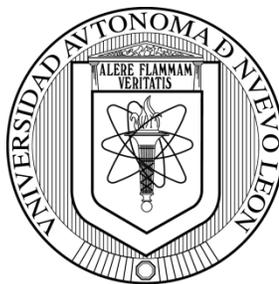


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACTITUD PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

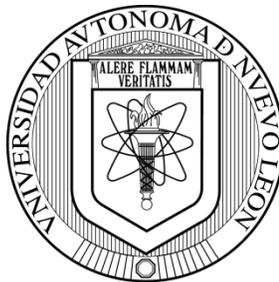
Por

LIC. PERLA GUADALUPE SIFUENTES PASILLAS

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

DICIEMBRE, 2012

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



ACTITUD PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LIC. PERLA GUADALUPE SIFUENTES PASILLAS

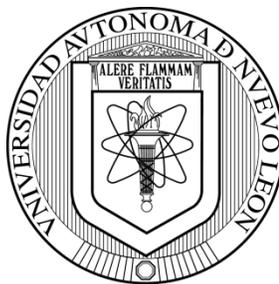
Director de Tesis

ME. TERESITA DE JESÚS CAMPA MAGALLÓN

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

DICIEMBRE, 2012

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



ACTITUD PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LIC. PERLA GUADALUPE SIFUENTES PASILLAS

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD

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

DICIEMBRE, 2012

ACTITUD PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Aprobación de tesis

ME. Teresita de Jesús Campa Magallón
Director de Tesis

ME. Teresita de Jesús Campa Magallón
Presidente

MCE. Santiaga Enriqueta Esparza Almanza
Vocal

Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Facultad de Enfermería por brindarme la oportunidad de seguir creciendo como profesional y realizar mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para realizar la Maestría en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y creciendo profesionalmente.

A la Universidad Autónoma de Zacatecas y a la Unidad Académica de Enfermería por el apoyo que me dieron desde el principio de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A mi directora de tesis la ME. Teresita de Jesús Campa Magallón por su tiempo, aportación y enseñanzas para la realización de este proyecto de investigación.

A la MCE. Santiago E. Esparza Almanza y a la Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo por su apoyo y tiempo para el proyecto de investigación.

Al personal directivo del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por la autorización para realizar las encuestas para este proyecto de investigación.

A cada uno de mis maestros que contribuyeron a mi crecimiento profesional que guiaron mi formación durante el posgrado y compartieron sus conocimientos, especialmente a la MCE. Santiago E. Esparza, Dra. Karla Selene López, el Dr. Francisco R. Guzmán Facundo por su optimismo y entusiasmo, al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, a la Dra. Yolanda Flores, a la ME. Guadalupe Martínez Márquez y a la MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez.

A cada uno de mis compañeros de Maestría, por los momentos que pasamos juntos y por darme la oportunidad de ser amigos.

Al personal Administrativo de la Subdirección de Posgrado e Investigación Anel,
Martha, Lucy y a Jenny.

A mis tíos Apolonio Pasillas y Juventina Carlos por el apoyo que me brindaron,
muchas gracias.

A Sonia y su esposo que me brindaron su apoyo, muchas gracias.

Dedicatoria

A Dios por darme la fortaleza, el impulso, la salud y oportunidad de vivir esta experiencia y llegar a una meta más en mi vida, por ponerme en el lugar indicado para obtener la Maestría.

A mis padres Pablo Sifuentes Bocanegra y Victoria Pasillas Gallegos, por darme la vida, apoyarme en todo momento para seguir creciendo profesionalmente y en lo que quiero, por extrañarme, quererme y enseñarme que la educación es la mejor herencia que me pueden dar, por sus bendiciones durante toda mi vida y por compartir conmigo esta alegría.

A mis hermanos, Pablo, José Enrique †, Miguel Ángel, Roberto Carlos y Esmeralda del Carmen por apoyarme y alentarme para seguir adelante.

A mis sobrinos Mareli, Reyna, Jessica, Ariana, Enrique, Paola, Rubí, David, Santiago y Valeria que al mostrar una sonrisa al llegar a casa me demostraron su amor y expresaban extrañarme.

A mis tíos, primos y familiares por el apoyo que me han brindado en este tiempo de formación, a mi tío Quirino Gallegos † que yo sé que me cuida desde donde quiera que este.

A Jovany que me motivó, me dio ánimos en todo momento, me deseó suerte día a día durante la maestría, muchas gracias.

A cada uno de mis compañeros de Maestría, especialmente a Ezequiel, Elena, Luz, Linda, Casandra, Viridiana e Ingrid, por los gratos momentos que me hicieron pasar y por el apoyo brindado, gracias.

A mis amigos que me brindaron su apoyo, ánimo y buenos deseos durante la maestría.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de referencia	3
Estudios relacionados	8
Definición de términos	12
Objetivos	13
Capítulo II	
Metodología	15
Diseño del estudio	15
Población, muestreo y muestra	15
Instrumentos de medición	15
Procedimiento de recolección de datos	17
Consideraciones éticas	19
Análisis de los datos	20
Capítulo III	
Resultados	22
Consistencia interna del instrumento	22
Estadística descriptiva	23
Estadística inferencial	26
Capítulo IV	
Discusión	36
Conclusión	39
Recomendaciones	40

Referencias	41
Apéndices	
A Cédula de datos personales	47
B Historial de consumo de alcohol (HCD)	48
C Escala de actitud para el consumo de alcohol (EACA)	49
D Escala prueba de identificación de los trastornos por uso de alcohol (AUDIT)	50
F Consentimiento informado	51

Lista de Tablas

Tabla	Pagina
1. Consistencia Interna de los Instrumentos	21
2. Características sociodemográficas de los pacientes con DMT2 (edad, sexo, estado marital, años de escolaridad, ocupación)	22
3. Bebida de preferencia y frecuencia del consumo de alcohol antes del Diagnostico de DMT2	23
4. Tiempo de Diagnostico de DMT2	24
5. Consumo de alcohol en pacientes con DMT2 posterior a su diagnóstico	24
6. Bebida de preferencia y cantidad de consumo de alcohol actualmente	24
7. Medidas de tendencia central, de dispersión y prueba de	25
8. Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors para variables continúas	26
9. Escala de Actitudes para el Consumo de Alcohol en pacientes con DMT2	28
10. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol	29
11. Indicadores de consumo de alcohol sensato en pacientes con DMT2	30
12. Indicadores de consumo de alcohol dependiente en pacientes con DMT2	31
13. Frecuencia y cantidad de indicadores de consumo de alcohol dañino en pacientes con DMT2	32
14. Prueba U de Mann Whitney para el Consumo Sensato,	33

Dependiente y Dañino por sexo

Prueba de Kruskal-Wallis para el Consumo Sensato, Dependiente y Dañino por ocupación

Correlación de Spearman para edad, escolaridad, edad de inicio al consumo alcohol, tiempo de diagnostico de DT2, índice AUDIT, consumo sensato, dependiente y dañino.

RESUMEN

Perla Guadalupe Sifuentes Pasillas
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre, 2012

Título del estudio: ACTITUD PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Número de Páginas: 55

Candidata a obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Licitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: Determinar la relación que existe entre la actitud hacia el consumo de alcohol en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 [DMT2]. El estudio se realizó en pacientes con DMT2 que acudieron a la consulta de una institución pública de tercer nivel de atención de Monterrey, Nuevo León. El concepto que guió el presente estudio fue la actitud de la Teoría de la Conducta Planificada de Azjen and

Fishbein (1980). El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2008), el muestreo fue no probabilístico por cuota, el tamaño de la muestra fue de 93 pacientes con DMT2. Los instrumentos utilizados fueron el Historial de Consumo de Alcohol, la Escala de Actitud para el Consumo de Alcohol (Villa-Moral, Rodríguez & Sirvent, 2005) presentó un Alpha de Cronbach de .83 y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (De la Fuente & Kershenobich, 1992), presentando un Alpha de Cronbach de .84

Contribución y Conclusiones: respecto a las actitudes, los pacientes con DMT2 presentaron actitudes para el consumo de alcohol, el 35.5% refieren que el alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial, el 59.1% admiran a quien no consume alcohol, el 61.3% mencionan que el alcohol puede producir trastornos físicos y mentales, el 53.8% menciona que el alcoholismo tiene cura y el 60.2% está dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del consumo de alcohol. Las actitudes para el consumo de alcohol de mayor proporción fueron que el consumo de alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial 34.4%, el 41.9% menciona que está dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario hasta emborracharse, el 45.2% que no existe relación entre fumar y consumir otras bebidas alcohólicas y el 55.9% está dispuesto a comprar una o varias botellas para su uso y el de sus amigos. Las prevalencias del consumo de alcohol alguna vez en la vida, 74.2%, en el último año 43.0%, en el último mes 26.9% y en la última semana 10.8%. Se encontró diferencia significativa entre el consumo sensato ($U=78.500$, $p=.001$), consumo dependiente ($U=88.000$, $p=.003$) y consumo dañino ($U=47.500$, $p=.001$) por sexo. En la ocupación existe efecto significativo entre el consumo de alcohol dependiente ($H=17.579$, $p=.004$) y dañino ($H=19.604$, $P=001$). La Actitud se correlacionó positiva y significativamente con el índice de AUDIT ($r_{s=.666}$, $p<.01$).

Firma del Director de Tesis: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de alcohol y la diabetes se consideran importantes problemas de salud pública, las consecuencias provocadas por el consumo excesivo de alcohol en personas con diabetes tiene serias implicaciones a nivel económico y social en México. Los efectos diabetogénicos relacionados con el consumo de alcohol incluyen obesidad como consecuencia de ingesta calórica, alteración del metabolismo de los carbohidratos, incremento en la resistencia insulínica, disminución de la tolerancia a la glucosa e inducción a la pancreatitis, entre otros (Aguilar, Reyes & Borgues 2007; Duran, Carrasco & Araya 2012; Olaíz, Rojas, Aguilar, Rauda & Villalpando 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011 refiere que el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad, lo que representa 2.5 millones de muertes cada año asociados a daños en la salud física y mental del bebedor. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), describe que casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años consumen alcohol, bajo el patrón de grandes cantidades por ocasión de consumo, por lo que casi 4 millones de personas beben grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios); la cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana, tanto en hombres como en mujeres, le siguen los destilados y en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] 2008).

En Nuevo León, según la ENA (2008), el consumo diario de alcohol para hombres (2.1%) como para las mujeres (0.4%). Los hombres presentaron un consumo alto de 47.5% y se encuentran por arriba de la media nacional, mientras que las mujeres se encontró en un 12.2%. Para el consumo consuetudinario, en los hombres con 17.9% y

en el caso de las mujeres un 1.2%,. En relación con el abuso/dependencia, se reporta en los hombres un 9.7%, y para las mujeres 0.3%. El consumo de alcohol se asocia con una proporción importante de problemas, donde las dificultades más frecuentes fueron: arrestos bajo efectos de consumo de alcohol (41.3%), problemas relacionadas con la familia (10.8%), peleas (6%), problemas con la policía y problemas laborales ambos con la misma proporción (3.7%) (CONADIC, 2008).

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) en México, es la principal causa de muerte en el grupo de población de 55 a 64 años de edad. Las personas con DMT2 muestran una prevalencia del 8%, donde aproximadamente uno de cada 10 pacientes presentan esta enfermedad antes de los 40 años de edad y aproximadamente un 50% consumen alcohol. El consumo de alcohol es elevado en el grupo de población adulta, esto puede presentar un consumo excesivo y cuando hay este tipo de consumo puede generar largos períodos de hipoglucemia y si el consumo es moderado pero frecuente puede producir hiperglucemia lo cual incrementará las complicaciones afectando la calidad de vida. (2006; Solís, Alonso & López, 2009).

La actitud de la persona es uno de los componentes de la intención de consumir alcohol, una predisposición aprendida a responder en forma favorable o desfavorable, por lo que este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos de la persona respecto de su conducta en cuestión, la actitud participa de manera diferente en la determinación de la intención de acuerdo al tipo de comportamiento, a la situación y a las variaciones interindividuales de la persona, esto permite un conjunto de creencias relevantes sobre las consecuencias del consumo y el valor afectivo que el individuo le atribuye a tales consecuencias (Moral, Ovejero, Sirvent, Rodríguez & Pastor 2009; Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero & Gómez 2007; Stefani, 2005).

Es conocida la relación entre la diabetes y el consumo de alcohol, el consumo de cantidades moderadas de alcohol sobre el aparente efecto protector de alcohol

desaparece cuando se incluye el peso corporal de las personas, elemento clave para la diabetes, por lo que el efecto es de agresión entre el consumo de alcohol y la tasa de mortalidad por diabetes, esto se ha incrementado tanto en hombres como en mujeres (Lapidus, Bengtsson, Bergfors, Björkelund, Spak & Lissner 2005; Pereiro, 2006; Razvodovsky, 2006).

En México hasta el momento no se han localizado estudios sobre la actitud hacia el consumo de alcohol en personas con DMT2, por lo que se considera que existe un vacío de conocimiento en ésta temática, además se ha observado que el consumo de alcohol es mayor en la población de 18 a 39 años de edad, lo que genera en la edad adulta un hábito o adicción, esta situación aunado a la presencia de enfermedades crónicas puede generar actitudes favorables o desfavorables hacia el consumo de alcohol por parte del paciente.

El consumo de alcohol en pacientes con DMT2 incrementa el riesgo de mortalidad en los pacientes, por el efecto del alcohol en los niveles de glucosa en la sangre y aumenta el riesgo de complicaciones médicas, estos pacientes tienen más complicaciones crónicas posterior a cinco o diez años de haber sido diagnosticados con la diabetes y algunos de ellos demuestran conductas favorables o desfavorables hacia el consumo de alcohol (Sánchez, Rodríguez, Molina & Martínez 2005; Untiveros, Núñez, Tapia & Tapia 2004), por lo anteriormente descrito surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la actitud hacia el consumo de alcohol en paciente con DT2?

Marco de Referencia

Los conceptos que guiaron la presente investigación fueron actitud que se desprende de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) y el consumo de alcohol.

La actitud es la predisposición aprendida a responder a un objeto en forma favorable o desfavorable a través de sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto a su conducta, en la actitud se requiere un proceso de interiorización donde existen tres componentes principales: primero conformidad con reglas o existencia a la tentación; segundo la emoción es decir las reacciones después de trasgredir los modelos culturales y tercero el juicio o razonamiento. La actitud es considerada una organización de diversas creencias focalizadas sobre un objeto o situación dada, las actitudes se centran y se orientan hacia situaciones y objetivos específicos (Pérez & García 1991).

La Teoría de la Conducta Planeada (1991), tuvo sus orígenes en la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen (1975), refiere que los principales supuestos que determinan la conducta de una persona está determinada por la intención que influye directamente en la persona para poner en práctica cierta conducta y establece que a mayor intención de realizar una conducta, mayor será la posibilidad de que sea realizada. Al mismo tiempo ésta intención será establecida por la actitud que es de carácter personal y la actitud es explicada por creencias hacia la conducta y sus resultados, realizándose una evaluación de dichos resultados clasificados como positivos o negativos, es decir, si la percepción que la persona tiene sobre el resultado de la conducta es positiva, tendrá una actitud positiva y si su percepción es negativa la actitud hacia esta conducta será negativa.

En la Teoría de la Conducta Planificada, el autor refiere que el uso experimental de sustancia estaría directamente relacionada con la intención de consumirla, lo cual integra tres componentes: a) la actitud del individuo hacia el uso de alcohol que permite un conjunto de creencias relevantes sobre las consecuencias de una conducta y el valor afectivo que el individuo le atribuye a tales consecuencias, b) sus creencias normativas (norma subjetiva) es decir la percepción de que otras personas significativas aprueban o desaprueban la conducta en cuestión y el grado de motivación para ajustarse a tales

expectativas y c) el control conductual percibido, esto es, la percepción del individuo de sí mismo como capaz o no de usar alcohol o en su caso de enfrentar la presión social para hacerlo. Para este estudio solamente se consideró el componente actitud (Rodríguez et al. 2007).

La actitud hacia el alcohol varían el consumo, de modo que las personas que abusan del consumo tienden a mostrar actitudes más permisivas (Moral & Ovejero, 2003). Las diferencias actitudinales se asocian a varios factores como a la falta de apoyo y desestructuración familiar (Martínez, Fuertes, Ramos & Hernández, 2003). La actitud más favorable hacia el consumo de alcohol es más elevada cuanto mayores sean los contactos con ambientes y compañías incitadores al consumo, la percepción de un rechazo familiar manifiesta asociarse con actitudes más permisivas hacia el consumo de alcohol, debiéndose recordar que la percepción de conflictos familiares se relaciona al consumo (Moral, Rodríguez & Sirvent, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (2004), señala que una droga se considera como toda sustancia que al ser introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alteraciones del funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y es además susceptible de crear dependencia ya sea física, psicológica ó ambas.

Entre las drogas lícitas se consideran las de uso social, como es el consumo de alcohol dado su alto nivel de toxicidad y daños a la salud; causa las situaciones de mayor riesgo por su asociación al consumo de drogas ilegales.

El alcohol es una droga que deprime el Sistema Nervioso Central (SNC), es decir, retarda las funciones cerebrales y pone más lentas las acciones del cuerpo, hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Los efectos que produce el consumo de alcohol dependen de diversos factores tales como la edad (beber alcohol mientras el organismo todavía se

encuentra madurando, lo que es especialmente nocivo), el peso (afecta de modo más severo a las personas con menor masa corporal), el sexo (por factores fisiológicos, la tolerancia femenina es en general menor que la masculina), la cantidad y rapidez de la ingesta (a más alcohol en menos tiempo, mayor intoxicación); otro aspecto importante es que existe una disminución de la enzima deshidrogenasa alcohólica en la mucosa gástrica de la mujer, por lo cual todo el alcohol consumido se absorbe en la mucosa y se concentra con mayor rapidez en sangre, la ingestión simultánea de comida (el estómago lleno sobre todo de alimentos grasos), dificulta la intoxicación, la combinación con bebidas carbónicas (tónica, coca-cola, etc.), aceleran la intoxicación.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana [NOM-028-SSA-2-1999] para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones, una bebida alcohólica es aquella que contiene alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% de volumen, se clasifican estas bebidas en fermentadas, destiladas y licores. Las bebidas fermentadas, proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diferentes frutas, entre estos se encuentra la cerveza, la sidra y el vino. Las bebidas destiladas resultan de la depuración de las bebidas fermentadas para obtener mayores concentraciones de alcohol. Se considera una copa o bebidas estándar a una cerveza de 340ml, 150ml de vino o 45ml de destilados, cada una de estas bebidas contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol absoluto entre 12 y 14 gramos.

El consumo de alcohol se refiere a la ingesta de bebidas alcohólicas en relación con la frecuencia y cantidad de consumo, midiéndose por medio de la prevalencia, siendo ésta, el número de usuarios consumidores respecto al tamaño de la población en un momento determinado (CONADIC, 2008).

De la Fuente & Kershenovich (1992) en relación con los criterios para evaluar el consumo de alcohol en México se considera: 1) consumo sensato o sin riesgo, ocurre cuando el consumo no excede los 40 gramos de etanol (cuatro bebidas estándar) no más

de tres veces por semana en los hombres y 20 gramos de etanol en las mujeres no más de tres veces por semana (dos bebidas estándar) en las mujeres; 2) El consumo dependiente es cuando se ingiere de cuatro a nueve copas por ocasión en los hombres y de tres a cinco por ocasión en las mujeres, además de dejar de realizar actividades por causa del consumo de alcohol que no pudo parar de beber una vez que inició ó beber en la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior y 3) consumo dañino o perjudicial este ocurre cuando los hombres ingieren diez o más bebidas estándar y las mujeres cuando consumen en un día típico de seis o más bebidas estándar además, de que sus amigos o familiares le hayan manifestado sus preocupaciones por su forma de beber, que una vez que empezó a beber no pudo parar, que haya olvidado algo de lo que sucedió cuando estuvo bebiendo, que se haya sentido culpable o tuvo remordimientos por haber bebido o que alguna persona resultó lesionada como consecuencia de su consumo de alcohol.

Respecto a los indicadores más utilizados para medir el consumo de alcohol, se clasifica en 1) el consumo alguna vez en la vida (prevalencia global), es cuando los individuos reportan haber usado alcohol, este indicador permite hacer una primera distancia entre los que han usado y los que no han usado alcohol, sin considerar a los que consumen actualmente , 2) el consumo actual (prevalencia lápsica), definiendo a éste como el consumo de alcohol en los últimos 12 meses, 3) consumo en los últimos 30 días (prevalencia actual), este indicador es útil para conocer a los que consumen con mayor frecuencia y 4) prevalencia en los últimos 7 días (prevalencia instantánea), (CONADIC, 2002).

El alcohol tiene efectos diabetogénicos en personas con DMT2 que incluyen aumento de la obesidad, la inducción de pancreatitis, alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos y de la glucosa presentándose períodos de hipoglucemia cuando se consume el alcohol en forma excesiva y existen largos espacios de ayuno a causa de la

ingesta, sin embargo, también puede producir hiperglucemia cuando se consume en menores cantidades o para acompañar los alimentos (Fleming & Mundt 2004).

Así mismo indica que el consumo de alcohol causa resistencia a la insulina ya que evita la recuperación de la hipoglucemia debido a la habilidad del alcohol para suprimir la lipólisis. El alcohol incrementa la estimulación a la secreción de insulina, reduciendo la gluconeogénesis en el hígado y causa resistencia a la insulina, produciendo oxidación de la glucosa como almacenamiento, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones severas (Kao, Puddey, Boland, Watson, & Brancati 2001).

Estudios Relacionados

A continuación se presentarán los estudios relacionados que fundamentaron las variables del estudio como son actitud y consumo de alcohol, es importante señalar que no se encontraron artículos de investigación realizados en México en relación a las actitudes para el consumo de alcohol en adultos.

Solís, Alonso y López (2009) realizaron un estudio en Monterrey, N.L. México con el propósito de conocer la prevalencia del consumo de alcohol en personas con diagnóstico de DM2, encontraron una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida de 62% (*IC95%*; 53.0-71.0), una prevalencia de 53.7% en el último año (*IC95%*; 44.0-63.0), en el último mes se reportó una prevalencia de 47.2% (*IC95%*; 38.0-57.0), y en la última semana fue de 35.2%. También se encontró que el tipo de consumo de alcohol se destaca que el 19% reportó consumo de tipo sensato de alcohol (*IC95%*, 9.0-29.0), el 32.8% señala un consumo de tipo dependiente de alcohol (*IC95%*, 20.0 - 45.0) y el 48.3% reportó un consumo de tipo dañino de alcohol. La bebida alcohólica de preferencia por los pacientes con DT2 fue la cerveza (89.5%), seguida del brandy (10.5%). Así mismo se encontró que los varones presentaban más alto consumo de alcohol que las mujeres (U de Mann-Whitney 81.50, $p = .001$).

Moral, Ovejero, Sirvent, Rodríguez & Pastor (2009) en un estudio realizado en España con el propósito de realizar un análisis de las actitudes hacia la experimentación con sustancias psicoactivas (alcohol y cannabis) de acuerdo a una triple dimensionalidad: a) factores cognitivos (creencias, expectativas, percepciones), b) afectivos (identificación con los usuarios agrado y desagrado, etc.) y c) comportamentales (inclinación para la aceptación del hábito), se conformó una tendencia actitudinal de mayor permisibilidad ante el consumo de alcohol en adolescentes usuarios de alcohol y una percepción distorsionada de riesgos derivados en cuestiones relacionadas con el daño orgánico asociado hacia la experimentación de alcohol ($F=2.854, p=.001$), a la valoración permisiva de la problemática del alcoholismo en nuestra sociedad ($F=6.941, p=.001$) y una disposición favorable a la intoxicación alcohólica.

Moral, Rodríguez y Sirvent (2006) realizaron un estudio para analizar las actitudes, motivaciones y percepciones de riesgo ante el consumo de alcohol de las que autoinforman los propios jóvenes usuarios de alcohol y aquellos que hacen usos combinados de alcohol respecto a los no usuarios, un 26.8% ($n=126$) de los adolescentes encuestados no consume alcohol y el restante 68.9% ($n=324$) experimenta con él y al indagar sobre los hábitos de consumo conjunto de alcohol y otras sustancias psicoactivas se ha obtenido que un 6.8% ($n=32$) de los adolescentes hace un uso de alcohol.

En el que se encontró, en primer lugar, una manifiesta disposición permisiva ante el proceso de habituación alcohólica en adolescentes consumidores de alcohol como entre usuarios de alcohol; en segundo lugar, a partir de la evaluación de las creencias, expectativas o percepciones de riesgo que constituyen el componente cognitivo de las actitudes se ha confirmado la tendencia explicitada, finalmente a partir de la evaluación del componente afectivo de las actitudes mediante el que se evalúa la sensibilización respecto a los alcohólicos, el desarrollo de la empatía y el grado de concienciación frente

a la problemática de sus usuarios se constata que los adolescentes consumidores de alcohol muestran una escasa sensibilización ante los problemas de los alcohólicos.

Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero y Gómez (2007). Realizaron un estudio en México con el propósito de llevar a cabo el desarrollo y evaluación formativa de un programa de prevención en el uso de drogas en estudiantes de educación media, donde se eligió el modelo de conducta planificada de Ajzen y Fishbein donde reportaron que los jóvenes presentan una actitud significativamente más favorable hacia el consumo de drogas ilegales que aquellos que nunca lo han hecho (mediana = 6.9 y 3.9, respectivamente; $Z= 5.223, p < 0.01$). Además se encontró que entre los adolescentes mexicanos el control conductual está dado en segundo lugar por la actitud ante el consumo de drogas ($t= 2.716, p= 0.008$), también se encontró que la intención conductual de uso de drogas basado en la TCP con factores de normas subjetivas adicionales como es la actitud ante el uso de drogas presentó ($t=2.93, p= .004$).

Chang, Shraque y Rhee (2008) realizaron un estudio con el propósito de examinar los patrones de consumo de alcohol y las actitudes culturales hacia el consumo de alcohol entre estudiantes universitarios chinos y coreanos que radican en California, donde encontraron claras diferencias culturales en las actitudes hacia la bebida entre los participantes chinos y coreanos, los participantes coreanos eran más propensos a ver la bebida como una práctica socialmente aceptable que sus homólogos chinos ya que consideran la bebida como un medio útil para facilitar la comunicación entre las personas y la promoción de relaciones interpersonales, así mismo los estudiantes coreanos hombres tendían a creer que la bebida los hacía sentir más viril y masculinos que aquellos que no bebían. Casi dos tercios de los participantes, independientemente de las diferencias étnicas creen que el alcoholismo no es considerado como una enfermedad grave en su cultura. Del mismo modo, casi el 73% de los participantes cree que la gente

en su cultura era menos propensa a buscar ayuda cuando tenían un problema con la bebida.

Días & Itayra (2010) realizaron un estudio en Brasil con el objetivo de analizar las actitudes de los adolescentes ante la ingesta de bebidas alcohólicas. El análisis de contenido temático determinó la siguiente categoría: Actitudes y comportamientos en relación a la ingestión de bebidas alcohólicas. El consumo de bebidas alcohólicas está asociado con la diversión, pero también expresa un modo de no pensar en los problemas. Se concluyó en que para el adolescente, el alcohol favorece su socialización y placer.

Maldonado et al. (2010) En un estudio realizado para determinar el consumo de alcohol en un grupo de adultos mayores que conforman el grupo de la tercera edad en Cd. Victoria, Tamps., encontraron que los adultos mayores mencionaron padecer alguna enfermedad, entre ellas la DMT2 con un 5.4% y su relación respecto al consumo de alcohol en el último año fue de 27.8%, en los últimos seis meses 24.3%, en el último mes 18.9% y en la última semana 16.2% y actualmente consume alcohol el 77%.

En síntesis en relación a la actitud hacia el consumo de alcohol en los diferentes estudios mencionan una actitud positiva (Chang, Shraque & Rhee 2008; Días e Itayra 2010; Moral, Ovejero, Sirvent Rodríguez & Pastor 2009). La prevalencia de consumo de alcohol fue mayor alguna vez en la vida. En el tipo de consumo de consumo de alcohol destaca el consumo dañino, la bebida alcohólica preferida por los pacientes con DMT2 fue la cerveza, seguida del brandy, así mismo se encontró que los hombres presentan más alto consumo de alcohol que las mujeres (Solís, Alonso & López 2009). Los adultos mayores mencionaron padecer alguna enfermedad, estando la DMT2 con un 5.4% (Maldonado et al. 2010).

Definición de Términos

Para el presente estudio se considerón los siguientes términos

Edad, se refiere a los años cumplidos y expresados por el participante con DMT2 en el momento de la aplicación de los instrumentos.

Sexo, es la condición de género y se considera como masculino o femenino.

Escolaridad, son los años de estudio que refiere la persona con DMT2.

Ocupación, es la actividad que realiza la persona con DMT2 y que recibe una remuneración.

Actitud, es una evaluación favorable o desfavorable que la persona con DMT2 tiene sobre el consumo de alcohol, determinada por las creencias de la persona sobre los resultados del consumo de alcohol.

Bebida alcohólica: es aquella que contiene alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% de volumen, se clasifican estas bebidas en fermentadas, destiladas y licores.

El consumo de alcohol se refiere a la ingesta de la sustancia etanol y se evalúa en términos de frecuencia y cantidad de ingesta de bebidas alcohólicas en un día típico. Para lo cual, se midió en relación al número de bebidas alcohólicas estándar consumidas en un día típico, además se clasificó en tres tipos de consumo: consumo sensato, dependiente y dañino.

Consumo sensato, es la ingesta de no más de cuatro bebidas estándar no más de tres veces por semana en los hombres (40 gramos de etanol) y no más de dos bebidas estándar no más de tres veces por semana en las mujeres(20 gramos de etanol).

Consumo dependiente, se refiere a la ingesta de cuatro a nueve bebidas en hombres y de tres a cinco bebidas en las mujeres en un día típico y además que haya dejado de realizar actividades por causa del consumo del alcohol, que no pudo parar de

beber una vez que inicio ó beber en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso un día anterior.

Consumo dañino, es la ingesta de diez o más bebidas en hombres y en mujeres que ingieran seis o más bebidas en un día típico y que además amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber, que en alguna ocasión se haya sentido culpable por haber bebido, que haya olvidado algo de que sucedió cuando estuvo bebiendo, que se haya lastimado o alguien haya resultado lesionado a causa de su consumo.

Prevalencia global, es la proporción de personas con DMT2 que han consumido alcohol alguna vez en la vida, en relación al total de las personas con DMT2.

Prevalencia lápsica, se refiere a la proporción de personas con DMT2 que consumió alcohol en los últimos doce meses.

Prevalencia actual, se refiere a la proporción de las personas con DMT2 que consumieron alcohol en los últimos treinta días.

Prevalencia instantánea, se refiere a la proporción de las personas DMT2 que consume alcohol en los últimos 7 días.

Objetivos

1. Identificar la actitud ante el consumo de alcohol en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
2. Determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2
3. Determinar el tipo de consumo de alcohol (sensato, dependiente y dañino) de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 por sexo y ocupación.
4. Determinar la relación que existe entre la actitud hacia el consumo de alcohol del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

Capítulo II

Metodología

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

Diseño de estudio

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2008), descriptivo ya que se observaron y se describieron las actitudes para el consumo de alcohol y las prevalencias global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en pacientes con DMT2. Es correlacional porque se conocen las relaciones entre la actitud y el consumo de alcohol en paciente con DMT2.

Población, muestreo y muestra

Para el presente estudio la población total estuvo conformada por pacientes con DMT2 de 30 años a más, integrados en las listas de pacientes con diagnóstico de DMT2 de la Consulta General No.1 de un Hospital público de tercer nivel de atención de la ciudad de Monterrey N.L. El muestreo fue no probabilístico por cuota, para una muestra total de 93 pacientes

Instrumentos de Medición

Para el presente estudio se utilizó la Cédula de Datos Personales (CDP), el Historial de Consumo de Alcohol (HCD), (Rodríguez et al. 2007) y dos instrumentos, el instrumento Escala de Actitud para el Consumo de Alcohol (EACA), extraída de la Escala de Actitudes y Hábitos de Consumo de Alcohol, (Moral, Rodríguez & Sirvent,

2005) y la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] validado por De la Fuente & Kershenobich (1992).

La Cédula de Datos Personales (Apéndice A), está constituida por preguntas las cuales se refieren a los datos personales como sexo, edad, estado marital, escolaridad y ocupación. El Historial de Consumo de Alcohol (Apéndice B), el apartado se indaga sobre los tipos de prevalencia (global, lápsica, actual e instantánea), la cantidad de consumo de droga lícita (alcohol) sobre el historial de consumo antes y después de la DMT2, la bebida de preferencia y el tiempo de padecer DMT2.

El instrumento Escala de Actitud para el Consumo de Alcohol (Moral, Rodríguez & Sirvent, 2005), [Apéndice C], El cuestionario se ha elaborado a partir de la revisión de otras escalas, principalmente del “Cuestionario de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol”, adoptado del “Cuestionario Actitudes acerca del Alcohol y Cuestionario de Información, esta se divide en cinco subescalas, pero para este estudio solo se utilizó la escala de Actitudes para el Consumo de Alcohol. La escala se compone de 13 preguntas, es una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta: MD = Muy en desacuerdo, D= Desacuerdo, I= Inseguro, A= De acuerdo y MA= Muy de acuerdo. Este Cuestionario ha sido validado en adolescentes españoles (Moral, Ovejero, Sirvent, Rodríguez & Pastor 2009), obteniendo un Alpha de Cronbach de .81.

El instrumento Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT] (Apéndice D) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adoptado en México por De la Fuente y Kershenobich (1992), evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos doce meses. Está conformado por 10 reactivos, las preguntas 1, 2 y 3 evalúan la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y determinan el consumo sensato o sin riesgo, los reactivos 4, 5 y 6 determinan el consumo dependiente y los reactivos 7, 8, 9 y 10 permiten determinar el consumo dañino o perjudicial.

Los resultados oscilan de 0 a 40 puntos donde a mayor puntuación existe mayor consumo de alcohol. Una puntuación de 0 a 3 indica consumo sensato o sin riesgo, de 4 a 7 puntos consumo dependiente y de 8 a 40 puntos se considera consumo dañino o perjudicial. Este instrumento ha sido utilizado por Medina-Mora, Carreno y De la Fuente (1988), en trabajadores de la ciudad de México, donde encontraron un Alpha de Cronbach de .87, además Guillamón, Solé y Farram (1999), lo aplicaron en voluntarios procedentes de la población de pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna de una clínica en España, donde encontraron una Alpha de Cronbach de .88 para la muestra total, por otro lado, Guzmán, Esparza, Alcántara, Escobedo y Henggeler (2009) aplicaron el instrumento en jóvenes de 18 a 27 años de una localidad del estado de Nuevo León, donde encontraron un Alpha de Cronbach de .87.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para la realización del presente estudio se solicitó la autorización de los comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Posteriormente se solicitó la autorización por escrito de las Autoridades encargadas del Hospital Universitario “Doctor Eleuterio González” de la ciudad de Monterrey N.L.

Para la selección de los sujetos de estudio, se tomó como marco muestral el censo de población de pacientes con DMT2 que asisten a consulta general No. 1 del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Los participantes fueron seleccionados por medio del censo de esta población de un total de 93 pacientes. Para tener acceso a la información de los participantes seleccionados, se solicitó el apoyo del personal del departamento de análisis estadísticos, enseguida se solicitó la autorización de la Dra. Encargada de la Consulta General No.1 para que nos proporcionara un lugar

para la realización de la entrevista considerándose apropiado para el desarrollo de esta investigación.

Antes de iniciar la entrevista se abordó a los pacientes con DMT2 en la consulta General No.1 del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la ciudad de Monterrey N.L con diagnóstico de DMT2 y se solicitó su autorización para participar en el estudio por medio del Consentimiento Informado (Apéndice F), donde se explicó el propósito del estudio, así mismo se comunicó que la información que proporcionara sería confidencial y anónima y que los datos se reportarían de manera general.

Para la recolección de los datos, primero se aplicó el Consentimiento Informado (Apéndice F), seguido de la Cedula de Datos Personales (Apéndice A), el Historial de Consumo de Alcohol y las prevalencias de consumo (Apéndice B), enseguida se aplicó la Escala de Actitud para el Consumo de Alcohol (Apéndice C), y por último se aplicó la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, solo a los pacientes que consumieron alcohol en el último año (Apéndice D), reiterando que no deje sin contestar alguna pregunta, así mismo se le informó sobre la disposición de contestar a todas sus dudas, una vez contestados se les solicitó a los participantes que hagan devolución de los instrumentos y finalmente se le agradeció su participación en el presente estudio, se les recordó que la información solo sería conocida y manejada por el autor principal del estudio.

Los instrumentos serán guardados por un tiempo de 12 meses, en un lugar seguro y bajo la responsabilidad del autor principal del estudio y que posteriormente serán destruidos.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987),

referente al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

De acuerdo con el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13 donde señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el respeto a la dignidad del participante y protección de sus derechos y bienestar, se les garantizó su anonimato en todo momento ya que no se identificó el instrumento por su nombre, se les trató con respeto, de forma profesional y se ofreció información de manera clara, concisa y comprensible.

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 14, fracción I, V, VII y VIII y los principios científicos y éticos que lo justifiquen, se contó con el Consentimiento Informado y por escrito del participante, para lo cual se le solicitó su autorización y/o aprobación a través del Consentimiento Informado. Así mismo en todo momento el participante tuvo la libertad de retirarse del estudio si lo consideró necesario. La investigación se realizó por un profesional de la salud, con capacidad, conocimiento y experiencia para cuidar en todo momento la integridad de los participantes respetando en todo momento el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se garantizó el anonimato de las participantes en todo momento de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 16, para ello los instrumentos de medición no contaron con datos de identificación personal.

Respecto al Artículo 17 fracción II se consideró un estudio de riesgo mínimo ya que se aplicaron dos instrumentos que abordaron aspectos relacionados con la actitud y con el consumo de alcohol que en situaciones puedan incomodar emocionalmente al paciente con DT2, en caso de que se observó incomodidad, advirtió algún riesgo o daño por su situación de ser paciente con DT2 se suspendió de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifestó (Artículo 18). En caso de que el participante requirió atención a la salud se solicitó la atención médica en la consulta general 1 (Artículo 19).

Artículo 20 y 21, fracción I, IV, VI, VII y VIII se solicitó por escrito el Consentimiento Informado donde el paciente con DMT2 autorizó su participación y tuvo la libertad de decidir si participaba o no en el estudio, se les brindó a los participantes una explicación clara de los objetivos del estudio y se les indicó que no existían beneficios para ellos, además se les garantizó dar respuesta a cualquier duda o aclaración relacionada a la investigación. La información que se proporcionó fue clara, comprensible y completa y se hizo hincapié en que el participante podría retirarse al momento que lo deseara.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron procesados a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] versión 18.0 para Windows. Para determinar la consistencia interna de los instrumentos fue determinada a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. En el análisis descriptivo se obtuvo en frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad en la distribución de las variables continuas.

Para dar respuesta al primer objetivo que fue identificar la actitud ante el consumo de alcohol en pacientes con DMT2. Se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y proporciones, medidas de tendencia central (medias y medianas) y de variabilidad (*DE*).

Para dar respuesta al segundo objetivo planteado, que propuso determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en pacientes con DMT2 en la consulta de una institución de tercer nivel de atención, se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y tasas de prevalencia y se calcularon estimaciones puntuales y por intervalos con un nivel de confianza (IC) del 95 %.

Para el tercer objetivo que fue determinar el patrón de consumo de alcohol por sexo, ocupación, dependiendo de la distribución que presenten las variables, se utilizó estadística no paramétrica por no presentar distribución normal de las variables por lo que se utilizó la prueba la U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis .

Para responder al cuarto objetivo que planteó determinar la relación que existe entre la actitud hacia el consumo de alcohol del paciente con DMT2 y el consumo de alcohol, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio, se presenta la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas, del consumo de alcohol, de actitudes y AUDIT, y además se presenta la estadística Inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	<i>n</i>	No. de reactivos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de Actitudes para el Consumo de Alcohol	93 ^a	13	1 al 13	.83
Escala de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol	40 ^b	10	1 al 10	.84
Subescala de Consumo Sensato	40	1,2,3	1 al 3	.51
Subescala de Consumo Dependiente	40	4,5,6	4 al 6	.78
Subescala de Consumo Dañino	40	7,8,9,10	7 al 10	.73

Nota: ^a*n*= muestra total, ^b*n*= consumidores de alcohol en el último año

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el presente estudio, la Escala de Actitudes para el Consumo de Alcohol obtuvo un Alpha de Cronbach de .83, la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol, obtuvo Alpha de Cronbach de .84, y por subescalas, el consumo dependiente presentó .78, consumo dañino = .73, los cuales se consideran aceptables según Burns y Grove

(2008), a diferencia de la subescala de consumo sensato la cual presentó .51 de consistencia interna.

Estadística Descriptiva

Tabla 2

Características sociodemográficas de los pacientes con DMT2 (edad, sexo, estado marital, años de escolaridad, ocupación)

	<i>n</i> = 93	<i>f</i>	%
Edad			
30 a 40 años		2	2.2
41 a 50 años		12	12.8
51 a 60 años		41	44.1
61 a 70 años		25	26.9
71 a mas años		13	14.0
Sexo			
Femenino		61	65.6
Masculino		32	34.4
Estado marital			
Tiene pareja		63	67.7
No tiene pareja		30	32.3
Años de escolaridad			
No estudió		9	9.7
Primaria Incompleta		27	29.0
Primaria completa		25	26.9
Secundaria completa		14	15.1
Preparatoria completa		11	11.8
Licenciatura		7	7.5
Ocupación			
Hogar		52	55.9
Empleado		9	9.7
Comerciante		11	11.8
Obrero		2	2.2
Negocio propio		11	11.8
Ninguna		8	8.6

Nota: *n* = total de la muestra

En la tabla 2 se muestra los datos sociodemográficos de los participantes del presente estudio, el 44.1% tenían entre 51 y 60 años, el 65.6% fueron de sexo femenino,

67.7% tienen pareja, el 29% tenía la escolaridad de primaria incompleta y el 26.9% primaria completa y la ocupación que predominó es la de hogar con un 55.9%.

Tabla 3

Bebida de preferencia y frecuencia del consumo de alcohol antes del Diagnóstico de DMT2

Bebida de preferencia	<i>f</i>	%
Cerveza	44	65.6
Vino	11	16.5
Licor	1	1.5
Sidra	5	7.4
Otras	6	9.0
Frecuencia de consumo		
Cada semana	18	26.9
Cada dos semanas	5	7.4
Cada mes	8	12.0
De tres a seis meses	6	9.0
Ocasiones especiales	30	44.7

Nota: n = 67

En la tabla 3 se muestra que la bebida de preferencia antes del Diagnóstico fue la cerveza con un 44% con una frecuencia de consumo de ocasiones especiales con 44.7%.

Tabla 4

Tiempo de Diagnostico de DMT2

Tiempo de Diagnostico	<i>f</i>	%
1 a 10	50	53.6
11 a 20	33	34.5
21 a 30	8	8.6
30 a 40	3	3.3

Nota: $n = 93$

En la tabla 4 se observa que el tiempo de Diagnóstico de DMT2 en los participantes fue de uno a diez años (53.6%).

Tabla 5

Consumo de alcohol en pacientes con DMT2 posterior a su diagnóstico

Consumo de alcohol	<i>f</i>	%
Si	50	53.8
No	43	46.2

Nota: $n = 93$

En la tabla 5 muestra que el 53.8% si consumen alcohol posterior a su diagnóstico y el 46.2% no tiene consumo de alcohol.

Tabla 6

Bebida de preferencia y cantidad de consumo de alcohol actualmente

Bebida de preferencia	<i>f</i>	%
Cerveza	31	77.5
Vino	2	5.0
Licor	2	5.0
Sidra	2	5.0
Otras	3	7.5
Cantidad de consumo		
De 1 a 4	21	52.5
De 5 a 7	10	25.0
De 8 a 10	4	10.0
Mas 10	5	12.5

Nota: $n = 40$

En la tabla 6 se demuestra que la cerveza fue la bebida de preferencia con 77.5%, y el 52% de los participantes consume de una a cuatro bebidas alcohólicas.

Estadística Inferencial

Tabla 7

Medidas de tendencia central, de dispersión y prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors para variables continuas

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor mínimo	Valor máximo	<i>D</i> ^a	<i>p</i>
Edad	93	59.1	58.0	10.0	30.0	85.0	.072	.200
Escolaridad	93	7.4	6.0	3.9	1.0	17.0	.167	.001
Edad de inicio de consumo de alcohol	67	22.8	20.0	7.1	12.0	41.0	.165	.001
Tiempo de Diagnostico de DT2	93	11.4	10.0	8.4	1.0	40.0	.118	.003
Escala de Actitud Total	93	61.7	67.3	17.0	25.0	98.0	.165	.001
AUDIT Total	40	6.6	5.0	5.9	1.0	24.0	.215	.001
Consumo sensato	40	3.48	2.0	2.56	1	9	.243	.001
Consumo dependiente	40	.75	.00	1.27	0	5	.397	.001
Consumo dañino	40	2.38	1.00	2.95	0	12	.229	.001

Nota: La diferencia en el tamaño de muestra obedece al número de participantes de la muestra total y el número de participantes que indican consumir alcohol.

En la tabla 7 se muestra la prueba de normalidad de las variables. La media de edad fue de 59.1 años (*DE* = 10.0), la escolaridad presentó una media de 7.4 años (*DE* = 3.9). La edad de inicio de consumo de alcohol reportó una media de 22.8 años, (*DE* = 7.1). La Actitud para el Consumo de Alcohol reportó una media de 61.7 (*DE* = 17), el consumo sensato reportó una media de 3.48 (*DE* = 2.56), mas alto que el consumo dependiente (\bar{X} =.75, *DE* = 1.27), y el consumo dañino (\bar{X} =2.38, *p* = 2.95).

Los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov indican que no existe distribución normal de los datos.

Para responder al primer objetivo que indica identificar la actitud hacia el consumo de alcohol del paciente con DMT2, se presenta la siguiente tabla.
Tabla 8

Escala de Actitudes para el Consumo de Alcohol en pacientes con DMT2

n= 93	Muy en desacuerdo		Desacuerdo		Inseguro		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. El alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial	18	19.4	32	34.4	3	3.2	33	35.5	7	7.5
2. Admiro a quien no consume alcohol o al que deja de beber	4	4.3	20	21.5	7	7.5	55	59.1	7	7.5
3. Estaría dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario hasta emborracharme	35	37.6	39	41.9	11	11.8	3	3.2	5	5.4
4. El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales	3	3.2	13	14.0	9	9.7	57	61.3	11	11.8
5. No existe relación entre fumar y tomar alcohol y el consumo de otras drogas ilegales	13	14.0	42	45.2	13	14.0	16	17.2	9	9.7
6. Estaría dispuesto a comprar una o varias botellas para mi uso (y el de mis amigos)	16	17.2	52	55.9	6	6.5	15	16.1	4	4.3
7. No tengo curiosidad para probar nuevas bebidas alcohólicas	8	8.6	14	15.1	6	6.5	50	53.8	15	16.1
8. El abuso de alcohol produce infelicidad a largo plazo	10	10.8	13	14.0	9	9.7	46	49.5	15	16.1

continuación

<i>n</i> = 93	Muy en desacuerdo		Desacuerdo		Inseguro		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
9. Que tanta gente consume alcohol demuestra que no es tan perjudicial como se dice	9	9.7	38	40.9	11	11.8	27	29.0	8	8.6
10. Aunque mis amigos beban yo no pienso hacerlo	4	4.3	22	23.7	6	6.5	54	58.1	7	7.5
11. El alcoholismo tiene cura	4	4.3	14	15.1	18	19.4	50	53.8	7	7.5
12. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo de alcohol	12	12.9	15	16.1	2	2.2	56	60.2	8	8.6
13. El alcohol no es uno de los grandes problemas de nuestra sociedad	28	30.1	44	47.3	7	7.5	8	8.6	6	6.5

Nota: n = Total de la muestra

En la tabla 8 se describen las actitudes de los pacientes con DMT2 para el consumo de alcohol, y se observa que el 35.5% de los participantes refieren estar de acuerdo que el alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial, el 59.1% de los pacientes admiran a quien no consume alcohol, el 61.3% mencionan que el alcohol puede producir trastornos físicos y mentales. El 53.8% menciona que el alcoholismo tiene cura y el 60.2% está dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del alcohol. Sin embargo mencionan estar en desacuerdo que el consumo de alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial (34.4%), así mismo el 41.9% menciona que está en desacuerdo a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario hasta emborracharse, el 45.2% esta es desacuerdo en que no existe relación entre fumar y consumir otras bebidas alcohólicas y el 55.9% está en desacuerdo a comprar una o varias botellas para su uso y el de sus amigos.

Para responder al objetivo dos que señala determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en pacientes con DMT2, se presentan los resultados en la siguiente tabla.

Tabla 9

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol

Consumo de alcohol N=93	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Alguna vez en la vida	69	74.2	24	25.8	.65	.83
En el último año	40	43.0	53	57.0	.32	.53
En el último mes	25	26.9	68	73.1	.17	.36
En la última semana	10	10.8	83	89.2	.04	.17

Nota: IC = Intervalo de Confiabilidad, LI = Limite Inferior, LS =Limite Superior, *n* = total de la muestra

En la tabla 9 se observa que el 74.2%, IC 95% [LI .65-LS .83] de las personas con DMT2 han consumido alcohol alguna vez en la vida, un 43%, IC 95% [LI .32- LS .53] ha consumido alcohol en el último año, en el último mes 26.9%, IC 95% [LI .17- LS .36] y un 10.8%, IC 95% [LI .04- LS .17] en la última semana.

Tabla 10

Indicadores de consumo de alcohol sensato en pacientes con DMT2

AUDIT n= 40	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	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Que tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas	-	-	25	62.5	13	32.5	1	2.5	1	2.5
	1 ó 2		3 ó 4		5 ó 6		7 a 9		10 ó mas	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?	14	35	8	20	10	25	3	7.5	5	12.5
	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		A diario o casi a diario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?	24	60	10	25	1	2.5	5	12.5	-	-

Nota: *n* = Total de la muestra, los participantes que consumieron alcohol en el último año

La tabla 10 muestra las frecuencias y proporciones de cada uno de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT, donde el 62.5% refirió consumir alcohol una o menos veces al mes, el 32.5% de 2 a 4 veces al mes; el 35% de los pacientes consumen de 1 a 2 bebidas en un día típico y el 25% refirió consumir de 5 a 6 bebidas. El 60% de los pacientes mencionó que nunca tomaban 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión y el 25% lo hizo menos de una vez al mes.

Tabla 11

Indicadores de consumo de alcohol dependiente en pacientes con DMT2

AUDIT	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		A diario ó casi a diario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?	27	67.5	12	30	-	-	1	2.5	-	-
5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?	33	82.5	6	15	1	2.5	-	-	-	-
6. Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?	34	85	5	12.5	1	2.5	-	-	-	-

Nota: *n* = Total de la muestra, participantes que consumieron alcohol durante el último año

En la tabla 11 se muestra que el 30% de los participantes refieren no poder parar de beber una vez que habían comenzado, el 15% menciono que ha dejado de hacer algo que debía haber hecho por beber y el 12.5% de los participantes indican que consumen alcohol por la mañana después de haber bebido en exceso un día anterior.

Tabla 12

Indicadores de consumo de alcohol dañino en pacientes con DMT2

AUDIT	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		A diario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
7. Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?	24	60	14	35	1	2.5	1	2.5	-	-
	No		Sí, pero no en el último año		Si, en el último año					
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?	31	77.5	7	17.5	2	5				
10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?	26	65	7	17.5	7	17.5				

Nota: n = Total de la muestra, participantes que consumieron alcohol durante el último año

En la tabla 12 se observan los indicadores del consumo dañino, el 35% mencionan que menos de una vez al mes tuvieron remordimiento o se sintieron culpables después de haber bebido en exceso un día anterior. El 25% no pudo recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estuvo bebiendo. Así mismo, el 17.5% de los participantes mencionaron que han resultado lastimados como consecuencia de su ingestión de alcohol pero no en el último año. El 17.5% de los participantes mencionaron que algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que beben pero no en el último año.

De acuerdo al objetivo tres que indicó determinar el tipo de consumo de alcohol (sensato, dependiente y dañino) de los pacientes con DT2 por sexo y ocupación se presentan los resultados en la tabla 13 y 14.

Tabla 13

Prueba U de Mann Whitney para el Consumo Sensato, Dependiente y Dañino por sexo

Sexo	Consumo Sensato					
	n	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Femenino	16	1.88	1.50	1.204	78.500	.001
Masculino	24	4.54	5.00	2.86		
Sexo	Consumo Dependiente					
	n	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Femenino	16	.00	.00	.000	88.000	.003
Masculino	24	1.25	1.00	1.452		
Sexo	Consumo Dañino					
	n	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Femenino	16	.31	.00	.793	47.500	.001
Masculino	24	3.75	3.50	3.068		

Los resultados de la tabla 13 muestran que existe diferencia significativa entre el consumo sensato ($U= 78.500$, $p = .001$), consumo dependiente ($U= 88.000$, $p = .003$) y consumo dañino ($U= 47.500$, $p = .001$) por sexo. Los participantes del sexo masculino presentaron medianas más altas para consumo sensato dependiente y dañino que las mujeres.

Tabla 14
Prueba de Kruskal-Wallis para el Consumo Sensato, Dependiente y Dañino por ocupación

n=40		Consumo Sensato				
Ocupación	n	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Hogar	15	2.07	1.00	1.751	8.731	.120
Empleado	5	4.40	3.00	3.435		
Comerciante	8	3.88	4.50	2.031		
Obrero	1	3.00	3.00			
Negocio propio	8	5.00	5.50	3.024		
Ninguno	3	4.00	4.00	3.000		
<hr/>						
Consumo Dependiente						
Hogar	15	.13	.00	.516	17.579	.004
Empleado	5	.60	.00	1.342		
Comerciante	8	.63	.00	1.061		
Obrero	1	3.00	3.00			
Negocio propio	8	.75	.50	.886		
Ninguno	3	3.67	3.00	1.155		
<hr/>						
Consumo Dañino						
Hogar	15	.27	.00	.594	19.604	.001
Empleado	5	3.00	4.00	2.449		
Comerciante	8	2.25	2.00	2.375		
Obrero	1	8.00	8.00			
Negocio propio	8	3.88	3.50	2.748		
Ninguno	3	6.33	5.00	5.132		

Nota: n= Total de la muestra

En la tabla 14 se muestra que existe diferencia significativa entre el consumo de alcohol dependiente ($H = 17.579$, $p = .004$) y dañino ($H = 19.604$, $P = .001$) por ocupación, donde las medias y medianas más altas se presentaron en los obreros y en quienes no tienen ocupación.

Para el dar respuesta al objetivo cuatro que es determinar la relación que existe entre la actitud hacia el consumo de alcohol del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 y el consumo de alcohol se presenta la siguiente tabla

Tabla 15

Correlación de Spearman para edad, escolaridad, edad de inicio al consumo alcohol, tiempo de diagnóstico de DMT2, índice AUDIT, consumo sensato, dependiente y dañino

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Edad	1							
2.Escolaridad	-.167	1						
3.Edad de inicio de consumo de alcohol	.128	-.251	1					
4.Tiempo de diagnóstico de DMT2	.321**	-.113	.083	1				
5.Actitud	.243*	-.178	.384**	-.065	1			
6.AUDIT	-.279	.099	.580**	.009	.666**	1		
7.Consumo sensato	-.295	.157	.520**	-.068	.754**	.831**	1	
8.Consumo dependiente	-.163	.017	-.311	-.093	.467**	.762**	.602**	1
9.Consumo Dañino	-.291	.062	.493**	-.015	.447**	.889**	.565**	.656**

Nota: * = $p < .05$, ** = $p < .01$

En la tabla 15 se observa que existe correlación positiva y significativa entre la edad y el tiempo de diagnóstico de DMT2, edad y actitud; la edad de inicio de consumo de alcohol se correlaciono positivo y significativamente con actitud, índice de AUDIT, consumo sensato y consumo dañino; la Actitud se correlacionó positiva y significativamente con el índice de AUDIT ($r_s=.666$, $p<.01$), con el consumo sensato ($r_s=.754$, $p<.01$), dependiente ($r_s=.467$, $p<.01$)y dañino($r_s=.447$, $p<.01$).

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio permitió determinar la actitud y el consumo de alcohol en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 fue factible aplicar empíricamente el concepto de actitud, así como el de consumo de alcohol.

El perfil sociodemográfico de los pacientes con DMT2 fue: una edad predominante entre 51 y 60 años, con una media de 59.1 años, lo cual es semejante al estudio realizado por Aguilar, Reyes y Borgues (2007); Alonso, Palucci, Alonso, Guzmán y Gómez (2008); Cárdenas, Pedraza y Lerma (2005); Maldonado, Banda, Rivera, Medrano, Villanueva y García (2010); Solís, Alonso y López (2009), debido a que mayor edad la posibilidad de desarrollar diabetes mellitus es mayor (NOM-015-SSA2, 1994). La Organización Panamericana de la Salud refiere a la edad como factor importante para el desarrollo de la Diabetes a partir de los 40 años.

En este estudio predominó el sexo femenino con un 65.6%, similar a lo reportado por Aguilar, Reyes y Borgues (2007); Alonso, Palucci, Alonso, Guzmán y Gómez (2008); Cárdenas, Pedraza y Lerma (2005); Chang, Sharake y Rhee (2008); Maldonado, Banda, Rivera, Medrano, Villanueva y García (2010); Resendez, Ocampo y Saldierna (2010); Solís, Alonso y López (2009) y difiere con lo reportado por Grundy et al. (1993) dónde menciona que las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes se presenta en mayor proporción en hombres mayores de 44 años, esta situación puede ser explicada por las características de que las mujeres en esta edad son mas susceptibles a situaciones de cambios o afecciones del sistema reproductor femenino, aunado al incremento de la necesidades de insulina puede variar a lo largo del ciclo menstrual.

Se encontró que la edad media de inicio de consumo de alcohol fue a los 22.1 años, similar a lo reportado por López (2004), superior a lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), Herrera Wagner Velasco Borges Lazcano (2004)

quienes reportaron una edad de inicio de consumo de alcohol a los 17 años y difiere por Maldonado, Banda, Rivera, Medrano, Villanueva y García (2010), quienes reportaron una edad de inicio de consumo de alcohol en la edad adulta.

En relación a la escolaridad, los participantes del presente estudio reportaron una media de 7.4 años que corresponde a secundaria incompleta, similar a lo reportado por Alonso, Palucci, Alonso, Guzmán y Gómez (2008); Cárdenas, Pedraza y Lerma (2005). El estado marital de los pacientes con DT2 fue que el 67.7 % tiene pareja, similar a lo reportado por Aguilar, Reyes y Borgues (2007); Cárdenas, Pedraza y Lerma (2005); Resendez, Ocampo y Saldierna (2010); Solís, Alonso y López (2009). Respecto a la ocupación predominó el hogar con 55.9%, esto coincide con Reséndez, Ocampo y Saldierna (2010).

La población del estudio presentó una media de 11.4 años en relación al diagnóstico de la Diabetes, resultados que concuerdan con Solís, Alonso y López (2009), así como lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004), quienes refieren que el inicio de tamizaje para DMT2 inicia a los 45 años de edad por ser el factor adicional para el desarrollo de la DMT2. La ocupación que predominó fue la de hogar con un 55.9%, similar a lo reportado por Alonso, Palucci, Alonso, Guzmán y Gómez (2008), lo que difiere por Aguilar, Reyes y Borgues (2007), que mencionan la situación desempleado es la que predominó.

En relación al primer objetivo que fue identificar la actitud ante el consumo de alcohol en pacientes con DT2 se encontró una media de 61.7 ($DE = 17$). Se observa que el 35.5% de los participantes refieren estar de acuerdo que el alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial, el 59.1% de los pacientes admiran a quien no consume alcohol, el 61.3% mencionan que el alcohol puede producir trastornos físicos y mentales. El 53.8% menciona que el alcoholismo tiene cura y el 60.2% está dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del alcohol. Sin embargo mencionan estar en

desacuerdo que el consumo de alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial el 34.4%, el 41.9% menciona que está dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario hasta emborracharse, el 45.2% refiere que no existe relación entre fumar y consumir otras bebidas alcohólicas y el 55.9% está dispuesto a comprar una o varias botellas para mi uso y el de sus amigos.

En el segundo objetivo del estudio se determinó la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en pacientes con DMT2. La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue elevada y se puede observar que la cerveza es la bebida de preferencia, datos similares a los que presenta la ENA (2011); Solís, Alonso, López (2009), y difiere del estudio realizado por Aguilar, Reyes y Borgues (2007); Maldonado, Banda, Rivera, Medrano, Villanueva y García (2010).

El consumo de alcohol muestra mayor prevalencia de consumo, alguna vez en la vida (74.2%), para el último año 43.0%, para el último mes (26.9%) y para la última semana (10.8%), esto concuerda con Guzmán, (2012); López (2012); Fleiz, Borges, Rojas, Benget y Medina-Mora(2007), quienes encontraron y refieren que las prevalencias disminuyen constantemente con la edad, aunado a los cambios de estilos de vida que se generan con la diabetes en particular con el consumo de alcohol donde se evitan enfermedades como la hipoglucemia, ya que conforme mayor es la edad mejora en general los estilos de vida, donde los pacientes son más disciplinados en los hábitos para su mejor control Resendez, Ocampo y Saldierna (2010).

En el tercer objetivo permito determinar los patrones de consumo de alcohol (sensato, dependiente y dañino) de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 por sexo y ocupación. Respecto al patrón de consumo de alcohol por sexo se observo diferencia significativa en el AUDIT, Se encontró diferencia significativa entre el consumo sensato ($U= 78.500$, $p =.001$), dependiente ($U=88.000$, $p= .003$) y consumo dañino ($U= 47.500$, $p =.001$), donde las medias más altas fueron para el sexo masculino. Estos datos coinciden

con lo reportado por Aguilar, Reyes y Borgues (2007); y el consumo dañino coincide con lo reportado por Solís, Alonso y López (2009), mencionándose que anteriormente en México el consumo perjudicial y dañino lo presentaban mas los hombres, por la permisividad y tolerancia social (CONADIC, 2008).

El modelo de regresión logística respecto al patrón de consumo de alcohol por ocupación se encontró un efecto significativo entre el consumo de alcohol dependiente ($H = 17.579, p = .004$) y dañino ($H = 19.604, P = 001$) las medianas más altas se presentó en lo obreros, y en el consumo sensato la media más alta fue para el de negocio propio, lo que coincide con lo reportado por Cortazar y Alonso (2007).esto quizás se deba a que el obrero es de clase social baja, en individuos que carecen de estudios formales, en obreros calificados y no calificados.

Para el cuarto objetivo que fue determinar la relación que existe entre la actitud hacia el consumo de alcohol del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 y el consumo de alcohol. El modelo de regresión lineal múltiple para las variables, edad, escolaridad, edad de inicio de consumo de alcohol, índice de Actitud para el consumo de alcohol, fue significativo ($F = 6.046, p < .001$). Se observa que la variable que contribuye de manera significativa fue el índice de actitud, ya que expresan una creencia o inclinación afectiva personal o tendencia a comportarse de una manera determinada en relación al consumo de alcohol.

Conclusiones

Se puede concluir que con respecto a las actitudes los pacientes con DMT2 presentaron actitudes positivas para el consumo de alcohol, donde el 35.5% refieren que el alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial, el 59.1% admiran a quien no consume alcohol o al que deja de beber, el 61.3% mencionan que el alcohol puede producir trastornos físicos y mentales, el 53.8% menciona que el alcoholismo tiene cura y el 60.2% está dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del alcohol. Las actitudes negativas para el consumo de alcohol de mayor proporción fueron que el consumo de alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial 34.4%, el 41.9% menciona que está dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario hasta emborracharse, el 45.2% que no existe relación entre fumar y consumir otras bebidas alcohólicas y el 55.9% está dispuesto a comprar una o varias botellas para su uso y el de sus amigos.

Las prevalencias del consumo de alcohol alguna vez en la vida 74.2%, en el último año 43.0%, en el último mes 26.9% y en la última semana 10.8%.

Se encontró diferencia significativa entre el consumo sensato

($U= 78.500, p =.001$), consumo dependiente ($U= 88.000, p = .003$) y consumo dañino ($U= 47.500, p =.001$), por sexo.

La Actitud se correlaciono positiva y significativamente con el índice AUDIT ($r_s=.666, p<.01$).

Recomendaciones

Se recomienda utilizar el instrumento de actitudes ya que presenta un Alpha de Cronbach aceptable.

Aplicar medidas de prevención secundaria en grupos de pacientes con DMT2 con el propósito de disminuir el consumo o lleguen a la abstinencia para evitar complicaciones

Abordar estudios similares con metodología cualitativa a fin de complementar los hallazgos encontrados y dar un significado al consumo de alcohol en pacientes con DMT2.

Realizar intervenciones de enfermería en pacientes con DMT2 que desarrollen y fortalezcan las habilidades de rechazo de para el consumo de alcohol.

Referencias

- Aguilar-N. S.G., Reyes, V. J. & Borgues, G. (2007). Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud pública de México*, 49(4), 467- 474.
- Alonso, C.B.A., Palucci, M.M.E., Alonso, C.M.M, Guzman, F.F.R % Gomez, M.M.V. (2008). Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de monterrey, México. *Emfermagen*. 16.
- Azjen, I., & Fisbhein, M. (1980). Understanding attitudes predicting social behavior. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beulens, J., Rimm, E., Hendriks, H., Hu, F., Manson, J., Hunter, D., & Mukamal, K. (2007). Alcohol consumption and Type 2 Diabetes. *Diabetes*, 56, 2388-2394.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2008). Investigación en Enfermería. (3ª ed.) Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- Carlsoon, N.S., & Hammar, V. G. (2005). Alcohol consumption and type 2 diabetes. *Diabetologia*, 48, 1051-1054.
- Cárdenas, V.V.W., Pedraza, L.C Y Lerma C.R.E. (2005) Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciencia UANL*. Vol. 8 (03): 351-357.
- Carvajal, C.L., & Andrade, D. (2005). La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. *Latino-am Enfermagen*, 13, 784-789.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud (MX) [CONADIC - SSA] (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Chang, J., Shrake, E. & Rhee, S. (2008). Patterns of Alcohol Use Attitudes toward Drinking Among Chinese and Koreas American College Students. *Ethnicity in substance abuse*, vol. 7(3).

- Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud [CONADIC] (2011). El consumo de drogas en México. Recuperado de: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaria de Salud (2008). El consumo de drogas en México. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Cortaza, R.L. y Alonso, C.M.M. (2007). Efecto y consumo de alcohol en trabajadores de la industria petroquímica del sur de Veracruz, *México. Salud Mental. Vol 3*(01).
- Dias, S.S. & Itayra, P. (2010). Atitudes e comportamentos de adolescentes emm relacao a ingestao de bebidas alcohólicas. *Rev. Esc Enfermagem USP. 45*(5): 1063-9.
- De la Fuente, J. R., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM, 35* (2), 47-51.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2006). Secretarías estatales de salud Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. 1-132.
- Fleming, M., & Mundt, M. (2004). Carbohydrate- Deficient Transferrin: Validity of a New Alcohol Biomarker in a Sample of Patients with Diabetes and Hypertension. *Jabft, 17*(4), 247-255.
- Herrera, M., Wagner, F., Velasco, E., Borges, G. & Lazcano, E (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México, 46* (2); 132-140.
- Kao, W.H.L., Puddey, I.B., Watson, R.L., & Bracanti, F.L. (2001). Alcohol Consumption and Risk of Type 2 Diabetes Mellitus. *Am J Epidemiol, 154*(8), 748-753.
- Lopez, L. E.R. (2004).Adolescentes y alcohol: la búsqueda de sensaciones en un contexto social y cultural que fomenta el consumo. *Psicología vol. 22* (3); 403-420.

- Maldonado, G.G., Banda, G.O., Rivera V.P., Medrano M.M., Villanueva, S O., & García P.A. (2010). Consumo de Tabaco y alcohol en un colectivo de adultos mayores de cd. Victoria Tam. *Contribución a las ciencias sociales* 1-14.
- Medina-Mora, E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván C., F. y Tapia C., R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45, 16-25
- Moral, J., Rodríguez, D.F., & Sirvent R.C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- National Institute on Drug Abuse (2006). Serie de Reportes de Investigación. Recuperado 18 de Noviembre 2009. Disponible en URL:<http://www.nida.org>
- Organización Mundial de la Salud (2004). Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2004/en>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>
- Reyes, N.P., & Villar, L.M. (2004). Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Enfermagen*, 12, 420-426.
- Rodríguez, K.S., Díaz, N.D., Gracia, G.S., Guerrero, H.J., & Gómez, M.E. (2007) Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y el uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 30 (1), 68-81.
- Sánchez, L., Ángeles, A., Anaya, R. y Lazcano, E. (2007). Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Pública de México*, 49, 182-193.
- Secretaria de Salud y Asistencia (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación a la salud. México, D.F.

- Secretaría de Salud (1999). Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, NOM-028-SSA2-1999. Recuperado el 16 de Octubre del 2011, de <http://www.unet.com.mx/ceca/norma.htm>.
- Secretaria de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Dirección General de Epidemiología [DGE], Instituto Nacional de Psicología e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2009). Encuesta Nacional de Adicciones [ENA 2008].
- Solís, T.A., Alonso, C.M., & Lopéz, G.K. (2009). Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Electrónica Salud Mental*, 5(2), 1-13
- Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa*. 5, 22-37.
- Villa -Moral, J.M., Rodríguez, D., & Sirvet, R.C. (2004). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*. 17,105-120.
- Villa-Moral, J., Ovejero, B., Sirvent, R., Rodríguez, D., & Pastor, M. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138.
- Villa -Moral, J.M., Ovejero B.A., Sirvet, R.C., Rodríguez, D., & Pastor M.J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Rev. Salud Mental*. (31): 105-120.

- Villa -Moral, J.M., Rodríguez, D., & Sirvet, R.C (2006). Factores relacionados con las actitudes hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psichotema*. (18): 52-48.
- Vinaccia, S., Fernandaz, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I.C., Contreras y Tabon, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Psicologica*, Vol: 13(1): 15-31.
- Moral, M. V. & Ovejero, A. (2003). Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes. *Entemu. UNED Centro Asociado de Asturias*, XV, 151-175

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales

Instrucciones

La información que se proporcionará a continuación será completamente anónima y confidencial, ninguna persona de la Clínica la conocerá. Todas las respuestas son importantes, ninguna se considerará correcta o incorrecta y nadie realizará juicio de sus respuestas. Por favor conteste todas las preguntas y marque con una la respuesta que usted considere.

I. Datos Personales

1. Sexo:

Femenino_____ Masculino_____

2. Edad: _____ años.

3. Estado marital:

Tiene pareja _____ No tiene pareja _____

4. Escolaridad:_____

5. Ocupación:_____

Apéndice B

I. Historial de Consumo de Alcohol (HCD)

Instrucciones: Coloca en la siguiente tabla una palomita (✓) en el espacio que más se apegue a su realidad.

1. ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? _____
2. ¿A qué edad inició usted el consumo de alcohol? _____
3. ¿Cuál era su bebida de preferencia?
 - a) Cerveza _____
 - b) Vino _____
 - c) Vodka _____
 - d) Licor _____
 - e) Sidra _____
 - f) Otras _____
4. ¿Con que frecuencia consumía alcohol? _____

II. Prevalencia del Consumo de Alcohol (PCA)

¿Hace cuanto tiempo se le diagnosticó a usted la Diabetes? _____

5. ¿A partir de su Diagnostico de tener Diabetes ha consumido alcohol? Sí _____
No _____

El último año Sí _____ No _____

En el último mes Sí _____ No _____

En los últimos siete días Sí _____ No _____

Sí la respuesta es positiva para el consumo de alcohol

6. ¿Cuál es la bebida de preferencia?

- g) Cerveza_____
- h) Vino_____
- i) Vodka_____
- j) Licor_____
- k) Sidra_____
- l) Otras_____

7. En un día típico. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume? (cantidad) _____

Apéndice C

Escala de Actitud para el Consumo de Alcohol (EACA)

Señala, mediante una \surd , tu opinión sobre cada pregunta:

MD= Muy en desacuerdo	D= Desacuerdo	I= Inseguro
A= De acuerdo	MA= Muy de acuerdo	

1. El alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial	MD	D	I	A	MA
2. Admiro a quien no consume alcohol o al que deja de beber	MD	D	I	A	MA
3. Estaría dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario hasta emborracharme	MD	D	I	A	MA
4. El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales	MD	D	I	A	MA
5. No existe relación entre fumar y tomar alcohol y el consumo de otras drogas ilegales	MD	D	I	A	MA
6. Estaría dispuesto a comprar una o varias botellas para mi uso (y el de mis amigos)	MD	D	I	A	MA
7. No tengo curiosidad para probar nuevas bebidas alcohólicas	MD	D	I	A	MA
8. El abuso de alcohol produce infelicidad a largo plazo	MD	D	I	A	MA
9. Que tanta gente consuma alcohol demuestra que no es tan perjudicial como se dice	MD	D	I	A	MA
10. Aunque mis amigos beban yo no pienso hacerlo	MD	D	I	A	MA
11. El alcoholismo tiene cura	MD	D	I	A	MA

12. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo de alcohol	MD	D	I	A	MA
13. El alcohol no es uno de los grandes problemas de nuestra sociedad	MD	D	I	A	MA

Apéndice D

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

Instrucciones: Lee cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas que tratan acerca del consumo de alcohol y subraya la que más se apegue a tu realidad.

1.- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal etc.)? 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) 4 a más veces a la semana	6.- Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior? 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario
2.- ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes (el día que llegas a consumir)? 0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7 a 9 4) 10 o más	7.- Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido? 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario
3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión? 0) nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	8.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo? 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario
4.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una	9.- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión

vez que habías comenzado? 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	de alcohol? 0) Nunca 2) Sí, pero no en el último año 4) sí, en el último año
5.- Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber? 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	10.- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber? 0) Nunca 2) Sí, pero no en el último año 4) sí, en el último año



Apéndice F

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Actitud para el consumo de alcohol en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Autor del estudio: Lic. Perla Guadalupe Sifuentes Pasillas

Director de tesis: ME. Teresita de Jesus Campa Magallon

Prologo: Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados con el uso de alcohol en adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DT2). Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio, ya que este forma parte de estudios de posgrado.

Propósito del Estudio: Determinar la relación que existe entre la actitud y el consumo de alcohol en paciente con DT2

Descripción del estudio/procedimiento: Se le aplicarán una cedula de datos personales y 2 cuestionarios, antes de que usted entre a la consulta de revisión de cada mes cuidando en todo momento su privacidad y anonimato.

Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en el momento que usted lo desee, el cual no tendrá ningún perjuicio en su vida personal.

Riesgos e inquietudes: No existe ningún riesgo serio relacionado con la participación en el estudio. Sin embargo si usted se siente indisposto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados: No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención para el beneficio de los diabéticos consumidores de alcohol.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación: Usted será la única persona que sabe que estará participando en el estudio. Ninguna información proporcionada por usted durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados se darán a conocer de manera general, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial.

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

Consentimiento: Yo, voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona.

Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando la participación en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Firma del testigo (1)

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Perla Guadalupe Sifuentes Pasillas

Candidata para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: Actitud para el consumo de alcohol en Pacientes con Diabetes mellitus tipo 2

LGAC: Prevención de Adicciones a las Drogas Licitas e Ilícitas

Biografía: Nacida en la Ciudad de San Luis Potosí, el día 23 de Abril de 1984, hija de el Sr. Pablo Sifuentes Bocanegra y la Sra. Victoria Pasillas Gallegos.

Educación: Egresado de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas con el grado de Licenciada en Enfermería en el año 2009. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería 2010-2012, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia Profesional: enfermera en práctica privada, pasante y vacunadora de Enfermería en Instituto Mexicano del Seguro Social, Clínica No. 1 de Medicina Familiar, en la Ciudad de Zacatecas, México.

e-mail: pegusi-04.ok.hi@hotmail.com