



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis
Consumo de Alcohol y Sensibilidad Ética en Personal de
Enfermería

Presenta:
LE. Beatriz Cortés Barragán

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Asesor de tesis:
MCE. Ma. De Lourdes Morales Espinoza

Julio, 2015.

Resumen

Candidata para el Grado de
Maestra en Enfermería: L.E. Beatriz Cortés Barragán
Fecha de graduación: 2015
Universidad: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Unidad Académica: Facultad de Enfermería
Título de estudio: Consumo de Alcohol y Sensibilidad Ética en
Personal de Enfermería.
Número de páginas: 72
Área de estudio: Adicciones

Introducción. El consumo de alcohol es un problema de salud pública con una tendencia al incremento, la dimensión abarca a los profesionales de enfermería, quienes se encuentran mayor incitados al consumo; este hecho puede afectar la Sensibilidad Ética (SE), de las enfermeras respecto a las personas bajo cuidado, la cual puede estar influenciada por la situación específica del paciente y la experiencia que ésta tenga en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol.

Objetivo. Determinar las diferencias del consumo de alcohol y la sensibilidad ética en enfermeras con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol.

Método. El diseño de estudio fue comparativo transversal, se incluyeron a 110 enfermeras. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra se obtuvo a través de la fórmula para proporciones finitas; se aplicaron una cédula de datos personales y tres cuestionarios. Para dar respuesta a los objetivos se utilizó la prueba t de Student, U de Mann Whitney y prueba χ^2 .

Resultados. El grupo uno presentó una prevalencia global de 87.9% y tipo de consumo de bajo riesgo de 54.5%, 50% reportó sensibilidad ética alta. El grupo dos tuvo 9.1% de prevalencia instantánea y 47.7% tipo de consumo abstemio y de bajo riesgo; 50% reportó sensibilidad ética moderada. No se encontró diferencia estadística del consumo del alcohol ($U = -1.7, p > .05$), prevalencia de consumo de alcohol (Prueba $\chi^2, p > .05$) y sensibilidad ética por grupo ($t = .672, p > .05$). Se encontró diferencia estadística del tipo de consumo de alcohol por grupo ($\chi^2 = 10.2, p = .016$)

Conclusiones. El conocimiento que emana de esta investigación, contribuye en la disminución de consumo de alcohol y en la mejora de la calidad de atención de enfermería para este tipo de pacientes.

Firma del director de tesis _____

Tabla de Contenido

Contenido	Pág.
Capítulo I	
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. Pregunta de Investigación	5
1.3. Marco Conceptual	5
1.3.1. Consumo de Alcohol.	5
1.3.2. Sensibilidad ética.	8
1.4. Estudios Relacionados	10
1.4.1. Consumo de alcohol.	11
1.4.2. Sensibilidad ética.	13
1.5. Operacionalización de Variables	16
1.6. Objetivos	19
1.6.1. Objetivo general.	19
1.6.2. Objetivos específicos.	19
Capítulo II	
Metodología	
2.1. Diseño de Estudio	21
2.2. Población	21
2.3. Muestreo y Muestra	22
2.4. Criterios de Selección	22
2.4.1. Criterios de inclusión.	22

Contenido	Pág.
2.4.2. Criterios de exclusión.	22
2.5. Instrumentos.	22
2.6. Procedimientos	26
2.7. Ética del Estudio	27
2.8. Plan de Análisis Estadístico	29
Capítulo III	
Resultados	
3.1. Características Sociodemográficas en el Personal de Enfermería	31
3.2. Características Sociodemográficas por Grupo	32
3.3. Análisis Descriptivo de la Variable Prevalencia de Consumo de Alcohol	33
3.4. Análisis Descriptivo de la Variable Tipo de Consumo de Alcohol	35
3.5. Análisis Descriptivo de la Variable Sensibilidad Ética	36
3.6. Análisis Descriptivo de los Atributos de la Sensibilidad Ética	38
3.7. Confiabilidad de los Instrumentos	41
3.8. Prueba de Normalidad	41
3.9. Análisis Inferencial	42
3.10. Análisis adicional	44
Capítulo IV	
Discusión	46
4.1 Recomendaciones	53
4.2. Conclusiones	54

Contenido	Pág.
Referencias	55
Apéndices	
A. Cédula de Datos Personales (CDP)	62
B. Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol (CPCA)	65
C. Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM)	67
D. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	69
E. Consentimiento Informado	71

Lista de Tablas

Tabla	Pág.
1. Características sociodemográficas por grupo	32
2. Prevalencia de consumo de alcohol por grupo	33
3. Prevalencia de consumo de alcohol por sexo	34
4. Tipo de consumo de alcohol por grupo	35
5. Tipo de consumo de alcohol por sexo	36
7. Sensibilidad ética por grupo	37
8. Sensibilidad ética por sexo	37
9. Sensibilidad ética por años de experiencia profesional	38
10. Datos descriptivos basales de la sensibilidad ética por grupo	39
11. Datos descriptivos basales de la variable sensibilidad ética por sexo	39
12. Datos descriptivos basales de la variable sensibilidad ética por años de experiencia profesional	40
13. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov	41
14. Prueba U de Mann Whitney para la variable consumo de alcohol por grupo	42
15. Prueba Chi cuadrada para la variable prevalencia de consumo de alcohol por grupo	43
16. Prueba Chi cuadrada para tipo de consumo de alcohol por grupo	43
17. Prueba t de Student para sensibilidad ética por grupo	44

Lista de Figuras

Figura	Pág.
1. Representación esquemática del concepto de sensibilidad ética	9
2. Representación esquemática de la operacionalización de las variables de estudio	18
3. Nivel de consumo de alcohol	45

Capítulo I

1.1. Planteamiento del Problema

El consumo de alcohol es considerado un problema de salud pública con efectos negativos a nivel fisiológico y conductual, su uso nocivo es considerado un factor causal de más de 200 enfermedades, trastornos, traumatismos, accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura, además se le atribuye el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones, el tercer lugar como factor de riesgo de enfermedades y discapacidad y el 3.3 millones de muertes anuales que representan 5.9% de todas las defunciones, porcentaje que asciende a 7.6% en hombres y 4% en mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En el continente americano la carga de enfermedades por uso nocivo de alcohol se encuentra por encima de la media mundial, las prevalencias de mayor consumo se registran en Brasil (14.4%), Jamaica (13.9%), Trinidad y Tobago (13.3%) y Guyana (10.4%), en tanto que Estados Unidos (6%) y México (5%), presentan una prevalencia menor pero significativa (Organización de los Estados de América [OEA], 2013).

En México, el consumo de alcohol tiene una tendencia al incremento en la población adulta de 20 años y más (39.7% en el año 2000 a 53.9% en el año 2012); así como en hombres (53.1% en el año 2006 a 67.8% en el año 2012) y en mujeres (18.5% en el año 2006 a 41.3% en el año 2012). En todos los casos se registra la edad promedio de inicio de consumo a los 18 años y la cerveza como la bebida alcohólica de preferencia, la cual es consumida por 53.6% de hombres y 29.3% de mujeres (Secretaría de Salud [SS], Encuesta Nacional de Adicciones [ENA], 2011; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

La prevalencia de consumo de alcohol aumentó del año 2002 al 2011, el consumo de alcohol alguna vez en la vida (prevalencia global), pasó de 72% a 77.1%; en el último año (prevalencia lápsica), de 51.3% a 55.7%; en el último mes (prevalencia actual), de 22.2% a 35%; y en los últimos siete días (prevalencia instantánea), de 6.5% a 6.3% con un predominio de tipo de consumo dependiente en hombres (11.8%). Estos datos ayudan a comprender las razones del porqué el consumo de alcohol se posiciona en la cuarta causa de mortalidad a nivel nacional con el 25% de las defunciones en el grupo de 20 a 39 años (ENA, 2011; Secretaría de Salud [SS], Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA], 2012).

La situación de consumo de alcohol por regiones en la República Mexicana es diferente, por ejemplo la región centro sur que comprende los estados de Oaxaca, Veracruz, Michoacán y Guerrero, ha presentado un incremento en la prevalencia global en los últimos años (61.1% en el año 2008 a 68% en el año 2011), donde se destaca al alcohol como la principal droga de inicio y la de mayor consumo. Particularmente en el Estado de Oaxaca, el consumo de alcohol tiene un mayor impacto (58%), al estar vinculado con actividades socioculturales; se registra un consumo de alcohol de 10.6% en mujeres y 35.8% en hombres, estos últimos con un consumo diario de 2% y abuso/dependencia de 10.9%, cifras por arriba de la media nacional. Las muertes por consumo de alcohol en Oaxaca, corresponden al 8.3% del total de las defunciones en el país, el 3.5% de las cuales son ocasionadas por enfermedad hepática (ENA, 2008a, 2011b; SISVEA, 2012).

Este panorama epidemiológico abarca todos los grupos inmersos dentro de la sociedad, sin importar el nivel socioeconómico u ocupación. Por ejemplo, los trabajadores de la salud no quedan exentos del consumo de alcohol, específicamente al

tomar como referencia al personal de enfermería, quienes son personas que se encuentran formadas y capacitadas para proporcionar cuidados de enfermería, dedicadas al mantenimiento y promoción del bienestar de las personas (Secretaría de Salud [SS], Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013; OEA, 2014); la literatura señala que son quienes se encuentran mayor incitados al consumo, al estar expuestos a factores laborales adversos como tareas rutinarias, largas jornadas de trabajo, atención de pacientes en situaciones complejas, bajos salarios e insatisfacción laboral, lo que puede ser una búsqueda de satisfacción inmediata o la tendencia a la evasión y al aturdimiento ante determinadas situaciones (Díaz et al., 2011; Ochoa, 2011).

El consumo de alcohol en el personal de enfermería tiene efectos negativos en su desempeño laboral, lo cual es reflejado en atrasos, ausentismo, aumento de ocurrencia de accidentes y acciones inadecuadas que ponen en peligro la vida de las personas (Díaz et al., 2011). Los efectos dependen en gran medida de la cantidad y frecuencia de consumo, es por esto que el consumo de alcohol se clasifica en cinco tipos: abstemio, consumo de bajo riesgo, consumo de alto riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia (Secretaría de Salud [SS], Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009).

De acuerdo a la revisión de la literatura, se conoce que el personal de enfermería consume alcohol, sin embargo existe escasa información al respecto; las limitadas investigaciones han sido dirigidas a trabajadores de la salud con un menor porcentaje de enfermeras, por lo que los datos han sido reportados de manera general, o bien, poco precisos en cuanto a los tipos de prevalencia y tipos de consumo de alcohol.

El consumo de alcohol en el personal de enfermería cobra importancia al condicionar su capacidad de toma de decisiones y afectar de manera negativa las

acciones dirigidas a las personas bajo cuidado (Weaver, Morse, & Mitcham, 2008).

Cabe agregar que esta toma de decisiones también puede estar afectada por la situación específica de la persona bajo cuidado, que con frecuencia es un problemas actual o potencial de abuso de alcohol (Bettancourt & Arena, 2013).

En este sentido, la experiencia que tenga el personal de enfermería en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol, puede ayudar a la detección y confirmación de problemas, así como a la ejecución de intervenciones sencillas pero costo efectivas y canalizar a estas personas a una atención más especializada; si por el contrario no se tiene la experiencia, puede haber dificultades al momento de tomar decisiones y afectar las estrategias para incidir en la atención de este tipo de pacientes (García & Ramírez, 2010; Vargas, 2010; Secretaría de Salud [SS], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2011).

Es por ello que la capacidad de toma de decisiones en enfermería, que puede ser nombrada también como sensibilidad ética, tiene gran relevancia en el fenómeno del consumo de alcohol. La sensibilidad ética que tiene sustento en tres atributos: la percepción moral, la afectividad y las lealtades divididas, es un concepto reciente que ha sido poco estudiado; sin embargo, los investigadores que lo han analizado, lo relacionan con la empatía, la edad, la intuición, el ambiente psicosocial del trabajo y los años de experiencia profesional; de esta forma se describe que a mayor años de experiencia profesional, existe una mayor sensibilidad ética (Alonso et al., 2013; Díaz et al., 2011; Jaafarpour, 2012; Lützén, Blom, Ewalds, & Winch, 2010; Weaver, Morse, & Mitcham, 2008).

Hasta el momento no se han encontrado investigaciones que comparen el consumo de alcohol y la sensibilidad ética en personal de enfermería con y sin

experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol; se considera que puede haber diferencias que señalen la relevancia que tiene el hecho de tener experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Es por esto que se considera necesario aportar conocimiento y ampliar la capacidad de hacer frente a este problema, dado que el personal de enfermería requiere de congruencia para perseguir la adopción de conductas saludables (Díaz & Palucci, 2010; Díaz et al., 2011).

En razón del planteamiento anterior, el problema de estudio se delimita con la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la diferencia del consumo de alcohol y la sensibilidad ética en el personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol?

1.3. Marco Conceptual

Los conceptos que guiarán el presente estudio serán el consumo de alcohol, prevalencia y tipo de consumo de acuerdo con Tapia (como se citó en Hinojosa, Alonso, & Castillo, 2012) y De la Fuente y Kershenovich (como se citó en Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009) y la sensibilidad ética descrita por Weaver, Morse y Mitcham (2008).

1.3.1. Consumo de alcohol.

El consumo de alcohol es la autoadministración de etanol en el organismo, considerado al alcohol como una droga con propiedad sedante/hipnótica. Los efectos inmediatos ante la autoadministración de alcohol, comienzan a los cinco minutos y alcanzan el máximo a los 30-45. Las sensaciones inician con un estado de relajación,

bienestar y desinhibición; sin embargo a medida que el consumo aumenta, estos efectos son contrarrestados por otros desagradables como reducción de las capacidades cognitivas (pensamiento), sensoriales (audición, visión) y motoras (habla, destrezas motoras finas, lentitud de reacción, debilidad muscular), vértigo, desequilibrio, náuseas y vómitos, efectos que pueden llevar a la pérdida de conciencia y al coma (Sarasa et al., 2014).

El desequilibrio físico y mental que genera el consumo de alcohol a largo plazo, tiene efectos sociales graves en la persona; en el ámbito laboral el consumo de alcohol tiene gran impacto en la población económicamente activa, dado que afecta la salud, la calidad de vida y el rendimiento, lo que disminuye la calidad en el trabajo, la del equipo, la productividad y desempeño; esto puede ser causa de conflictos, ausentismo laboral, accidentes e incapacidad por enfermedades asociadas al consumo (CONADIC, 2011).

Para conocer el panorama epidemiológico del consumo de alcohol, es sustancial conocer su prevalencia, definida como la proporción de individuos de una población que consume alcohol en un momento dado, la cual se clasifica de acuerdo con Tapia (como se citó en Hinojosa, Alonso, & Castillo, 2012), en cuatro tipos: global, lápsica, actual e instantánea.

El primer tipo, prevalencia global, es el número de personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida; el segundo tipo, prevalencia lápsica, es el número de personas que consumieron alcohol en el último año; el tercer tipo, prevalencia actual, es el número de personas que han consumido alcohol en el último mes; y el tercer tipo, prevalencia instantánea, se refiere al número de personas que han consumido alcohol en los últimos siete días.

El panorama epidemiológico de la prevalencia de consumo de alcohol comprende el conocimiento de la edad de inicio de consumo, la bebida de preferencia y la cantidad de Unidades de Bebida Estándar (UBE), ingeridas por ocasión; es por ello que resulta importante mencionar que una cerveza al 5% de alcohol, con un volumen de 330ml, es considerada como una UBE, la cual contiene 13g de etanol al aplicar el factor de conversión que refiere que por cada mililitro de etanol, existen 0.79 gramos de etanol puro (Babor & Higgins, 2001).

De la Fuente y Kershenovich (como se citó en Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009), describió cuatro tipos de consumo de alcohol: abstemio, consumo de bajo riesgo, consumo de alto riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia.

El primer tipo de consumo, abstemio, comprende a las personas que nunca han consumido alcohol. El segundo tipo de consumo, consumo de bajo riesgo, comprende a las personas que han consumido pero en cantidades mínimas, es decir, que el consumo se encuentran dentro de las pautas legales y médicas; y que es poco probable que se deriven problemas relacionados con el alcohol. El tercer tipo de consumo, consumo de alto riesgo, comprende a las personas con un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito de consumo persiste. El cuarto tipo de consumo, perjudicial, se define como un patrón de consumo de bebida que ya ha causado daño para la salud, conlleva un daño físico (daño hepático debido al consumo de alcohol) y mental (episodios depresivos derivados del consumo), además de estar asociado a consecuencias sociales adversas de diversa índole. El quinto tipo de consumo, probable dependencia, es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol, estos fenómenos típicamente incluyen el deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para

controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

1.3.2. Sensibilidad ética.

Originalmente la sensibilidad ética era conocida como sensibilidad moral y era atribuida al profesional con habilidad para interpretar situaciones que requirieran acciones en bienestar del otro; sin embargo con la adopción de códigos de ética, este concepto evolucionó (Bebeau, Rest, & Yamoore, 1985).

De acuerdo al análisis de concepto que resultó del trabajo de Weaver, Morse y Mitcham (2008), la sensibilidad ética es definida como la capacidad del profesional de enfermería para tomar decisiones con inteligencia y compasión respecto a una situación específica de la persona bajo cuidado. La sensibilidad ética se compone de tres elementos que influyen en su desarrollo: las precondiciones, atributos y resultado (Figura 1).

El primer elemento de la sensibilidad ética, precondiciones, incluye dos perspectivas: la primera perspectiva es la que tenga el profesional de enfermería de la persona bajo cuidado; y la segunda perspectiva es la que tenga el profesional de enfermería de sí mismo ante una situación específica.

La primera perspectiva, de la persona bajo cuidado, se encuentra asociada al sufrimiento y vulnerabilidad que esté presentado el paciente, lo cual puede ser a causa de un suceso específico o enfermedad. La segunda perspectiva, que tenga el profesional de sí mismo, comprende la incertidumbre al no saber qué es lo correcto; la apertura para

obtener conocimiento de los demás; la obligación de actuar frente al sufrimiento; y el valor para actuar y enfrentar concepciones fijas de responsabilidad.

Figura 1

Representación esquemática del concepto de sensibilidad ética

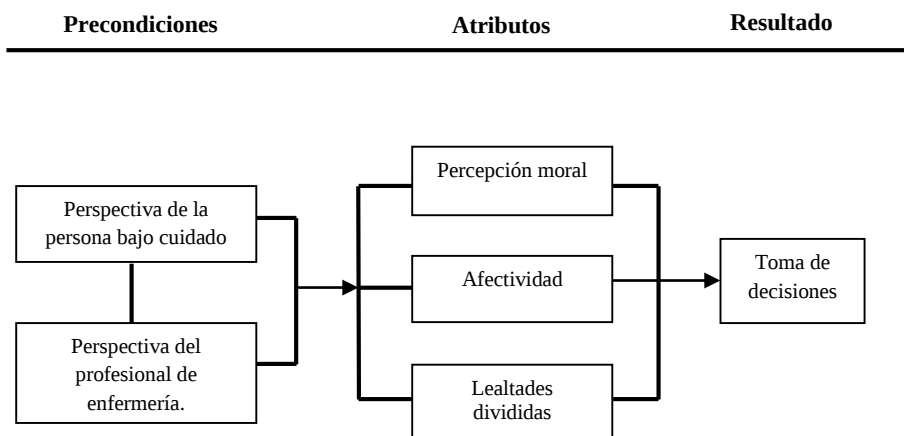


Figura 1. Análisis conceptual de sensibilidad ética por Weaver, Morse y Mitcham, 2008.

El segundo elemento de la sensibilidad ética, atributos, incluye la percepción moral, la afectividad y las lealtades divididas.

El primer atributo, percepción moral, alude a una discriminación intuitiva para la percepción de necesidades del otro, es decir, se pueden llevar a cabo acciones de manera no reflexiva; la preocupación experimentada por el otro despierta el conocimiento personal influenciado por los valores, que finalmente guían el interés por el individuo; esta percepción moral es particular en cada profesional y depende de las experiencias previas, así como de la magnitud del problema en el que se sitúe (Narváez, 1991).

El segundo atributo, afectividad, se puede expresar como el valor de actuar y la capacidad de argumentar acciones en beneficio del otro; un despertar más profundo que

denota la presencia de un sentimiento de aprehensión, por lo que la conexión del profesional es más amplia ante su formación académica, experiencia profesional y su comprensión de lo que significa ser humano (Crowden, 2004; Simpson & Garrison, 1995).

El tercer atributo, lealtades divididas, contempla las estrategias de interpretación, justificación y reflexión; la interpretación o traducción contextual permite entender lo que realmente está pasando, más allá de las apariencias, ya sea de una percepción moral auténtica o de una contradictoria. Es entonces cuando el profesional de enfermería adopta estrategias de justificación para comparar las demandas de la situación en particular con los estándares externos, por lo que reconoce las implicaciones éticas. Las elecciones se guían por la conciencia de los principios éticos, morales, la trascendencia en el contexto y las necesidades e intereses de los involucrados; finalmente el profesional utiliza la reflexión y analiza la decisión más viable (Thornton, 1999).

El tercer elemento de la sensibilidad ética, resultado, comprende la decisión más viable en beneficio de la persona bajo cuidado; esta decisión que se orienta finalmente en la atención de la persona, genera en el profesional de enfermería, un estado de bienestar, satisfacción, crecimiento personal y profesional, así como la obtención de experiencia (Benjamín, 1991; Nordgren, 1998).

1.4. Estudios Relacionados

Una vez efectuada la revisión de literatura sobre las variables de estudio, se mencionan a continuación los estudios relacionados de consumo de alcohol y sensibilidad ética.

1.4.1. Consumo de alcohol.

Juárez, Pérez, Valverde y Rosa (2015), realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de conocer el consumo de alcohol en 135 enfermeras (os), de Andalucía España, esto a través de encuestas autoadministradas por vía electrónica. De acuerdo a los hallazgos, 87% fueron mujeres, la edad promedio en años fue de 27.4 ($DE = 5.6$). Respecto a la especialidad, 13 enfermeras eran especialistas en salud mental, 12 en medicina del trabajo, 15 en enfermería familiar, 18 matronas y 17 con especialidad en pediatría. De acuerdo al tipo de consumo de alcohol, se encontró que 22.1% de las enfermeras eran abstemias, el 63.6% tenía un consumo intermitente u ocasional, el 13.6% un consumo asociado al ocio y el 0.6% un consumo diario; la bebida más consumida fue la cerveza ($M = 3.6$, $DE = 3.9$ UBE por semana), con una edad promedio de inicio de consumo de 16.5 años ($DE = 2.2$).

Valverde, Pérez y Moreno (2013), realizaron un estudio transversal con el objetivo de describir el consumo de drogas en 174 Especialistas Internos Residentes (EIR), en 17 centros docentes de una provincia en España. El instrumento utilizado fue un cuestionario validado y autoadministrado vía correo electrónico. Del total de encuestados 70% eran mujeres. Los resultados generales reportan diferencias en el consumo de alcohol por sexo, siendo superior en hombres ($M = 7.8$, $DE = 8.3$), que en mujeres ($M = 4.9$, $DE = 3.5$) ($t = 2.5$, $p = .013$).

Del total de residentes encuestados, el 7% correspondió a enfermería, de las cuales el 75% fueron enfermeras especialistas en obstetricia, 17% en farmacología y 8% en enfermería del trabajo. La edad promedio para las enfermeras fue de 28 años ($DE = 1.5$), la prevalencia global de consumo de alcohol fue de 68%, con una edad de inicio de consumo de 15.6 años ($DE = 1.2$); la cerveza fue la bebida más consumida

($M = 1.5$, $DE = 2$ UBE por semana), seguida de los combinados ($M = 1.3$, $DE = 1.5$ UBE por semana).

Velasco (2013), realizó un estudio transversal con el objetivo de evaluar el consumo de alcohol en 19,532 trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de 35 delegaciones. Los resultados mostraron que el 37.6% de los trabajadores eran hombres con una mayor frecuencia de edad de 40.7 años, valor mínimo de 18 y máximo de 79 años; el 62.3% fueron mujeres con una mayor frecuencia de edad de 40.4 años, valor mínimo de 18 y máximo de 77 años. De acuerdo al total de personal de enfermería, el 39.6% de hombres presentó consumo de alcohol de riesgo (en los últimos 12 meses ha bebido tres o más bebidas en un periodo menor a tres horas o en más de tres ocasiones), con un 20% de dependencia tipo uno (terminar bebiendo más de lo que planeó inicialmente). El 9% de las mujeres presentaron consumo de alcohol de riesgo con el 8.4% de dependencia tipo uno.

Hinojosa, Alonso y Castillo (2012), efectuaron un estudio descriptivo con el objetivo de determinar el consumo de alcohol por edad, género y categoría laboral en 167 trabajadores de un hospital general del sector salud de la ciudad de Matamoros, donde utilizaron el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Se obtuvo que el 62.9% eran mujeres, el 68.2% con estado civil casadas y el 18.6% solteras, el 65.8% con escolaridad de nivel profesional y posgrado. Respecto al tipo de consumo de alcohol por sexo, los hombres presentaron el 42.9% de consumo de riesgo, el 30.2% de consumo dependiente y el 27% de consumo perjudicial; las mujeres el 83.7% de consumo de riesgo, el 14.4% de consumo dependiente y el 1.9% de consumo perjudicial.

Lara, Vargas y Salcedo (2012), realizaron un estudio transversal con el objetivo de identificar las frecuencias de consumo de alcohol y establecer la prevalencia de consumo de alcohol en 58 profesionales (20 enfermeros y 38 médicos), de la salud de dos instituciones prestadoras de salud de Bogotá, en el cual se utilizó el instrumento de Índice de Screening de Alcoholismo (CAGE), para el tamizaje del abuso de alcohol. Del total de profesionales de la salud, el 34.4% eran enfermeras (os), con una edad más frecuente de 34 años (16.7%), en este grupo predominaron las mujeres (85%). El alcohol fue considerado como la sustancia de mayor uso (60%); la prevalencia global encontrada fue de 8.3%, el 30% bebió menos de una vez por semana, el 15% tanto una vez por semana como en el último mes y el 2% indicó el deseo de dejar de beber alcohol.

González y Pérez (2011), efectuaron un estudio no experimental, tipo post-facto, transversal, descriptivo, analítico con el objetivo de identificar el consumo de alcohol en 5,662 trabajadores pertenecientes a 20 hospitales del sector salud de la Ciudad de México, donde se utilizó el AUDIT como instrumento de medición. Del total de trabajadores el 28.8% eran enfermeras (os), el 20.6% médicos, el 15.4% de área administrativa, el 13.2% de servicios básicos, el 6.8% de asistencia médica y el 15.2% de otras áreas. Se encontró que el 52.1% del total de trabajadores eran mujeres, con edad promedio de 39.6años, el 53.8% eran casados con un promedio de antigüedad laboral de 18.5 años; la mayor parte del personal se desempeñaba en el turno matutino (61.3%). El consumo de alcohol tuvo una asociación significativa con la antigüedad laboral de 5.1 a 10 años ($\chi^2 = 0.78$, $p < .05$) y el nivel académico de bachillerato ($\chi^2 = 0.85$, $p < .05$).

1.4.2. Sensibilidad ética.

Hanna y Mona (2014), realizaron un estudio transversal con el objetivo de identificar la sensibilidad ética en 93 miembros del personal de enfermería en 12

unidades psiquiátricas de Suecia, esto a través del Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM). Se obtuvo que el 78% del personal de enfermería eran mujeres, el 86% empleadas de forma permanente con un rango de edad de 21 a 65 años, 38 eran enfermeras y 55 asistentes de enfermería. De acuerdo a los tres atributos de la sensibilidad ética, se encontró el 13.6% de percepción moral y el 14.2% de afectividad en las enfermeras, mientras que las asistentes de enfermería presentaron el 14.2% de percepción moral y el 15% de afectividad.

Alonso et al. (2013), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación y efecto de factores personales, laborales, éticos, empatía e intuición en la sensibilidad ética en 35 profesionales de enfermería de una institución educativa superior en Nuevo León, México. Se utilizó el CSM, donde los resultados mostraron que la empatía tenía correlación positiva significativa con la sensibilidad ética ($r_s = .371$, $p < .01$), mientras que la intuición, presentó una correlación significativa inversa ($r_s = -.106$, $p < .01$). El modelo fue significativo para la sensibilidad ética; para los profesores los predictores fueron la empatía, edad, experiencia clínica e intuición (54% varianza explicada).

Jaafarpour (2012), efectuó un estudio descriptivo y correlacional con el objetivo de establecer la relación entre el ambiente de trabajo y los niveles de sensibilidad ética en 120 enfermeras de los hospitales de Ilam, Irán. Los investigadores utilizaron el CSM para la variable en estudio. Los resultados reportaron que el 66.6% de los entrevistados eran mujeres, el promedio de edad fue de 34 años ($DE = 5.2$), el 75% con estado civil casada (o), con un promedio de experiencia profesional de 8.6 años ($DE = 5.4$).

La sensibilidad ética en el personal de enfermería se reportó con un nivel moderado ($M = 112.3$, $DE = 11.2$). De acuerdo a las preguntas del CSM y los

componentes del ambiente en el trabajo, se obtuvo una dirección correlacional significativa para los valores en la atención con la colaboración y buena comunicación ($r = .27, p < .05$), deseo de proporcionar una atención de calidad con la motivación en el trabajo ($r = .31, p < .05$) y deseo de proporcionar una atención de calidad ($r = .29, p < .05$), ante dilemas éticos con la colaboración y buena comunicación.

Lützén, Blom, Ewalds y Winch (2010), realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de determinar la sensibilidad ética en 49 enfermeras de un sector de psiquiatría en Suecia. El instrumento utilizado fue el CSM, los resultados indicaron que las enfermeras de 44-54 años, presentaban más dificultad para lidiar con sus emociones que las más jóvenes ($M = 2.73, DE = 0.15$, versus $M = 2.07, DE = 0.22$; $t(27) = 2.486, p = .019$).

En cuanto a la relación de la experiencia profesional y la sensibilidad ética, se reportó que las enfermeras con experiencia de uno a cinco años, tienden a una menor sensibilidad ética comparada con las enfermeras que tienen de seis a 10 años de experiencia ($M = 31.38, DE = 1.62$, versus $M = 37.33, DE = .67$; $t(14) = 1.7, p = .054$). Las enfermeras con uno a cinco años de experiencia profesional se sentían más optimistas en relación al ambiente laboral en comparación con las que tenían de seis a 10 años ($M = 103.9, DE = 2.35$, versus $M = 91.0, DE = 8.02$; $t(14) = 2.1, p = .026$).

Las enfermeras con seis a 10 años de experiencia profesional se habían sentido más satisfechas con la atención que brindaron durante el mes anterior que las que tenían una experiencia mayor a 10 años ($M = 3.0, DE = 0.00$, versus $M = 2.7, DE = .13, t(29) = 2.3, p = .026, IC 95\%$), lo que concordó con las afirmaciones "Tengo una muy buena capacidad en saber cómo hablar con los pacientes sobre asuntos difíciles"

($M = 5.67$, $DE = 0.33$, versus $M = 4.54$, $DE = 0.27$; $t(14) = 1.9$, $p = .039$) y “Es fácil saber lo que es bueno o malo para el paciente cuando puedo trabajar de acuerdo a los procedimientos y normas establecidas ”($M = 5.67$, $DE = 0.33$, versus $M = 3.69$, $DE = 0.43$, $t(14) = 2.1$, $p = .026$). La afirmación “En la reunión con los pacientes siempre estoy al tanto del equilibrio entre la capacidad para el bien y el riesgo de causar un daño”, se predijo el 10.2% de carga moral.

1.5. Operacionalización de Variables

Prevalencia de consumo de alcohol: se refiere al personal de enfermería que consumen bebidas alcohólicas en un tiempo determinado, esto en relación al consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana. La prevalencia de consumo de alcohol fue medida a través del Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol (CPCA), de Alonso (2012).

Consumo de alcohol: es la ingesta de cualquier bebida alcohólica por parte del personal de enfermería en un día típico.

Abstemio: es el tipo de consumo que contempla al personal de enfermería que no consume alcohol.

Consumo de bajo riesgo: se refiere al personal de enfermería que consume alcohol pero en cantidades menores; la cantidad y frecuencia mínima en que consumen hace poco probable que presenten alguna afectación para la salud relacionada con el alcohol.

Consumo de alto riesgo: es el tipo de consumo en el que el personal de enfermería consume cantidades mayores y más frecuentes de alcohol, por lo que incrementa el riesgo de consecuencias para la salud, sobre todo si el hábito persiste.

Consumo perjudicial: es el tipo de consumo de alcohol en el que el personal de enfermería consume de forma regular, por lo que se pueden tener consecuencias para la salud física y mental, además de generar consecuencias adversas en el trabajo.

Probable dependencia: es el tipo de consumo donde el personal de enfermería ingiere de forma repetida bebidas alcohólicas, se experimentan deseos intensos e incontrolables de consumir alcohol y se continúa con este consumo a pesar de tener daños perjudiciales. Los tres tipos de consumo de alcohol antes mencionados, fueron evaluados por el instrumento AUDIT de Babor y Higgins (como se citó en Hinojosa, Alonso, & Castillo, 2012).

Sensibilidad ética: es la capacidad que tiene el personal de enfermería para decidir respecto a las personas bajo cuidado.

Percepción moral: es la presencia de valores morales que pueden ser opuestos o contradictorios al momento de tomar una decisión en la práctica de enfermería.

Afectividad: es la capacidad de respuesta del personal de enfermería ante el conocimiento obtenido durante su formación académica, por lo que es comprendido el significado de ser humano de una forma integral que le permite tener argumentos para decidir en la atención de las personas bajo cuidado.

Lealtades divididas: son los conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre las normas legales y éticas que guían su actuar; este conocimiento ayuda a tomar decisiones viables en beneficio de la persona bajo cuidado. La sensibilidad ética y los tres atributos que la conforman, fueron evaluados a través del instrumento abreviado como CSM de Lützén, Dahlqvist, Erickson y Norberg (traducido y adaptado por Alonso, 2012).

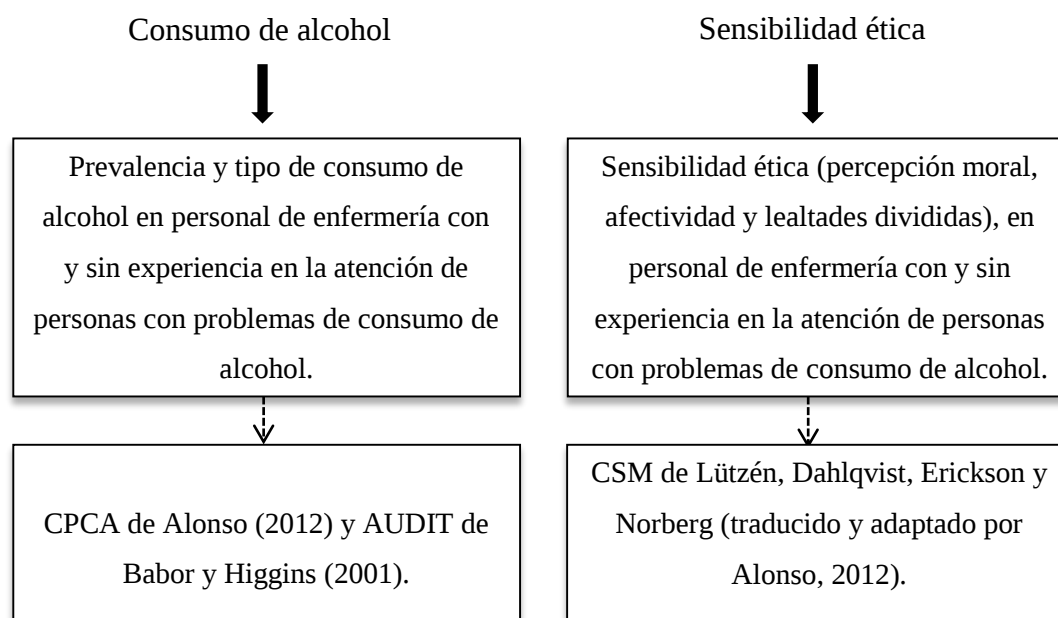
Grupo: se refiere al personal de enfermería que puede tener o no experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol.

Personal de enfermería: son las personas formadas para proporcionar cuidados de enfermería, las cuales pueden ser enfermeras generales o auxiliares.

En razón de lo anterior, se representa en la figura 2, la forma esquemática de las variables de estudio.

Figura 2

Representación esquemática de la operacionalización de las variables de estudio



Nota: CPCA = Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol; AUDIT = Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol; CSM = Cuestionario de Sensibilidad Moral.

De acuerdo a la operacionalización de las variables, cabe señalar que para fines de esta investigación, la muestra fue dividida en dos grupos: personal de enfermería con

y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol (grupo uno y grupo dos).

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general.

Determinar las diferencias de consumo de alcohol (prevalencia y tipo de consumo de alcohol) y la sensibilidad ética en el personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol.

1.6.2. Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas en el personal de enfermería, de forma general y por grupo (personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol).
2. Describir la prevalencia de consumo de alcohol (tipo global, lápsica, actual e instantánea), por grupo (personal con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol) y sexo.
3. Describir el tipo de consumo de alcohol (abstemio, de bajo riesgo, de alto riesgo, perjudicial y probable dependencia), por grupo y sexo.
4. Describir la sensibilidad ética por grupo, sexo y años de experiencia profesional.
5. Describir los atributos de la sensibilidad ética (atributos percepción moral, afectividad y lealtades divididas), por grupo, sexo y años de experiencia profesional.
6. Identificar si existen diferencias estadísticas del consumo de alcohol por grupo.
7. Identificar si existen diferencias estadísticas de la prevalencia de consumo de alcohol por grupo.

8. Identificar si existen diferencias estadísticas en el tipo de consumo de alcohol por grupo.
9. Identificar si existen diferencias estadísticas de la sensibilidad ética por grupo.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño de estudio, la población, muestreo y muestra. Se señalan los criterios de selección, instrumentos de medición, procedimientos, consideraciones éticas y plan de análisis estadístico.

2.1. Diseño de Estudio

El diseño de estudio fue de tipo transversal y comparativo; se observó el fenómeno de consumo de alcohol y sensibilidad ética en condiciones naturales basado en la realidad. Se clasificó como tipo transversal comparativo, dado que se llevó a cabo una sola medición de las variables donde se describieron las diferencias encontradas entre dos grupos de estudio (personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol) y una sola medición de las variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

2.2. Población

La población de interés fue constituida por 129 enfermeras de un hospital de segundo nivel del estado de Oaxaca.

2.3. Muestreo y Muestra

Se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia; y dado que la población fue previamente conocida, la muestra se calculó a partir de la siguiente fórmula para proporciones finitas:

$$n = \frac{NZ^2Pq}{Nd^2 + Z^2pq}$$

Dónde:

$N = 129$ (población total)

$Z = 1.96$ (valor de Z en la tabla)

$p = 0.65$ (% de éxito)

$q = 0.5$

$d = 0.04$ (error de muestreo)

Una vez sustituidos los valores en la fórmula, se obtuvo un valor de $n = 110$ enfermeras (Polit & Beck, 2004).

2.4. Criterios de Selección

2.4.1. Criterios de inclusión.

Personal de enfermería (enfermeras generales y auxiliares).

2.4.2. Criterios de exclusión.

Personal de enfermería en periodo vacacional, de incapacidad y que no aceptara participar en el estudio.

2.5. Instrumentos

Se aplicó una Cédula de Datos Personales, abreviada como CDP (Cortés, 2014) y tres cuestionarios: 1. Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol, abreviado como CPCA de Alonso (2012), 2. Cuestionario de Sensibilidad Moral, abreviado como CSM de Lütznén, Dahlqvist, Erickson y Norberg (traducción y adaptación de Alonso, 2012) y 3. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol, abreviado como AUDIT, de Babor y Higgins (como se citó en Hinojosa, Alonso, & Castillo, 2012).

La CDP (Cortés, 2014), estuvo conformada por 11 preguntas que indagan acerca de datos personales, religión, grado de escolaridad y datos laborales como años de experiencia profesional, turno, área de desempeño, servicio y experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol (Apéndice A).

El CPCA (Alonso, 2012), comprendió siete preguntas que valoran los tipos de prevalencia de consumo de alcohol (global, lápsica, actual e instantánea), edad de inicio de consumo, cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión y bebida alcohólica de preferencia. Las opciones de respuesta fueron de tipo dicotómico y de opción múltiple (Apéndice B).

La prevalencia de consumo de alcohol fue calculada de la siguiente manera: número de enfermeras que consumen bebidas alcohólicas en un tiempo determinado (alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes, en los últimos siete días), dividido entre el total de la población estudiada ($n=110$) y multiplicada por un factor de 100 (Moreno, López, & Corcho, 2000).

El CSM, originalmente de Lützén, Nordstrom y Evertzon (1995), se encontraba en idioma inglés con un total de 30 ítems. Posteriormente Lützén, Dahlqvist, Erickson y Norberg (2006), realizaron un análisis del instrumento y consideraron reducirlo a nueve ítems. Años más tarde, Alonso (2012), para su estandarización y validez en idioma español, sometió el CSM a una técnica de traducción inversa; posteriormente el cuestionario fue sometido a un análisis por un panel de expertos, quienes valoraron consistencia interna, claridad de las preguntas y claridad en la conceptualización. Esta versión en español reportó un alfa de Cronbach de .76, por lo que fue considerado aceptable para su aplicación en este estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

El CSM de Lützén, Dahlqvist, Erickson y Norberg (traducido y adaptado por Alonso, 2012), cuenta con nueve ítems con una escala de respuesta de tipo Likert, las seis opciones de respuesta para cada pregunta son: 1= Completamente en desacuerdo, 2= Frecuentemente en desacuerdo, 3=Algunas veces en desacuerdo, 4= Algunas veces de acuerdo, 5= Frecuentemente de acuerdo y 6= Completamente de acuerdo; la puntuación tiene un valor mínimo de nueve y máximo de 54. Dado que Alonso (2012), no menciona los puntos de corte para conocer el nivel de sensibilidad ética, se consideró convertir la puntuación total del CSM en índices, escala de 0 a 100, por lo que se aplicaron los siguientes puntos de corte: nivel bajo de 0 a 33, nivel moderado de 34 a 66 y nivel alto de 67 a 100.

El CSM (traducción y adaptación de Alonso, 2012), contiene tres categorías: carga moral, fortaleza moral y responsabilidad moral. La primera categoría, carga moral, comprende la pregunta cuatro, seis, siete y ocho; esta primera categoría, permite conocer el primer atributo de la sensibilidad ética, percepción moral. La segunda categoría, fortaleza moral, contempla la pregunta dos, tres y cinco, la cual posibilita la comprensión del segundo atributo de la sensibilidad ética, afectividad. La tercera categoría, responsabilidad moral, incluye las preguntas uno y nueve, la cual proporciona información respecto al tercer atributo de la sensibilidad ética, lealtades divididas (Apéndice C).

El AUDIT de Babor y Higgins (como se citó en Hinojosa, Alonso, & Castillo, 2012), fue indicado para obtener un método simple de detección de consumo de alcohol que proporcionara un marco de trabajo de intervenciones breves para ayudar a los bebedores a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello evitar consecuencias perjudiciales (Apéndice D).

La primera edición del AUDIT fue publicada en 1989 y actualizada en 1992, a partir de la última actualización realizada en el 2001, ha sido utilizado en diversos países como España, Australia, Reino Unido, Colombia y Brasil, donde se han reportado valores de alfa de Cronbach entre .75 y .90 (Álvarez, Gallego, Latorre, & Bermejo, 2001; Moretti & Corradi, 2011; Villegas, Alonso, Benavides, & Guzmán, 2013).

En población mexicana, el AUDIT ha sido aplicado a trabajadores de la salud y trabajadores industriales, donde se han reportado valores de alfa de Cronbach entre .80 y .90 (Maya, 2002; Vargas, Moreno, & Alonso, 2005). De acuerdo a lo anterior, se consideró pertinente la utilización del AUDIT para la medición del tipo de consumo de alcohol en profesionales de enfermería (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

El AUDIT consta de 10 ítems, que examinan el tipo de consumo de alcohol durante los últimos 12 meses, las opciones de respuesta de cada pregunta tienen una escala de puntuación de cero a cuatro, por lo que la puntuación total del AUDIT tiene un valor mínimo de cero y máximo de 40 puntos. Para determinar el nivel de consumo de alcohol se refiere que a mayor puntuación, mayor consumo de alcohol; los puntos de corte para determinar un nivel de consumo son: puntuación de 0-7 un nivel bajo, puntuación de 8-15 un nivel medio y mayor a 16 puntos un nivel alto (Babor & Higgins, 2001).

Una interpretación detallada del AUDIT que permite conocer los tipos de consumo de alcohol es la siguiente: una puntuación de 0 se interpreta como abstinencia, de 1 a 7 de bajo riesgo, de 8 a 15 consumo de alto riesgo, de 16 a 19 consumo perjudicial y de 20 a 40 probable dependencia (Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009).

2.6. Procedimientos

Para poder llevar a cabo el presente estudio e iniciar con la recolección de datos, primero se solicitó la aprobación a la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrados (SIEP), de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP), simultáneamente la SIEP solicitó autorización para la aplicación del estudio. Una vez emitido el oficio de solicitud de autorización, se acudió a la institución hospitalaria para su entrega a los directivos correspondientes. Una vez obtenida la autorización por parte de los directivos, se identificó al personal de enfermería que labora en los diferentes turnos: matutino, vespertino, nocturno y guardia especial (jornada acumulada sábado y domingo; y días festivos).

Posteriormente se hizo presencia en los diferentes turnos y áreas, junto con los directivos correspondientes, con la finalidad de informar la presencia del investigador para la recolección de datos, por lo que se mencionó el título de la investigación, objetivo y su contribución, de esta manera se hizo la invitación al personal de enfermería para su participación en el estudio.

El personal de enfermería que estaba en su servicio y que aceptó participar en ese momento, fue captado para que se le otorgara el consentimiento informado; y una vez firmada dicha autorización, se les otorgó la CDP y los tres cuestionarios a contestar en el siguiente orden: 1) CPCA, 2) CSM y 3) AUDIT. Una vez terminado el llenado, se les indicó que colocaran los cuestionarios en un sobre para garantizar el anonimato y resguardo de la información. Se dio las gracias al personal de enfermería por su participación y se dio por terminada la recolección de datos. Dicho proceso se realizó en las diferentes áreas hasta completar la muestra correspondiente.

2.7. Ética del Estudio

El presente estudio se encontró regido por normas que garantizaron la dignidad y bienestar de la persona durante la investigación, es por esto que se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 2014).

Se consideró lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde se declaró que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe permanecer el respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se respetó la decisión de las trabajadoras (es), para participar en la investigación. En este mismo título se tomó en cuenta el Artículo 14, Fracción I, VII y VIII, donde establece que la investigación debe basarse en principios científicos y éticos que la justifiquen; y la necesidad de un dictamen favorable por parte de un comité de ética para su aplicación, por lo que se menciona que el presente estudio, amplía el conocimiento del fenómeno y pudiese contribuir en la implementación de estrategias que disminuyan el consumo de alcohol en sus diferentes dimensiones. El estudio contó con la autorización de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrados de la Facultad de Enfermería, así como del Comité de Ética de la institución hospitalaria para su aplicación.

En relación al Artículo 16, se estableció la protección a la privacidad del profesional de enfermería, se contó con un espacio designado por las autoridades de la institución hospitalaria para que el participante se encontrara en completa libertad de contestar sin ser observados por los directivos o compañeros de trabajo. El Artículo 17, Fracción II, declara como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, por lo

que se manifiesta que el presente estudio, correspondió a una investigación sin riesgo, ya que se efectuó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Para que el consentimiento informado tuviera validez, el presente estudio se acató a lo estipulado en el Artículo 20, donde menciona que el consentimiento informado es un acuerdo escrito, el cual se otorgó al participante para su libre autorización en el estudio y sin coacción alguna. Conforme al Artículo 21, Fracción I, II, III, IV, VI, VII y VIII, el consentimiento informado contuvo el objetivo de la investigación, el procedimiento a realizar, los riesgos implicados, los beneficios que pudieron observarse, la garantía de dar respuesta a las dudas surgidas, la libertad de retirarse del estudio cuando el participante lo decidiera y la seguridad de que no se identificara al sujeto y que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

De acuerdo al Artículo 22, Fracción I, el consentimiento informado fue elaborado por el investigador y firmado por el sujeto de investigación (Apéndice E). Se respetó a los trabajadores de acuerdo a lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57, como grupo subordinado, donde refiere que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectaría su situación laboral. Así mismo se mencionó la participación voluntaria que no estuvo influenciada por ninguna autoridad de la institución.

Se garantizó que los resultados serían utilizados sólo con fines científicos, lo que no causó prejuicios al trabajador. En lo que corresponde a lo estipulado por el Título VI, Capítulo Único, Artículo 113 y 114, la conducción de la investigación estuvo a cargo del

investigador de enfermería, en este caso por un investigador de enfermería con experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar.

2.8. Plan de Análisis Estadístico

El procesamiento de los datos se hizo por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 21 (licencia 11061). Para dar respuesta a los objetivos planteados, se utilizó estadística descriptiva e inferencial. En el análisis descriptivo se obtuvieron frecuencias, medidas de tendencia central, proporciones y variabilidad.

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos, se evaluó la consistencia interna a través del coeficiente de alfa de Cronbach (Polit & Beck, 2004).

Los resultados de las variables consumo de alcohol y sensibilidad ética, fueron sometidos a una escala de 0 a 100 para la obtención de índices. Los índices de consumo de alcohol y sensibilidad ética fueron sometidos a la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para determinar la pertinencia de utilizar estadísticos paramétricos y no paramétricos en el análisis inferencial.

De acuerdo a los estadísticos paramétricos se consideró la utilización de la *t* de Student con los siguientes supuestos:

1. Curva de distribución normal para la variable dependiente (prueba K-Z con un valor de $p > .05$).
2. Grupos equivalentes no relacionados (muestras independientes).
3. Homogeneidad en las varianzas de la variable dependiente, lo cual se verificó con el estadístico de Levene ($p > .05$).

Las variables que no cumplieron con estos supuestos, se sometieron a la prueba estadística de U de Mann Whitney. Cabe agregar que para las variables de tipo nominal, se utilizó la prueba Chi cuadrada para muestras independientes.

Por lo tanto, para la variable sensibilidad ética, se utilizó la prueba estadística t de Student. Para el análisis del consumo de alcohol (índice AUDIT), se utilizó la prueba estadística U de Mann Whitney. Para el análisis de la variable prevalencia de consumo de alcohol y tipo de consumo de alcohol, se utilizó la prueba Chi Cuadrada.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los siguientes apartados: a) análisis descriptivo donde se mencionan las características sociodemográficas de forma general en el personal de enfermería y por grupo; prevalencia de consumo de alcohol por grupo y sexo; tipo de consumo de alcohol por grupo y sexo; sensibilidad ética por grupo, sexo y años de experiencia profesional; y atributos de la sensibilidad ética por grupo, sexo y años de experiencia profesional, b) confiabilidad de los instrumentos y prueba de normalidad, c) análisis inferencial donde se refiere la comparación estadística de la sensibilidad ética por grupo; comparación estadística de la prevalencia de consumo de alcohol por grupo; y la comparación estadística del tipo de consumo de alcohol por grupo. Finalmente se expone un análisis adicional.

3.1. Características Sociodemográficas en el Personal de Enfermería

Para dar respuesta al objetivo uno, se describe que la muestra estuvo conformada por 110 trabajadoras(es), de enfermería, el 90% mujeres, con edad promedio de 34.3 años ($DE = 8.2$), valor máximo de 57 y mínimo de 23; el 36.4% refirió estado civil casada (o) y el 79.1% mencionó pertenecer a la religión católica. En relación al grado escolar el personal de enfermería se clasificó en profesional (80%) y no profesional (20%), un porcentaje mínimo refirió haber estudiado adicionalmente otra licenciatura (0.9%).

Con relación a los datos laborales, 39.1% tiene una experiencia profesional de 6 a 10 años ($M = 3.2$, $DE = 1.1$), 31.8% labora en el turno matutino, 24.5% en el vespertino, 37.3% en el nocturno y 6.4% en el turno especial (jornada acumulada sábado y domingo; y días festivos). La mayoría del personal se desempeña en el área de cirugía

general (26.4%), que corresponde a los servicios de quirófano, cirugía y Central de Esterilización y Equipos (CEyE).

3.2. Características Sociodemográficas por Grupo

La muestra (n=110), fue dividida en dos grupos: personal de enfermería con experiencia (Grupo 1) y personal de enfermería sin experiencia (Grupo 2), en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Las principales características sociodemográficas por grupo se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 1

Características sociodemográficas por grupo

Características	Grupo 1 (n = 66)	Grupo 2 (n = 44)
1. Edad (años)	34.3±8.6	34.4± 7.5
2. Sexo		
Hombres	12.1%	6.8%
Mujeres	87.9%	93.2%
3. Estado civil		
Casada (o)	34.8%	38.6%
4. Religión		
Católica	83.3%	72.7%
5. Grado escolar		
Profesional	80.3%	79.5%
No profesional	19.7%	20.5%
6. Experiencia profesional	6 a 10 años (40.9%)	6 a 10 años (36.4%)
7. Turno	Nocturno (40.9%)	Matutino (34.1%)
8. Área laboral	Medicina interna (24.2%)	Cirugía (34.1%)

Nota: Grupo 1 = personal de enfermería con experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Grupo 2 = personal de enfermería sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Valor total de n= 110.

Como se observa en la tabla 1, las características sociodemográficas del grupo uno y el grupo dos, son equivalentes.

De acuerdo a los hallazgos en el personal de enfermería con experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol, se encontró que éstos realizan con mayor frecuencia intervenciones de prevención (46.4%), seguido de intervenciones de tratamiento (13.6%); no se reportaron acciones dirigidas a la rehabilitación. El personal de enfermería sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol, refirió que el principal motivo de su falta de experiencia, es el no tener contacto con este tipo de pacientes en el área en la que se desempeña (37.3%).

3.3. Análisis Descriptivo de la Variable Prevalencia de Consumo de Alcohol

Para responder la primera parte del objetivo dos que menciona la descripción de la prevalencia de consumo de alcohol por grupo, se señala la siguiente tabla:

Tabla 2

Prevalencia de consumo de alcohol por grupo

Prevalencia	Grupo 1 (n = 66)				Grupo 2 (n = 44)			
	Si		No		Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Global	58	87.9	8	12.1	38	86.4	6	13.6
Lápsica	34	51.5	32	48.5	20	45.5	24	54.5
Actual	14	21.2	52	78.8	7	15.9	37	84.1
Instantánea	5	7.6	61	92.4	4	9.1	40	90.9

Nota: Grupo 1 = personal de enfermería con experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Grupo 2 = personal de enfermería sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Valor total de n= 110.

De acuerdo a los tipos de prevalencia de consumo de alcohol por grupo, se observa en la tabla 2, un porcentaje relevante de la prevalencia instantánea en el personal de enfermería sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol (Grupo 2). La edad de inicio de consumo de alcohol reportada para el grupo uno fue de 18.1 años ($DE = 7.6$), con un valor mínimo de 10 y máximo de 30. En el grupo dos la edad de inicio de consumo fue de 18.1 años ($DE = 7.9$), con un mínimo de 13 y máximo de 30 años. Se encontró a la cerveza como la bebida alcohólica más consumida por el grupo uno (51.5%) y el grupo dos (45.5%), la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión mayor reportada por el grupo uno (34.8%) y el grupo dos (43.2%), fue de 1-2 UBE.

Para dar respuesta a la segunda parte del objetivo dos que señala la descripción de la prevalencia de consumo de alcohol por sexo, independientemente del grupo al que pertenece, se describen los siguientes hallazgos:

Tabla 3

Prevalencia de consumo de alcohol por sexo

Prevalencia	Hombres (n= 11)				Mujeres (n= 99)			
	Si		No		Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Global	11	100	-	-	85	85.9	14	14.1
Lápsica	10	90.9	1	9.1	44	44.4	55	55.6
Actual	6	54.5	5	45.5	15	15.2	84	84.8
Instantánea	4	36.4	7	63.6	5	5.1	94	94.9

Fuente: Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol (CPCA), por Alonso, 2012. Valor total de n= 110.

Como se puede observar en la tabla 3, los cuatro tipos de prevalencia de consumo de alcohol fueron encontrados en hombres y mujeres; sin embargo las prevalencias lápsica, actual e instantánea fueron más marcadas en los hombres. La edad de inicio de consumo de alcohol reportada en hombres fue de 16.9 años ($DE = 2.9$), con un valor mínimo de 10 y máximo de 20. En mujeres la edad de inicio de consumo fue de 18.3 años ($DE = 8.7$), con un mínimo de 13 y máximo de 30 años, la cantidad de bebidas alcohólicas por ocasión más consumida por los hombres (63.6%), fue de 3-5 UBE y de 1-2 UBE en mujeres (41.4%). Para los hombres (100%) y las mujeres (43.4%), la cerveza fue la bebida alcohólica más consumida.

3.4. Análisis Descriptivo de la Variable Tipo de Consumo de Alcohol

Para responder la primera parte del tercer objetivo que menciona la descripción del tipo de consumo de alcohol por grupo, se señala la siguiente tabla:

Tabla 4

Tipo de consumo de alcohol por grupo

	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	n = 66		n = 44		n = 110	
Tipo de consumo	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Abstemio	24	36.4	21	47.7	45	40.9
Consumo de bajo riesgo	36	54.5	21	47.7	57	51.8
Consumo de alto riesgo	6	9.1	1	2.3	7	6.3
Consumo perjudicial	-	-	-	-	-	-
Probable dependencia	-	-	1	2.3	1	0.9

Nota: Grupo 1 = personal de enfermería con experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Grupo 2 = personal de enfermería sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Valor total de n = 110.

Como se observa en la tabla 4, en ambos grupos existe un mayor porcentaje de enfermeras con un tipo de consumo abstemio y de bajo riesgo; sin embargo en el grupo uno existe un mayor porcentaje de enfermeras con un consumo de alto riesgo (9.1%).

Para responder a la segunda parte del tercer objetivo que menciona la descripción del tipo de consumo de alcohol por sexo, se describe la siguiente tabla:

Tabla 5

Tipo de consumo de alcohol por sexo

Tipo de consumo	Hombres n = 11		Mujeres n = 99		Total n = 110	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Abstemio	-	-	45	45.5	45	40.9
Consumo de bajo riesgo	5	45.5	52	52.5	57	51.8
Consumo de alto riesgo	5	45.5	2	2	7	6.3
Consumo perjudicial	-	-	-	-	-	-
Probable dependencia	1	9.1	-	-	1	0.9

Fuente: Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), por Babor y Higgins (como se citó en Hinojosa, Alonso, & Castillo, 2012). Valor total de n = 110.

Como se observa en la tabla 5, los hombres presentaron porcentajes similares en el tipo de consumo de bajo y alto riesgo; no se reportó consumo perjudicial. En las mujeres el tipo de consumo más alto fue el tipo abstemio y de bajo riesgo, no se reportaron tipos de consumo perjudicial y de probable dependencia.

3.5. Análisis Descriptivo de la Variable Sensibilidad Ética

Para dar respuesta a la primera parte del cuarto objetivo que refiere la descripción de la sensibilidad ética por grupo, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 7

Sensibilidad ética por grupo

Sensibilidad ética	Grupo 1 n = 66		Grupo 2 n = 44		Total n = 110	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja	2	3	2	4.5	4	3.6
Moderada	31	47	22	50	53	48.1
Alta	33	50	20	45.5	53	48.1

Nota: Grupo 1 = personal de enfermería con experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Grupo 2 = personal de enfermería sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Valor total de n = 110.

Como se muestra en la tabla 7, el grupo uno presenta mayor porcentaje de enfermeras con un nivel de sensibilidad ética alta. Las enfermeras que corresponden al grupo dos presentaron un mayor porcentaje de nivel de sensibilidad ética moderado.

Para dar respuesta a la segunda parte del cuarto objetivo que refiere la descripción de la sensibilidad ética por sexo, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 8

Sensibilidad ética por sexo

Sensibilidad ética	Hombres (n = 11)		Mujeres (n = 99)		Total (n = 110)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja	-	-	4	4	4	3.6
Moderada	3	27.3	50	50.5	53	48.1
Alta	8	72.7	45	45.5	53	48.1

Fuente: Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM), de Lützén, Erickson y Norberg (traducción y adaptación de Alonso, 2012). Valor total de n = 110.

De acuerdo a la tabla 8, se observa que la mayoría de los hombres tiene un nivel de sensibilidad ética alto (72.7%). Las mujeres tuvieron un mayor porcentaje de nivel de sensibilidad ética moderado (50.5%).

Para dar respuesta a la tercera parte del cuarto objetivo que refiere la descripción de la sensibilidad ética por años de experiencia laboral, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 9

Sensibilidad ética por años de experiencia profesional

Sensibilidad ética	0 a 11 meses		1 a 5 años		6 a 10 años		11 a 20 años		21 años y más	
	(n= 5)		(n= 24)		(n= 43)		(n= 16)		(n= 22)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja	-	-	2	8.3	1	2.3	-	-	1	4.5
Moderada	3	60	12	50	20	46.5	6	37.5	12	54.5
Alta	2	40	10	41.7	22	51.2	10	62.5	9	40.9

Fuente: Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM), de Lützén, Erickson y Norberg (traducción y adaptación de Alonso, 2012). Valor total de n= 110.

Se observa en la tabla 9, un alto nivel de sensibilidad ética en enfermeras de seis a 10 años (51.2%) y de 11 a 20 años de experiencia profesional (62.5%), mientras que en el grupo de cero a 11 meses, uno a cinco años y 21 años y más, la sensibilidad ética alta tiende a disminuir. Cabe agregar que el nivel más bajo de sensibilidad ética fue reportado en enfermeras con uno a cinco años de experiencia profesional.

3.6. Análisis Descriptivo de los Atributos de la Sensibilidad Ética

Para responder la primera parte del quinto objetivo que refiere la descripción de los atributos de la sensibilidad ética por grupo, se señala la siguiente tabla:

Tabla 10

Datos descriptivos basales de los atributos de la sensibilidad ética por grupo

Atributos	Grupo 1 (n = 66)				Grupo 2 (n = 44)			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>V. Mín.</i>	<i>V. Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>V. Mín.</i>	<i>V. Máx.</i>
Percepción moral	55.8	20.2	10	95	52.5	23.1	.00	100
Afectividad	73.1	21.8	.00	100	71.9	23.2	6.6	100
Lealtades divididas	66.8	20.4	20	100	65.4	21.2	.00	100
Escala general sensibilidad ética	66.2	16.3	25	97.9	64.2	17.8	8.3	93.7

Nota: Grupo 1 = personal de enfermería con experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Grupo 2 = personal de enfermería sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol. Valor total de n = 110.

Como se observa en la tabla 10, las enfermeras que corresponden al grupo uno ($M= 73.1$, $DE= 21.8$) y al grupo dos ($M= 71.9$, $DE= 23.2$), presentaron un promedio alto en el atributo afectividad.

Para responder la segunda parte del quinto objetivo que refiere la descripción de los atributos de la sensibilidad ética por sexo, se describe la siguiente tabla:

Tabla 11

Datos descriptivos basales de la variable sensibilidad ética por sexo

Atributos	Hombres (n = 11)				Mujeres (n = 99)			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>V.Mín.</i>	<i>V.Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>V.Mín.</i>	<i>V.Máx.</i>
Percepción moral	66.3	16.7	50	100	53.1	21.5	.00	95
Afectividad	80.6	11.7	66.6	100	71.7	23.1	.00	100
Lealtades Divididas	70.9	11.3	50	90	65.7	21.4	.00	100
Escala general sensibilidad ética	73.8	9.9	62.5	91.6	64.5	16.9	8.3	97.9

Fuente: Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM), de Lützén, Erickson y Norberg (traducción y adaptación de Alonso, 2012). Valor total de n = 110.

Como se observa en la tabla 11, los hombres ($M = 80.6$, $DE = 11.7$) y las mujeres ($M = 71.7$, $DE = 23.1$), tuvieron un promedio alto en el atributo afectividad.

Para responder la tercera parte del quinto objetivo que refiere la descripción de los atributos de la sensibilidad ética por años de experiencia profesional, se señala la siguiente tabla:

Tabla 12

Datos descriptivos basales de los atributos de sensibilidad ética por años de experiencia profesional

Años de experiencia profesional	Atributos de la sensibilidad ética	M	DE	V. Mín.	V. Máx.
0 a 11 meses	1. Percepción moral	55.0	26.6	30	100
	2. Afectividad	80.0	14.9	53.3	86.6
	3. Lealtades Divididas	66.0	13.4	50.0	80.0
1 a 5 años	1. Percepción moral	51.0	19.6	.00	100
	2. Afectividad	67.2	25.4	.00	100
	3. Lealtades Divididas	61.6	25.4	.00	100
6 a 10 años	1. Percepción moral	58.3	22.5	10	95
	2. Afectividad	75.0	22.3	13.3	100
	3. Lealtades Divididas	64.8	20.1	20	100
11 a 20 años	1. Percepción moral	56.8	23.5	10	90
	2. Afectividad	75.8	17.7	33.3	100
	3. Lealtades Divididas	75.0	15.4	50	100
21 años y más	1. Percepción moral	48.8	18.1	20	85
	2. Afectividad	70.0	23.4	6.6	100
	3. Percepción moral	67.7	20.2	30.0	90.6

Fuente: Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM), de Lützén, Erickson y Norberg (traducción y adaptación de Alonso, 2012). Valor total de $n = 110$.

Como se muestra en la tabla 12, el personal de enfermería, de forma independiente a los años de experiencia profesional, presenta un mayor promedio en el atributo afectividad.

3.7. Confiabilidad de los Instrumentos

El Coeficiente de Alfa de Cronbach para el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), presentó un valor de .80; para el Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM), se presentó un valor de .73, ambos considerados aceptables de acuerdo a los puntos de corte de Hernández, Fernández y Baptista (2010).

3.8. Prueba de Normalidad

Para efectuar el análisis inferencial, las variables consumo de alcohol y sensibilidad ética en conjunto con sus tres atributos, fueron transformados a una escala de 0 a 100, a estos valores se les aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con el fin de conocer la forma de distribución de los datos. La descripción de la prueba de normalidad se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 13

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Índice	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>	<i>Valor</i>	<i>K-S Z</i>	<i>Valor de p</i>
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>cal</i>	<i>(bilateral)</i>
Sensibilidad ética	65.4	16.6	8.3	97.9	.82	.504
AUDIT	5.0	8.5	.00	57.5	2.9	.000

Nota: SE= Sensibilidad Ética. PM= Percepción Moral. A= Afectividad. LD = Lealtades Divididas. Cuestionario AUDIT y CSM. n = 110.

Como puede observarse en la tabla 13, la distribución de los datos de la variable sensibilidad ética fue normal ($p > .05$), por lo que se utilizaron pruebas paramétricas para el escrutinio de esta variable.

Para el índice AUDIT, se obtuvo una distribución no normal ($p < .05$), por lo que se utilizaron estadísticos no paramétricos.

3.9. Análisis Inferencial

Para responder al objetivo seis que planteó la comparación estadística del consumo de alcohol por grupo, se describen los siguientes hallazgos:

Tabla 14

Prueba U de Mann Whitney para la variable consumo de alcohol por grupo

Variable	Rango promedio		<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Consumo de alcohol por grupo	Grupo 1 59.7	Grupo 2 49.1	2.5	1173.5	-1.7	.076

Nota: Para la variable grupo se incluyó el personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol (grupo 1 y grupo 2). *Mdn* = Mediana, *U*= U de Mann Whitney, *Z* = Valor *Z*, *p* = significancia estadística $n=110$.

Como se muestra en la tabla 14, no se encontró diferencia estadística del consumo de alcohol en el grupo uno y el grupo dos.

Para dar respuesta al objetivo siete que refiere la comparación de la prevalencia de consumo de alcohol por grupo, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 15

Prueba Chi cuadrada para la variable prevalencia de consumo de alcohol por grupo

Prevalencia	Grupo	
	X^2	p
Prevalencia global	.055	.815
Prevalencia lápsica	.388	.533
Prevalencia actual	.481	.488
Prevalencia instantánea	.081	.776

Nota: En la variable grupo se incluyó al personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol (grupo 1 y grupo 2).

X^2 = Chi cuadrada, grados de libertad (gl) = 1, p = significancia estadística. $n=110$.

Como se describe en la tabla 15, no se encontró diferencia estadística de los cuatro tipos de prevalencia de consumo de alcohol en el grupo uno y grupo dos.

Para responder al objetivo ocho que plantea la comparación del tipo de consumo de alcohol por grupo, se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrada. Los resultados se describen en la siguiente tabla:

Tabla 16

Prueba Chi cuadrada para tipo de consumo de alcohol por grupo

Variable	χ^2	p
Tipo de consumo de alcohol por grupo	10.2	.016

Nota: Para la variable grupo se incluyó el grupo 1 y grupo 2. χ^2 = Chi cuadrada, p = significancia estadística. $n = 110$.

Como se observa en la tabla 16, se encontraron diferencias estadísticas del tipo de consumo de alcohol en el grupo uno y el grupo dos.

Para responder al objetivo nueve que planteó la comparación estadística de la sensibilidad ética por grupo, se describen los siguientes hallazgos:

Tabla 17

Prueba t de Student para sensibilidad ética por grupo

Variables	Grupo				
	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Intervalo de Confianza	
				Lím. Inf.	Lím. Sup.
Sensibilidad ética	.627	108	.532	- 4.3	8.4

Nota: Para la variable grupo se incluyó al personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol (grupo 1 y grupo 2). *t* = t Student, *gl* = grados de libertad, *p* = significancia estadística. *n* = 110

El promedio de sensibilidad ética para el grupo uno fue de 66.2 (*DE* = 16.3) y de 64.2 (*DE* = 17.0), para el grupo dos.

El grupo dos obtuvo un mayor promedio de sensibilidad ética que el grupo uno, la diferencia por grupo no fue significativa ($> .05$), como se describe en la tabla 17.

3.10. Análisis adicional

De acuerdo al escrutinio de los datos, se consideró pertinente realizar un análisis adicional del nivel de consumo de alcohol en el personal de enfermería, por lo que se describe la siguiente figura:

Figura 3. Nivel de consumo de alcohol

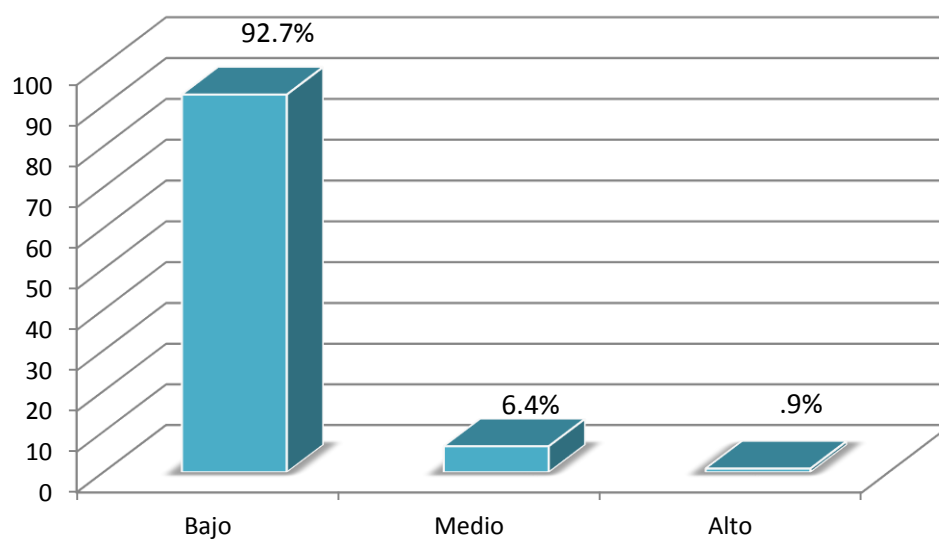


Figura 3. Nivel de consumo de alcohol. Valor total de $n = 110$.

De acuerdo a la puntuación total del AUDIT, el personal de enfermería obtuvo un nivel de consumo de alcohol bajo. Cabe señalar que el personal que corresponde a un nivel de consumo medio y alto, presenta tipos de consumo de riesgo y probable dependencia.

Capítulo IV

Discusión

Esta investigación buscó responder a la pregunta ¿Cuál es la diferencia del consumo de alcohol y la sensibilidad ética en el personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol?. De acuerdo a esto, las variables de estudio fueron sometidas a prueba estadística.

De acuerdo al primer objetivo, se consideró describir las características sociodemográficas generales y por grupo (personal de enfermería con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol). Respecto a las características por grupo se encontraron similitudes.

Para este estudio, la edad promedio del personal de enfermería se encontró en la etapa adulta joven, lo que es congruente con Lara, Vargas y Salcedo (2012), quienes reportan edades similares; esto probablemente se deba al contexto de estudio que ha sido Latinoamérica, donde los sistemas educativos son semejantes.

En relación al sexo, se encontró que el personal de enfermería se encuentra conformado en su mayoría por mujeres; esto es congruente con los autores Lara, Vargas y Salcedo (2012) y Hanna y Mona (2014), quienes refieren una mayor cantidad de mujeres debido a la inclinación que éstas tienen por la profesión de enfermería. Las características vinculadas al ser mujer se ven claramente reflejadas en la enfermería y en las cualidades exigidas a quienes la ejercen; en este sentido los hallazgos están vinculados al desarrollo de la profesión.

De acuerdo al estado civil y religión, la mayoría era casada (o) y con religión católica; esto probablemente se deba a las características socioculturales de la población estudiada.

En relación al grado escolar, se encontró que la mayoría del personal de enfermería tiene un nivel profesional, lo que coincide con lo reportado por Hinojosa, Alonso y Castillo (2012) y Juárez, Pérez, Valverde y Rosa (2015). La profesión de enfermería comprende actualmente un segmento de conocimiento y un reglamento para su ejercicio, respaldado por la formación académica que actualmente la sitúa en una profesión autónoma y legítima.

Los años de experiencia profesional que se refirió con mayor frecuencia fueron seis y diez años, este hallazgo fue congruente con el autor Jaafarpour (2012), quien señala un promedio de ocho años de experiencia profesional. Esto probablemente se deba a la semejanza de las situación laboral en los contextos de estudio; sin embargo este hallazgo no es una realidad contundente, dado que el resultado no se puede generalizar.

La distribución del personal de enfermería por turnos no fue equivalente para ambos grupos, lo cual coincidió con González y Pérez (2011). Esto se debe probablemente a la ubicación del personal, el cual se basa en las necesidades de atención específicas en cada institución de salud.

Se obtuvo que la mayoría del personal de enfermería tiene experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol, lo cual fue congruente con el autor Vargas (2010), quien refiere que más de la mitad del personal de enfermería ha atendido a pacientes consumidores de alcohol. Este hallazgo probablemente se debe a que el personal de enfermería es el primer contacto con este tipo de pacientes, sobre todo

en el primer nivel de atención. Estos resultados mostraron congruencia con la conceptualización de afectividad como uno de los atributos de la sensibilidad ética, que señala la importancia de la experiencia profesional para tomar una decisión viable, lo que se concreta en acciones en beneficio del otro. Para esta situación, las intervenciones preventivas son el resultante de la capacidad de toma de decisiones del personal de enfermería.

El segundo objetivo planteado consideró describir la prevalencia de consumo de alcohol por grupo y sexo. Los hallazgos fueron congruentes con la conceptualización de prevalencia, dado que se conoció la proporción de enfermeras que consumen alcohol en un tiempo dado: alguna vez en la vida (prevalencia global), en el último año (prevalencia lápsica), en el último mes (prevalencia actual) y en los últimos siete días (prevalencia instantánea). Los resultados mostraron los cuatro tipos de prevalencia para el grupo uno y el grupo dos; sin embargo los porcentajes fueron más elevados para el grupo uno (personal con experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol). Estos hallazgos son congruentes con los autores Lara, Vargas y Salcedo (2012) y Valverde, Pérez y Moreno (2012), quienes mencionan la persistencia de la prevalencia lápsica y actual en enfermeras (os). Para esta investigación el hallazgo de los tipos de prevalencia en el personal de enfermería, no refleja una realidad contundente, dado que el resultado no se puede generalizar.

Los tipos de prevalencia de consumo de alcohol por sexo fueron más frecuentes en hombres; estos hallazgos son congruentes con la ENA (2008a, 2011b) y el SISVEA (2012), donde se reporta un incremento de la prevalencia de consumo de alcohol a partir del año 2002, situación que ha sido marcada en hombres.

La edad promedio de inicio de consumo y la bebida alcohólica de preferencia por grupo y sexo, coinciden con lo referido por Juárez, Pérez, Valverde y Rosa (2015) y Valverde, Pérez y Moreno (2013), quienes señalan la etapa de la adolescencia como la edad de mayor inicio de consumo y a la cerveza como la bebida alcohólica de preferencia. Por una parte, la adolescencia es una etapa evolutiva importante del ser humano, la cual se caracteriza por deseos de experimentar cosas nuevas, lo que explica la tendencia al inicio de consumo en esta etapa. Por otra parte la accesibilidad de bebidas alcohólicas como es la cerveza, favorece la tendencia al consumo de alcohol.

Las UBE reportadas para este estudio concuerda con los autores Juárez, Pérez, Valverde y Rosa (2015) y Valverde, Pérez y Moreno (2013), quienes señalan que el consumo de UBE se encuentra entre una y tres. Esto probablemente se debe a que la muestra estuvo conformada por un mayor porcentaje de mujeres, quienes consumen menor cantidad de UBE por ocasión que los hombres; sin embargo este hallazgo no se puede generalizar.

Con respecto al tercer objetivo que plantea la descripción del tipo de consumo de alcohol, por grupo y sexo, los hallazgos señalan congruencia con la conceptualización de consumo de alcohol y tipo de consumo, dado que los efectos que se presentan al ingerir esta sustancia, dependen en gran medida de la cantidad y frecuencia de consumo. De acuerdo a los tipos de consumo, se encontraron con mayor frecuencia los tipos de consumo abstemio, de bajo y alto riesgo para ambos grupos, esto probablemente se deba a que el consumo en el personal de enfermería es de cantidades mínimas, no ocasionando problemas relacionados con el alcohol.

En relación al sexo, las mujeres presentaron los tipos de consumo abstemio, de bajo y alto riesgo. Estos hallazgos difieren con los autores Hinojosa, Alonso y Castillo

(2012), quienes señalan la presencia de todos los tipos de consumo de alcohol en mujeres. Se considera que la detección escasa de tipos de consumo perjudicial y probable dependencia en mujeres, se debe a la abstención para referir consumo de alcohol, dado que existe una percepción social negativa de las mujeres que consumen.

En relación a los hombres, se encontró una equivalencia de tipo de consumo de bajo y alto riesgo; se encontraron casos mínimos de probable dependencia. Estos hallazgos difieren con lo reportado por la ENA (2008a, 2011b) y los autores Hinojosa, Alonso y Castillo (2012) y Velasco (2013), quienes señalan cifras importantes de consumo dependiente en hombres. Ante el consumo repetido de alcohol en hombres, se pueden generar afectaciones conductuales, cognitivos y fisiológicos, dando mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones. La presencia de tipo de consumo de bajo y alto riesgo; y probable dependencia, se debe probablemente a que la ingestión de alcohol es más aceptada socialmente en hombres que en mujeres. De acuerdo a ello Hinojosa, Alonso y Castillo (2012), reportan una asociación significativa del tipo de consumo de alcohol por sexo. Para esta investigación, los hallazgos no reflejan una realidad contundente, dado que el resultado no se puede generalizar.

Para el cuarto objetivo que menciona describir la sensibilidad ética por grupo, sexo y años de experiencia profesional, los hallazgos muestran congruencia con la conceptualización de sensibilidad ética y sus atributos: percepción moral, afectividad y lealtades divididas. El análisis de datos permitió conocer los niveles de sensibilidad ética con sus correspondientes atributos.

Los resultados para el grupo uno y dos, señalaron niveles proporcionales de sensibilidad ética; el atributo con mayor presencia para ambos grupos fue la afectividad. Estos hallazgos concuerdan con los autores Hanna y Mona (2014), quienes refieren a la

afectividad como el atributo con más firmeza en las enfermeras (os). El atributo afectividad, incluye la comprensión del significado del ser humano por parte de la enfermera (o), así como la formación académica y la experiencia profesional, lo que puede explicar el porqué se encuentra más pronunciado este atributo.

En relación al sexo, los hombres obtuvieron un nivel de sensibilidad ética más alto que las mujeres, éstas últimas con una mayor tendencia al nivel moderado; se mostró a la afectividad como el atributo más elevado para ambos sexos. Los hallazgos de sensibilidad ética en las mujeres fueron congruentes con lo reportado por Jaafarpour (2012), quien señala la tendencia de niveles moderados de sensibilidad ética en las enfermeras.

De acuerdo a los años de experiencia profesional, el nivel más alto de sensibilidad ética fue reportado por el personal de enfermería de seis hasta 20 años de experiencia. Estos resultados son congruentes con los autores Alonso et al. (2013) y Lützén, Blom, Ewalds y Winch (2010), quienes mencionan que a mayor experiencia profesional, mayor sensibilidad ética. Esto fue congruente con la conceptualización de sensibilidad ética que tiene como elemento implícito a la experiencia profesional y a la formación académica para la toma de decisiones. Estos hallazgos no se pueden generalizar, dado que se encontró una disminución de la sensibilidad ética en el personal de enfermería con más de 21 años de experiencia profesional.

Para el quinto objetivo que menciona la descripción de los atributos de la sensibilidad ética por grupo y sexo se encontró que el atributo de afectividad fue el más marcado. Estos hallazgos fueron congruentes con lo reportado por los autores Hanna y Mona (2014), quienes señalan a este atributo como el más alto en las enfermeras; esto

probablemente se debe a que el personal de enfermería contantemente expresan su valor para actuar y su capacidad para argumentar acciones en beneficio del otro.

De acuerdo al sexto objetivo que menciona identificar las diferencias del consumo de alcohol por grupo, los resultados señalan que no existen diferencias. Esto probablemente se deba a la semejanza de las características socioculturales de ambos grupos; sin embargo este hallazgo no se puede generalizar.

Respecto al séptimo objetivo de identificar diferencias del tipo de prevalencia por grupo, los resultados mostraron que no existe diferencia estadística para la prevalencia por grupo. Este hallazgo se debe probablemente a la distribución equivalente de hombres y mujeres para el grupo uno y el grupo dos.

En relación octavo objetivo que refiere identificar las diferencias del tipo de consumo de alcohol por grupo, los resultados señalan que la variable tipo de consumo de alcohol tuvo significancia estadística por grupo. Estos hallazgos probablemente se deban a la experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol que tiene el grupo uno, lo que puede influir en el tipo de consumo.

De acuerdo al noveno objetivo que refiere la identificación de diferencias de la variable sensibilidad ética por grupo, los hallazgos señalan diferencias no significativas. Esto probablemente se deba a que la sensibilidad ética, se encuentra condicionada por más elementos, como son los valores, la experiencia personal, la formación académica, y los conocimientos éticos. Sin embargo este hallazgo no forma parte de una realidad contundente, ya que el resultado no se puede generalizar.

En relación al examen adicional, se encontró un nivel de consumo bajo de alcohol en el personal de enfermería, esto probablemente se deba a que la mayoría de las

enfermeras (os), eran mujeres, quienes pudieron abstenerse de referir consumo de alcohol ante la percepción social negativa de las mujeres que consumen.

Las limitaciones de esta investigación son las siguientes: a) diseño transversal, dado que sólo representa la posible realidad del fenómeno de estudio en un sólo momento, y b) aplicación de un instrumento realizado en un contexto socio-cultural diferente al mexicano, a pesar de haber sido validado y piloteado, representa un error susceptible, dado que las respuestas al mismo no dejan de ser una percepción subjetiva de los participantes del estudio.

4.1 Recomendaciones

Respecto a los hallazgos del presente estudio y las fortalezas metodológicas, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Analizar la homogeneidad de la muestra de acuerdo a las principales características identificadas en el personal de enfermería.
2. Realizar estudios similares en zonas rurales y urbanas, dado que existen diferencias socioculturales.
3. Analizar los factores de riesgo para el consumo de alcohol en profesionales de enfermería para investigaciones posteriores.
4. Diseñar estrategias que garanticen la calidad de recolección de los datos, principalmente el adecuado reclutamiento de los participantes.
5. Diseñar estudios de intervención de acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento AUDIT.
6. Diseñar estudios de intervención que incrementen el nivel de sensibilidad ética en el personal de enfermería respecto al fenómeno de consumo de alcohol.

7. Utilizar nuevos instrumentos que permitan ampliar el conocimiento de la sensibilidad ética para próximas investigaciones.

4.2. Conclusiones

El conocimiento que emana de esta investigación, contribuye en el conocimiento del fenómeno de consumo de alcohol en sus diversas dimensiones. Los resultados obtenidos proporcionan elementos indispensables para llevar a cabo intervenciones breves dirigidas al personal de enfermería para su contribución en la disminución de consumo de alcohol, dado que su salud física y mental es indispensable para brindar atención de calidad.

La experiencia del personal de enfermería en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol, se convierte en una fortaleza en el momento de abordar este tipo de pacientes, sobre todo en la toma de decisiones que inciden directamente en su atención.

La sensibilidad ética y sus correspondientes atributos permiten conocer los elementos que se deben fortalecer en la formación académica para incrementar esta capacidad de toma de decisiones en el personal de enfermería, lo que conlleva a fortalecer el conocimiento del fenómeno de consumo de alcohol, las estrategias a implementar para incidir en esta problemática, así como las implicaciones legales y éticas que lo conforman.

Referencias

- Alonso, C.B. (2012). *Factores personales, laborales, éticos, empatía e intuición como predictores de sensibilidad ética en estudiantes y profesores de enfermería* (Tesis doctoral en Bioética). Instituto de investigaciones en bioética. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Alonso, C.B., Alonso, C.M., Alonso, C. T., Oliva, R.N., Armendáriz, G.N., & López, G.K., (2013). Factores personales, laborales, éticos, empatía e intuición como predictores de sensibilidad ética en estudiantes y profesores de enfermería. Facultad de medicina y hospital universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León. *Cienc Cienc*, 15(1), 1-287.
- Álvarez, S., Gallego, C., Latorre, C., & Bermejo, F. (2001). Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), para la detección de consumo excesivo de alcohol en atención primaria. *Medifam*, 11(9), 553-557.
- Babor, T.F. & Higgins, B.J. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la atención primaria. Organización Mundial de la salud. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
- Bebeau, M.J., Rest, J.R., & Yamoore, C.M. (1985). Measuring dental students' ethical sensitivity. *Eur J Dent Educ*, 49, 225-235.
- Benjamín, M. (1991). *Splitting the Difference: Compromise and Integrity in Ethics and Politics*. University Press of Kansas, Lawrence, KS.

- Bettancourt, O.L. & Arena, V.C. (2013). Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas. *Rev Esc Enferm USP*, 47(6), 1379-1386.
- Crowden, A. (2004). The debate continues: Unique ethics for psychiatry. Australian and New Zealand. *Psychiatry J*, 38, 111–114.
- De la Fuente, J.R. & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico, UNAM. *Revista de la Facultad de Medicina*, 35, 2-51.
- Díaz, C., Marina, U., Taubert, de F., Amorin, A., Barcelos, D., Valenzuela, S., & Do Carmo, C. (2011). El uso de drogas en el personal de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 17(2), 37-45.
- Díaz, H.L., & Palucci, M.M. (2010). El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Rev Lat Am Enfermagem*, 18, 573-581.
- García, C.C. & Ramírez, E. A. (2010). La educación de enfermería y las adicciones. Una revisión de la literatura. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 18(1), 35-42.
- González, J.E., & Pérez, S.E. (2011). Factores de riesgo laboral y la salud mental en trabajadores de la salud. México. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 67-77.
- Hanna, T. & Mona, E. (2014). Ambiente psicosocial del trabajo, estrés y factores individuales del personal de enfermería en el cuidado de pacientes psiquiátricos. *Res Public Health*, 11, 1161-1175.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C., & Baptista, L.P. (2010). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill Interamericana.

- Hinojosa, G.L., Alonso, C.M., & Castillo, M.C. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Rev Enf Inst Mex Seguro Soc*, 20(1), 19-25.
- Jaafarpour, A. M. (2012). Evaluation of the nurses' job satisfaction, and its Association with their moral sensitivities and well-being. *J Clin Diagn Res*, 6(10), 1761-1764. doi:10.7860/JCDR/2012/4068.2638
- Juárez, J.M., Pérez, M.A., Valverde, B.F., & Rosa, G. (2015). Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía, España. *Aten Primaria*.
- Lara, H.C., Vargas, C.G., & Salcedo, M.A. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la salud (médicos y enfermeros) de dos instituciones prestadoras de salud de primer nivel de atención en consulta externa de Bogotá. *Ciencias de la Salud*, 10, 87-100. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=83589&id_seccion=2520&id_ejemplar=8242&id_revista=155
- Lützén, K., Blom, T., Ewalds, K., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2).
- Lützén, K., Dahlqvist, V., Erickson, S., & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics*, 13, 187.
- Lützén, K., Nordstrom, G., Evertzon, M. (1995). Moral sensitivity in nursing practice. *Scand J Caring Scis*, 9(3), 131-138.
- Maya, M. A. (2002). *Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud* (Tesis de maestría no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León (México).

- Moreno, A.A., López, M. S., & Corcho, V.A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud Pública Mex*, 42(4), 337-348.
- Morretti, P.R. & Corradi, W.C. (2011). Adaptación y validación del Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), para una población del río en la amazónica brasileña. Río de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 27(3).
- Narváez, D.F. (1991). Counseling for morality: A look at the fourcomponent model. *Ethics Med*, 10(4), 358–365.
- Nordgren, A. (1998). Ethics and imagination. *Theor Med Bioeth*, 19, 117–141.
- Ochoa, M.E. (2011). Consumo de alcohol y salud laboral. Revisión y líneas de actuación. Madrid, España. *Med Segur Trab (Madr)*, 57.
- Organización de los Estados Americanos (2014). Competencias básicas del profesional de enfermería en el área de reducción de la demanda de drogas en América Latina. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaria de Seguridad Multidimensional. Washington. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/educational_development/reports/Competencias_Enfermeria_2012.pdf
- Organización de los Estados de América (2013). El problema de las drogas en las américas. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/novedades/pdf/OEAS_Informe.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). Informe mundial de situación sobre alcohol y salud 2014. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). Nursing research, principles and methods (7thd). Philadelphia: Williams & Wilkins.

Sarasa, R.A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A., & Barrio, G. (2014).

Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol.

Rev Esp Salud Publica, 88(4), 469-491. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/resp/v88n4/04_colaboracion3.pdf

Secretaría de Salud (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Resultados por entidad federativa, Oaxaca. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_OAX.pdf

Secretaría de Salud (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, -tratamiento y control de las adicciones. Recuperado desde http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

Secretaria de Salud (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. México D.F. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

Secretaría de Salud (2011). Comisión Nacional Contra las Adicciones. Lineamientos para la prevención y atención de las adicciones en el ámbito laboral mexicano. Disponible en <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/lineamientos.pdf>

Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012 Resultados Nacionales.pdf>

Secretaría de Salud (2012). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2012. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf

- Secretaría de Salud (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013
- Secretaría de Salud (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud. Recuperado de http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3642_23-01-2014.pdf
- Simpson, P.J. & Garrison, J. (1995). Teaching and moral perception. *Teachers College Record* 97(2). Recuperado de <http://www.search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aphyan=9602190168>
- Tapia, C.R. (2001). Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas (2ª ed.). México, D.F.: Manual Moderno.
- Thornton, J. (1999). Killing, letting die and moral perception: A reply to Grant Gillett. *Bioethics*, 13(5), 414–425.
- Valverde, B.F., Pérez, M.A., & Moreno, C.A. (2013). Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *Adicciones*, 25(3), 243-252. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289128256007>
- Vargas, D. (2010). Actitudes de enfermeros frente a las habilidades de identificación para ayudar a pacientes alcohólicos. *Rev Bras Enferm*, 63(2), 190-195.
- Vargas, Moreno, & Alonso (2005). Patrones de consumo de alcohol en trabajadores industriales Mexicanos. *Rev Int Psicol Ter Psicol*, 5(2), 113-124.
- Velasco, C. M. (2013). Perfil de salud de los trabajadores del instituto mexicano del seguro social. *Rev Med IMSS*, 51(1), 12-25. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131c.pdf>

Villegas, P.M., Alonso, C.M, Benavides, T.R., & Guzmán, F. F. (2013). Consumo de alcohol y funciones ejecutivas en adolescentes: una revisión sistemática. *Aquichan*, 13(2), 234-246.

Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: Concept analysis. *J Adv Nurs*, 62(5), 607-618.

Apéndice A

Cédula de Datos Personales (CDP)

Cortés (2014).

Instrucciones. La información que se proporcionará a continuación será completamente anónima y confidencial. Todas las respuestas son importantes, ninguna se considerará correcta o incorrecta y nadie realizará juicio de sus respuestas. Favor de contestar todas las preguntas. A continuación tendrá que contestar lo que se le pide y en algunos casos marcar con una X la respuesta que más se apegue a su realidad. Gracias por su colaboración.

Datos Personales:

1. Edad: (Años Cumplidos) _____
2. Sexo: 1) Hombre____ 2) Mujer _____
3. Estado Civil:
1) Soltero (a)____ 2) Casado (a)____ 3) Divorciado (a)____ 4) Separado (a)____
5) Unión libre____ 6) Viudo(a)____ 7) Madre o padre soltero (a) _____
4. ¿Tiene Hijos? 1) Sí____ 2) No_____
5. Número de Hijos_____

Religión

6. ¿Cuál es su Religión?
1) Católica____ 4) Otra (Especifique) _____
2) Cristiana____ 5) No profeso ninguna religión ____
3) Evangélica ____

Grado de Escolaridad:

7) Indique el grado escolar con el que cuenta.

1) Auxiliar de enfermería (Curso de enfermería auxiliar)._____

2) Técnico en enfermería (Únicamente bachillerato o preparatoria en enfermería)._____

3) Enfermera general (Bachillerato más años cursados de enfermería)._____

4) Licenciatura en Enfermería_____

5) Enfermera especialista_____

6) Enfermera con maestría _____

7) Enfermera con doctorado _____

8) ¿Tiene otra licenciatura? 1) Si ___ 2) No ___ ¿Cuál? Especifique _____

Datos laborales

9. Indique los años de experiencia profesional:

1) 0 a 11 meses _____ 3) 6 a 10 años _____ 5) 21 años y más_____

2) De 1 a 5 años _____ 4) 11 a 20 años_____

10. Indique el turno en el que se desempeña:

1) Matutino ___ 2) Vespertino___ 3) Nocturno___ 4) Especial _____

11. Por favor indique el servicio que tiene asignado

1) Área de Medicina interna	2) Área de Cirugía general	3) Área de Gineco-obstetricia
• Urgencias _____ • Medicina Interna _____	• Quirófano _____ • CEyE _____ • Cirugía y traumatología _____	• Tococirugía _____ • Ginecología y Obstetricia_____
4) Área de Pediatría	5) Área de Cuidados Críticos	6) Otros
• Urgenciaspediatría_____ • Cuneros _____ • Recién nacidos y lactantes _____ • Escolares _____	• Especifique:_____ _____	• Consulta externa _____ • Administrativos_____

12. Durante el cuidado que otorga como enfermera o enfermero, ¿considera como parte de la atención valorar y otorgar cuidados enfocados a la condición del paciente respecto al consumo de alcohol? 1) Si___ 2) No___

13. Favor de señalar si es **SI** qué acciones realiza?

- 1) Acciones de Prevención ____
- 2) Intervenciones de tratamiento ____
- 3) Intervenciones de apoyo en la rehabilitación ____
- 4) No aplica ____

14. Si es **NO** podría explicar porque No incluye estos aspectos en el cuidado?

- 1) No tengo contacto con este tipo de pacientes____
- 2) Otros motivos ____
- 3) No aplica _____

Apéndice B

Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol (CPCA)

Alonso (2014)

Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia con que usted consume alcohol.

Instrucciones. Coloca en la siguiente tabla una X en el espacio que más se apeg a tu realidad. Recuerda que los datos son totalmente confidenciales y nadie juzgará las respuestas.

1. ¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida? 1) Si ____ 2) No ____
2. ¿A qué edad por primera vez? ____
3. ¿Has consumido alcohol en el último año? 1) Si ____ 2) No ____
4. ¿Has consumido alcohol en el último mes? 1) Si ____ 2) No ____
5. ¿Has consumido alcohol en los últimos siete días? 1) Si ____ 2) No ____

De acuerdo a la imagen anterior, contesta la siguiente pregunta:



6. Cuando consumes alcohol ¿Cuántas copas o bebidas alcohólicas ingieres (latas o botellas de cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal etc.)?

1) Ninguna ☐ 2) De 1 a 2 ☐ 3) De 3 a 5 ☐ 4) 6 o más ☐

7) Especifique la bebida más consumida (Sólo marque una opción).

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1) Cerveza..... | ☐ | 5) Tequila... | ☐ | 9) Coñac..... | ☐ |
| 2) Mezcal..... | ☐ | 6) Ron..... | ☐ | 10) Ginebra..... | ☐ |
| 3) Vino..... | ☐ | 7) Brandy... | ☐ | 11) Bebidas preparadas... | ☐ |
| 4) Vodka..... | ☐ | 8) Whisky... | ☐ | 12) No aplica | ☐ |

Apéndice C

Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM)

Lützén, Dahlqvist, Erickson y Norberg (traducción y adaptación de Alonso, 2012).

Instrucciones. Las siguientes preguntas se relacionan con el cuidado y atención de enfermería al paciente que consume alcohol. Indique con un círculo su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los siguientes enunciados. Por favor conteste todas las preguntas lo más apegado posible a su forma de pensar.

1 Completamente en desacuerdo	2 Frecuentemente en desacuerdo	3 Algunas veces en desacuerdo	4 Algunas veces de acuerdo	5 Frecuentemente de acuerdo	6 Completamente de acuerdo
1.- Yo siempre siento la responsabilidad de velar para que los pacientes con problemas con el alcohol reciban un buen cuidado, aún si los recursos son insuficientes.					
1	2	3	4	5	6
2.- Mi capacidad de percibir las necesidades del paciente con problemas con el alcohol es siempre útil en mi trabajo.					
1	2	3	4	5	6
3.- Tengo muy buena capacidad de saber cuándo y si a un paciente se le debe decir la verdad.					
1	2	3	4	5	6
4.- Mi capacidad para percibir las necesidades del paciente con problemas con el alcohol significa que haga más de lo que tengo fuerza para hacer.					
1	2	3	4	5	6
5.-Tengo muy buena capacidad para saber cuando un paciente con problemas con el alcohol no está recibiendo un buen cuidado.					
1	2	3	4	5	6

1 Completamente en desacuerdo	2 Frecuentemente en desacuerdo	3 Algunas veces en desacuerdo	4 Algunas veces de acuerdo	5 Frecuentemente de acuerdo	6 Completamente de acuerdo
6.- Me resulta muy difícil poder manejar mis sentimientos que se despiertan cuando un paciente con problemas con el alcohol está sufriendo.					
1	2	3	4	5	6
7.- Al cuidar a los pacientes con problemas con el alcohol, estoy siempre consciente del equilibrio entre el potencial de hacer el bien y el riesgo de causarles daño.					
1	2	3	4	5	6
8.- Mi capacidad para percibir las necesidades del paciente con problemas con el alcohol significa que frecuentemente me encuentro en situaciones en las que me siento inadecuado(a).					
1	2	3	4	5	6
9.- Me parece que cuando estoy en condiciones de trabajar de acuerdo a las normas y reglamentos del hospital, rara vez me resulta difícil saber lo que es bueno o malo para el paciente con problemas con el alcohol.					
1	2	3	4	5	6

Apéndice D

Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)

Babor y Higgins (2001)

Instrucciones: A continuación se presentan algunas preguntas sobre su consumo de alcohol; por favor subraye la respuesta que se acerque más a su realidad.

1. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal)? 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	2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe? 0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7 a 9 4) 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? 0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? 0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted por haber bebido? 0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? 0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? 0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? 0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna persona ha resultado herida porque usted había bebido? 0) No 2) Si, pero no en el curso del último año 4) Si, en el curso del último año	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol o le han sugerido que deje de beber? 0) No 2) Si, pero no en el curso del último año 4) Si, en el curso del último año

Apéndice E

Consentimiento Informado

(Cortés, 2014)

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería

Título del estudio: Consumo de Alcohol y Sensibilidad Ética en Personal de Enfermería.

Responsable de la investigación: L.E. Beatriz Cortés Barragán

Al firmar este documento acepto de conformidad participar de manera voluntaria en esta investigación, de la que se me informó tiene como propósito comparar el consumo de alcohol y la sensibilidad ética en persona de enfermería (con y sin experiencia en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol), lo que contribuirá para el desarrollo de estrategias para disminución del uso nocivo de alcohol y mejora en la calidad de atención de enfermería.

Se me notificó que el estudio llevará un tiempo aproximado de 15 minutos, dicho proceso incluye el responder a lápiz y papel, una Cédula de Datos Personales (CDP), y tres cuestionarios en el siguiente orden: 1) Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol (CPCA), 2) Cuestionario de Sensibilidad Moral (CSM) y 3) Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT); se me garantizó que contestar la cédula y los cuestionarios mencionados, no implica un daño previsible para

mí, por lo que se me informó que no corro ningún riesgo. Así mismo se me aseguró que no obtendré beneficios personales ni se me asignará costo alguno para su llenado.

Se me garantizó que obtendré respuesta en caso de dudas o aclaraciones acerca del procedimiento o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; se me notificó que tengo derecho a retirarme cuando yo lo decida, así mismo se me aseguró respetar mi dignidad, mis derechos como ser humano, mi privacidad y anonimato ante la información que proporcionaré, la cual se mantendrá en un lugar seguro y sólo será utilizada para fines académicos. En caso de verme afectada (o), física o emocionalmente por dicha investigación, la responsable del estudio cubrirá los gastos necesarios hasta reparar el daño.

Los resultados podrán ser publicados o difundidos con propósitos científicos y podré informarme de dicho proceso con la responsable de la investigación. Por lo anterior, doy mi autorización a la L.E. Beatriz Cortés Barragán, estudiante de la maestría en enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, quien desarrolla la investigación, para que realice las preguntas necesarias, pues es mi voluntad participar en este estudio.

Firma de participante

Firma del entrevistador

Fecha:_____