

RELACIÓN ENTRE ESTRÉS DE CONCIENCIA Y RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

RELATIONSHIP BETWEEN CONSCIOUSNESS STRESS AND ALCOHOL INTAKE IN NURSING STAFF

María Teresa de Jesús Alonso Castillo¹, María Magdalena Alonso Castillo¹, Nora Nelly Oliva Rodríguez², Laura Berenice Zorrilla Martínez³ y Luz María Delgadillo Legaspi⁴

¹Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

²Universidad Autónoma de Nuevo León, México

³Universidad Autónoma de Zacatecas, México

⁴ Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones en consolidación, Universidad Autónoma de Zacatecas, México

Abstract

The consciousness stress of professions related with sanitary aspects is higher than other professions, for this reason, the analysis identified the relationship between the consciousness and alcohol intake in the nursing staff of a public hospital in Zacatecas, Zac. The analysis is based in a descriptive and a correlational form, where the sample was 201 nurses who answered 2 questionnaires: a scale of consciousness stress and AUDIT. The results obtained, shown a positive correlation between consciousness total stress and the consumption of alcohol ($r_s=.198$, $p<.005$) this means that a higher consciousness stress, greater alcohol consumption.

Keywords: Risk-taking/consumption; nursing; consciousness stress.

Resumen

El estrés de conciencia en profesiones sanitarias es mayor que en otras profesiones, por tal motivo el presente estudio identificó la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol en el personal de enfermería de un hospital público de Zacatecas, Zac. El diseño fue descriptivo correlacional, la muestra fue de 201 enfermeros (as) que completaron 2 cuestionarios: Una escala de Estrés de conciencia y el AUDIT. Los resultados mostraron una correlación positiva significativa entre el estrés de conciencia total y el consumo dependiente de alcohol ($r_s=.198$, $p<.005$) lo que indica que a mayor estrés de conciencia total mayor consumo dependiente de alcohol.

Palabras clave: Consumo de riesgo; enfermería; estrés de conciencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2011, reporta que tanto el hábito del consumo de alcohol, como el incremento de las tasas de consumo y el incremento en el consumo de riesgo, se ha incrementado, especialmente entre los jóvenes y han convertido el uso nocivo del alcohol en uno de los principales riesgos para la salud. En México se documentó que 4.9 millones de personas (un 6% de la población) presentaba dependencia al consumo de alcohol, en una proporción de 7 hombres por cada mujer. En Zacatecas se reporta el patrón de consumo de alcohol alto en la población comprendida entre 12 a 65 años: del 47.2% en hombres y 19.3% en mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública [CONADIC-SS], 2011) y que el consumo de alcohol alguna vez en la vida (76.9%) y en el último año (57%) era superior al promedio nacional (71.3% y 51.4% respectivamente). Zacatecas es uno de los estados con mayor prevalencia de consumidores diarios de alcohol (0.6%) y que incluye además una mayor proporción de población femenina con un patrón de consumo alto de alcohol (69%).

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2012) en Zacatecas, señalan al alcohol como la sustancia de mayor consumo en pacientes de 12 a 65 años que ingresan a la institución. Se han estudiado diversos factores de riesgo que incrementan la posibilidad de consumo de alcohol en jóvenes y adultos que trabajan, se han estudiado estos factores desde la perspectiva personal, familiar, social y ambiental (Tirado, Aguaded & Marín, 2009). Uno de los factores de riesgo que se ha asociado con el incremento del consumo de alcohol es el estrés en el trabajo, el cual tiene repercusión directa en la salud del trabajador, en la calidad del trabajo que desempeña y los riesgos que se provocan en la ejecución del trabajo son cada vez más evidentes (Hinojosa, Alonso Castillo & Rivera, 2012; Rodríguez, Martínez, Juárez, López, Carreño & Medina, 2008).

Estudios indican que la percepción de estrés presente en las profesiones sanitarias es mayor que el de otras profesiones, ya que el atender el dolor de los pacientes con enfermedad terminal, afrontar el proceso de la muerte y encarar situaciones límite en los pacientes con el desempeño de no poder hacer nada o casi nada por su recuperación, puede generar estrés. Se ha indicado que esta percepción de estrés se produce cuando las situaciones a las que se tienen que enfrentar los enfermeros se definen por la urgencia y la toma de

decisiones inmediatas en cuestiones vitales para lograr la sobrevivencia de los pacientes que atiende y brinda cuidado. Todo ello incrementa la probabilidad de consumo de alcohol como forma de afrontar el estrés y sus consecuencias (Frone & Brown, 2012; Rodríguez, Martínez, Juárez, López, Carreño & Medina, 2008).

En el cuidado de la salud en la actualidad, surge el concepto de estrés de conciencia, el cual se define como la falta de congruencia entre la demanda interior, deseos, inclinaciones, creencias, normas, valores y la acción tomada, lo que puede desencadenar en un conflicto de conciencia cuando existen demandas en las cuales se deben tomar decisiones contrarias a lo que se sabe es lo correcto desde el punto de vista ético en el personal profesional que atiende personas enfermas (Glasberg, 2007).

Este estrés de conciencia lo experimentan los proveedores de atención a la salud a menudo en situaciones contradictorias ante las exigencias éticas, cuando se sienten incapaces de proporcionar la calidad de atención que su deber les exige o cuando no cumplen con los estándares de rendimiento y calidad establecidos (Glasberg, 2007).

El estrés de conciencia es un concepto que se deriva de la teoría cognitivo social de Lazarus & Folkman (1984) la que se reafirma por Glasberg et al. (2007). Como los sentimientos que surgen cuando en la toma de decisiones se actúa en contra de lo que el individuo sabe que es correcto desde el punto de vista ético, provocando un conflicto de conciencia, que depende de la percepción del individuo de las demandas ambientales, los recursos y la habilidad para manejar estas demandas y que puede afectar la salud de los profesionales de la salud, incluyendo a enfermería. De otro lado, se ha reportado que la sobrecarga de trabajo, el conflicto de rol y la ambigüedad de rol, parecen ser los factores más críticos en la creación de estrés de conciencia. Un conflicto de conciencia tiene un impacto negativo en el individuo, puesto que la conciencia comprende los valores integrados en la persona, supone un riesgo estar en contra de la propia conciencia (Glasberg, 2007).

El concepto de estrés de conciencia consta de dos dimensiones: 1) las demandas internas: aquellas que le permiten al personal de enfermería mantener su identidad como profesionales buenos de la salud, y 2) la dimensión de demandas externas la cual se define como la consecuencia de la obligación del enfermero de

proporcionar cuidados que le hacen sentir mal, lo anterior puede ocurrir cuando el individuo busca la aprobación de los demás y teme a la desaprobación, lo que puede generar sentimientos de culpa lo cual puede derivar en conflictos de conciencia (Juthberg, Eriksson, Norberg & Sundin, 2007). Del estrés de conciencia se deriva como consecuencia que pueden afectar la salud y el bienestar en los proveedores de la salud lo que a su vez compromete la misma calidad del cuidado, convirtiendo esta problemática en un círculo vicioso (Juthenberg, 2010).

El estrés de conciencia se ha asociado con el agotamiento del personal de salud en diversas áreas hospitalarias y en la atención primaria de la salud, y se ha observado que la sobrecarga de trabajo, las presiones de tiempo y la ambigüedad del rol, pueden dar lugar a pensamientos de incertidumbre acerca de las responsabilidades y la autoridad en el personal de enfermería. Esto, a su vez, puede conducir a que se acentúe el estrés de conciencia en el trabajo. (Juthenberg, 2010). Se considera que el estrés de conciencia puede ser afrontado por diversos mecanismos no saludables como el consumo de alcohol, en virtud de que estudios empíricos han mostrado relación entre percepción de estrés laboral y consumo de alcohol en trabajadores de la salud (Hinojosa, Alonso & Castillo, 2012).

Con respecto al consumo de alcohol, se observa que uno de los factores que afecta directamente el consumo de alcohol es el tipo de trabajo, el trabajador percibe que el consumo de alcohol funciona como favorecedor del trabajo, como reductor de la tensión y como una forma de afrontar el estrés que se produce en el trabajo (Hinojosa, Alonso & Castillo, 2012). Los estudios de consumo de alcohol en trabajadores de la salud, que analizan el consumo de alcohol dentro del ámbito laboral del área de la salud así como de los factores derivados del trabajo clínico que provocan estrés son escasos. (Martínez, Medina & Rivera, 2004). El estudiar el estrés de conciencia como concepto ético, implicado más directamente con el cuidado aportará conocimiento científico al campo del cuidado de enfermería, así mismo se podrá identificar cuales factores producen estrés de conciencia y si estos son afrontados por medio del consumo de alcohol.

Objetivos

- 1) Identificar el tipo de consumo de alcohol en el personal de enfermería por edad, sexo, nivel educativo y categoría laboral.
- 2) Identificar la relación que existe entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería de una institución de salud ubicada en el área metropolitana de Zacatecas, Zacatecas.

MÉTODO

El estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999; Burns & Grove, 2004).

Participantes

Por medio de un muestreo por conveniencia se recolectó información del total de la población de una Institución de Salud Pública en el área Metropolitana de Zacatecas, Zacatecas, obteniendo un total de 201 participantes del área de enfermería (185 mujeres y 16 hombres) de 18 a 65 años de edad, los que contaban con una escolaridad promedio de 17.7 años ($DE=1.7$) y el 59.7% contaba con una categoría laboral de licenciatura en enfermería y el 58.2% de los participantes contaban con escolaridad de nivel licenciatura en enfermería.

Consideraciones éticas

Se contó con la aprobación de los comités de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del hospital donde labora el personal de enfermería, se respetaron los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de salud, 2011) debido a que los participantes firmaron de manera voluntaria un consentimiento informado antes de decidir participar en el estudio y se aseguró la confidencialidad y el anonimato.

Instrumentos

En el presente estudio se utilizaron una Cedula de Datos Personales y Laborales y dos instrumentos: 1. *La escala de estrés de conciencia [SCQ]* y 2. *La Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT]*. La Cédula de Datos Personales y Laborales [CDPYL] estuvo constituida por dos apartados, el primero se dirigió a recabar información sobre datos personales como: edad, sexo, años de escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, estado civil y nivel

de estudios, el cual estuvo conformado por quince reactivos (de respuesta abierta y opción múltiple). En el segundo apartado, el reactivo 16 indagó sobre los tipos de prevalencia de consumo de alcohol (global, lápsica, actual e instantánea), el reactivo 17 recabó información sobre el consumo de alcohol.

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

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

Este instrumento fue utilizado por primera vez en México, el idioma original de los instrumentos era el inglés por lo que se procedió a realizar la traducción por la directora de Tesis y la autora principal del estudio (Alonso & Zorrilla, 2012) utilizando la técnica de traducción inversa (back-translation)

De acuerdo con Burns y Grove (2008) se siguieron los siguientes pasos: 1) Se hizo la traducción del instrumento del idioma original (inglés) al español por un profesional del área de la salud bilingüe cuyo idioma nativo era español, 2) Después se procedió a traducir del inglés al español por un profesional de la traducción cuyo idioma nativo es el inglés, 3) Posteriormente se compararon ambas versiones cuidando que las preguntas mantuvieran el mismo significado y 4) Se identificaron que el total de las preguntas mantuvieran el mismo significado. Posteriormente se realizó un análisis

de contenido por cuatro expertos del área de Bioética y de adicción a las drogas, verificando el concepto de estrés de la vida, la versión original del instrumento escala de estrés de conciencia, de Glasberg et al (2007) y la traducción al español asegurando que se mantenga el sentido de las preguntas del español y comparando con el concepto de estrés de conciencia (Burns y Grove, 2008).

Para el consumo de alcohol se aplicó la Prueba de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol [AUDIT]. Este cuestionario está compuesto por 10 reactivos de opción múltiple que examinaron el consumo excesivo de alcohol. Los reactivos del AUDIT permitieron determinar los patrones de consumo de alcohol de los individuos (consumo sensato, dependiente y dañino). Los reactivos 1 a 3 determinaron la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol y determinaron el consumo sin riesgo o sensato; los reactivos 4 a 6 determinaron el consumo dependiente o de riesgo, y los reactivos 7 a 10 permitieron determinar el consumo perjudicial o dañino. La escala osciló de 0 a 40 puntos donde a mayor puntuación existió mayor consumo de alcohol. Este instrumento ha sido utilizado por Hinojosa, Alonso y Castillo en trabajadores de la salud, en Matamoros, Tamaulipas, donde encontraron un Alpha de Cronbach de .85, así mismo en jóvenes universitarios de Nuevo León se obtuvo una consistencia interna de 0.83 (Armendáriz, Alonso, Moral, López & Alonso, 2012).

Procedimiento

En primer lugar se contó con la aprobación de las Comisiones de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio, a continuación se solicitó por escrito la autorización de los directivos del Hospital donde se realizó el estudio, para la recolección de la información se acudió al hospital y mediante un listado del personal de enfermería proporcionado por los directivos del hospital se abordó a los participantes en sus áreas de trabajo en los distintos turnos: matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, se tomaron en cuenta los horarios más adecuados para el personal de enfermería, se pidió autorización al jefe de piso del Hospital para hablar con el enfermero (a) para hacer la invitación y solicitar su autorización para participar en el estudio.

Las visitas a los enfermeros (as) se llevaron a cabo en los horarios establecidos por las autoridades del hospital para que no interfirieran con su carga laboral. Se

explicó primero el propósito de la investigación, una vez que el trabajador otorgó su consentimiento informado, se procedió con la aplicación de los instrumentos, en primer lugar se contestó la Cédula de Datos Personales y Laborales (CDPyL), posteriormente se contestó la Escala de Estrés de Conciencia (SCQ) y finalmente el AUDIT.

Análisis de datos

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

Para dar respuesta al primer objetivo que indica determinar los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad y categoría laboral se utilizó estadística inferencial a través de la prueba de Chi cuadrada, referente al segundo objetivo que señala identificar la relación de estrés de conciencia y consumo de alcohol, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

RESULTADOS

La consistencia interna de la Escala Estrés de Conciencia (SCQ) obtuvo un valor de Alpha de Cronbach total de .89, en la subescala demandas internas reportó un Alpha de Cronbach de .82 y en la subescala de demandas externas obtuvo un Alpha de Cronbach de .86. El instrumento AUDIT obtuvo un valor Alpha de Cronbach de .74, los cuales se consideran valores aceptables.

En relación al primer objetivo que indica determinar el consumo de allos tipos de consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad y categoría laboral (Tabla 1) y muestran diferencias significativas entre el tipo de consumo de alcohol y la edad ($\chi^2 = 17.06$, $p = .001$), se observó que el personal de enfermería de 40 a 64 años presentó niveles más bajos de consumo (94.5%) que del

grupo de 22 a 39 años de edad. El consumo dependiente fue más alto en el personal de 22 a 39 años (28.4%) que en el grupo de 40 a 64 años y el consumo dañino fue más alto en el personal de 22 a 39 años (5.7%). Los participantes de 22 a 39 años presentaron mayor consumo dependiente y dañino.

Tabla 1. Distribución del consumo de alcohol (AUDIT) en personal de enfermería por edad de 22 a 39 años

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

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

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

Tabla 2. Distribución del consumo de alcohol (AUDIT) en personal de enfermería por sexo

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

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

El tipo de consumo de alcohol del personal de enfermería por escolaridad (carrera técnica, licenciatura, posgrado o especialidad) (Tabla 3) no muestra diferencias significativas ($\chi^2 = 4.51$, $p = .341$).

Tabla 3. Distribución del consumo de alcohol (AUDIT) en personal de enfermería por tiempo de escolarización

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

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

Se observan diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol sensato, dependiente y dañino por categoría laboral del personal de enfermería (tabla 4) que se corresponden con: licenciada en enfermería, enfermera general, enfermera técnica, enfermera auxiliar, enfermera especialista y enfermera administrativa ($\chi^2 = 10.13$, $p = 0.038$).

Se observa que el personal general, técnico y auxiliar presentó en mayor medida consumo sensato (89.7%), en relación al consumo dependiente de alcohol y categoría laboral, el personal con estudios de licenciatura reportó mayor consumo dependiente de alcohol (26.1%) asimismo en el consumo dañino de alcohol por categoría laboral se observa mayor consumo en el personal general, técnico y auxiliar (6.9%) que el que tiene estudios de licenciada y especialista.

Tabla 4. Distribución del consumo de alcohol (AUDIT) en personal de enfermería por categoría laboral

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

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

Respecto al segundo objetivo planteado en el estudio se muestra que el estrés de conciencia total se relaciona positiva y significativamente con el consumo dependiente de alcohol de los participantes en el estudio ($r_s = .198$, $p < .05$), además se observa que las demandas internas se relacionan positiva y significativamente con el consumo dependiente de alcohol del personal de enfermería ($r_s = .204$, $p < .05$) (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre consumo de alcohol (AUDIT) y estrés de conciencia (SCQ) entre el personal de enfermería

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

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

DISCUSIÓN

El estudio permitió conocer la relación entre el estrés de conciencia y el riesgo de consumo de alcohol en el personal de enfermería, los resultados muestran que el tipo de consumo de alcohol sensato fue mayor en el personal de 40 a 64 años (94.5%) que en los participantes de 22 a 39 años (65.9%) a diferencia del tipo de consumo de alcohol dependiente y dañino donde las medias y medianas fueron mayores en los participantes de 22 a 39 años. Lo anterior coincide con estudios realizados en México (Hinojosa et al., 2012), quienes señalan mayor consumo de alcohol en mujeres de 18 a 30 años que en aquellas de 31 a 60 años de edad, los resultados son similares a los encontrados en la Encuesta Nacional de Adicciones (CONADIC, 2011) donde se indica un aumento significativo en el patrón de consumo dependiente de

4.6% en el 2008, a 6.6% en el 2011 en población de 12 a 65 años.

Asimismo los datos reportados coinciden con los datos encontrados en España donde se menciona en la Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (Ministerio de Sanidad [EADDES], 2015) que considerando los últimos 12 meses, el 82.9% de los hombres ha consumido bebidas alcohólicas, esta prevalencia aumenta en el grupo de 25 a 34 años hasta el 86.1%. La extensión del consumo en el grupo femenino es notablemente menor (72.1%), aunque se perciben diferencias en función de la edad (la variación de la prevalencia en función de la edad es más pronunciada que la observada en el grupo masculino). En este sentido, el 76.1% de las mujeres de 15 a 24 años ha bebido alcohol en el último año, mientras que el porcentaje disminuye hasta el 63.7% en el grupo de 55 a 64 años.

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

En el tipo de consumo de alcohol por sexo se encontró que el sexo masculino presentó mayor consumo de alcohol que el personal del sexo femenino ($U= 369.5, p<.001$) esto concuerda con estudios realizados en México por Hinojosa (2012) quien documentó mayor consumo sensato en mujeres. Referente al tipo dependiente de consumo de alcohol del personal de enfermería, la mayor proporción fue de hombres (42.9%) que en mujeres (15.5%), estos resultados coinciden con lo encontrado por Hinojosa et al., (2012), Londoño (2012), Armendáriz (2012), Escamilla (2009) quienes reportaron mayor consumo dependiente en el sexo femenino que en el masculino.

Referente a la prevalencia de consumo de alcohol en la EADDES (2015) realizada en España se menciona que el grupo de 15 a 24 años es el que presenta una menor diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia del alcohol y el grupo de 55 a 64 años es el que muestra mayores diferencias entre ambos sexos. Además se identifica que el 76.1% de las mujeres de 15 a 24 años ha bebido alcohol en el último año,

mientras que el porcentaje disminuye hasta el 63.7% en el grupo de 55 a 64 años. Vicente & Lopez (2014) en España refieren que el mayor porcentaje de bebedores de riesgo se encuentra en la clase social más baja (65,7% en mujeres y 96,7% en hombres), blue collar (53,7% en mujeres y 88,5% en hombres) y no universitarios (80,6% en mujeres y 95,9% en hombres). Son más frecuentes entre 41-50 años en las mujeres (62,7%) y 51-60 años en los hombres (71,3%).

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

Los resultados del estudio muestran que las mujeres beben menos que los hombres, sin embargo, entre los que beben en exceso, las mujeres igualan o sobrepasan a los hombres en la cantidad de problemas que resultan de su consumo de alcohol. Las mujeres con problemas de alcoholismo presentan una mortalidad de 50 a 100 % mayor que la mortalidad de los hombres con problemas de alcoholismo, incluyendo muertes por suicidios, accidentes, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y cirrosis hepática. (NIAA, 2005).

Respecto al tipo de consumo de alcohol por categoría laboral, se encontró diferencia significativa, el personal con categoría de enfermera general, técnica y auxiliar presentó mayor consumo sensato (89.7%) seguido del personal especialista y administrativo (88.5%) y del personal con licenciatura (69.3%), asimismo se observó mayor consumo dependiente en el personal con categoría de licenciado en enfermería (26.1%) seguido del personal administrativo (7.7%) y de los enfermeros generales, técnicos y auxiliares (3.4%), en cuanto al consumo dañino fue mayor en el personal general

,técnico y auxiliar (89.7%) seguido de los especialistas y administrativos (88.5%) y del personal con licenciatura (69.3%).

Los resultados anteriores difieren a los encontrados por Valdez (2009) donde los trabajadores de la salud profesionales reportaron mayor consumo sensato (61.7%) que los trabajadores de la salud no profesionales, a diferencia del tipo de consumo de alcohol dependiente donde los trabajadores no profesionales reportaron mayor consumo (39.3%) que los trabajadores profesionales (24.7%) en la misma tendencia los trabajadores de la salud no profesionales reportaron mayor consumo dañino de alcohol (32.1%) que los participantes profesionales (13.6%).

Estos resultados quizá puedan deberse a que el personal de enfermería se encuentra expuesto a situaciones estresantes en el área hospitalaria que pueden predisponerlo al consumo de alcohol: exigencias de los jefes, peticiones de familiares, estrés ante el cuidado de pacientes y el trato diario con los compañeros situaciones que son homogéneas a cada enfermero(a) de manera indistinta a la categoría con la que cuenta en el área hospitalaria (López, 2010). Los resultados anteriores probablemente puedan ser explicados debido a que las profesiones en riesgo para el consumo de alcohol son aquellas que se desarrollan en ambientes estresantes, con trabajos nocturnos y que requieren de una atención constante, alterando las relaciones laborales, interpersonales, familiares y de salud, se ha visto que los trabajadores de enfermería generalmente actúan en ambientes ocupacionales estresantes (Díaz, 2011).

Los resultados descritos coinciden con el estudio realizado por Lopez (2017) en España en 1180 trabajadores manuales donde se identificó que el 81.78% de la muestra era consumidora de alcohol, mayoritariamente hombres con niveles de consumo moderado a severo en ambos sexos (5.60% leve y 27.05% severo en mujeres y 30.57% leve y 26.74% severo en hombres), es mayor el consumo en niveles moderado-severos en hombre (57.31%), mayor consumo en la clase social II (71.71%), en el trabajo manual (58,66%) y en personas con estudios medios (56.27%).

Aunado a lo anterior se identificó que existe relación positiva significativa entre el estrés de conciencia y el consumo dependiente de alcohol, por lo tanto a mayor estrés de conciencia mayor consumo dependiente.

También existe una relación positiva significativa entre el estrés de conciencia en la subescala de demandas internas y el consumo dependiente, por lo tanto a mayor estrés de conciencia presente en las demandas internas mayor consumo dependiente de alcohol. Los resultados anteriores son relevantes pues no se han localizado hasta el momento estudios que relacionen el estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería

Conclusiones

Se concluye que se encontró diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol por edad siendo el personal de 40 a 64 años quien presentó mayor consumo sensato a diferencia del personal de 20 a 39 años que presentó mayor consumo dependiente y dañino, en el tipo de consumo de alcohol por sexo: el personal femenino presentó mayor consumo sensato de alcohol y el personal masculino mayor consumo dependiente y dañino, no se presentaron diferencias significativas en la escolaridad por tipo de consumo de alcohol en el personal de enfermería, sin embargo en el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral se observó significancia ya que el personal con licenciatura presentó mayor consumo dependiente y el personal general técnico y auxiliar mayor consumo sensato.

Se encontró además correlación positiva significativa entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol, se identificó que a mayor estrés de conciencia total mayor consumo dependiente de alcohol, los datos también muestran que a mayor estrés de conciencia presente en las demandas internas mayor consumo dependiente de alcohol. Es importante mencionar que las situaciones que dan origen al estrés de conciencia pueden persistir durante mucho tiempo y generar sentimientos de culpa que pueden ser afrontados por mecanismos no saludables como lo es el consumo de alcohol. En virtud de los resultados obtenidos del presente estudio donde se identificó la presencia de estrés de conciencia en personal de enfermería se recomienda realizar réplica del estudio en personal de enfermería de una institución de salud privada.

Se sugiere estudiar desde la perspectiva cualitativa aquellos factores que puedan desencadenar estrés de conciencia y las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para afrontarlos. Se recomienda replicar el estudio con un tamaño muestral mayor y realizar un

estudio comparativo con otros sectores sanitarios y profesionales así como en población general. Se sugiere continuar aplicando los instrumentos Escala Estrés de Conciencia (SCQ) y la Prueba de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol (AUDIT), debido a la confiabilidad reportada en este estudio. Se considera es necesario que los comités de ética del área hospitalaria y autoridades competentes desarrollen programas encaminados a reducir el estrés de conciencia en personal de enfermería. Así mismo aplicar intervenciones profesionales y multiprofesionales, encaminadas a que el personal de enfermería desarrolle habilidades y mecanismos de afrontamiento al estrés de conciencia limitando el consumo de alcohol.

REFERENCIAS

- Alonso, C.M.T.J., Alonso, C.M.M., Alonso, C.B.A., Guzmán, L.A. & Araujo A.J.M. (2013). Ensayos especiales. En Domínguez M.O.H (Ed.), Ensayos Selectos en Bioética, Tomo II. (pp. 100-110) México, D.F.
- Alonso, M.M., Álvarez, J.A.J., García, K.S., Rodríguez, Alonso, C. M. T.J., & Armendáriz, N.A. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1):97-114.
- Armendáriz, N.A., Villa, L.M., Alonso, M.M., Alonso, M.T.J., & Oliva N.N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*, 14 (2): 97-112.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2008). *Investigación en Enfermería*. 5.ed. Barcelona (España): Elsevier.
- 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.
- Campa, M.T. & Cruz, R.M. (2005). Consumo de alcohol en trabajadores de una industria en monterrey, México, *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(número especial) ,819-26. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea09.pdf>
- Centro de Integración Juvenil, [CIJ], 2012]. Reporte: Prevalencia del uso de drogas entre pacientes de Primer ingreso a tratamiento en los CIJ del Estado de Zacatecas. Recuperado el 25 de septiembre de 2013 de <http://www.cij.gob.mx/RedAtencion/Resumen/9890R.pdf>
- Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC, 2011]. Encuesta Nacional de Adicciones; (CONADIC, México, D.F.).
- De la Fuente, J.R. & Kershenobich D. (1992) El alcoholismo como problema médico. *RevFacultad de Medicina UNAM*, 35(2) ,47-51
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [EDADES, 2017] Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España; (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España.). Recuperado el 28 de diciembre de 2017 de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/ca/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>.
- Díaz, L. C., Marina, U.C., Taubert, F.F., Amorim, A.L., Barcelos, D.M., Valenzuela, S.S. & Cruz R.M. (2011). El uso de drogas en el personal de enfermería, *Cienc. Enferm*, 17(2) ,37-45.doi 10.4067/S0717-95532011000200005
- Escamilla, Y.S. (2009). Percepción del estrés laboral y consumo de alcohol y tabaco en trabajadores residentes de una comunidad urbana (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León
- Frone, R.M. & Brown, L.A. (2012). Normas como predictor del uso de sustancias y Deterioro del Empleado: Un Estudio de Trabajadores de EE.UU. *J Stud Drogas Alcohol*, 71(4): 526-534.
- Glasberg, A.L. (2007). *Stress of conscience and burnout in healthcare: the danger of deadening one's conscience* (Tesis doctoral, departamento de enfermería, Umea, Suecia). Recuperado de <http://su.divaportal.org/smash/get/diva2:140236/fulltext01>
- Glasberg, A.L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2008). Factors associated with stress of conscience in healthcare, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (2): 249-258. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00522.
- Hinojosa, L., Alonso M.M., & Castillo. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1 (1): 19-25.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). *Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la situación financiera y los riesgos del instituto mexicano del seguro social 2011-2012* .Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20112012/informecompleto.pdf>
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. (2007). Perceptions of conscience in relation to stress of conscience, *Nursing Ethic*, 14 (3): 329-343. doi: 10.1177/0969733007075868
- Juthenberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. (2010). Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care providers in older people. *Journal of Clinical Nursing*; 1(1):1897-1906. doi: 10.1111/jcn.2008.17.issue-14/issuetoc
- Lazarus R, S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping* .New York (USA): Springer Publisher Company.
- Londoño, P.C., Forero, L.P., Rodríguez, L.M, & Mosquera, P.A. (2012). Construction of a cognitive-social model integrated by stages to prevent alcohol abuse in Bogotanuniversity students. *Psicología y Salud*, 22 (2): 235-245.
- Lópes, S.M., Marques, F.C. & Mattia, R.A. (2010) El trabajo en turnos alternados y sus efectos en lo cotidiano del trabajador que beneficia granos, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(6), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_05.pdf
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2008). *Alcohol Alert: Alcohol and other drugs* (NIAA Publicación No.76). Recuperado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA76/AA76.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *El efecto del alcohol sobre la salud* (Publicación No.349). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>

Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Investigación Científica en ciencias de la salud* (6ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Quintero S.M., Padilla L.S, Velázquez R.E. & Mandujano, J.G. (2012). Revisión del problema de consumo de alcohol en jóvenes mexicanos y posibles relaciones con factores ligados a género, *Medwave*, 12 (7). Recuperado de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionTemas>

Rodríguez, A.C., Martínez, N.A., Juárez, F., López, E.K., Carreño, S, & Medina, M.E. (2008). Relación entre consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil. *Salud Mental*, 31(4): 291-297.

Ruiz, F.B.M., VicenteH.M.T., Lladosa, M.S., Capdevila, G.L.M. & López, G.A.A (2017). Prevalencia de consumo de alcohol en trabajadores de la función pública, *Arch Prev Riesgos Labor* 2017; 20 (2): 111-114, doi: 10.12961/apr.2017.20.02.4

Secretaría de salud. (SSA, 2011). Reglamento de la Ley de Salud en materia de Investigación para la salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compit/rlgsmis.html>.

Valdez, E.R (2009) *Estrés laboral relacionado al consumo de alcohol en trabajadores de la salud* (Tesis de maestría inédita).Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.

Vicente, H.M.T. & López, G.A.A. (2014). Consumo de Alcohol en Trabajadores Españoles del Sector Servicios. Variables Sociodemográficas y Laborales Implicadas (Alcohol consumption in occupational environment. Relationship with socio-demographic and labour factors), *Ciencia & Trabajo*, 16 (51) 158-163.