.5	36	25.5		
De 20 – 26 años	63	95.5	3	4.5		
<b>Prevalencia Lápsica</b>						
De 8 – 13 años	20	47.6	22	52.45	11.38	.003
De 14 – 19 años	76	53.9	65	46.1		
De 20 – 26 años	50	75.8	16	24.2		
<b>Prevalencia Actual</b>						
De 8 – 13 años	11	26.2	31	73.8	21.33	.001
De 14 – 19 años	50	35.5	91	64.5		
De 20 – 26 años	43	65.2	23	38.4		
<b>Prevalencia Instantánea</b>						
De 8 – 13 años	5	11.9	37	88.1	12.48	.002
De 14 – 19 años	22	15.6	119	84.4		
De 20 – 26 años	23	34.8	43	65.2		

*Nota:* n = 249, f = frecuencia= % = porcentaje,  $\chi^2$  = prueba de Chi Cuadrada, p= Valor de p

En la tabla 17 se muestra que existe diferencia significativa en la prevalencia global de consumo de alcohol y los años de escolaridad ( $\chi^2= 12.87, p= .002$ ). Se documentó que en el consumo de alcohol alguna vez en la vida, fue mayor en el personal con 20 a 26 años de escolaridad (95.5%), seguido del personal con ocho a 13 años de escolaridad (78.6%) y con 14 a 19 años de escolaridad (74.5%). Además se encontró que existe diferencia significativa en la prevalencia lápsica y los años de escolaridad ( $\chi^2= 11.38, p= .003$ ), siendo mayor el consumo de alcohol en el último año en el personal con 20 a 26 años de escolaridad (75.8%), en segundo lugar los participantes con 14 a 19 años de escolaridad (53.9%) y por último los participantes con ocho a 13 años de escolaridad (47.6%).

También se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia actual de consumo de alcohol y los años de escolaridad ( $\chi^2= 21.33, p <.001$ ), donde se reporta que el consumo de alcohol en el último mes, fue mayor en los participantes con 20 a 26 años de escolaridad (65.2%), seguido por el personal con 14 a 19 años de escolaridad (35.5%) y el personal con ocho a 13 años de escolaridad (26.2%). Por último se muestra que existe diferencia significativa en la prevalencia instantánea y los años de escolaridad ( $\chi^2= 12.48, p= .002$ ), siendo el consumo de alcohol en los últimos siete días mayor en el personal con 20 a 26 años de escolaridad (34.8%), seguido del personal con 14 a 19 años de escolaridad (15.6%) y el personal con ocho a 13 años de escolaridad (11.9%).

Tabla 18

*Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol por último grado escolar*

	Consumo de Alcohol				$\chi^2$	p
	Si		No			
	f	%	f	%		
<b>Prevalencia Global</b>						
Auxiliar/Técnico	12	54.5	10	45.5	21.59	.001
Enfermera General	49	84.5	9	15.5		
Licenciatura	75	75.0	25	25.0		
Especialidad de Enfermería	10	90.9	1	9.1		
Especialidad Médica	44	97.8	1	2.2		
Maestría	11	84.6	2	15.4		
<b>Prevalencia Lápsica</b>						
Auxiliar/Técnico	6	27.3	16	72.7	16.63	.005
Enfermera General	33	56.9	25	43.1		
Licenciatura	59	59.0	41	41.0		
Especialidad de Enfermería	5	45.5	6	54.5		
Especialidad Médica	35	77.8	10	22.2		
Maestría	8	61.5	5	38.5		
<b>Prevalencia Actual</b>						
Auxiliar/Técnico	5	22.7	17	77.3	24.32	.001
Enfermera General	14	24.1	44	75.9		
Licenciatura	45	45.0	55	55.0		
Especialidad de Enfermería	3	27.3	8	72.7		
Especialidad Médica	30	66.7	15	33.3		
Maestría	7	53.8	6	46.2		
<b>Prevalencia Instantánea</b>						
Auxiliar/Técnico	2	9.1	20	90.9	15.15	.010
Enfermera General	6	10.3	52	89.7		
Licenciatura	18	18.0	82	82.0		
Especialidad de Enfermería	3	27.3	8	72.7		
Especialidad Médica	16	35.6	29	64.4		
Maestría	5	38.5	8	61.5		

*Nota: n = 249, f = frecuencia= % = porcentaje,  $\chi^2$  = prueba de Chi Cuadrada, p= Valor de p*

En la tabla 18 se señala que existe diferencia significativa en la prevalencia global de consumo de alcohol por último grado escolar ( $\chi^2 = 21.59, p < .001$ ). La prevalencia global fue mayor en el personal de con especialidad médica (97.8%), seguido del personal con especialidad en enfermería (90.9%), después el personal con



maestría (84.6%), seguido de enfermera general (84.5), de licenciatura (75%) y por último el auxiliar técnico (54.5%). También se documentó diferencia significativa en la prevalencia lápsica y último grado escolar ( $\chi^2 = 16.63, p = .005$ ), siendo mayor la prevalencia lápsica de consumo de alcohol en los participantes con especialidad médica (77.8%), seguido del personal con maestría (61.5%), licenciatura (59.0%), enfermera general (56.9%), con especialidad de enfermería (45.5%) y por último el personal auxiliar/técnico (27.3%).

Se reportó diferencia significativa en la prevalencia actual y el último grado escolar ( $\chi^2 = 24.32, p < .001$ ), siendo mayor el consumo de alcohol en el último mes en el personal con especialidad médica (66.7%), después se encuentra el personal con maestría (53.8%), seguido del personal con licenciatura (45.0%), especialidad de enfermería (27.3%) y el personal auxiliar/técnico (22.7%). Por último se observa diferencia significativa en la prevalencia instantánea y el grado escolar ( $\chi^2 = 15.15, p = .010$ ), donde el consumo de alcohol en los últimos siete días fue mayor en los profesionales con maestría (38.5%), seguido de los participantes con especialidad médica (35.6%), con especialidad de enfermería (27.3%), con licenciatura (18.0%), enfermera general (10.3%) y por último el personal auxiliar/técnico (9.1%).

Tabla 19

*Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol por categoría laboral*

Prevalencia de Consumo	Categoría Laboral								$\chi^2$	p
	Profesional Médico				Profesional de Enfermería					
	Si		No		Si		No			
f	%	f	%	f	%	f	%			
Prevalencia Global	79	97.5	2	2.5	122	72.6	46	27.4	21.79	.001
Prevalencia Lápsica	67	82.7	14	17.3	79	47.0	89	53.0	28.70	.001
Prevalencia actual	57	70.4	24	29.6	47	28.0	121	72.0	40.38	.001
Prevalencia Instantánea	30	37.0	51	63.0	20	11.9	148	88.1	21.51	.001

*Nota: n = 249, f = frecuencia= % = porcentaje,  $\chi^2$  = prueba de Chi Cuadrada, p= Valor de p*

En la tabla 19 se muestra que existe diferencia significativa en la prevalencia global y la categoría laboral ( $\chi^2 = 21.79$ ,  $p < .001$ ), se documenta que el consumo de alcohol alguna vez en la vida es mayor en el profesional médico (97.5%) que en enfermería (72.6%). También se encontró diferencia significativa en la prevalencia lápsica de consumo de alcohol y la categoría laboral ( $\chi^2 = 28.70$ ,  $p < .001$ ), siendo el consumo de alcohol en el último año mayor en el personal médico (82.7%) que el personal de enfermería (47.0%).

Se documentó que existe diferencia significativa en la prevalencia actual y la categoría laboral ( $\chi^2 = 40.38$ ,  $p < .001$ ), donde el consumo de alcohol en el último mes fue mayor en el personal médico (70.4%), que en el personal de enfermería (28.0%). Además se encontró diferencia significativa en la prevalencia instantánea y la categoría laboral ( $\chi^2 = 21.51$ ,  $p < .001$ ), siendo el consumo de alcohol en los últimos siete días

mayor en los profesionales médicos (37.0%), que en los profesionales de enfermería (11.9%).

Para observar mejor esta diferencia de la prevalencia de consumo de alcohol por categoría laboral, se presenta la siguiente gráfica.

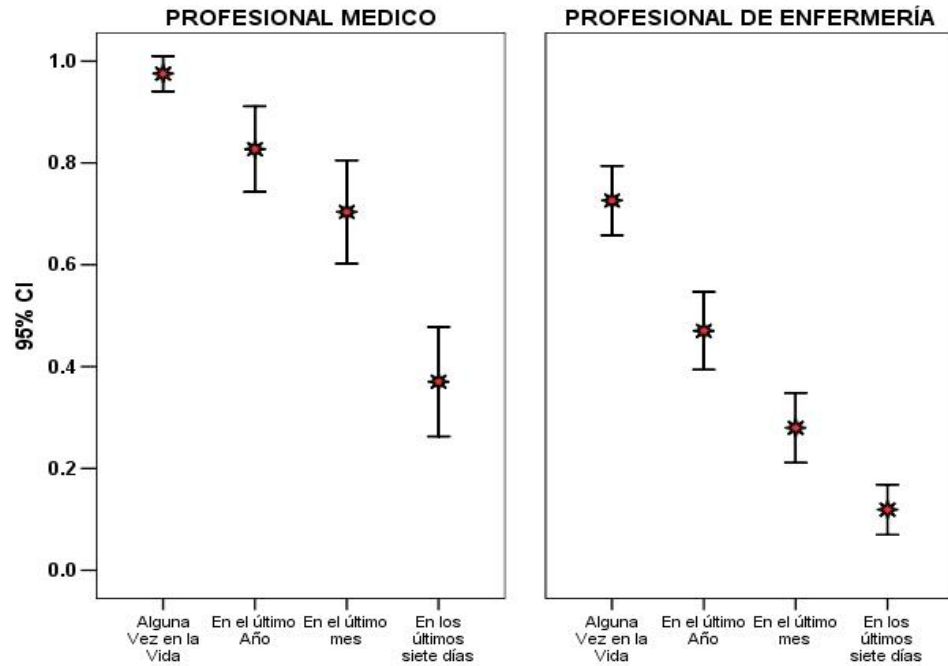


Figura 4. Prevalencias de consumo de alcohol por categoría laboral.

Como se observa en la figura 4, la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, último mes y últimos siete días, es mayor en el profesional médico que en el profesional de enfermería.

Tabla 20

*Chi Cuadrada de Pearson para la prevalencia de consumo de alcohol y antigüedad laboral*

	Consumo de Alcohol				$\chi^2$	<i>p</i>
	Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
<b>Prevalencia Global</b>						
De 1 mes – 8 años	113	91.1	11	8.9	17.18	.001
De 9 – 21 años	31	70.5	13	29.5		
De 22 – 38 años	57	70.4	24	29.6		
<b>Prevalencia Lápsica</b>						
De 1 mes – 8 años	99	79.8	25	20.2	46.09	.001
De 9 – 21 años	18	40.9	26	18.2		
De 22 – 38 años	29	35.8	52	64.2		
<b>Prevalencia Actual</b>						
De 1 mes – 8 años	70	56.5	54	43.5	23.22	.001
De 9 – 21 años	15	34.1	29	65.9		
De 22 – 38 años	19	23.5	62	76.5		
<b>Prevalencia Instantánea</b>						
De 1 mes – 8 años	34	27.4	90	72.6	12.46	.002
De 9 – 21 años	10	22.7	34	77.3		
De 22 – 38 años	6	7.4	75	64.7		

*Nota: n = 249, f = frecuencia, % = porcentaje,  $\chi^2$  = prueba de Chi Cuadrada, p = Valor de p*

En la tabla 20 se señala que existe diferencia significativa en la prevalencia global de consumo de alcohol y la antigüedad laboral ( $\chi^2 = 17.18$ ,  $p < .001$ ), se documentó que el consumo de alcohol alguna vez en la vida fue mayor en el personal con antigüedad laboral con un mes a ocho años de antigüedad laboral (91.1%), seguido del personal con nueve a 21 años de antigüedad laboral (70.5%) y de 22 a 38 años de antigüedad laboral (70.4%). Además se reportó diferencia significativa en la prevalencia lápsica y la antigüedad laboral ( $\chi^2 = 46.09$ ,  $p < .001$ ), siendo el consumo de alcohol en el último año más alto en el personal con un mes a ocho años de antigüedad laboral (79.8%), seguido de los participantes con nueve a 21 años de antigüedad laboral (40.9%) y el personal con 22 a 38 años de antigüedad laboral (35.8%).

Se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia actual de consumo de alcohol y la antigüedad laboral ( $\chi^2 = 23.22, p = .001$ ), donde el consumo de alcohol en el último mes fue mayor en el personal con un mes a ocho años de antigüedad laboral (56.5%), en segundo lugar se encuentra el personal con nueve a 21 años de antigüedad laboral (34.1%) y por último los participantes con 22 a 38 años de antigüedad laboral (23.5%). También se documenta que existe diferencia significativa en la prevalencia instantánea y la antigüedad laboral ( $\chi^2 = 12.46, p = .002$ ), siendo el consumo de alcohol en los últimos siete días mayor en el personal con un mes a ocho años de antigüedad laboral (27.4%), seguido del personal con nueve a 21 años de antigüedad laboral (22.7%) y con 22 a 38 años de antigüedad laboral (7.4%). De esta forma se responde al segundo objetivo.

De la tabla 21 a la 26 se presentan los resultados que responden al tercer objetivo en el que se propuso identificar el tipo de consumo de alcohol en los profesionales médicos y de enfermería por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral.

Tabla 21

*Chi Cuadrada para el tipo de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT por sexo*

Tipo de Consumo	Sexo				$\chi^2$	<i>p</i>
	Femenino		Masculino			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Sensato o sin riesgo	48	67.6	29	38.7	16.63	.001
Dependiente o de riesgo	20	28.2	28	37.3		
Dañino o Perjudicial	3	4.2	18	24.0		

*Nota: n = 146, f = frecuencia, % = porcentaje,  $\chi^2$  = prueba de Chi Cuadrada, p = Valor de p*

En la tabla 21 se observa que existe diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol por sexo ( $\chi^2 = 16.63, p < .001$ ). El personal del sexo femenino presentó mayor consumo sensato (67.6%) que los profesionales del sexo masculino

(38.7%). Además se identificó que en el personal masculino fue mayor el porcentaje en el consumo dependiente o de riesgo (37.3%) que en el personal del sexo femenino (28.2%), así mismo en el personal del sexo masculino presentaron mayor consumo dañino o perjudicial (24.0%) que el personal del sexo femenino (4.2%).

Tabla 22

*H de Kruskal-Wallis para el índice del AUDIT por edad*

Edad	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
AUDIT Total						
De 21 – 31 años	70	11.4	10.0	9.1	11.58	.008
De 32 – 42 años	30	12.5	12.5	7.5		
De 43 – 53 años	37	8.3	5.0	9.0		
De 54 – 70 años	9	5.8	5.0	2.5		
Consumo Sensato o Sin riesgo						
De 21 – 31 años	70	27.9	25.0	16.8	10.25	.017
De 32 – 42 años	30	34.7	33.3	17.9		
De 43 – 53 años	37	22.9	16.6	16.9		
De 54 – 70 años	9	19.4	16.6	8.3		
Consumo Dependiente o De Riesgo						
De 21 – 31 años	70	2.9	0.0	6.6	4.37	.224
De 32 – 42 años	30	1.1	0.0	2.8		
De 43 – 53 años	37	1.5	0.0	5.8		
De 54 – 70 años	9	.0	0.0	.0		
Consumo Dañino o Perjudicial						
De 21 – 31 años	70	5.3	0.0	9.8	11.68	.009
De 32 – 42 años	30	4.5	0.0	8.1		
De 43 – 53 años	37	2.3	0.0	9.1		
De 54 – 70 años	9	0.0	0.0	0.0		

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

En la tabla 22 se observa que existe diferencia significativa en la escala del AUDIT y la edad ( $H=11.58$ ,  $p=.008$ ), siendo el personal con edad de 32 a 42 años ( $\bar{X}=12.5$ ,  $Mdn=12.5$ ) los de más alto índice, seguido del personal que tiene 21 a 31 ( $\bar{X}=11.4$ ,  $Mdn=10.0$ ), seguido por el personal con edad de 43 a 53 años ( $\bar{X}=8.3$ ,  $Mdn=5.0$ ) y 54 a 70 años de edad ( $\bar{X}=5.8$ ,  $Mdn=5.0$ ). Además se encontró diferencia significativa en la subescala de consumo sensato o sin riesgo y edad

( $H=10.25$ ,  $p=.017$ ) en donde el personal con edad entre 32 a 42 años ( $\bar{X}=34.7$ ,  $Mdn= 33.3$ ), tienen puntajes más altos que el personal con edad de 43 a 53 años de edad ( $\bar{X}=22.9$ ,  $Mdn= 16.6$ ), de 21 a 31 años ( $\bar{X}=27.9$ ,  $Mdn= 25.0$ ) y de 54 a 70 años de edad ( $\bar{X}=19.4$ ,  $Mdn= 16.6$ ).

Por último se indica que existe diferencia significativa para la subescala de consumo dañino o perjudicial por edad ( $H=11.68$ ,  $p=.009$ ). Se observa que el personal que tiene de 21 a 31 años de edad tiene puntajes más altos ( $\bar{X}=5.3$ ,  $Mdn = 0.0$ ) que el personal que tiene de 32 a 42 años de edad ( $\bar{X}=4.5$ ,  $Mdn = 0.0$ ), 43 a 57 ( $\bar{X}=2.3$ ,  $Mdn = 0.0$ ) y de 54 a 70 años ( $\bar{X}=0.0$ ,  $Mdn = 0.0$ ).

Tabla 23

*H de Kruskal-Wallis para el índice del AUDIT por años de escolaridad*

Años de Escolaridad	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
<b>AUDIT Total</b>						
De 8 – 13 años	20	12.5	11.2	11.5	1.17	.556
De 14 – 19 años	76	10.3	7.5	9.2		
De 20 – 26 años	50	9.9	7.5	6.1		
<b>Consumo Sensato o Sin riesgo</b>						
De 8 – 13 años	20	32.0	33.3	19.9	3.20	.201
De 14 – 19 años	76	25.6	16.6	17.5		
De 20 – 26 años	50	28.6	25.0	15.1		
<b>Consumo Dependiente o De Riesgo</b>						
De 8 – 13 años	20	2.9	0.0	7.7	3.44	.178
De 14 – 19 años	76	2.5	0.0	5.9		
De 20 – 26 años	50	1.0	0.0	3.9		
<b>Consumo Dañino o Perjudicial</b>						
De 8 – 13 años	20	5.0	0.0	12.9	.93	.628
De 14 – 19 años	76	4.8	0.0	9.9		
De 20 – 26 años	50	2.6	0.0	4.9		

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

La tabla 23 indica que no se encontró diferencia significativa en el índice del AUDIT por años de escolaridad ( $H=1.17$ ,  $p=.556$ ). De igual manera no se reportó diferencia significativa en las subescalas de consumo sensato o sin riesgo ( $H=3.20$ ,  $p=.201$ ), dependiente o de riesgo ( $H=3.44$ ,  $p=.178$ ) y dañino o perjudicial ( $H=.93$ ,  $p=.628$ ).

Tabla 24

*H de Kruskal-Wallis para el índice del AUDIT por último grado escolar*

Último Grado Escolar	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
<b>AUDIT Total</b>						
Auxiliar/Técnico	6	13.3	13.7	6.4	2.660	.616
Enfermera General	33	11.1	5.0	12.0		
Licenciatura	59	10.7	7.0	8.5		
Especialidad de Enfermería	5	11.5	7.0	8.0		
Especialidad Médica	35	9.4	7.5	6.0		
Maestría	8	8.7	8.7	4.6		
<b>Consumo Sensato o Sin riesgo</b>						
Auxiliar/Técnico	6	38.8	41.6	14.2	4.074	.396
Enfermera General	33	26.0	16.6	19.2		
Licenciatura	59	27.6	25.0	18.4		
Especialidad de Enfermería	5	30.0	25.0	11.1		
Especialidad Médica	35	26.6	25.0	14.4		
Maestría	8	27.0	29.1	13.1		
<b>Consumo Dependiente o De Riesgo</b>						
Auxiliar/Técnico	6	2.7	0.0	4.3	1.885	.757
Enfermera General	33	2.5	0.0	7.3		
Licenciatura	59	2.4	0.0	5.8		
Especialidad de Enfermería	5	1.6	0.0	3.7		
Especialidad Médica	35	1.4	0.0	4.7		
Maestría	8	.0	0.0	.0		
<b>Consumo Dañino o Perjudicial</b>						
Auxiliar/Técnico	6	2.0	0.0	3.2	.677	.954
Enfermera General	33	6.4	0.0	14.3		
Licenciatura	59	4.2	0.0	7.9		
Especialidad de Enfermería	5	5.0	0.0	11.1		
Especialidad Médica	35	2.5	0.0	4.5		
Maestría	8	1.5	0.0	4.4		

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



En la tabla 24 se muestran los índices del AUDIT por último grado escolar. En la tabla se reporta que no existe diferencia significativa ( $H= 2.660, p=.616$ ), así como para las subescalas de consumo sensato o sin riesgo ( $H= 4.07, p=.396$ ), dependiente o de riesgo ( $H= 1.88, p=.757$ ) y dañino o perjudicial ( $H= .67, p=.954$ ).

Tabla 25

*Chi Cuadrada de Pearson para el tipo de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT por categoría laboral*

Tipo de Consumo	Categoría Laboral				$\chi^2$	<i>p</i>
	Médico		Enfermería			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Sensato o sin riesgo	33	49.3	44	55.7		
Dependiente o de riesgo	22	32.8	26	32.9	1.35	.508
Dañino o Perjudicial	12	17.9	9	11.4		

*Nota: n = 146, f = frecuencia= % = porcentaje,  $\chi^2$  = prueba de Chi Cuadrada, p= Valor de p*

En la tabla 25 se muestra el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral, en la cual se observa que no existe significancia ( $\chi^2= 1.35, p= .508$ ), porque las diferencias de proporciones fueron muy similares.

Tabla 26

*H de Kruskal-Wallis para el índice del AUDIT por antigüedad laboral*

Antigüedad Laboral	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
AUDIT Total						
De 1 mes – 8 años	99	11.0	10.0	8.6	7.16	.028
De 9 – 21 años	18	13.0	11.2	11.13		
De 22 – 38 años	29	7.0	5.0	5.7		
Consumo Sensato o Sin riesgo						
De 1 mes – 8 años	99	27.9	25.0	17.0	6.70	.035
De 9 – 21 años	18	35.1	33.3	19.2		
De 22 – 38 años	29	21.5	16.6	14.5		
Consumo Dependiente o De Riesgo						
De 1 mes – 8 años	99	2.2	0.0	5.8	2.55	.279
De 9 – 21 años	18	3.2	0.0	8.1		
De 22 – 38 años	29	.5	0.0	2.1		
Consumo Dañino o Perjudicial						
De 1 mes – 8 años	99	5.0	0.0	9.3	8.72	.013
De 9 – 21 años	18	3.8	0.0	11.7		
De 22 – 38 años	29	1.0	0.0	4.7		

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

En la tabla 26 se señala que existe diferencia significativa en el índice del AUDIT y la antigüedad laboral de los profesionales ( $H=7.16$ ,  $p=.028$ ). Se observan índices más altos en los participantes que tienen de nueve a 21 años de antigüedad laboral ( $\bar{X}=13.0$ ,  $Mdn= 11.2$ ), seguido por los participantes que tenían de un mes a ocho años de antigüedad laboral ( $\bar{X}=11.0$ ,  $Mdn= 10.0$ ) y de 22 a 38 años de antigüedad laboral ( $\bar{X}=7.0$ ,  $Mdn= 5.0$ ).

Además se reportó diferencia significativa para la subescala de consumo sensato o sin riesgo ( $H=6.70$ ,  $p=.035$ ), donde se reportan índices más altos en los participantes que tenían una antigüedad laboral de nueve a 21 años ( $\bar{X}=35.1$ ,  $Mdn= 33.3$ ) que en el personal con un mes a ocho años de antigüedad ( $\bar{X}=27.9$ ,  $Mdn= 25.0$ ) y de los que reportaron tener de 22 a 38 años de antigüedad laboral ( $\bar{X}=21.5$ ,  $Mdn= 16.6$ ). También se encontró diferencia significativa en la subescala de consumo dañino o perjudicial

( $H=8.72$ ,  $p=.013$ ), siendo más alto el puntaje en los participante con un mes a ocho años de antigüedad laboral ( $\bar{X}=5.0$ ,  $Mdn= 0.0$ ) que en el personal con nueve a 21 años de antigüedad laboral ( $\bar{X}=3.8$ ,  $Mdn= 0.0$ ) y de 22 a 38 años de antigüedad laboral ( $\bar{X}=1.0$ ,  $Mdn= 0.0$ ). Respecto al consumo dependiente o de riesgo y la antigüedad laboral no se reporta significancia probablemente porque los datos fueron similares. De esta forma se responde al tercer objetivo.

Para dar respuesta al cuarto objetivo que señala determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol de los profesionales médicos y de enfermería y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol, se presenta las tablas 27 y 28.

Tabla 27

*Coefficiente de Correlación de Spearman para edad, antigüedad laboral, años de escolaridad, edad de inicio al consumo, numero de bebidas consumidas por ocasión y el cuestionario SAAPPQ*

	Edad	Antigüedad Laboral	Años de Escolaridad	Edad de Inicio de Consumo de Alcohol	Numero de Bebidas consumidas por ocasión
SAAPPQ	-.143*	-.178**	.274**	-.212**	.196**
Adecuación del Rol	-.083	-.042	.154*	-.128	.091
Legitimidad del Rol	-.065	-.111	.049	-.025	.067
Motivación	-.053	-.085	.179**	-.115	.108
Tarea Específica de la Autoestima	-.075	-.045	.205**	-.197**	.203**
Satisfacción en el Trabajo	-.017	-.086	.252**	-.172*	.125

*Nota: \*\* $p<.01$ , \* $p<.05$ , SAAPPQ = Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol*

En la 27 se muestra que la edad de los participantes se relaciona negativa significativamente con las actitudes hacia el paciente que consume alcohol conforme a la escala SAAPPQ ( $r_s = -.143, p = <.05$ ), además se observa que existe relación negativa significativa con la antigüedad laboral y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol conforme a la escala SAAPPQ ( $r_s = -.178, p = <.01$ ). Además se encontró relación positiva significativa para años de escolaridad y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol conforme a la escala SAAPPQ ( $r_s = .274, p = <.01$ ), también se reportó relación positiva significativa de los años de escolaridad con las subescalas de adecuación del rol ( $r_s = .154, p = <.05$ ), motivación ( $r_s = .179, p = <.01$ ), tarea específica de la autoestima ( $r_s = .205, p = <.01$ ) y satisfacción en el trabajo ( $r_s = .252, p = <.01$ ).

En edad de inicio de consumo de alcohol se encontró relación negativa significativa con la escala SAAPPQ ( $r_s = -.212, p = <.01$ ), también se documentó relación negativa y significativa en edad de inicio de consumo de alcohol con las subescalas tarea específica de la autoestima ( $r_s = -.197, p = <.01$ ) y satisfacción en el trabajo ( $r_s = -.172, p = <.05$ ). Por último, se reportó relación positiva significativa en el número de bebidas consumidas por ocasión con el cuestionario SAAPPQ ( $r_s = .196, p = <.01$ ) y con la subescala del instrumento tarea específica de la autoestima ( $r_s = .203, p = <.01$ ).

Tabla 28

*Coefficiente de Correlación de Spearman para el Consumo de Alcohol de Acuerdo al AUDIT y el cuestionario SAAPPQ*

	SAAPPQ	Adecuación del Rol	Legitimidad del Rol	Motivación	Tarea Específica de la Autoestima	Satisfacción en el Trabajo
AUDIT	.199*	-.020	.131	.136	.096	.186*
Consumo Sensato o Sin riesgo	.215**	.044	.105	.123	.111	.209*
Consumo Dependiente o de Riesgo	-.027	-.116	.046	-.021	.012	-.067
Consumo Dañino o Perjudicial	.133	-.105	.176*	.134	.022	.102

*Nota:* \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , AUDIT= Prueba de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol, SAAPPQ = Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol

En la tabla 28 se documenta que existe relación positiva significativa para el consumo de alcohol de los participantes medido por el cuestionario AUDIT y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol de acuerdo a la escala SAAPPQ ( $r_s = .199$ ,  $p < .05$ ), además se identifica una relación positiva significativa con el consumo sensato o sin riesgo y las actitudes conforme a la escala SAAPPQ ( $r_s = .215$ ,  $p < .01$ ). También se encontró relación positiva significativa con el consumo dañino o perjudicial y la subescala legitimidad del rol ( $r_s = .176$ ,  $p < .05$ ), por último se reporta relación positiva significativa en la subescala del SAAPPQ satisfacción en el trabajo y el consumo de alcohol de los profesionales conforme al cuestionario AUDIT ( $r_s = .186$ ,  $p < .05$ ) y el consumo sensato o sin riesgo ( $r_s = .209$ ,  $p < .05$ ). De esta forma se da respuesta al cuarto objetivo.

Por último en las tablas 29, 30, 31 y 32 se presentan los resultados que dan respuesta al quinto objetivo que propuso identificar de acuerdo al tipo de prevalencia de consumo de los profesionales médicos y de enfermería, las actitudes hacia el paciente que consume alcohol.

Tabla 29

*U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ y prevalencia global*

Prevalencia Global	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
<b>SAAPPQ Total</b>					
Si Consume Alcohol	201	67.8	66.6	3808.0	.023
No Consume Alcohol	48	63.5	61.6		
<b>Adecuación del Rol</b>					
Si Consume Alcohol	201	61.1	58.3	4419.5	.342
No Consume Alcohol	48	56.4	54.1		
<b>Legitimidad del Rol</b>					
Si Consume Alcohol	201	76.9	83.3	4642.0	.680
No Consume Alcohol	48	70.6	75.0		
<b>Motivación</b>					
Si Consume Alcohol	201	86.8	91.6	4107.5	.105
No Consume Alcohol	48	82.6	83.3		
<b>Tarea Específica de la Autoestima</b>					
Si Consume Alcohol	201	49.1	50.0	4378.5	.316
No Consume Alcohol	48	48.0	50.0		
<b>Satisfacción en el Trabajo</b>					
Si Consume Alcohol	201	68.4	66.6	4331.0	.259
No Consume Alcohol	48	65.1	66.6		

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

En la tabla 29 se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia global de consumo de alcohol y la escala SAAPPQ ( $U=3808.0$ ,  $p=.023$ ), reportando medias más altas el personal que consumió alcohol alguna vez en la vida ( $\bar{X}=67.8$ ,  $Mdn=66.6$ ), que el personal que no consumió alcohol alguna vez en la vida ( $\bar{X}=63.5$ ,  $Mdn=61.6$ ). En las subescalas de legitimidad rol, adecuación del rol,

motivación, tarea específica de la autoestima y satisfacción en el trabajo no se reportaron diferencias significativas.

Tabla 30

*U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ y la prevalencia lápsica*

Prevalencia Lápsica	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
<b>SAAPPQ Total</b>					
Si Consume Alcohol	146	68.6	68.3	5991.5	.006
No Consume Alcohol	103	64.7	61.6		
<b>Adecuación del Rol</b>					
Si Consume Alcohol	146	87.8	91.6	6792.5	.172
No Consume Alcohol	103	83.4	91.6		
<b>Legitimidad del Rol</b>					
Si Consume Alcohol	146	49.0	50.0	7282.0	.667
No Consume Alcohol	103	48.8	50.0		
<b>Motivación</b>					
Si Consume Alcohol	146	61.4	58.3	6614.5	.101
No Consume Alcohol	103	58.5	58.3		
<b>Tarea Específica de la Autoestima</b>					
Si Consume Alcohol	146	69.8	66.6	6340.0	.033
No Consume Alcohol	103	64.9	66.6		
<b>Satisfacción en el Trabajo</b>					
Si Consume Alcohol	146	78.4	83.3	6721.0	.143
No Consume Alcohol	103	71.8	75.0		

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

En la tabla 30 se reporta que existe diferencia significativa en la prevalencia lápsica de consumo de alcohol y la escala SAAPPQ ( $U= 5991.5$ ,  $p= .006$ ), siendo más alto el puntaje en los participantes que consumieron alcohol en el último año ( $\bar{X}=68.6$ ,  $Mdn= 68.3$ ) que en los participantes que no consumieron alcohol en último año ( $\bar{X}=64.7$ ,  $Mdn= 61.6$ ). Además se reporta diferencia significativa en la subescala tarea específica de la autoestima ( $U= 6340.0$ ,  $p= .033$ ), reportándose índices más altos en el personal que si consumió alcohol en el último año ( $\bar{X}= 69.8$ ,  $Mdn= 66.6$ ), que en el personal que no consumió alcohol en el último año ( $\bar{X}= 64.9$ ,  $Mdn= 66.6$ ).

Tabla 31

*U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ y prevalencia actual*

Prevalencia Actual	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
SAAPPQ Total					
Si Consume Alcohol	104	69.7	71.6	5695.5	.001
No Consume Alcohol	142	65.0	63.3		
Adecuación del Rol					
Si Consume Alcohol	104	88.0	91.6	6905.0	.233
No Consume Alcohol	142	84.5	91.6		
Legitimidad del Rol					
Si Consume Alcohol	104	50.1	50.0	6998.5	.327
No Consume Alcohol	142	48.1	50.0		
Motivación					
Si Consume Alcohol	104	62.5	66.6	6340.0	.030
No Consume Alcohol	142	58.5	58.3		
Tarea Específica de la Autoestima					
Si Consume Alcohol	104	71.9	66.6	6068.0	.008
No Consume Alcohol	142	64.8	66.6		
Satisfacción en el Trabajo					
Si Consume Alcohol	104	78.9	83.3	6613.5	.089
No Consume Alcohol	142	73.3	75.0		

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

En la tabla 31 se muestra que existe diferencia significativa en la prevalencia actual del consumo de alcohol de los participantes y la escala SAAPPQ ( $U= 5695.5, p= .001$ ), se reportaron índices más altos en el personal que si consumió alcohol en el último mes ( $\bar{X}=69.7, Mdn= 71.6$ ), que el personal que no consumió alcohol en el último mes ( $\bar{X}=65.0, Mdn= 63.3$ ). Además se encontró diferencia significativa en la prevalencia actual y la subescala motivación ( $U= 6340.0, p= .030$ ), siendo más altos los índices en el personal que si consumió alcohol en el último mes ( $\bar{X}=62.5, Mdn= 66.6$ ), que el personal que no consumió alcohol ( $\bar{X}=58.5, Mdn= 58.3$ ), llama la atención que en los que no consumieron en el último mes y la subescala de motivación reportan actitudes negativas según el punto de corte del SAAPPQ.



Por último se encontró diferencia significativa para la prevalencia actual y la subescala de tarea específica de la autoestima ( $U= 6068.0, p= .008$ ), donde se documenta índices más altos en el personal que si consumió alcohol en el último mes ( $\bar{X}=78.9, Mdn= 83.3$ ), que el personal que no consumió alcohol en el último mes ( $\bar{X}=73.3, Mdn= 75.0$ ).

Tabla 32

*U de Mann-Whitney para el índice del SAAPPQ y prevalencia instantánea*

Prevalencia Instantánea	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
<b>SAAPPQ Total</b>					
Si Consume Alcohol	199	70.9	72.5	3766.500	.008
No Consume Alcohol	50	66.0	65.0		
<b>Adecuación del Rol</b>					
Si Consume Alcohol	199	87.8	91.6	4806.500	.697
No Consume Alcohol	50	85.5	91.6		
<b>Legitimidad del Rol</b>					
Si Consume Alcohol	199	51.5	50.0	4498.500	.288
No Consume Alcohol	50	48.3	50.0		
<b>Motivación</b>					
Si Consume Alcohol	199	62.0	66.6	4505.000	.295
No Consume Alcohol	50	59.7	58.3		
<b>Tarea Específica de la Autoestima</b>					
Si Consume Alcohol	199	74.6	70.8	3814.000	.010
No Consume Alcohol	50	66.1	66.6		
<b>Satisfacción en el Trabajo</b>					
Si Consume Alcohol	199	80.5	87.5	4199.500	.080
No Consume Alcohol	50	74.5	75.0		

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

En la tabla 32 se observa que existe diferencia significativa en la prevalencia instantánea y el cuestionario SAAPPQ ( $U= 3766.5, p= .008$ ), donde se documentó índices más altos en los participantes que si consumieron alcohol en los últimos siete días ( $\bar{X}=70.9, Mdn= 72.5$ ), que en los participantes que no consumieron alcohol en los último siete días ( $\bar{X}=66.0, Mdn= 65.0$ ). Además se documentó diferencia significativa en

la prevalencia instantánea y la subescala tarea específica de la autoestima ( $U= 3814.0, p= .010$ ), los índices más altos fueron reportados en el personal que si consumió alcohol en los últimos siete días ( $\bar{X}=74.6, Mdn= 70.8$ ), que en el personal que no consumió alcohol en los último siete días ( $\bar{X}=66.1, Mdn= 66.6$ ). Con lo anterior se da respuesta al quinto objetivo.

## Capítulo IV

### Discusión

En el presente estudio de Actitudes hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol en el profesional médico y de enfermería de una institución de salud del estado de Nuevo León, fue factible la aplicación de los conceptos de actitudes hacia el paciente que consume alcohol de Cartwright, (1980) y el consumo de alcohol en población mexicana según De La Fuente y Kershenobich, (1992) en una muestra de 249 participantes.

La muestra estuvo constituida en su mayoría por personal del sexo femenino (63.1%), casados o viviendo en unión libre (56.7%), con una media de edad de 39.3 años y una antigüedad de 152 meses en promedio que equivale a 13 años de antigüedad. Además es importante señalar que la mayor proporción de la categoría laboral fue para el personal de enfermería (67.0%) y respecto al último grado escolar correspondió a personal con estudios de licenciatura en enfermería y de medicina (40%) seguidos por personal de enfermería general (23.3%) y especialistas médicos (18.1%). Este perfil de los profesionales de salud que laboran en las instituciones es congruente con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2012), donde se observa que la enfermería es el grupo profesional más numeroso en el sector salud. Además de acuerdo con Cárdenas (2005) las instituciones de salud dependen del personal de enfermería para su funcionamiento y para el cuidado de las personas que requieren de recuperar su salud.

Respecto al consumo de alcohol de los participantes, se reportó que la media de edad de inicio de consumo de alcohol fue a los 21.4 años; lo anterior coincide con lo reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011, donde el 39% de la población reportó haber iniciado a consumir alcohol entre los 18 y los 25 años. Además se reportó en este estudio, que la bebida de preferencia fue la cerveza (59.0%), seguido de los destilados como el whisky, tequila, ron, brandy y vodka (20.5%), de igual manera lo

anterior coincide con lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones en el 2011, donde se indica que la cerveza es consumida por más de la mitad de la población masculina (53.6%) y una tercera parte de la población femenina (29.3%) y casi una tercera parte de la población consume destilados (23.6%). (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011).

De igual manera los resultados del presente estudio coinciden con lo reportado por Boggio (2010) donde el 38% de los participantes pertenecientes al área de enfermería de un hospital de Venezuela reportaron preferir la cerveza, seguido del whisky con un 25% y el ron con un 18%. De acuerdo con Tapia (2001) la bebida de preferencia se asocia con la difusión comercial del alcohol, donde se muestra como medio de socialización y de alivio ante los cambios climáticos, donde la cerveza es parte de la cultura denominada húmeda, que es característica de lugares cálidos y húmedos y los destilados son parte de una cultura del alcohol denominada seca y es más frecuente en lugares con climas fríos y secos.

En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol se reportó que el 81% de los participantes consumió alcohol alguna vez en la vida, el 59% consumió alcohol en el último año y el 42% en el último mes. Estas cifras son cercanas a las reportadas por la ENA del 2011, donde se indica que el consumo de alcohol para la población de 12 a 65 años de edad, alguna vez en la vida fue de 73.3%, en el último año fue de 55.9% y la prevalencia en el último mes fue de 31.6% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011).

Respecto al tipo de consumo de alcohol en los profesionales médicos y de enfermería, conforme al cuestionario AUDIT, se reporta que el 52.7% de los participantes tiene un consumo sensato o sin riesgo, seguido del consumo dependiente o de riesgo con un 32.9% y por último el consumo perjudicial o dañino con un 14.4%. Estos datos coinciden con Hinojosa, Alonso y Castillo (2012), donde reportaron que el

consumo sensato o sin riesgo predominó en los profesionales de la salud principalmente en personal de enfermería, seguido del dependiente y por último el consumo perjudicial o dañino.

En cuanto al primer objetivo que propuso identificar las actitudes hacia el paciente que consume alcohol de los profesionales médicos y de enfermería por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral; se encontró diferencia significativa de las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y el sexo, donde los participantes del sexo masculino reportaron mayores actitudes hacia el paciente que consume alcohol superiores al punto de corte que es de un Media de 60, por ello fueron más positivas en el personal del sexo masculino ( $\bar{X}=70.7$ ,  $Mdn=70.0$ ) que en el personal del sexo femenino ( $\bar{X}=64.7$ ,  $Mdn=63.3$ ). Además se documentó diferencia significativa para la subescala de motivación, donde las actitudes hacia el paciente fueron positivas en los profesionales del sexo masculino ( $\bar{X}=63.5$ ,  $Mdn=66.6$ ), no obstante en el profesional del sexo femenino estas actitudes fueron negativas dado que la media fue inferior a 60 ( $\bar{X}=58.2$ ,  $Mdn=58.3$ ).

También se documentó diferencia significativa para la subescala de tarea específica de la autoestima y sexo, nuevamente se reportaron actitudes positivas en el personal del sexo masculino ( $\bar{X}=71.9$ ,  $Mdn=66.6$ ) que en el femenino ( $\bar{X}=65.4$ ,  $Mdn=66.6$ ). Además para la subescala de satisfacción en el trabajo y sexo también se documentó diferencia significativa, reportando actitudes más positivas en los participantes del sexo masculino ( $\bar{X}=80.3$ ,  $Mdn=83.3$ ) que en el femenino ( $\bar{X}=72.9$ ,  $Mdn=66.6$ ). Estos hallazgos son diferentes a los documentados por Beltrán (2014) quien no reportó significancia por sexo. Sin embargo es probable que este hallazgo se explique porque en su mayoría los médicos pertenecían al sexo masculino y fueron los que reportaron mayor frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, lo que podría estar afectando sus actitudes de aceptación para el cuidado de pacientes con problemas de consumo de la sustancia; esto ha sido indicado por Vargas y Villar (2008).

Se documentó diferencia significativa para las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y la edad, donde el grupo con edad de 54 a 70 años reportó actitudes más positivas ( $\bar{X}=72.0$ ,  $Mdn=73.3$ ) que los participantes con edades de 21 a 31 años ( $\bar{X}=69.5$ ,  $Mdn=70.0$ ), 32 a 42 años ( $\bar{X}=66.0$ ,  $Mdn=65.0$ ) y 43 a 53 años ( $\bar{X}=63.7$ ,  $Mdn=63.3$ ). Lo anterior coincide con lo señalado por Crothers y Dorrian, (2011), quienes indican que la edad influye en las actitudes, señalando que a mayor edad mayor actitud positiva hacia estos pacientes que consumen y abusan del alcohol. No obstante estos hallazgos son diferentes a lo reportado por Beltrán (2014) quien no encontró significancia de las actitudes y la edad, sin embargo en el estudio antes citado las edades de los participantes fueron menores. Adicionalmente se puede indicar que probablemente estos hallazgos se pueden explicar, en el sentido de que a medida que aumenta la edad, se incrementan las experiencias en el cuidado de pacientes y las oportunidades de atender a personas con problemas de alcohol, aumentando la sensibilidad ética, la empatía y el conocimiento del personal también influye en las actitudes.

También se documentó diferencia significativa en las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y los años de escolaridad, donde se documentaron actitudes más positivas en el personal con 20 a 26 años de escolaridad ( $\bar{X}=72.0$ ,  $Mdn=71.6$ ), que en el personal con 14 a 19 años ( $\bar{X}=65.7$ ,  $Mdn=65.0$ ) y de ocho a 13 años de escolaridad ( $\bar{X}=63.3$ ,  $Mdn=61.6$ ). Además se reportó diferencia significativa en la subescala de motivación, donde se reportaron actitudes positivas en los participantes con 20 a 26 años de escolaridad ( $\bar{X}=64.2$ ,  $Mdn=66.6$ ), no obstante en el personal que tiene 14 a 19 años de escolaridad, las actitudes fueron negativas ya que fueron más bajas que el punto de corte de 60 ( $\bar{X}=59.4$ ,  $Mdn=58.3$ ) y de igual forma en el personal con ocho a 13 años de escolaridad, las actitudes fueron negativas dado que los puntajes fueron más bajos del punto de corte ( $\bar{X}=56.3$ ,  $Mdn=54.1$ ).

De igual manera se documentó diferencia significativa para la subescala tarea específica de la autoestima siendo las actitudes más positivas en el personal con 20 a 26 años de escolaridad ( $\bar{X}=74.2$ ,  $Mdn=75.0$ ), que el personal con 14 a 19 años de escolaridad ( $\bar{X}=66.1$ ,  $Mdn=66.6$ ) y con ocho a 13 años de escolaridad ( $\bar{X}=63.2$ ,  $Mdn=66.6$ ). También se encontró diferencia significativa en la subescala de satisfacción en el trabajo y los años de escolaridad, donde se reportaron actitudes más positivas en el personal con 20 a 26 años de escolaridad ( $\bar{X}=84.2$ ,  $Mdn=87.5$ ), que en los participantes con 14 a 19 años de escolaridad ( $\bar{X}=73.8$ ,  $Mdn=75.0$ ) y los participantes con ocho a 13 años de escolaridad ( $\bar{X}=69.4$ ,  $Mdn=66.6$ ).

De acuerdo con estos hallazgos se puede indicar que mientras mayor es la preparación académica mayores son las actitudes positivas hacia el paciente que consume alcohol, es importante destacar que el profesional médico es aquel con mayor escolaridad en el presente estudio; lo anterior podría explicarse respecto al hecho de que contar con una mayor preparación académica profesional contribuye a conocer y comprender la problemática que enfrentan los pacientes que consumen y abusan del alcohol, además de que en este grupo se reportó mayor consumo de alcohol.

Respecto a las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y el último grado escolar se encontró diferencia significativa. Donde los participantes con especialidad en enfermería reportaron actitudes más positivas ( $\bar{X}=73.3$ ,  $Mdn=71.6$ ) que el personal con especialidad médica ( $\bar{X}=71.5$ ,  $Mdn=71.6$ ), maestría ( $\bar{X}=71.1$ ,  $Mdn=68.3$ ), licenciatura ( $\bar{X}=66.5$ ,  $Mdn=65.8$ ), de enfermería general ( $\bar{X}=64.2$ ,  $Mdn=62.5$ ) y el personal auxiliar/técnico ( $\bar{X}=60.0$ ,  $Mdn=60.0$ ). Así mismo se documentó diferencia significativa en la subescala de satisfacción en el trabajo y el último grado escolar, donde el personal con especialidad en enfermería documentó actitudes más positivas ( $\bar{X}=91.6$ ,  $Mdn=100.0$ ), que el personal con maestría ( $\bar{X}=82.6$ ,  $Mdn=75.0$ ), especialidad médica ( $\bar{X}=82.4$ ,  $Mdn=83.3$ ), licenciatura ( $\bar{X}=75.5$ ,  $Mdn=75.0$ ),

enfermería general ( $\bar{X}= 69.5$ ,  $Mdn= 66.6$ ) y el personal auxiliar/técnico ( $\bar{X}= 67.0$ ,  $Mdn= 66.6$ ).

Estos hallazgos son diferentes a lo documentado por Beltrán (2014) quien reportó menores puntajes de actitudes hacia el paciente que consume alcohol en estudiantes de enfermería, cuando se tenía mayor nivel escolar y mayores puntajes de actitudes cuando se tenía menor nivel escolar.

Como se observa en este estudio el personal de enfermería que cuenta con estudios de especialidad, reportaron mayores actitudes positivas hacia el paciente que consume alcohol, esto puede explicarse por el tipo de formación académica y la experiencia clínica que se desarrolla en el cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados, en los departamentos de urgencias, cuidados intensivos, medicina y cirugía. Una condición que se debe precisar es que los pacientes internados en los departamentos antes señalados, cursan algunas enfermedades que pueden estar asociadas de forma directa o indirecta con el consumo de alcohol. Lo anterior incrementa probablemente el conocimiento y la actitud positiva hacia el cuidado de estos pacientes.

Lo anterior se reafirma con lo que señalan Ospina, Sandoval, Aristizábal y Ramírez, (2005), acerca de que los conocimientos del profesional de enfermería son el resultado de un proceso constructivo, en el cual se adquiere información procedente del medio, que interactúa con la que ya posee y genera la incorporación y la organización de conocimientos nuevos y de actitudes, que le permiten realizar su práctica del cuidado de la salud y la vida en forma más comprensiva; además, de establecer relaciones comunicativas basadas en la empatía y la sensibilidad ética con los diferentes colectivos humanos.

Además se muestra que existe diferencia significativa en las actitudes hacia el paciente que consume alcohol por categoría laboral, donde los profesionales médicos reportaron actitudes más positivas ( $\bar{X}= 72.2$ ,  $Mdn= 71.6$ ), que el personal de enfermería ( $\bar{X}= 64.4$ ,  $Mdn= 63.3$ ). Esto coincide con Pulford et al, (2007), donde el personal médico



presentó actitudes más positivas ( $\bar{X}= 4.5$ ), que el personal de enfermería ( $\bar{X}= 4.2$ ). Además se documentó diferencia significativa en la subescala de motivación, donde los médicos reportaron actitudes positivas ( $\bar{X}= 63.4$ ,  $Mdn= 66.6$ ), mientras que el personal de enfermería reportaron actitudes negativas ( $\bar{X}= 58.6$ ,  $Mdn= 58.3$ ); estos datos difieren con Pulford et al, (2007), ya que en su estudio en la subescala de motivación el personal de enfermería reportó actitudes más positivas ( $\bar{X}= 4.2$ ), que el personal médico ( $\bar{X}= 3.8$ ).

Adicionalmente se encontró diferencia significativa en la subescala tarea específica de la autoestima, donde el personal médico reportó actitudes más positivas ( $\bar{X}= 73.6$ ,  $Mdn= 75.0$ ), que el personal de enfermería ( $\bar{X}= 65.0$ ,  $Mdn= 66.6$ ). De igual manera se reportó diferencia significativa para la subescala de satisfacción en el trabajo, documentando nuevamente actitudes más positivas del personal médico ( $\bar{X}= 85.2$ ,  $Mdn= 91.6$ ), que del personal de enfermería ( $\bar{X}= 71.0$ ,  $Mdn= 66.0$ ). Estos datos difieren a lo reportado por Pulford et al, (2007), ya que en su estudio no se encontró significancia en las subescalas de tarea específica de la autoestima y en la satisfacción en el trabajo por categoría laboral.

Por último se reportó diferencia significativa en las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y la antigüedad laboral, siendo mayores las actitudes positivas en el personal con antigüedad de un mes a ocho años ( $\bar{X}= 68.8$ ,  $Mdn= 68.3$ ), que en el personal con nueve a 21 años ( $\bar{X}= 64.5$ ,  $Mdn= 63.3$ ) y con 22 a 38 años de antigüedad laboral ( $\bar{X}= 63.3$ ,  $Mdn= 63.3$ ). Se debe considerar en la interpretación de estos hallazgos que de acuerdo con las características del hospital donde se llevó a cabo el estudio, es el personal de enfermería el que tiene mayor antigüedad respecto al personal médico y de esta forma se ratificaría que el personal médico con antigüedad de un mes a ocho años tiene mayores actitudes positivas que el personal de enfermería que tiene una antigüedad mayor.

Respecto al segundo objetivo que indica determinar en los profesionales médicos y de enfermería la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral, se documentó diferencia significativa en la prevalencias de consumo de alcohol y el sexo. La proporción del consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último años, en el último mes y en los últimos siete días fue mayor en el género masculino que en el femenino. Estas cifras coinciden con lo reportado por la ENA en el 2011, donde el consumo de alcohol es mayor en el sexo masculino, (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011). Por otra parte el consumo de alcohol es más aceptado socialmente en el varón que en la mujer, debido a las premisas socioculturales donde el rol masculino se identifica más con esta conducta que el sexo femenino (Góngora & Leyva, 2005; Alonso-Castillo, et al., 2009)

Para la prevalencia global de consumo de alcohol y la edad, también se reportó diferencia significativa, siendo el consumo de alcohol alguna vez en la vida mayor en el personal con edad de 54 a 70 años (95.2%), que en los participantes con edad de 21 a 31 años de edad (91.0%), de 32 a 42 años de edad (78.4%) y de 43 a 53 años de edad (68.2%). Sin embargo, se observó que el consumo de alcohol del grupo de menor edad de 21 a 31 años, la proporción fue mayor en la prevalencia lápsica, actual e instantánea. Lo anterior coincide con Ferrada, Salomón, Pina, Lavandaio y Carena (2008), ya que en su estudio indican que el 47.2% de los participantes que consumieron alcohol tenían entre 20 a 30 años de edad. De igual forma en la ENA 2011, se observa una disminución en la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol en la medida que se aumenta la edad, probablemente este hecho se explique por la disminución de la capacidad de metabolizar el alcohol así como con la presencia de algunas enfermedades que se manifiestan a medida que se incrementa la edad; (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011).

Se documentó diferencia significativa para las prevalencias de consumo de alcohol y los años de escolaridad. El consumo de alcohol alguna vez fue mayor en el personal con escolaridad de 20 a 26 años, seguido del personal con ocho a 13 años y por último los participantes con 14 a 19 años. Para la prevalencia lápsica, actual e instantánea el consumo de alcohol, también fue mayor en el personal con 20 a 26 años de escolaridad, pero en este caso le siguió el personal con 14 a 19 años de escolaridad y por último el personal con ocho a 13 años de escolaridad.

Lo anterior probablemente se deba a que a mayor escolaridad mayor son las responsabilidades laborales que desempeña el profesional, provocando el aumento de estrés en el trabajo por lo que el profesional médico o de enfermería utiliza el consumo de alcohol como medio de afrontamiento al estrés. Este señalamiento fue a su vez indicado por Carreño, et al., (2006), en su estudio, donde indica que el estrés es un factor que tiene repercusiones significativas en la salud de las personas, en la calidad del trabajo y está relacionado con el consumo excesivo de alcohol en los trabajadores.

Siguiendo con los datos acerca de la formación académica de los participantes, en este estudio se documentó diferencia significativa para las prevalencias de consumo de alcohol y el último grado escolar. El consumo de alcohol alguna vez en la vida fue mayor en el personal con especialidad médica, seguido del personal con especialidad de enfermería, enfermera general, licenciatura y el personal auxiliar/técnico. Nuevamente se documentó mayor prevalencia de consumo de alcohol en el último año, en el personal con especialidad médica, así como también para la prevalencia en el último mes. Sin embargo en el consumo de alcohol en los últimos siete días se presentó en mayor proporción en los participantes con estudios de maestría.

Se reportó diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol y la categoría laboral, donde el consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días, fue en mayor proporción reportado por los profesionales médicos que en enfermería. Estos datos difieren de Ferrada, Salomón,

Pina, Lavandaio y Carena (2008), debido a que en su estudio el consumo de alcohol se reportó en mayor proporción en el personal de enfermería que en el personal médico.

Por último, se documentó diferencia significativa en las prevalencias de consumo y la antigüedad laboral, siendo mayor el consumo alguna vez en la vida, en el último años, en el último mes y los último siete días, mayor en el personal con un mes a ocho años de antigüedad laboral, seguido del personal con nueve a 21 años y de 22 a 38 años de antigüedad laboral. Lo anterior probablemente se deba a que los participantes con menos años de antigüedad son los de menor edad y como se ha descrito, los jóvenes presentan mayores prevalencias de consumo de alcohol (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011).

Para el tercer objetivo que propuso identificar el tipo de consumo de alcohol en los profesionales médicos y de enfermería por sexo, edad, años de escolaridad, último grado escolar, categoría laboral y antigüedad laboral, se documentó diferencia significativa para el tipo de consumo de alcohol de acuerdo al cuestionario AUDIT y el sexo. El personal femenino presentó mayor consumo sensato que el personal masculino y el consumo de alcohol dependiente o de riesgo y dañino o perjudicial fue mayor en los participantes del sexo masculino. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Hinojosa, Alonso y Castillo (2012), donde en su estudio realizado en trabajadores de la salud de un Hospital General de Tamaulipas, fue mayor el consumo sensato o sin riesgo en el sexo femenino y el consumo dependiente o de riesgo y el dañino perjudicial fue mayor en hombres.

Se documentó diferencia significativa para el índice del AUDIT y la edad, donde el personal de edad de 32 a 42 años reportó medias y medianas más altas en el cuestionario AUDIT que el personal de 21 a 31 años, 43 a 53 años de edad y de 54 a 70 años de edad. También se reportó diferencia significativa para el consumo sensato o sin riesgo y la edad, nuevamente las medias y medianas más altas se presentaron en el

personal de 32 a 42 años, seguido del personal de 43 a 53 años de edad, de 21 a 31 años y por último los participantes de 54 a 70 años de edad. Además se encontraron diferencias significativas para el consumo dañino o perjudicial y la edad, siendo el personal de 21 a 31 años de edad con medias y medianas más altas, que los participantes con edad de 32 a 42 años, 43 a 53 y 54 a 70 años. Estos resultados concuerdan con Zorrilla (2014), ya que en su estudio realizado en el personal de enfermería de una institución de salud de Zacatecas, reportó que el personal con edad de 40 a 64 presentan más consumo sensato que el personal de 22 a 39 años de edad y este último grupo de edad presenta mayor consumo dañino o perjudicial, que el personal de 40 a 64 años de edad. Este hallazgo se explica por Tapia (2001) cuando indica que los más jóvenes son quienes consumen alcohol en mayor cantidad y frecuencia, explicando a su vez, que el puntaje más alto de consumo es a los cinco años de haber iniciado con esta conducta.

En cuanto al índice del AUDIT y la escolaridad, no se encontró diferencia significativa. Así mismo, para el índice del AUDIT y el último grado escolar no se documentó diferencia significativa. Lo anterior difiere de Campa y Cruz (2005), debido a que en su estudio en trabajadores de la industria la escolaridad se correlacionó de manera negativa y significativa con el índice de dependencia de consumo de alcohol, es decir que a menor escolaridad se incrementa el índice de dependencia de consumo. Así mismo en el estudio de Hinojosa, Alonso y Castillo (2012) se encontró que a menor escolaridad mayor consumo sensato de alcohol en profesionales de la salud.

Para el tipo de consumo de alcohol y la categoría laboral no se documentó diferencia significativa. Probablemente este hallazgo se explique a que los datos fueron muy homogéneos entre las proporciones de tipo de consumo por categoría laboral.

En cambio para el índice del cuestionario AUDIT y la antigüedad laboral si se encontró diferencia significativa. Se documentó que el personal con nueve a 21 años de antigüedad laboral tienen medias y medianas más altas que el personal con un mes a ocho años y con 22 a 38 años. Así como también se reportó diferencia significativa en el

consumo sensato o sin riesgo y la antigüedad laboral. Donde las medias y medianas más altas fueron reportadas por el personal con nueve a 21 años de antigüedad. Seguido del personal con un mes a ocho años y con 33 a 35 años de antigüedad laboral. Por último se encontró diferencia significativa en el consumo dañino o perjudicial y la antigüedad laboral, donde el personal con menor antigüedad (1 mes a 8 años) presentó medias y medianas más altas en comparación de los demás grupos (9 a 21 años y 22 a 38 años).

Lo anterior concuerda con Carreño, Medina-Mora, Martínez, Juárez García y Vázquez, (2006), ya que en su estudio realizado en trabajadores de una empresa textil de México, documentaron que el personal con antigüedad de dos años o menos, tienen niveles más altos de consumo en comparación con los de 10 años o más. Probablemente esto se deba a que el personal con menos años de antigüedad laboral, pertenece al grupo de profesionales de menor edad y como ya se señaló anteriormente los participantes de menor edad son los que mayor consumo dañino o perjudicial presentan.

Para el cuarto objetivo, donde se propuso determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol de los profesionales médicos y de enfermería y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol, en primer instancia se observó que existe relación negativa y significativa entre la edad y las actitudes. Por lo tanto a menor edad mayor son las actitudes positivas del profesional médico y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol. Esto difiere con Crothers y Dorrian, (2011), como se había indicado con anterioridad, las autoras reportaron que la edad influye en las actitudes, que a mayor edad mayores son las actitudes positivas que tendrá el profesional hacia el paciente que consume alcohol.

Siguiendo con los resultados del presente estudio, se documentó relación negativa y significativa para la antigüedad laboral de los participantes y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol, donde a menor tiempo de antigüedad laboral, mayores son las actitudes positivas. Esto probablemente esté ligado a la edad de los participantes, ya que el personal con menos años de antigüedad laboral, usualmente es

personal joven y son aquellos que consumen alcohol en mayor cantidad y frecuencia. Esto ha sido indicado por Vargas y Villar (2008) quienes indican que el profesional de enfermería que consume alcohol, tiende a mostrar mayores actitudes positivas hacia el paciente que consume alcohol.

También se encontró relación positiva significativa en los años de escolaridad y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol, así como también para las subescalas del cuestionario SAAPPQ, adecuación del rol, motivación, tarea específica de la autoestima y satisfacción en el trabajo. Es decir que los participantes con más años de escolaridad, presentan actitudes más positivas al desempeñar el cuidado hacia el paciente que consume alcohol. Probablemente este hallazgo se explica en el sentido, que al contar con una mayor preparación y conocimientos, permite una mejor comprensión de las personas y sus problemáticas, por ello las actitudes hacia el paciente con consumo y abuso de alcohol son más positivas.

En el estudio se documentó que existe relación negativa y significativa de la edad de inicio de consumo de alcohol y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y las subescalas de tarea específica de la autoestima y satisfacción en el trabajo. Por lo que a menor edad de inicio de consumo de los participantes, mayores serán las actitudes positivas hacia el paciente que consume alcohol. Probablemente este hallazgo se explique por lo señalado por Tapia (2001) cuando plantea que mientras más jóvenes se inician en el consumo de alcohol, más alta es la probabilidad de seguir consumiendo en los siguientes años, por ello se considera que al continuar con el consumo de alcohol, las actitudes son más positivas hacia el paciente que consume alcohol (Vargas, Villar, 2008).

Además se encontró relación positiva y significativa en el número de bebidas consumidas por ocasión y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y en la subescala de tarea específica de la autoestima, donde a mayor número de bebidas consumida por ocasión por parte del personal médico y de enfermería mayores son los

puntajes de las actitudes positivas hacia el paciente que consume alcohol. Estos datos difieren de lo reportado por López, (2012), debido a que en su estudio realizado en estudiantes de enfermería, no se reportó relación significativa de la edad de inicio de consumo y la cantidad de copas consumidas por ocasión y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol.

De la misma forma Crothers y Dorrian, (2011), señalan que los hábitos de la bebida en la cual se incluye la edad de inicio de consumo de alcohol y principalmente el número de copas consumidas por ocasión son predictores de las actitudes de los profesionales hacia trabajar con pacientes que consumen y abusan del alcohol.

Siguiendo con el cuarto objetivo, se observó que existe relación positiva y significativa con el índice del cuestionario AUDIT y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y así como también con la subescala de satisfacción en el trabajo. De igual forma se encontró una relación positiva y significativa en el consumo sensato o sin riesgo y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y nuevamente con la subescala de satisfacción en el trabajo. Por lo tanto a mayor puntuación en el cuestionario AUDIT y en el consumo sensato o sin riesgo, mayores son las actitudes del personal médico o de enfermería hacia el paciente que consume alcohol. Por último se reportó relación positiva y significativa para el consumo dañino o perjudicial y la subescala de legitimidad del rol. Por lo tanto a mayor consumo de alcohol, mayores serán las actitudes positivas en cuanto al grado de disposición por parte del profesional de salud, para brindar atención al paciente que consume alcohol. Lo anterior difiere de lo documentado por López, (2012), ya que en su estudio no se reportó relación significativa para el tipo de consumo de acuerdo al AUDIT y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol en el estudiante de enfermería.

Por último para el quinto objetivo donde se propuso identificar de acuerdo a las prevalencias de consumo de alcohol de los profesionales médicos y de enfermería, las actitudes hacia el paciente que consumo de alcohol, se encontró diferencia significativa



para el índice del cuestionario SAAPPQ y la prevalencia global. Se documentan mayores actitudes positivas en el personal que si consumió alcohol alguna vez en la vida que los que no consumieron. De igual manera se reportó diferencia significativa en la prevalencia lápsica de consumo de alcohol y el índice del cuestionario SAAPPQ y la subescala de tarea específica de la autoestima. Donde los profesionales que consumieron alcohol en el último año, reportaron actitudes más positivas hacia el paciente que consume alcohol y actitudes más positivas en relación a la autoestima que tiene el profesional médico y de enfermería para brindar atención al paciente que consume alcohol, que el personal que no consumió alcohol en el último año.

Además se documentó diferencia significativa en la prevalencia actual y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol, así como también para las subescalas de tarea específica de la autoestima y satisfacción en el trabajo. Donde el personal que consumió alcohol en el último mes reportó actitudes más positivas hacia el paciente que consume alcohol, actitudes más positivas en cuanto a la autoestima que tiene el trabajador para brindar atención al paciente que consume alcohol y actitudes más positivas en relación a las expectativas por parte del profesional médico y de enfermería de la satisfacción en el trabajo con estos pacientes, que el personal que no consumió alcohol en el último mes.

Así mismo se reportó diferencia significativa en la prevalencia instantánea y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y también para la prevalencia instantánea y la subescala de tarea específica de la autoestima. Nuevamente el personal que consumió alcohol en los últimos siete días, reportaron actitudes más positivas hacia el paciente que consume alcohol y actitudes más positivas en relación a la autoestima que tiene el trabajador para brindar atención al paciente que consume alcohol, en comparación con el personal que no consumió alcohol en los últimos siete días.

Los resultados del quinto objetivo, son similares a lo documentado por Crothers & Dorrian,(2011), donde reportaron una diferencia significativa para los que consumían

alcohol más de una vez a la semana, en comparación con aquellos que nunca consumían alcohol o lo hacían solo en ocasiones especiales. De igual manera coinciden con lo reportado por López (2012), debido a que en su estudio, los participantes que si habían consumido alcohol, alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días, reportaron actitudes más positivas que el personal que no consumía alcohol.

### **Conclusiones**

Con base en los resultados encontrados en el presente estudio se puede concluir, que en relación a las actitudes del personal médico y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol, se encontró que el personal masculino reportó actitudes más positivas en la motivación y disposición para trabajar con pacientes que consumen alcohol, así como en las actitudes en relación a la autoestima de los trabajadores para brindar atención al paciente que consume alcohol y las expectativas de satisfacción en el trabajo con estos pacientes, en comparación del personal femenino. Además se encontró que el grupo con mayor edad (54 a 70 años), reporta actitudes más positivas que el personal de menor edad.

Otro factor que fue significativo en este estudio respecto a las actitudes fueron los años de escolaridad, ya que el personal con más años de escolaridad (20-26 años) reportó actitudes más positivas en comparación del personal con menos años de escolaridad (14-19 años y 8 -13 años). Siguiendo con los aspectos académicos, se documentó diferencia significativa en el último grado escolar y las actitudes, reportando mayores actitudes positivas hacia el paciente que consume alcohol, el personal con especialidad de enfermería, seguido del personal con especialidad médica, maestría, licenciatura, enfermera general y por último el personal auxiliar/técnico. Sin embargo para la subescala que evalúa las actitudes relacionadas con las expectativas de satisfacción en el trabajo con los pacientes que consumen alcohol, las actitudes positivas fueron reportados nuevamente por el personal con especialidad en enfermería pero esta

vez seguido del personal con maestría y en forma descendente, por el personal con especialidad médica, licenciatura, enfermera general y por último el personal auxiliar/técnico.

En cuanto a la categoría laboral se reportó diferencia significativa para las actitudes y las subescalas del instrumento SAAPPQ, motivación, tarea específica de la autoestima y satisfacción en el trabajo, siendo las actitudes hacia el paciente que consume alcohol, más positivas en el personal médico que en el personal de enfermería. Para la antigüedad laboral se documentó que el personal con un mes a ocho años, tenía actitudes más positivas que el personal con nueve a 21 años y con 22 a 38 años de antigüedad laboral.

Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol por sexo se encontró diferencia significativa, la mayor proporción de consumo de alcohol fue en el sexo masculino que en el femenino. También se reportaron diferencia significativa en las prevalencias de consumo de alcohol y la edad, la prevalencia global de consumo de alcohol fue mayor en el personal de 54 a 70 años, seguido del personal con 21 a 31 años, 32 a 42 años y 43 a 53 años de edad. En la prevalencia lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol fue mayor en el personal de 21 a 31 años de edad.

Además se documentaron diferencias significativas de las prevalencias de consumo con los años de escolaridad. En el consumo de alcohol alguna vez en la vida, la mayor proporción fue en el personal con 20 a 26 años de escolaridad, seguido del personal con 8 a 13 años y con 14 a 19 años de escolaridad. En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol en el último año, en el último mes y en los últimos siete días, fue mayor en el personal con 20 a 26 años de escolaridad, seguido del personal con 14 a 19 años y con ocho a 13 años de escolaridad. También se reportó diferencia significativa para las prevalencias de consumo y el último grado escolar, donde la prevalencia global, lápsica y actual fue mayor en el personal con especialidad médica y para la prevalencia instantánea fue mayor en el personal con estudios de maestría.

Por otra parte se reportó diferencia significativa de la prevalencia de consumo de alcohol, alguna vez en la vida, en el último año, el último mes y en los últimos siete días de acuerdo a la categoría laboral, fueron mayores en el personal médico que en el de enfermería. También se documentó diferencia significativa en las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, último mes y últimos siete días según la antigüedad laboral, reportándose mayores prevalencias de consumo de alcohol en los participantes con un mes a ocho años de antigüedad, seguido del personal con nueve a 21 años y de 22 a 38 años de antigüedad laboral.

Se documentó diferencia significativa para el tipo de consumo de acuerdo al cuestionario AUDIT y el sexo. El consumo sensato o sin riesgo fue mayor en el personal femenino y el consumo dependiente o de riesgo y el dañino o perjudicial fue mayor en el personal del sexo masculino. También se encontró diferencia significativa para el índice del AUDIT y la edad, se observaron medias y medianas más altas en el personal con 32 a 42 años de edad, seguido del personal con 21 a 31 años, 43 a 53 años y de 54 a 70 años de edad. En la subescala de consumo sensato o sin riesgo las medias y medianas más altas fueron reportadas por el personal con edad de 32 a 42 años, seguido del personal con 21 a 31 años de edad, 43 a 53 años y por último el personal de 54 a 70 años de edad. Para la subescala de consumo dañino o perjudicial, se reportaron medias y medianas más altas en el personal con 21 a 31 años de edad que en el personal con 32 a 42 años, de 43 a 53 años y que el personal de 54 a 70 años de edad.

No se presentó diferencia significativa en el índice del AUDIT por los años de escolaridad, el último grado escolar y la categoría laboral. Respecto al índice del AUDIT y el consumo sensato según antigüedad laboral se reporta significancia, las medias y medianas más altas fueron para el personal de nueve a 21 años de antigüedad laboral, seguido por el personal con un mes a ocho años y con 22 a 38 años de antigüedad laboral. El consumo dañino o perjudicial mostró significancia, las medias y medianas

más altas fueron para el personal con un mes a ocho años de antigüedad laboral, seguida del personal con nueve a 21 años y el personal con 22 a 38 años de antigüedad.

En cuanto a la relación del tipo de consumo de alcohol y las actitudes se reportaron relaciones positivas y significativas del consumo de alcohol (cuestionario AUDIT) y el consumo sensato con las actitudes hacia el paciente que consume alcohol (cuestionario SAAPPQ). Además se reportó relación positiva y significativa de la subescala legitimidad del rol y el consumo dañino; así como de la subescala satisfacción en el trabajo y el consumo de alcohol (Cuestionario AUDIT) y con el consumo sensato.

Respecto a la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea y las actitudes, hacia el paciente que consume alcohol se reportó diferencia significativa; las actitudes más positivas fueron para los que consumieron alcohol alguna vez en la vida, en el último año, último mes y últimos siete días. La prevalencia lápsica, actual e instantánea mostraron diferencias significativas con respecto a la subescala de tarea específica del autoestima, en estas prevalencias los puntajes fueron más altos en el personal que consumió alcohol, en el último año, último mes y últimos siete días. Por último se reportó diferencia significativa de la prevalencia actual y la subescala de motivación del cuestionario SAAPPQ, el puntaje más alto fue para el personal que consumió alcohol en el último mes.

### **Recomendaciones**

Se recomienda hacer réplica del estudio en otra institución de salud pública o privada, donde exista mayor heterogeneidad de la edad y de la antigüedad laboral.

Es importante realizar estudios de tipo cualitativo, para comprender desde la perspectiva del profesional médico y de enfermería, el significado del consumo de alcohol en ellos y en sus pacientes.

Desarrollar intervenciones de enfermería, encaminadas a disminuir el consumo de alcohol en el personal médico y de enfermería que labora en instituciones de salud.

Se considera importante en un futuro establecer programas de educación continua, con las temáticas de actitudes y cuidado del paciente que consume alcohol encaminadas a incrementar las actitudes positivas en el personal médico y con especial atención en el personal de enfermería.

Se sugiere seguir utilizando el cuestionario AUDIT para identificar los tipos de consumo de alcohol y el cuestionario SAAPPQ para conocer las actitudes en los profesionales médicos y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol ya que presentaron de manera general una consistencia interna aceptable.

## Referencias

- Aigner, M. (2010). Técnicas de Medición por Medio de Escalas. *La sociología en sus escenarios*. Recuperado de;  
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6552/600>.
- Alonso, B. A., & Alonso, M. M. (2012). Capítulo II, Factores predictores de la sensibilidad ética en estudiantes y profesores de enfermería. En O. Domínguez (Eds.), *Ensayos Selectos en Bioética*. (pp. 90-99). México
- Alonso-Castillo, M. M., Álvarez-Bermúdez, J., López-García, K. S., Rodríguez-Aguilar, L., Alonso-Castillo, M. T. & Armendáriz, N. A. (2009). *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 11(1), 97- 114. Recuperado de;  
<http://www.redalyc.org/pdf/1452/145216898007.pdf>
- Anderson, P. & Clement, S. (1987). The AAPPQ Revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *British Journal of Addiction*. 82, 753-759
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M.G. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. (2nd ed.). World Health Organization, Geneva.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. & Grant, M.(1989). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva.
- Beltrán, M. M. (2014), Creencias y Actitudes Sobre el Consumo de Alcohol del Paciente y su Relación al Consumo de Alcohol de los Estudiantes de Enfermería (Tesis de Maestría). Facultad de Enfermería de la UANL, Monterrey, N.L

- Boggio, M. (2010). Consumo de Alcohol y Tabaco en las (os) Enfermeras (os) en un Hospital Público. *Revista Electronica de PortalesMedico*. Recuperado de; <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2545/1/Consumo-de-alcohol-y-tabaco-en-las-os-enfermeras-os-en-un-Hospital-Publico.html>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrøm, T. (2006). Basic epidemiology. World Health Organization. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547073_eng.pdf)
- Burns, N. & Grove S. (2009). *Investigation en Enfermería* (3a. ed.) Elsevier: Saunders.
- Burns, N. & Grove S. (2008). *Investigation en Enfermería* (3a. ed.) Elsevier: Saunders.
- Campa, T. J & Cruz, M. L. (2005). Consumo De Alcohol En Trabajadores De Una Industria En Monterrey, México. *Rev Latino-am Enfermagem*. 13(número especial):819-26. Recuperado de: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Cárdenas, L. (2005). La profesionalización de la enfermería en México, un análisis de la sociología de las profesiones. Barcelona-México: Ediciones Pomares, S. A.
- Carreño, S., Medina-Mora, M., Martínez, N., Juárez, F. & Vázquez, L. (2006). Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental*, 29(4), 63.
- Cartwright, A. K. L. (1980). The attitudes of helping agents towards the alcoholic client: the influence of experience, support, training and self esteem, *British Journal of Addiction*, 75,413-431.
- Crothers, C. & Dorrian, J. (2011). Determinantes De Las Actitudes De Las Enfermeras Hacia El Cuidado De Pacientes Con Problemas De Alcohol. *International Scholarly Research Network ISRN Nursing*. Publicación anticipada en línea, doi:10.5402/2011/821514
- De la Fuente, J. & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.



- Elashoff, D. J. Dixon, J. W., Crede, M. k. & Fotheringham N. (2000). n.Query Advisor (version 4.0) Copyright (Software estadístico para PC). Los Angeles, C: Statistical Solutions.
- Elwy, R., Horton, N. & Saitz, R. (2013). Physicians' attitudes toward unhealthy alcohol use and self-efficacy for screening and counseling as predictors of their counseling and primary care patients' drinking outcomes. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8(17). Recuperado de:  
<http://www.substanceabusepolicy.com/content/8/1/17>
- Ferrada, P., Salomón S., Pina J., Lavandaio H. & Carena J. (2008). Evaluación De Conductas Adictivas En Personal Médico Y No Médico En Un Hospital De Agudos: Estudio Comparativo. *Revista Médica Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas*, UNCuyo. Vol 4(3), 1-17
- Góngora, S & Leyva P. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El Cotidiano (Universidad Autónoma Metropolitana)*, 20(132), 84-91.
- Gorman, D., M. & Carwright, A., K., J. (1991) Implications of using the composite and short versions of the AAPPQ. *British Journal of Addiction*. 86, 327-334
- Hidalgo, C., Vargas, G., & Salcedo, A. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de los IPS de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá. *Rev. Cienc. Salud*. 10, (Especial), 87-100
- Hinojosa-García, L., Alonso, M. & Castillo, M. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Social*, 20(1): 19-25
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez, J.A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo M. M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez,

M., Gutiérrez Reyes, J.P., Castro- Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamayo, C., Alvear Sevilla, C., & Guisa-Cruz V. México. INPRFM; 2012. Recuperado de: [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx).

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2012). Anuario de estadísticas por entidad federativa. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2012/Aepef2012.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2012/Aepef2012.pdf)

Kelleher, S. & Cotter, P., (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, Publicación .anticipada en línea, doi: 10.1016/j.ienj.2008.08.003

López, N. (2012), Creencias y Actitudes de los Estudiante de Enfermería Ante el Paciente que Consume Alcohol y el Consumo de Alcohol (Tesis de Maestría). Facultad de Enfermería de la UANL, Monterrey, N.L

Moscovici S. Psicología social. España: Paidós; 1988. p. 302.

Organización Mundial de la Salud (2011). Global status report on alcohol and health, (ISBN 978 92 4 156415 1). Suiza, Ed. Le Mont-sur-Lausanne. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos se alcohol y drogas. Recuperado de; [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

Ospina, B., Sandoval, J., Aristizábal, C. & Ramírez, M. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 1429. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03462.x

- Pidd, K., Roche, A., & Buisman-Pijlman, F. (2011). Intoxicated workers: findings from a national Australian survey. *Addiction, 106*(9), 1623-1633. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03462.x
- Polit, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Pulford, J., McCormick, R., Wheeler, A., Firkin, P., Scott, I., & Robinson, G. (2007). Alcohol assessment: the practice, knowledge, and attitudes of staff working in the general medical wards of a large metropolitan hospital. *Journal of the New Zealand Medical Association, 120*(1257).
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet, 373*(9682), 2223-2233.
- Reyes & Villar (2004). Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Rev Latino-am Enfermagem, Vol. 12*, 420-426. Recuperado de:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000700018&script=sci\\_artext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000700018&script=sci_artext)
- Rosenberg, M.J. & Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. *Attitude Organization and Change. New Haven: Yale University Press*. En C.I. Hovland y M.J. Rosenberg (eds)
- Seaman, J. & Mannello, T. (1978). Nurses' Attitudes Toward for Alcohol and Alcoholism- the Seaman Mannello Scale. *Bethesda: National Institute on Abuse and Alcoholism*
- Secretaria de Salud, (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud (ISBN 978-970-721-414-9).

México, D.F. Recuperado de

[http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa\\_nacional\\_salud.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf)

Secretaría de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, NOM-028-SSA2-2009, México. Recuperado de:

[http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/norma\\_oficial\\_mexicana\\_028ssa22009\\_para\\_la\\_prevenc](http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/norma_oficial_mexicana_028ssa22009_para_la_prevenc)

Secretaría de Salud. (1994). Norma Oficial Mexicana Para La Vigilancia

Epidemiológica, NOM-017-SSA2-1994, México. Recuperado de:

<http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-017-SSA2-1994%20VIGILANCIA%20EPIDEMIOLOGIA.pdf>

Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de

Investigación para la Salud. México. Recuperado de

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Soares, J., Vargas, D. & Ferreira M. (2011). Actitudes y conocimiento de profesionales

de la salud frente al alcohol, al alcoholismo y al alcohólico: revisión de la

producción científica de los últimos 50 años. *Rev. EletrônicaSaúde Mental*

*ÁlcoolDrog.* 7(1):45-52

Tapia CR. (2001) Las Adicciones: Dimensión, Impacto y perspectivas (2da Ed).

México: Manuel Moderno

Vargas, D. (2010). Actitudes de enfermeros de hospital general frente a las

características personales de pacientes alcohólicos. *Revista Brasileira de*

*Enfermagem*, 63(6) ,1028-1034.doi:10.1590/S0034-71672010000600024

Vargas, D. (2010). Actitudes de enfermeros frente a las habilidades de identificación

para ayudar pacientes alcohólicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2),

190-195. doi: [10.1590/S0034-71672010000200004](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200004)

- Vargas, D.& Villar, M. (2008). Alcohol, alcoholismo y alcohólico: concepciones y actitudes de Enfermeros de servicios públicos de atención básica de salud. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16, 543-550.doi: [10.1590/S010411692008000700007](https://doi.org/10.1590/S010411692008000700007)
- Zorrilla, L., B. (2014). Estrés de conciencia y el consumo de alcohol en el personal de enfermería de una institución de salud (Tesis de Maestría). Facultad de Enfermería de la UANL, Monterrey, N.L

## **Apéndices**



**II. Historial de Consumo de Alcohol** (Favor de marcar con una X)

<b>¿Usted ha consumido alcohol...?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Alguna vez en la vida		
En el último año		
En el último mes		
En los últimos siete días		

8. ¿A qué edad inicio a consumir bebidas alcohólicas?\_\_\_\_\_
9. Cuando usted Consume Alcohol ¿Cuántas bebidas consume en una ocasión?\_\_\_\_\_
10. Cuando usted consume alcohol ¿Cuál es la bebida de su preferencia?\_\_\_\_\_



## Apéndice B

### Cuestionario Corto de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ)

Las siguientes preguntas están diseñadas para conocer las actitudes del personal que trabaja con personas (pacientes) que tienen problemas por el uso del alcohol. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Por favor señale su acuerdo o desacuerdo con los siguientes enunciados:

- 1 = Totalmente de Acuerdo
- 2 = Fuertemente de Acuerdo
- 3 = De Acuerdo
- 4 = Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo
- 5 = En Desacuerdo
- 6 = Fuertemente en Desacuerdo
- 7 = Totalmente en Desacuerdo

	Totalmente de Acuerdo	Fuertemente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	En Desacuerdo	Fuertemente Desacuerdo	Totalmente Desacuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1. Creo que conozco lo suficiente sobre las causas de los problemas con la bebida, para llevar a cabo mi función cuando trabajo con bebedores de alcohol							
2. Creo que puedo aconsejar apropiadamente a mis pacientes acerca del beber y sus efectos.							
3. Creo que no tengo mucho de qué estar orgulloso (a) cuando trabajo con bebedores de alcohol							
4. En general me inclino a sentir que soy un fracaso al trabajar con los bebedores de alcohol							
5. Me gusta trabajar con pacientes bebedores de alcohol							
6. El pesimismo es la actitud más realista que debo tener respecto a los bebedores de alcohol							
7. Creo que tengo el derecho de hacer preguntas a los pacientes acerca de su forma de beber cuando es necesario							
8. Creo que mis pacientes saben que tengo el derecho de hacer preguntas sobre su forma de beber cuando es necesario							
9. En general, es gratificante trabajar con pacientes que consumen alcohol							
10. En general me gusta atender (cuidar profesionalmente) a los bebedores de alcohol							

## Apéndice C

### Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: A continuación se presentan algunas preguntas sobre tu consumo de alcohol; por favor encierra en un círculo la respuesta que más se acerca a tu realidad.

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

Gracias por tomarse el tiempo para contestar esta encuesta

## Apéndice D

### Carta de Aprobación de la Institución de Salud



www.nl.gob

San Nicolás de los Garza N.L., a 28 de Noviembre de 2013.

#### COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA

NOMBRE DEL PROTOCOLO: 13/574: "Actitudes del profesional médico y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol y consumo de alcohol."

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Laura E. Castro Ortega

INVESTIGADORES ASOCIADOS: Lic. Silvia Cepeda Compean

INVESTIGADORES EXTERNOS:

DEPARTAMENTO: JEFATURA ENFERMERIA

OBSERVACIONES: Línea de Investigación de Evaluación psicosocial

DICTAMEN: APROBADO

Atentamente

  
DRA. JUANA MARIA CERDA ARTEAGA  
SECRETARIO TECNICO



COMITE DE ETICA EN  
INVESTIGACION  
Ave. Adolfo López Mateos 4600  
Col. Bosques del Nogalar  
San Nicolás de los Garza, N.L., México  
C.P. 66480  
Tel. Y Fax.: (5281) 8305 5943



ADOLFO LOPEZ MATEOS 4600  
COL. BOSQUES DEL NOGALAR  
S. NICOLÁS DE LOS GARZA, NL  
C.P. 66480 MÉXICO  
TEL +(52-81)83 05 59 43  
E-Mail: svaldivinos@ssnl.gob.mx

Secretaría de  
**Salud** NI

## Apéndice E

### Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**Título del Proyecto:** “Actitudes del profesional médico y enfermería hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol”

**Investigador Responsable:** Lic. Laura E. Castro Ortega

**Director de Tesis:** Dra. María Magdalena Alonso Castillo

**Prologo:** Estamos interesados en conocer las actitudes del profesional médico y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol y también conocer la frecuencias y tipo de consumo de alcohol de los profesionales médicos y de enfermería. Por lo que se le hace la invitación a participar en este estudio. A continuación se le explicara el propósito del estudio y los procedimientos a seguir. En caso de que usted decida participar, se le solicita que firme esta forma de consentimiento.

#### **Propósito del Estudio:**

Conocer las actitudes que presenta el profesional médico y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol y determinar la prevalencia de consumo de alcohol, así como identificar el tipo de consumo de alcohol del profesional médico y enfermería de un Hospital de 2do Nivel de Atención en el área metropolitana del estado de Nuevo León.

#### **Descripción del Estudio/ Procedimiento**

Si usted decide participar en el estudio, se le solicitará que conteste 3 cuestionarios los cuales serán aplicados en el interior del hospital en un área designada que brinde la mayor privacidad posible, protegiendo la confidencialidad de la información proporcionada, al no identificar por su nombre, ni dirección, ninguno de los cuestionarios. El tiempo que se llevará en responder los cuestionarios es de 20 minutos aproximadamente y se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades laborales. Usted tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento.

#### **Riesgos e inquietudes:**

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Sin embargo, podría sentirse incomodo acerca de algunos temas que le pueden parecer delicados. Si así fuere y usted se sintiera indispuesto puede tomarse un tiempo y retomar el cuestionario en un mejor momento o en caso de que ya no desee seguir participando puede retirarse en el momento que lo decida. Su decisión de participar o no, no afectará su relación actual o futura en su trabajo.

**Beneficios esperados:**

En este estudio no existe un beneficio personal por participar, sin embargo se espera que los resultados obtenidos a futuro contribuyan a generar conocimiento útil para identificar posibles áreas de formación en los planes de estudio de estas profesiones así como también la creación de intervenciones profesionales enfocadas a detectar y atender a personas que acuden a los servicios de salud por consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol.

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

Las únicas personas que sabrán de su participación en este estudio serán usted y los responsables de este estudio. Ninguna información personal proporcionada por usted será conocida por ninguna persona, además recuerde que los cuestionarios son anónimos y nadie podrá identificarlos. Los resultados encontrados serán publicados de manera general y nunca se presentará información personalizada. La Información recolectada, será resguardada por el autor principal del estudio, por un lapso de un año, posterior a este tiempo la información será destruida.

**Preguntas:**

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en el estudio por favor comuníquese con la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería, al teléfono 83 48 18 47, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Nte. Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, en un horario de 9:00 a 17:00 horas.

**Consentimiento:**

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

_____ Firma del Participante	_____ Fecha
_____ Firma del Testigo (Domicilio y parentesco con el participante)	_____ Fecha
_____ Firma del Testigo (Domicilio y parentesco con el participante)	_____ Fecha
_____ Firma del Investigador Principal	_____ Fecha

## Apéndice F

### Análisis de factores del Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ)

Variables	Factores			
	1	2	3	4
SAAPPQ1			.854	
SAAPPQ2			.854	
SAAPPQ3				.492
SAAPPQ4				.793
SAAPPQ5	.804			
SAAPPQ6				.689
SAAPPQ7		.875		
SAAPPQ8		.886		
SAAPPQ9		.875		
SAAPPQ10		.841		
%De la varianza	21.77	17.10	15.97	14.12
%acumulado	21.77	38.88	54.85	68.98

*Nota:* SAAPPQ (Cartwright, 1980),  $n = 249$

## Apéndice G

### Frecuencias y proporciones del Cuestionario SAAPPQ del profesional médico

Reactivo	Respuesta	<i>f</i>	%
1. Creo que conozco lo suficiente sobre las causas de los problemas con la bebida, para llevar a cabo mi función cuando trabajo con bebedores de alcohol	De Acuerdo	79	97.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	1.2
	Desacuerdo	1	1.2
2. Creo que puedo aconsejar apropiadamente a mis pacientes acerca del beber y sus efectos.	De Acuerdo	78	96.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	2.5
	Desacuerdo	1	1.2
3. Creo que no tengo mucho de qué estar orgulloso (a) cuando trabajo con bebedores de alcohol	De Acuerdo	14	17.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	2.5
	Desacuerdo	48	59.3
4. En general me inclino a sentir que soy un fracaso al trabajar con los bebedores de alcohol	De Acuerdo	4	4.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	12.3
	Desacuerdo	67	82.7
5. Me gusta trabajar con pacientes bebedores de alcohol	De Acuerdo	20	24.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	36	44.4
	Desacuerdo	25	30.9
6. El pesimismo es la actitud más realista que debo tener respecto a los bebedores de alcohol	De Acuerdo	2	2.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	13.6
	Desacuerdo	68	83.9
7. Creo que tengo el derecho de hacer preguntas a los pacientes acerca de su forma de beber cuando	De Acuerdo	75	92.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3.7
	Desacuerdo	3	3.7
8. Creo que mis pacientes saben que tengo el derecho de hacer preguntas sobre su forma de beber cuando es necesario	De Acuerdo	73	90.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3.7
	Desacuerdo	5	6.2
9. En general, es gratificante trabajar con pacientes que consumen alcohol	De Acuerdo	23	28.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	38	46.9
	Desacuerdo	20	24.7
10. En general me gusta atender (cuidar profesionalmente) a los bebedores de alcohol	De Acuerdo	29	35.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	34	42.0
	Desacuerdo	18	22.2

*Nota:* % = Porcentaje, ( ) = Frecuencia, *n* = 81

## Apéndice H

### Frecuencias y proporciones del Cuestionario SAAPPQ del profesional de enfermería

Reactivo	Respuesta	<i>f</i>	%
1. Creo que conozco lo suficiente sobre las causas de los problemas con la bebida, para llevar a cabo mi función cuando trabajo con bebedores de alcohol	De Acuerdo	153	91.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	4.2
	Desacuerdo	8	4.8
2. Creo que puedo aconsejar apropiadamente a mis pacientes acerca del beber y sus efectos.	De Acuerdo	160	95.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	2.4
	Desacuerdo	4	2.4
3. Creo que no tengo mucho de qué estar orgulloso (a) cuando trabajo con bebedores de alcohol	De Acuerdo	55	32.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	31	18.5
	Desacuerdo	82	48.8
4. En general me inclino a sentir que soy un fracaso al trabajar con los bebedores de alcohol	De Acuerdo	15	8.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	29	17.3
	Desacuerdo	124	73.8
5. Me gusta trabajar con pacientes bebedores de alcohol	De Acuerdo	40	23.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	60	35.7
	Desacuerdo	68	40.5
6. El pesimismo es la actitud más realista que debo tener respecto a los bebedores de alcohol	De Acuerdo	11	6.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	16.7
	Desacuerdo	129	76.8
7. Creo que tengo el derecho de hacer preguntas a los pacientes acerca de su forma de beber cuando	De Acuerdo	129	76.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	10.7
	Desacuerdo	21	12.5
8. Creo que mis pacientes saben que tengo el derecho de hacer preguntas sobre su forma de beber cuando es necesario	De Acuerdo	119	70.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21	12.5
	Desacuerdo	28	16.7
9. En general, es gratificante trabajar con pacientes que consumen alcohol	De Acuerdo	39	23.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	60	35.7
	Desacuerdo	69	41.1
10. En general me gusta atender (cuidar profesionalmente) a los bebedores de alcohol	De Acuerdo	61	36.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	60	35.7
	Desacuerdo	47	28.0

*Nota:* % = Porcentaje, ( ) = Frecuencia, *n* = 168



## Apéndice I

### Frecuencias y proporciones del Cuestionario AUDIT del profesional médico

	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	%	%	%	%	%
1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)	0 (0)	43.3 (29)	49.3 (33)	7.5 (5)	0 (0)
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o más
	%	%	%	%	%
2. ¿Cuántas bebidas consume en un día típico de los que bebes?	28.4 (19)	44.8 (30)	17.9 (12)	6.0 (4)	3.0 (2)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
3. ¿Qué tan frecuentemente consumes seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?	32.2 (32)	34.3 (23)	16.4 (11)	1.5 (1)	0 (0)
4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	92.5 (62)	4.5 (3)	3.0 (2)	0 (0)	0 (0)
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?	91.0 (61)	9.0 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Nota: % = Porcentaje, ( ) = Frecuencia, n = 67

*Continuación*

	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?	95.5 (64)	3.0 (2)	0 (0)	1.5 (1)	0 (0)
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	77.6 (52)	19.4 (13)	1.5 (1)	1.5 (1)	0 (0)
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo	74.6 (50)	25.4 (17)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año	
		%	%	%	
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)		91.0 (61)	9.0 (6)	0 (0)	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber		97.0 (65)	3.0 (2)	0 (0)	

*Nota:* % = Porcentaje, ( ) = Frecuencia, n = 67

## Apéndice J

### Frecuencias y proporciones del Cuestionario AUDIT del profesional de enfermería

	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	%	%	%	%	%
1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)	0 (0)	69.6 (55)	26.6 (21)	2.5 (2)	1.3 (1)
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o más
	%	%	%	%	%
2. ¿Cuántas bebidas consume en un día típico de los que bebes?	43.0 (34)	21.5 (17)	22.8 (18)	10.1 (8)	2.5 (2)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
3. ¿Qué tan frecuentemente consumes seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?	46.8 (37)	36.7 (29)	11.4 (9)	5.1 (4)	0 (0)
4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?	94.9 (75)	5.1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?	91.1 (72)	8.9 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

*Nota:* % = Porcentaje, ( ) = Frecuencia, n = 79

## Continuación

	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?	92.4 (73)	6.3 (5)	1.3 (1)	0 (0)	0 (0)
7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?	88.6 (70)	8.9 (7)	1.3 (1)	1.3 (1)	0 (0)
8. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo	91.1 (72)	8.9 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año	
		%	%	%	
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos)		94.9 (75)	3.8 (3)	0 (0)	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber		93.7 (74)	2.5 (2)	3.8 (3)	

Nota: % = Porcentaje, ( ) = Frecuencia, n = 79

## **Resume Autobiográfico**

**Lic. Laura Elizabeth Castro Ortega**

**Candidata a obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería**

**Tesis:** ACTITUDES HACIA EL PACIENTE QUE CONSUME ALCOHOL Y EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PROFESIONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

LGAC: Prevención de Adicciones a las Drogas Licitas e Ilícitas

**Biografía:** Laura Elizabeth Castro Ortega, nacida en Monterrey, Nuevo León el 4 de Enero de 1988. Hija del Sr. Francisco Castro Ibarra y de la Sra. Myrna Victoria Ortega.

**Educación:** Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2007-2011). Becario CONACYT para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2012-2014).

**Experiencia Profesional:** Enfermera General del Hospital San José Tec de Monterrey, en el estado de Nuevo León (2010-2011), Servicio Social en el Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud de Nuevo León, Enfermera General en la empresa Salud en el Transporte en San Nicolás de los Garza, Nuevo León (2011). Enfermera General del Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad en Monterrey, Nuevo León (2012). Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capitulo Tau Alpha.

Correo electrónico: lauracastro\_10@hotmail.com