

2010

Consumo de Drogas Lícitas en y Presencia de Estrés en el
Personal de Enfermería

Dionicio Rangel Cecilia
Martínez Pérez Lizeth
Pérez Banda Ángel Alexey



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

Consumo de Drogas Lícitas y Presencia de Estrés en el Personal de
Enfermería.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Licenciado en Enfermería

Presentan:

Dionicio Rangel Cecilia
Martínez Pérez Lizeth
Pérez Banda Ángel Alexey

Santiago de Querétaro, Junio 2010.

ÍNDICE

I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivos	6
1.3.1 General	6
1.3.2 Específicos	6
1.4 Hipótesis	6
II. Revisión de Literatura	7
2.1 Paso histórico de las Drogas	7
2.2 Drogas Legales	8
2.2.1 Proporción de la población en riesgo por su forma de beber	11
2.3 Epidemiología de las Drogas (Tabaco y Alcohol)	12
2.3.1 Tabaco	12
2.3.2 Consumo de Tabaco en México	13
2.3.3. Alcohol	14
2.3.4 Guerrero	17
2.3.5 Prevención y Control de Adicciones	19
2.4 Aspectos laborales y Estrés	19
2.5 Estudios relacionados	24
2.5.1 Tabaco	24
2.5.2 Alcohol	25
2.5.3 Alcohol y Tabaco	25
2.5.4 Estrés	26
III. Metodología	29
3.1 Diseño del Estudio	29
3.2 Universo y Muestra	29
3.3 Material y Método	30
3.4 Plan de Análisis	33

3.5 Ética del Estudio	34
IV. Resultados y Discusión	37
4.1 Caracterización de la Población	37
4.2 Consumo de Alcohol	38
4.3 Consumo de Tabaco	39
4.4 Agotamiento por Estrés	42
V. Conclusiones	48
VI. Operacionalización de Variables	50
Anexos:	
Instrumentos Utilizados	51
VII. Bibliografía	55
Consentimiento Informado	60

I. INTRODUCCIÓN

Para Tapia, (2002) el consumo de drogas siempre ha existido en la historia de la humanidad. El hombre ha hecho uso de las plantas y productos químicos para diversos fines: mágico religiosos, para evadir la realidad, para hacer frente a los problemas o por la incapacidad para ello, por simple placer, o con fines médicos. Es así como las drogas han existido desde tiempos más antiguos, pero la forma de uso ha cambiado, así como el número de personas que transitan del simple consumo ocasional a la adicción. Por su parte Villaroel (2002) señala que el problema de las adicciones es universal y se considera un fenómeno multicausal que tiene repercusión en el individuo, en la familia y comunidad.

El consumo de drogas, legales (alcohol y tabaco), se ha convertido hoy en día en uno de los principales problemas de salud pública en el estado así como en el país, siendo el consumo de estas drogas, factores de riesgo para la principales enfermedades crónico degenerativas que se encuentran dentro de las principales de mortalidad, afectando a la población en general (SSA, 2008).

Con respecto al consumo de alcohol, este es causa de 1.8 de millones de muertes del mundo (Informe Mundial de Salud, 2002). En el año 2000, el alcohol fue el factor de riesgo más importante para la salud tanto en América del Norte y por igual del sur, en los países medios y bajos, incluyendo Brasil, México y la mayoría de los países latinoamericanos (Rehm y Monteiro, 2005).

En cuanto al consumo de tabaco la ENA (2002), reporto que 25.56 % de las mujeres alguna vez han fumado de 1 a 5 cigarrillos diariamente, en la actualidad el consumo de ambas sustancias, ocasiona daños orgánicos, psicológicos, familiares y sociales. El porcentaje aumenta cada día por lo que es posible que en un futuro consuman más mujeres que hombres.

Por otra parte, el estrés es consecuencia de desequilibrio entre las demandas de la situación (estresores internos o externos) al igual que los recursos de la persona, la dinámica en los servicios de salud se ve reflejada en 3 características principales: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización en los procedimientos y actividades desarrolladas por el personal de enfermería que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, también el trato con usuario del sistema de salud que se encuentra en circunstancias de aflicción y ansiedad (Lazarus y Folkman, 1986).

La Dou (1994) señala que otras actividades de la vida laboral pueden contribuir al estrés, como son: la organización y relaciones organizaciones, el desarrollo profesional, las funciones de la organización, las tareas, el ambiente de trabajo y los turnos en el mismo. El desempeño de enfermería en su área de trabajo recibe como fuente potencial de estrés la intensidad del impacto de la enfermedad y los factores humanos y organizacionales, de tal forma que su trabajo conlleva a demanda de esfuerzo físico y una gran carga emocional (Chavéz, 1994).

Según Zapata (1995) el trabajo es la segunda fuente generadora de estrés más importante después del hogar, debido a que en el área laboral el individuo frecuentemente se ve expuesto a procesos complejos que le demandan la aplicación de conocimientos y habilidades específicas o bien a situaciones que deberán responder a las exigencias del puesto que se desempeña.

Enfermería es una profesión en la que se mantiene un alto nivel de estrés, la carga emocional del hogar, las presiones del trabajo físico, los cambios de ambiente, las circunstancias del usuario. Con frecuencia la enfermera funge como intermediaria entre los diferentes miembros que se desempeñan alrededor del usuario (Bejines, 2006), En este sentido, el personal de enfermería no está exento de consumir algún tipo de droga lícita como lo es el tabaco y alcohol como forma de liberar el estrés, ya que siendo promotor de la salud y de estilos de vida saludable, para centrarse en este contexto de cuidar la salud empezando por uno mismo.

1.1 Planteamiento del problema

Para Belsasso (2002) el consumo de drogas, legales (alcohol y tabaco), se ha convertido en un problema de salud pública nacional e internacional, afectando a todos los individuos relacionados en ella. Las diversas adicciones son un problema emergente de salud pública y de alta prioridad en el mundo.

Oblitas (2002), hace referencia que el consumo de sustancias psicoactivas también llamadas drogas, es la causa del mayor porcentaje de las muertes en el mundo, por causa del consumo de tabaco se encuentra el cáncer de pulmón, de labio y de lengua; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardio-vasculares y aparato digestivo y como factor de riesgo para la diabetes (SSA, 2008).

Correspondiente a drogas lícitas, el alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales. Es una de las causas principales de cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis, a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos periodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos muchos más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión (Jane-Borrell 2004).

Para el profesional de enfermería, promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla y rehabilitarla, son tareas que producen satisfacciones pero también problemas y dificultades en el personal de estos equipos, que suelen tener una tasa alta de trastornos y factores de riesgo asociados, debido a la fuerte tensión laboral que son sometidos (González, 1997). “La disciplina de enfermería requiere la aplicación de conocimientos teórico-prácticos, dedicada al cuidado del hombre en la salud y en la enfermedad que involucre conocimientos, habilidades, relaciones interpersonales y vocación de servicio” (Bejines, 2006)

Relacionado con el estrés, Burnout se ha convertido en un riesgo para el personal de salud; la enfermera es uno de los profesionales más vulnerables. Los estresores externos psicosociales del trabajo tienen un alto poder para ser considerados como factores de riesgo para la salud y son: las largas jornadas de trabajo, horarios nocturnos, el nivel de responsabilidad, los periodos de descanso durante la jornada laboral, las presiones que imponen el ritmo y exigencias de la tarea, aunado a esto la remuneración y recompensa al trabajo que no satisface las necesidades y motivaciones del trabajador (Chacón, 1997).

Quereshi (1996) afirma que las mujeres enfermeras están en alto riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el estrés, como resultado de las exigencias a múltiples actividades a las que están sujetas en su vida laboral y familiar. Wilson (1989), refiere que las relaciones que tiene la enfermera frente al estrés pueden producir frustración. Entre los signos observados de advertencia se encuentran: sensación de agobio y fatiga, crisis de cólera, depresión, olvido, desorganización, sensaciones de culpa y el autosacrificio.

Por su parte la Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Droga y Prevención del delito (OFDPD, 2002), y la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002), señalaron que el consumo, abuso y dependencia de sustancias adictivas en el mundo y en México han aumentado de manera significativa. Especialmente en este país y haciendo énfasis en las mujeres por haber una mayor prevalencia en el personal de enfermería, se reporto que 53.60% en mujeres que alguna vez han consumido alcohol, 34.24% son bebedoras actuales y que de ellas el 18.33% lo hacen en frecuencia de una o dos veces por año, el tipo de bebida de mayor consumo entre las mujeres es la cerveza.

Con base en lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe una relación entre el consumo de drogas lícitas y estrés en el personal de enfermería del Hospital General de Acapulco, Guerrero?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La investigación que se presenta es importante, ya que con los resultados que se obtengan se pueden proponer alternativas de solución del fenómeno, En este sentido, es relevante que enfermería eduque con el ejemplo, ya que no es posible que señale “que es malo fumar”, cuando ella misma lo hace en una gran medida.

La investigación puede sentar bases del conocimiento del fenómeno en el personal, sobre todo cuando los resultados muestran que la situación no es ajena al lugar en donde este personal trabaja.

Además dará la pauta para conocer si el nivel de consumo está ligado con la presencia de estrés, y en caso de ser esto afirmativo, se pueden sugerir e implementar programas, intervenciones y/o estrategias que permitan ayudar a disminuir el consumo de estas drogas al igual que el nivel de estrés, dado que es enfermería el responsable de fomentar el estilo de vida saludable.

Como dato importante se tiene que el consumo de drogas es ya un problema de salud pública, y que el consumo de estas es causa de enfermedades crónico-degenerativas, la cuales son las principales en mortalidad tanto del país como del estado, (SS, 2008), por esta razón la presente investigación servirá para dar a conocer el impacto sobre el consumo de drogas licitas (alcohol y tabaco) así como la presencia de estrés que el personal de enfermería presenta durante sus actividades como profesional de la salud, así como dar a conocer la problemática que en la actualidad se está presentando por ser el consumo de estas sustancias un problema que afecta a ambos géneros, y en cierta forma concientizar a las instituciones de salud y al mismo personal a que tomen medidas preventivas para implementar programas y acciones que ayuden a disminuir estos índices de consumo lo mejor posible que se pueda.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General:

Conocer el nivel de consumo de las drogas licitas alcohol y tabaco y la presencia de estrés en el profesional de enfermería del Hospital General de Acapulco Guerrero, durante el periodo del 15 de junio al 16 de julio del 2008.

1.3.2 Específicos:

- Caracterizar a la población de estudio.
- Identificar el consumo de alcohol en el personal de enfermería
- Identificar el consumo de tabaco en el personal de enfermería
- Identificar el nivel de estrés en el profesional de enfermería.
- Describir si existe relación.

1.4 Hipótesis

El personal de enfermería que tiene mayor consumo de drogas lícitas, es el que presenta mayor estrés.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Existen diversos modelos, paradigmas y teorías que pretenden comprender el fenómeno de las drogas, abriendo un mundo de opciones para que desde diversas concepciones epistemológicas se proporcione una visión total del fenómeno (Luque, 2000).

La droga es una sustancia o mezcla de sustancias distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida (alimento, agua, oxígeno), que al introducirse en un organismo vivo, modifica alguna de sus funciones y a veces la propia estructura de los tejidos. Estos cambios también incluyen alteraciones en el comportamiento, las emociones, las sensaciones y los pensamientos de las personas (CIJ, 2003, referido por Álvarez, 2006).

Los expertos en la materia mencionan que el grado de modificación que éstas distintas sustancias pueden causar al organismo va en función del tipo de droga consumida, la personalidad del consumidor, las expectativas que éste tenga respecto a los efectos y el lugar o la situación donde se consume. Las drogas se clasifican de acuerdo con su permisividad, en legales e ilegales; por sus efectos, en estimulantes, depresoras, opiáceos, alucinógenos e inhalables (Álvarez, 2006) Para fines del presente trabajo se revisarán sólo las drogas legales.

2.1.- El paso histórico de las drogas

El fenómeno del consumo de sustancias no es un acontecimiento nuevo, desde las culturas prehispánicas se hacía uso de plantas adictivas, yerbas, brebajes y diversas medicinas, con fines religiosos, ceremoniales (Romani, 2004).

Medina (2004) señala que se entiende por droga “toda sustancia que introducida al organismo, produce una alteración del funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y, además, es susceptible de crear dependencia,

psicológica, física o ambas". Belssaso (2002) hace una descripción histórica sobre las drogas, las cuales se señalan en el cuadro siguiente:

Cuadro no.1. Descripción histórica de las Drogas Legales.

DROGA	DESCRIPCIÓN E HISTORIA
Alcohol	Sustancia de abuso más antiguo, los primeros datos que se conocen los registraron griegos y romanos, quienes verdaderamente sufrieron las consecuencias de su consumo exagerado.
Tabaco	Originaria del continente americano, se esparció por todo el mundo a partir de su descubrimiento, por Colón. Su introducción en Europa fue en los inicios como planta medicinal y con este propósito fue enviada a la corte francesa por Jean Nicot (de aquí el nombre de nicotina). En el siglo XVII se inicia su cultivo y la forma inhalable de consumo. Es utilizado en contra de la malaria, el resfriado y el cólera.

Fuente: Belssaso (2002), Nuevas Estrategias Farmacológicas en el Tratamiento de las Adicciones.

2.2. Drogas Legales

A lo largo de la historia se han conocido algunas sustancias, cuyo uso y permisividad en la mayoría de las sociedades, han dado pauta a que se les identifiquen como de uso legal, tal es el caso del tabaco y alcohol. A continuación se revisarán las principales características de estas sustancias:

Con respecto al tabaco con el transcurso de los años su consumo se ha ido popularizando, produciéndose un gran incremento de éste a principios del siglo dándose un empuje impensable a partir de la Segunda Guerra Mundial, Actualmente es una pandemia dado el gran número de personas que fuman. La tendencia mundial en los países desarrollados es a reducir el consumo, como realmente ocurre en España

(Becoña et al., 2002). El gran consumo de drogas lícitas, como tabaco y alcohol, ocasiona un enorme gasto económico, social y moral en todas las comunidades consumidoras” (Belssaso, 2002).

El tabaco se extrae de la planta *Nicotina tabacum*, fumándose habitualmente en forma de cigarrillo, en menor grado en cigarrillo puro y pipa. También se puede tomar en forma de polvo esnifado, mascado, entre otros. El nivel de dependencia que produce el tabaco es muy elevado, semejante al de las restantes drogas (Becoña, 2002), a pesar de estar legalizado junto con el alcohol.

El gran problema que acarrea el tabaco en el mundo actual es la alta mortalidad que produce, debido básicamente a los alquitranes que van en la hoja del tabaco y otros compuestos, que se producen en la combustión del papel que envuelve al tabaco. En pequeñas dosis, la nicotina es estimulante del Sistema Nervioso Central actuando a dosis altas como bloqueador de la transmisión ganglionar (Becoña, 2002). Durante la combustión del tabaco se orinan más de 400 productos tóxicos diferentes. Entre ellos, destacan por su especial peligrosidad y por las enfermedades a que pueden asociarse los siguientes:

Alquitranes: responsables de los distintos tipos de cáncer.

Monóxido de carbono: favorecer las enfermedades cardiovasculares.

Irritantes: (fenoles, amoniacos, ácido cianhídrico): responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

Nicotina: Causa la dependencia del tabaco. Tiene una vida media aproximada de dos horas, pero a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.

En relación al Alcohol:

El alcohol, junto con el agua, es la única sustancia que en la boca ya empieza a absorberse, luego pasa al estómago, y directamente a la sangre sin digerirse. A través de la sangre se distribuye rápidamente por los órganos y tejidos, en un periodo que va

desde los 10 a los 30 minutos. Previamente, el alcohol había llegado a la sangre a los cinco minutos de ingerirse.

Tan pronto como el alcohol llega al organismo, éste empieza a deshacerse de él, por dos procedimientos: 1) Por la eliminación, pero en una parte muy pequeña, entre un 3 y un 10%: 1% por sudor; 1-5% por la orina y 1-5% por la respiración, y 2) Por la oxidación: el alcohol se oxida o se transforma en la enzima alcoholdehidrogenasa en un 90-97%. (Bernabeu, 2006).

De acuerdo al Centro de Integración Juvenil (2003). El alcohol es una sustancia que acompaña a múltiples actos de orden social. El consumo de cerveza y bebidas preparadas con brandy, ron, tequila, whisky, vodka, etcétera, suelen pasar de ser ocasional o social a habitual, provocando lo que se conoce como Alcoholismo.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, caracterizada por una conducta anormal de búsqueda de alcohol y que siempre lleva a la pérdida de control en la forma de beber. Tiene severos efectos en la salud, así como a nivel familiar y social.

Los efectos del uso de alcohol en el corto plazo incluyen:

- Sensación de mayor libertad y confianza.
- Menor coordinación motora y lentitud de reflejos.
- Lenguaje farfullante, poco claro, errores de pronunciación.
- Menor capacidad para concentrarse en un tema.
- Cambios intensos en el estado de ánimo. Se pasa de la alegría al llanto a la agresión.
- Alteraciones en la percepción: se escuchan voces y ven cosas y personas que no está ahí.
- Alteración de la capacidad de juicio, dificultad para valorar una situación.

Los efectos a largo plazo incluyen:

- Gastritis.
- Pérdida del apetito.
- Deficiencias vitamínicas.
- Malestares gastrointestinales.
- Problemas cutáneos.
- Impotencia sexual.
- Daño hepático (cirrosis).
- Daños cerebrales.
- Alteraciones en la memoria.
- Alteraciones en el corazón, pulmones, músculos, sangre, páncreas, etc.

2.2.1 Proporción de la población en riesgo por su forma de beber

De acuerdo (ENA, 2008), el patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan preferencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios).

El consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, esta manera de beber está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años).

2.3 Epidemiología de las drogas

2.3.1. Tabaco

Según la OMS (2000), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares.

La Organización de los Estados Americanos-Comisión Interamericana para el Control del Abuso de las drogas (2004), reportó que en Uruguay se presenta una tasa de consumo de tabaco (últimos 30 días) de casi un 40%, entre 3 y 4 veces superior a la presentada por El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay, y 10 veces superior a la de República Dominicana. Mayor similitud hay entre el consumo en los hombres: excepto Uruguay, donde la tasa entre los hombres es superior a la de las mujeres y varía entre 15% y 23% con excepción a la República Dominicana, con una tasa de 3.8%.

En Canadá y Estados Unidos la prevalencia de fumadores es de 23 y 22% respectivamente (Corrao, 2000). En Argentina se identifica un 34% de consumo en Brasil un 29.3%, Cuba refiere un 26.3% y Colombia un 21%. Otros países como Chile, registran un 18.3%, Bolivia un 18.1% y México un 16.3%.

En el contexto nacional los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), mencionan que en el país la prevalencia de fumadores de 12 a 65 años es notoriamente mayor que la de las usuarias de tabaco de las mismas edades, 36 de cada 1000 hombres se encuentran expuestos a riesgo de adicción al tabaco, mientras que sólo 13 de cada 1000 mujeres están en la misma situación, lo que se traduce en una relación de tres hombres por cada mujer.

Por su parte la Secretaria de Salud (2004), calcula que el número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo es de más de 60 mil (165 muertes por día), 38% de estas (22.778 defunciones) se debieron a enfermedades isquémicas del corazón, 29% (17,390 muertes) a enfisema, bronquitis crónica y enfermedades pulmonares obstructiva crónica (EPOC), 23% (13,751 defunciones) a enfermedades cerebrovasculares y 10% (6,168 muertes) a cáncer de pulmón bronquios y tráquea.

El Ministro de Sanidad de España (2007), menciona que es innegable la asociación directa e indirecta del consumo de tabaco y en la población con graves padecimientos de alta letalidad, así como su impacto familiar, laboral, social y económico. Entre los problemas asociados a su abuso en mujeres se pueden citar:

La probabilidad de padecer un infarto; se multiplica por 10 en las mujeres que fuman y utilizan anticonceptivos orales. Entre las mujeres fumadoras, la menopausia se adelanta una media de entre 2 y 3 años con respecto a las mujeres que nunca han fumado. Así mismo, aumenta el riesgo de sufrir osteoporosis.

El consumo de tabaco incrementa en un 70% el riesgo de morir prematuramente por diversas enfermedades derivadas del consumo de tabaco. Este riesgo está relacionado directamente al tiempo que se lleva fumando, a la cantidad de cigarrillo que se fuman a diario, a la profundidad de la inhalación del humo y al contenido en nicotina y alquitrán de la marca fumada (ENA, 2002).

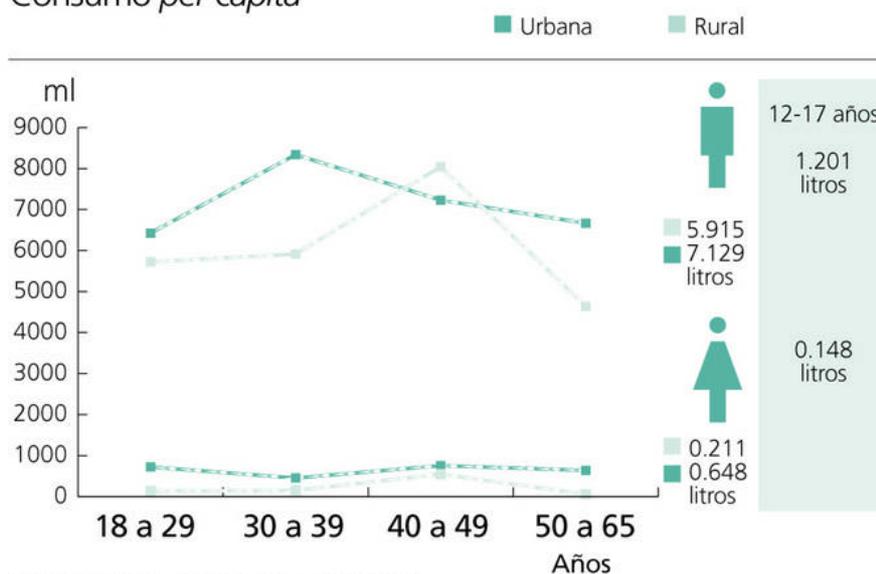
Datos Epidemiológicos del consumo de alcohol y tabaco (ENA 2002).

2.3.2 Consumo de Tabaco en México.

Existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones. En la población rural adulta, el consumo *per cápita*

se estimó en 2.728 litros. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre 30 y 39 años (8.339 litros) en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades el mayor consumo fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años; en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad (Gráfica 1).

Gráfica 1
Consumo *per cápita*



FUENTE: ENA 2002 • CONADIC; INPRFM, DGE, INEGI

2.3.3 Alcohol

El alcoholismo está definido como una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal. Se caracteriza por la tolerancia y dependencia física y alteración de los órganos, o ambos, todo ello como consecuencia directa o indirecta del alcohol ingerido (ENA, 2002).

El Ministerio de Sanidad (2007), define que alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que

puede confundirse con un estimulante. Este depresor es la droga legal de más alto consumo y que cuenta con un mayor número de adictos, debido a que las bebidas que lo contienen gozan de gran aceptación social. El alcohol etílico se crea durante la fermentación de azúcares por las levaduras y es el que produce la embriaguez (CONACID, 2007).

De acuerdo con la Guía de Drogas CICAD/OEA, (2005), el principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- Fermentadas: vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4° y los 15°. Se produce por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales.
- Destiladas: son el resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacherán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40° y 50° de graduación.

El alcohol ingerido de una bebida es absorbido en el aparato digestivo, donde pasa a la circulación sanguínea, en la que puede permanecer hasta 18 horas; la presencia de alcohol en el organismo y su consumo repetido es corresponsable de la mayoría de las lesiones que esta sustancia produce en el cuerpo, como los cigarrillos hepáticos o las encefalopatías en las que el funcionamiento de hígado y cerebro se ve gravemente alterado (Ministerio de Sanidad, 2007).

El consumir alcohol en exceso desencadena una serie de efectos, cuya manifestación varía según la cantidad ingerida y las características de cada persona. Por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración de alcohol en el organismo, estos efectos serían los siguientes: desinhibición, euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar, dificultad para asociar ideas, descoordinación motora y finalmente, intoxicación aguda (Ministerio de Sanidad, 2007).

El alcohol afecta de modo más grave a las personas con menor masa corporal, en el caso de las mujeres el peso y tamaño de sus órganos internos son proporcionalmente

más pequeños, por lo tanto menores cantidades de alcohol pueden generar más rápidamente daños psico-orgánicos y desarrollar problemas más fácilmente que en el varón (Department of Health and Human Services. 2004).

Las investigaciones desarrolladas en los últimos treinta años, han demostrado que el consumo excesivo de alcohol puede provocar graves trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia. Según Oblitas (2002), el abuso de alcohol conlleva los siguientes riesgos:

Se puede llegar a la intoxicación etílica, que puede provocar un coma e incluso de muerte. Favorecer conductas de riesgo, ya que el alcohol desinhibe y además, provoca una falsa sensación de seguridad. Por ello, está relacionado con accidentes de tráfico (SS 2008) y laborales o con prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Así mismo, se asocia con las lesiones por accidentes de vehículo de motor (15%), la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%). Por su parte Becoña (2002), refiere que el consumo de alcohol acarrea un gran número de problemas, tanto a nivel físico, como familiar, psicológico, psiquiátrico y social. Como es hoy bien sabido, el consumo de alcohol es un problema que rebasa los límites de la antropología médica propiamente dicha, afectando a la vida social, familiar y en muchos casos transformándose en un grave problema de salud mental donde, a su vez, puede tener otros trastornos asociados.

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, se estima que su abuso representa 9% del costo total de la enfermedad en México y se acompaña de padecimientos como cirrosis hepática, lesiones por acciones de vehículos a motor, dependencia y homicidios (Medina y Mora, 2002).

En Europa una de cada cuatro muertes en mujeres de 15 a 29 años se relaciona con el alcohol de cifra se elevó a 1 de cada 3 en 1999, 55.000 personas jóvenes fallecieron

por esta causa. Como ejemplo, se tiene que en Kazastan el 55% de la población bebe y el 20.2% de los niños entre 11 y 14 años. El consumo más elevado (73.6% en 1998) se encuentra en el grupo etario de 20 a 29 años (Pascual, 2002).

Epidemiológicamente hablando el Instituto Nacional de Salud (2005) de Estados Unidos, refiere que 5.3 millones de mujeres consume bebidas alcohólicas de una manera que amenaza su salud, su seguridad y su bienestar. Se puede aseverar que beber en exceso es más riesgoso para mujeres que para hombres.

En Latinoamérica la investigación realizada por Almanza (2003), reporta que el 70% es usuario actual de alcohol de los cuales el 17% presenta dependencia.

Oliveira y Luis (2005), describen que la prevalencia del consumo de alcohol se comporta en las ciudades de Bolivia de la siguiente manera: La Paz 78.8%, Oruro 77.6%, Santa Cruz 77.3% Tarija 76.7% Sucre 73.1% y Cochabamba 71.3%, siendo la tasa de consumidores en la Paz de 76.4%.

En el ámbito nacional en el 2002 se reportó que 32 millones 315 mil 760 personas entre los 12 y los 65 años bebían alcohol, de los cuales había 1.4 varones por una mujer en las áreas urbanas, y 1.8 hombres por cada mujer en la zona rural (ENA, 2002).

En la misma encuesta se observa que el 31.1% de los hombres (8.43 millones) consumen cinco o más copas al menos en una ocasión en el mes, mientras que sólo 5.5% de la mujer (casi 1.8 millones) tiene esta práctica. Por entidad federativa el consumo observado en los hombres es mayor que el de las mujeres en todas las entidades; los estados con mayor porcentaje de bebedores de 5 copas o más en el último mes fueron: Baja California Sur (44.3%), Quintana Roo (43.1%) y Nuevo León (42.6%); y para las mujeres fueron: Chihuahua (9.4%), México y Yucatán (9.3% cada uno) y Quintana Roo 89%) (ENA, 2002).

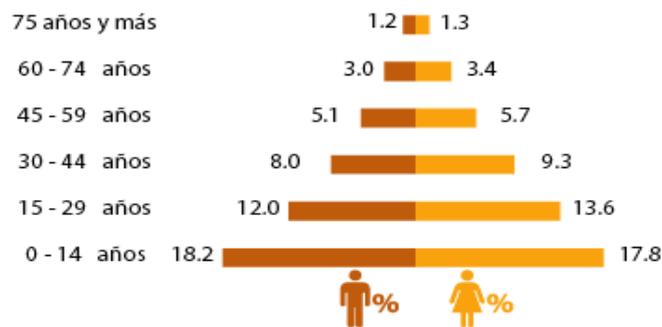
En contraparte, Guerrero (23.3%) tiene el porcentaje más bajo de consumidores de cinco copas o más de alcohol en el último mes, seguido por Querétaro y Morelos

(23.9% cada uno) y Veracruz (24.5%. Para las mujeres, Puebla (2.4%), Tabasco y Zacatecas (2.3% cada uno) y Oaxaca (1.6%) tienen las menores prevalencias. Mientras en las mujeres, las mayores prevalencias no superan el 9.4% en los hombres; las más bajas son superiores al 20% (ENA, 2002).

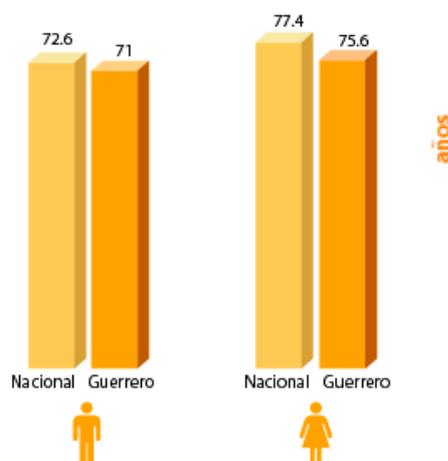
2.3.4 GUERRERO POBLACION



Habitantes por edad y sexo



Esperanza de vida



Esperanza de vida al nacer, año 2007.
FUENTE: INEGI. Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2004 a 2007.

Natalidad y Mortalidad

Durante el 2007, en Guerrero se registraron:



Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos de acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

2.3.5 Prevención y Control de las Adicciones

El consumo de drogas representa en la actualidad una amenaza a la salud pública. El consumo de tabaco afecta al 18% de la población joven en el estado de Guerrero. Y tiene que ver con la muerte de 150 personas diariamente en nuestro país y aproximadamente 53,000 personas al año. En cuanto al consumo del alcohol, afecta al 17.7% en el grupo de edad de los 12 a 25 años, se considera que el alcohol se encuentra dentro de las 10 principales causas de mortalidad en la población en México, además las consecuencias de su abuso reportadas con mayor frecuencia por los adolescentes son los problemas relacionados con la policía, el 23% de las defunciones por accidentes de tránsito con conductores intoxicados ocurren a jóvenes de entre las edades de 15 a 24 años (SISVEA, 2007).

2.4 Aspectos Laborales y Estrés

Las condiciones de trabajo y de salud, establecen una relación tanto positiva como negativa, en ambas direcciones, por lo que se puede decir que se engloban condiciones multidimensionales y surgen problemas en las relaciones posibles. Así las condiciones adecuadas tendrán por consecuencia un efecto positivo sobre la salud del trabajador con el consabido bienestar y satisfacción personal, por lo que el trabajador que se encuentra bien y satisfecho por su desarrollo, vive en condiciones de salud que a su vez se traduce en buena realización de las actividades laborales sin mayores exigencias y

con un incremento en su productividad. De manera contraria cuando se establece una relación negativa, las malas condiciones laborales generan sobre esfuerzo físico y emocional en el trabajador quien, como consecuencia, verá deteriorada su salud. De este modo, un trabajador que tiene problemas de salud los traduce en deterioro de sus actividades laborales, ausentismo y bajo rendimiento (Benavides, 2000)

“Sin importar el área en que los individuos desarrollen su trabajo, éste, debe ser considerado como fuente de salud, no de enfermedad. Tomando en cuenta que el estrés laboral se desencadena cuando los requerimientos del trabajo superan las posibilidades de la persona: una sobrecarga en las actividades deja pocos espacios para la recuperación y el desarrollo personal” (Bejines, 2006)

La fatiga es el término que define a “un grupo de sensaciones de estados físicos y psíquicos imprecisos, que no son fácilmente diferenciados y en cuya percepción cuentan características personales y ambientales es una disminución de la capacidad funcional que aparece en el individuo sano como consecuencia de una actividad funcional pudiendo ser irreversible” (Benavides, 2000). “Se podría inferir, entonces que al presentarse estos estados de fatiga o cansancio emocional, existe una afección en el sujeto, traducida por un estado disfuncional en el área laboral” (Bejines 2006).

La fatiga puede presentarse ya sea por sobrecarga en el trabajo físico (fatiga de efectuación) o por un trabajo monótono prolongado pero que no presenta exigencias de gasto energético (fatiga de regulación), ésta puede dividirse en fatiga de recepción, (caracterizada por hiper excitabilidad, insomnio y aumento del tono muscular) y la fatiga central, (caracterizada al contrario que la anterior por hipo excitabilidad, sueño e hipotonía muscular). Cualquiera de estas pueden ser en forma aguda o crónica, sin embargo, la fatiga crónica es más difícil de recuperar y evolucionará de forma insidiosa, aspecto que señala Ascanio y Coronado (2002), quienes encontraron en un trabajo realizado en enfermeras quirúrgicas que la fatiga crónica va desde: pesadez en el cuello, rigidez en la espalda, dolor en la región lumbar, cansancio y agotamiento frecuente, llegando a estar emocionalmente triste y desmotivado.

Al respecto, de acuerdo a Benavides, (2000) la definición de riesgo es, “la probabilidad de que ocurra un evento, por ejemplo que un individuo enferme o muera en un determinado periodo de tiempo”. El rol de profesional de la salud sufre de riesgos de tipo psicosocial, independientemente de la exposición a los agentes físicos, químicos o biológicos dentro de su ambiente de trabajo. En su caso, se puede ver afectada su salud, sobre todo a través de los mecanismos psicológicos; los factores de riesgo psicosocial son de naturaleza abstracta y sus efectos se manifiestan tras largos periodos de latencia, respondiendo modelos multicausales que incluyen, a demás de factores laborales otros extra laborales y características individuales.

Relacionado con lo anterior, en 1999 Hill – Monte, refiere que la demanda emocional que representa atender adecuadamente a los pacientes, en situaciones de duelo o urgencia y todas las situaciones que representen riesgo físico o emocional del paciente que dependen de la atención del profesional de la salud, harán que este se someta de manera permanente o estresante lo que desencadenará en su momento Burnout, por el contrario, la motivación intrínseca que representa los potenciales profesionales, pone en práctica los conocimientos adquiridos en beneficio de una población determinada, pueden considerarse como protectores en el riesgo del burnout.

La autonomía en el trabajo, ambiente laboral y el poder de decisión, son factores que ejercen una respuesta de bienestar psicológica; por el contrario, la falta de control del empleado sobre su trabajo, produce numerosas consecuencias psicológicas y físicas.

Existen dos tipos de control sobre el proceso del trabajo: a) un control interno, que se refiere a la influencia que el profesional tiene sobre el contenido de su trabajo; cabe destacar que la organización y planeación del trabajo puede favorecer para el desempeño del mismo; b) un control externo, que se desarrolla en la congruencia con el ambiente laboral, salarios justos, horarios adecuados, etc. Resulta importante y conveniente que el profesional de la salud se adiestre en las más elementales

cuestiones administrativas limitando con esto las posibilidades de riesgo en el control de su ambiente laboral (Fernández y Garrido, 1999)

La retroalimentación sobre el trabajo desarrollado, genera datos de satisfacción en el prestador del servicio, que redundarán en mejor productividad, así mismo, una retroalimentación adecuada, respetuosa, dirigida, con conocimiento del objetivo de la labor que se está desempeñando, funcionaría como una valiosa guía para advertir posibles sesgos en el trabajo desarrollado, y será entonces fuente de información que permita al mismo tiempo realizar el trabajo sin errores que puedan representar a largo plazo pérdida de tiempo y peor aún, lesión en la percepción del sentido del trabajo en la persona que lo desempeña (Peiró, 1992).

En este sentido diferentes áreas en la prestación de un servicio pueden representar la necesidad de ascender en el escalafón de puestos, con la correspondiente adquisición de responsabilidades, generalmente relacionadas a sistemas de oportunidades. La perspectiva de desarrollo de una carrera profesional en donde se añadan factores como inseguridad en el puesto de trabajo o falta de promoción, son situaciones que llevan al sujeto a elevar los niveles de estrés, así también como la promoción excesiva, donde se exige más que las capacidades propias del sujeto (Fernández y Garrido, 1999).

El desempeño de roles en una organización es una fuente de estrés, los aspectos más importantes para que éste se desencadene, son principalmente la ambigüedad y el conflicto de roles. Ambigüedad se refiere a la situación en que el empleado no dispone de una adecuada información sobre sus competencias dentro de una organización, como por ejemplo, no tener claros los objetivos de su trabajo, o la amplitud de sus responsabilidades. El conflicto que desencadena la ambigüedad de roles lleva al sujeto a presentar problemas en el comportamiento como tensión, ansiedad, agotamiento emocional, depresión y fatiga, entre otros (Fernández y Garrido, 1999).

El conflicto de roles se manifiesta cuando el sujeto encuentra exigencias sobre su rol, hechas por dos grupos con expectativas diferentes, e incluso contrarias; de esta forma

el sujeto queda atrapado en exigencias diferentes con consecuencias tanto físicas como psicológicas, tales como ansiedad, depresión, síntomas neuróticos y problemas físicos a largo plazo como son hipertensión y elevación del colesterol, etc. (Peiró, 1992)

De la misma manera, se ha mencionado que las relaciones interpersonales en el trabajo se relacionan de forma positiva con la satisfacción laboral y negativamente con la tensión y la ansiedad, sin embargo, con frecuencia pueden convertirse en estresantes de importancia (Peiró 1999). La falta de privacidad, los espacios de hacinamiento, las malas relaciones entre compañeros (ya sea con subordinados o con superiores), son situaciones que desencadenan estrés laboral (Fernández-Montalvo, 1999).

2.5 ESTUDIOS RELACIONADOS

2.5.1 Tabaco

Osorio, Rivas y Jara (2002), en su estudio publicado por la Revista Médica de Chile referente a Prevalencia de tabaquismo en enfermeras de la IX Región de ese país muestran cómo la prevalencia de fumar va aumentando y sobre todo en mujeres, entre enfermeras el predominio es del 37.9%, lo cual refieren las autoras que fumar obtenido en una muestra de enfermeras es similar otras muestras demográficas en Chile.

Roberto Gómez-García (2007), diseño y validó una encuesta breve, y fue aplicada el mes de abril, entre los trabajadores de un hospital de la Ciudad de México, se recopiló la información y la opinión sobre esta adicción entre los fumadores y no fumadores, se resalto la elevada prevalencia de esta adicción entre el personal administrativo y los médicos, siendo enfermería, quién tuvo un consumo mínimo.

En un estudio de Reynales-Shigmats (2008), se realizo una encuesta transversal aplicada a estudiantes de medicina y enfermería de escuelas públicas de México, donde se estima la prevalencia de fumadores para determinar su conocimiento y actitudes frente al tabaquismo, y conocer su labor, como futuros profesionales, en las estrategias de control del tabaco; con 83.3% de estudiantes de medicina era fumadores actuales y un 16.8% de estudiantes de enfermería.

En 2001, Gallegos y Mendoza llevaron a cabo un estudio sobre fumadores entre los Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro. Se llevo a cabo una investigación observacional, descriptiva y transversal cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de fumadores en estudiantes de la Facultad de Enfermería, en sus distintos niveles de formación. El estudio se llevó a cabo en una muestra de 177 estudiantes. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante estadística descriptiva con el apoyo de Software NCSS, versión 2001 y Excel 2000. La prevalencia general

encontrada en el estudio fue de 1.97 en cada 10 estudiantes, lo que muestra que de cada 10 estudiantes dos tenían el hábito de fumar en esa institución.

Así mismo encontraron 35 estudiantes que fumaban, de los cuales, 24 eran de nivel técnico (3.3 cigarrillos por día), 10 de licenciatura (1.05 cigarrillos por día), y uno de posgrado, con un consumo de 1 a 9 cigarrillos por semana.

2.5.2 Alcohol

Barraza (2007) realizó un estudio de enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo, El objetivo fue conocer el consumo de alcohol y el nivel de autoestima en profesionales de la salud. En un universo de 275 participantes del área de la salud que trabajaban en un hospital de 2do nivel, del estado de Querétaro, con un rango de edad entre 17 a 58 años. En relación al consumo de alcohol, 86.3% no presentaba ningún riesgo de consumo, 11.6% empezaba a tener problemas de consumo y 2.1% presentaba riesgo elevado; de la misma forma, 73.7% presentaba autoestima elevada, 15.8% autoestima media y 10.5% autoestima baja. No se encontraron trastornos debido al consumo de alcohol y se reporto una autoestima elevada, sin embargo se presentaba riesgo elevado de consumo de alcohol (2.1%) y baja autoestima (10.5%).

En un estudio del consumo de drogas en el personal de la salud, en un Hospital General de la Ciudad de México, se consideraron para la muestra a los 480 trabajadores, siendo de enfermería más del 65%; los patrones de consumo indican que 41.2% de los consumidores de alcohol son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12% son bebedores leves, en el grupo masculino la mayoría presentan un consumo moderado leve, en el grupo femenino un consumo frecuente bajo y moderado. (Martínez-Lanz, 2006)

2.5.3 Alcohol y Tabaco

Álvarez y Cols (2006), determinaron el uso y abuso de alcohol y tabaco en el personal de salud, en un hospital de segundo Nivel. En el que reportan: 60% del personal es menos de 35 años y 40% oscila entre 35 y 50 años, la población que predomino fue el

sexo femenino con un 83%. Con respecto al consumo de alcohol el 73% se encontró con riesgo elevado, 27% niega ingerirlo, en cuanto al consumo de tabaco es moderado 53%, del cual el 24% tiene adicción a la nicotina considerándose consumo moderado.

Vázquez, F., Blanco, V., López M. (2006) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la dependencia y el consumo del alcohol, el tabaco y otras sustancias en futuros profesionales del ámbito de la salud. Participaron en el estudio 116 estudiantes universitarios de entre 18 y 34 años (65.9% mujeres), seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado por sexo y curso de una población de 5.458 estudiantes de medicina, enfermería, farmacia y psicología. Se recogió información sociodemográfica y de consumo, y se administró a los participantes la entrevista SCID-VD. El 29.3% de los sujetos reunió los criterios para la dependencia de alguna sustancia. De ellos el 73.6% dependía del tabaco, el 14.7% del alcohol. De las drogas legales, la cafeína fue la droga más usada (92.2%), seguida por el alcohol (84.5%), el tabaco (55.2%), los analgésicos comunes (29.3%), los tranquilizantes y los hipnóticos (1.7%), y los analgésicos morfínicos (0.9%).

2.5.4 Estrés

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, correlacional con el objeto de determinar la relación entre los factores potenciales del estrés y la satisfacción laboral de las enfermeras en la UCI. La población a estudiar comprendió enfermeras asignadas a las unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de seguridad social, 2 privados y un público, de la Capital del Estado de San Luis Potosí, conformado por 57 enfermeras; el instrumento utilizado para identificar los factores potenciales de estrés laboral fue la Escala de Estrés en Enfermería de Cuidados Intensivos (CCNSS) diseñado por Sawatsky, Jo-Ann R.N., B.N. Se identificó que en la UCI existen factores que generan estrés, principalmente derivado de la atención al paciente, por los conocimientos, y habilidades que se requieren en este tipo de servicio, pero a la vez causan satisfacción laboral moderada. (Andraje, 2001).

Son múltiples las investigaciones realizadas en la prevención del estrés laboral con resultados satisfactorios utilizando el apoyo social como amortiguador del este. En este sentido Guerrero, (2001) presenta un programa de apoyo social en profesionales de enfermería de una sala de oncología, con resultados satisfactorios.

El programa enfatizó el desarrollo de estrategias de afrontamiento y de apoyo; al final del programa los participantes manifestaron que habían mejorado el clima en la sala, habían disminuido sus sentimientos de ansiedad, impotencia, culpa y las tasas de abandono de los profesionales. Otros autores ofrecerán una caracterización de grupos con la finalidad básica de dar apoyo social a sus compañeros. Por ello, el objetivo fundamental de esos grupos fue la reducción de los sentimientos de soledad, agotamiento de los profesionales, el incremento del conocimiento de los resultados, la ayuda para desarrollar formas afectivas de tratar los problemas y contar con un ambiente de trabajo más confortable. Desde esta teoría se han recomendado programas dirigidos a la prevención del Burnout en profesionales de enfermería.

González (2003) diseñó un estudio de tipo transversal, descriptivo, correlacional y comparativo; el universo de trabajo estuvo constituido por 230 enfermeras que laboraban en instituciones de seguridad pública, 102 de unidad hospitalaria y 128 de primer nivel. Los resultados estadísticos mostraron la presencia de los tres tipos de estresores en las enfermeras (intrapersonales, interpersonales y extrapersonales identificados) que proporcionan tanto cuidados directos a pacientes hospitalizados, como en las que atienden a usuarios en clínicas de primer nivel. Se trabajó bajo la técnica Delphi la Escala de Rangos de Reajustes Sociales (ERRS) de Thomas Holmes y Richard Rahe (1967), el cual fue el instrumento que se utilizó.

García (2002), en colaboración con otros, realizó una investigación de estrés laboral con el personal de los tres turnos de la Clínica Hospital de Ginecología, Obstetricia y Pediatría número 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 300 enfermeras, donde identificaron estadísticas significativas del Síndrome de Burnout de sus tres

componentes: Despersonalización (DP), Cansancio Emocional (CE) y Realización Personal), relacionados con depresión, ansiedad y autoestima.

Bejines y Meda (2001) realizaron un estudio diagnóstico con 174 enfermeras de tres instituciones del sector salud de Ciudad Guzmán, con el objetivo de identificar el nivel de Burnout, aplicando el Cuestionario Breve de Burnout (Moreno, 1995), encontrando diferencias estadísticas significativas en las dimensiones que componen el síndrome de Burnout, identificando la despersonalización como la más alta.

Cartagena de la Peña, (2005) elaboró un estudio donde participaron 748 profesionales de enfermería, con una media de edad de 35 años, siendo 233 varones y 508 mujeres, donde un 48.5% presentaron un estrés alto, un 24.5% un estrés medio, y un 27% un estrés mínimo, en el hospital Siglo XXI en México D. F.

El estudio comparativo entre médicos y enfermeras realizado por Landeros, (1997), encontró que las últimas padecían un nivel mayor de estrés que el médico, ya que el estrés de enfermería se le agregan problemas de tipo administrativo, de reconocimiento social y de ambigüedad del rol entre otros.

El factor tiempo es considerado como una causa de insatisfacción de la práctica; al respecto Landsbergis, (1998), comprobó en una muestra con 289 enfermeras que las que tenían sobrecarga y propio control sobre su trabajo, sufrían más estrés, referían menos satisfacción y padecían más problemas de salud.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

Descriptivo, transversal

De acuerdo con Canales (2002), es transversal debido a que se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento. Se estudiara la frecuencia del consumo de drogas lícitas y estrés. Por el tipo de análisis a realizar es descriptivo y por el momento de registro de la información es prospectivo.

3.2 Universo y muestra.

El universo está conformado por 190 Profesionales de Enfermería, de manera que el muestreo manejado fue probabilístico.

- Muestreo: el tamaño de muestra se determinó por la formula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza de $z=1.64$, una probabilidad a favor de $p=0.8$, la probabilidad en contra de $q= 0.2$, con un error de estimación de $e= 0.05$

- $n= \frac{NZ^2pq}{(N-1) e^2 + Z^2 pq}$

- $Z =$ Nivel de confianza. $Z= 1.64$

- $N=$ Universo. $N= 300$

- $p =$ Probabilidad a favor. $p= 0.8$

- $q =$ Probabilidad en contra. $q= 0.2$

- $e=$ Error de estimación. $e= 0.05$

- $n =$ Tamaño de la muestra.

- $n= \frac{NZ^2pq}{(N-1) e^2 + Z^2 pq}$

- $(N-1) e^2 + Z^2 pq$

- $n= \frac{300(1.64)^2 (0.8)(0.2)}{(300-1) (0.05)^2 + (1.64)^2(0.8)(0.2)} = \frac{83.9155}{0.9028} = \underline{\underline{92.95}}$

Se consideraron los siguientes criterios para elegir a los sujetos de estudio.

Criterios de inclusión: Para determinar qué personal participaría en el estudio, se llevo a como un muestreo, personal de base, antigüedad de medio año, que quiera participar en la investigación, que labore en servicios estresantes (De los Ríos 2004). Urgencias, Medicina Interna, Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos y Pediatría).

Criterios de exclusión: Pasantes, personal de permiso, personal de vacaciones y de suplencia en el servicio, administrativos, médicos, residentes.

Criterios de eliminación: Encuestas incompletas, encuestas no entregadas,

3.3 Material y método

Procedimientos para recoger la información

1. Nos presentaremos con el Personal Docente de la Unidad Académica de Enfermería de Acapulco Guerrero, los cuales serán quienes nos contacten con la Institución donde realizaremos la Investigación.
2. Teniendo Asignada la Institución, se pedirá autorización al comité de ética e investigación, la cual será del Hospital General de Acapulco Guerrero para realizar el estudio, que será la institución en la cual se realizará la investigación.
3. Se seleccionaran los servicios y a la población de estudio al cual se le aplicaran los instrumentos.
4. Se pedirá la cooperación de los participantes a los cuales, se les comentara que el trabajo se realiza con fines de investigación, haciendo énfasis en que al contestar los reactivos de los instrumentos; sean honestas, sinceras y que la información será confidencial, después se les explicara en qué consiste cada uno de los instrumentos.
5. Se acordará una fecha, y el lugar donde se aplicara los instrumentos.
6. Se aplicaran los instrumentos y se agradecerá a todos los participantes su valiosa colaboración.
7. Se verificara que los cuestionarios estén debidamente contestados con el fin de evitar sesgos.

8. Se procesaran los datos en el paquete estadístico SPSS Versión 11. Creando una base de datos para sacar los resultados finales, utilizando estadística descriptiva.
9. Teniendo los resultados, se darán a conocer a la Institución donde se realizó la investigación y a los participantes.
10. Se agradecerá a las instituciones que apoyaron esta investigación como la Unidad Académica No. 2 de Acapulco Guerrero, así como al personal del Hospital General.

Instrumentos Utilizados.

Se utilizaron las siguientes escalas para la recolección de datos:

TEST AUDIT

El AUDIT (Alcohol Use Disors Identificación Test) está basado en un proyecto de la OMS estandarizado, íntimamente relacionado, sobre las consecuencias del consumo de alcohol en atención primaria (Jhonson 2004).

El instrumento apoya en la detección problemas leves y moderados relacionados con el alcohol.

Se trata de un cuestionario que consta de 10 preguntas; las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 reacciones adversas y las dos últimas problemas relacionados con el consumo de alcohol.

TEST DE FAGERSTROM.

Diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos.

Es un cuestionario muy breve y fácil de aplicar, esto lo convierte en una guía útil para planificar la estrategia de tratamiento y su intensidad. La codificación de sus resultados se realiza considerando lo siguiente:

CODIFICA

0-2: No dependencia

3-4: dependencia débil

5-6: dependencia moderada

7-8: fuerte dependencia

9-10: dependencia muy fuerte

Los ítems se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (si o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a 10 puntos. E. Becona y F.L. Vázquez han validado este instrumento

ESCALA MASLACH. En 1974 Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de "Sobrecarga emocional" o síndrome del Burnout (quemado). Esta autora lo describió como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas". Incluyendo:

- Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos. Emocionales.
- Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.
- Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Por medio de cuestionario Maslach se mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Esta escala tiene ítems en forma de

afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

CALIFICA

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Aspecto Evaluado	Respuestas a sumar
Cansancio Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22
Realización Personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Detalles de los resultados de cada subescala:

1. Subescala de agotamiento emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Se consideran que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome

3.4 Plan de análisis

1. Recolectada la información, se verificara que todos los instrumentos estén debidamente llenados y contestados, se calificaran utilizando la evaluación que tiene cada instrumento.
2. Calificados los instrumentos aplicados, se ingresaran los datos a una base de datos del programa estadístico SPSS Versión 11.
3. De los instrumentos aplicados, se seleccionaron 23 variables, las cuales se les aplico análisis por frecuencias, con lo cual se obtuvo la información necesaria para ver resultados rangos de edad, estado civil, servicios, nivel de consumo de nicótica y alcohol, y presencia de estrés en el personal de enfermería, por medio de estadística descriptiva.
4. Con la información final de cada una de las variables, se procederá a elaborar las gráficas que serán incluidas en el reporte final de la investigación, donde se darán a conocer los resultados que arrojo la aplicación de los instrumentos.
5. Con el trabajo final se verá el nivel de consumo de drogas licitas como fue con el alcohol y la nicotina, y el nivel de estrés que presenta el personal de enfermería del Hospital General de Acapulco Guerrero el cual fue la institución donde de realizo la investigación.

3.5 Ética del estudio

La presente investigación se atenderá lo mencionado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud:

Artículos Ley general de Salud

Art. 13 En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto a estudio, deberán prevalecer el criterio del respecto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Art. 14 Se debe contar con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad.

Art. 16 En las investigaciones en seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

El estudio es considerado como una investigación sin riesgo de acuerdo con el artículo 17.

Art. 20 Se contará con el consentimiento informado por escrito

Art. 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan observarse;

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Art. 23 En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Art. 119: al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar a la comisión de investigación de la institución de de

atención a la salud, un informe técnico que incluya los elementos que indique la norma técnica que al respecto emita la secretaria.

Art. 120: el investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tienen derecho los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregar una copia de estas publicaciones a la dirección de la institución.

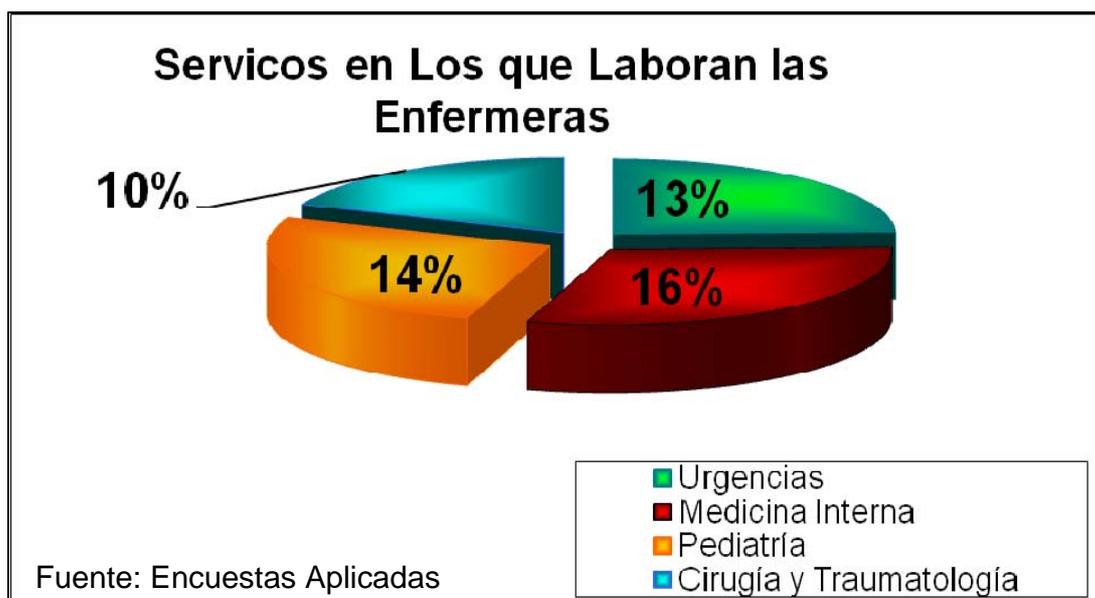
IV. Resultados y discusión

Se encuestó a 80 enfermeras; los datos demográficos arrojaron la siguiente información:

4.1 Caracterización de la Población

11 Enfermeras entre los 20 y 25 años, el mayor número se encuentra con 18 personas, teniendo de 46 a 50 años, las otras 51 tienen de 26 a 45 años. 44 personas de las 80 están casadas, representando casi el 52% de la muestra, 18 están solteras, 9 en unión libre, 7 divorciadas y 4 personas son viudas.

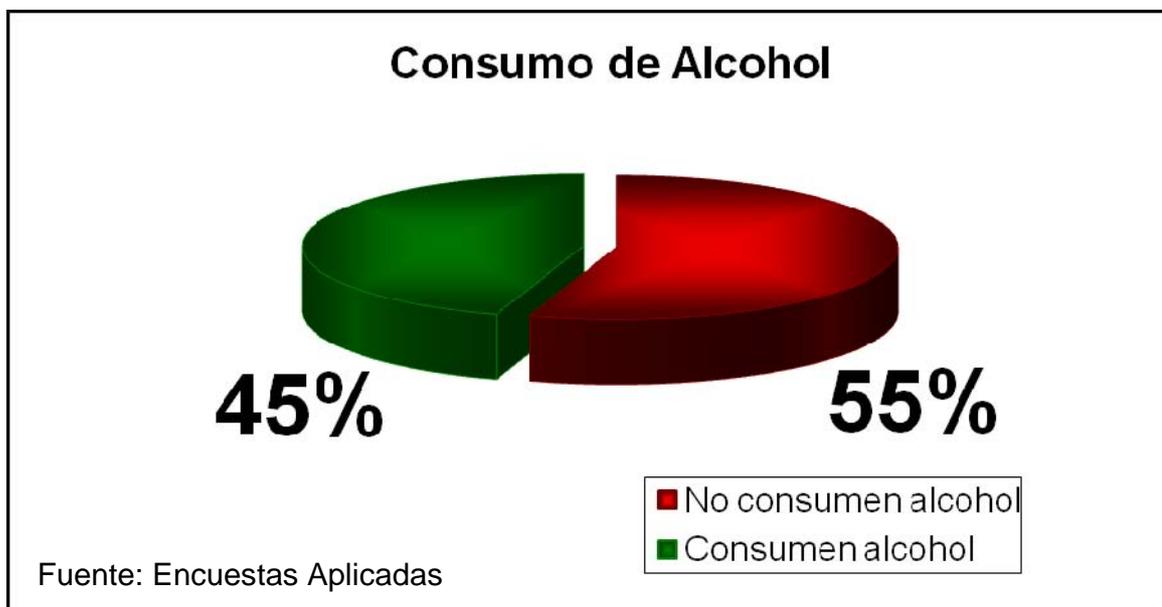
Con respecto a la antigüedad, 37 enfermeras tienen entre 11 y 30 años de laborar, 16 personas de 1 a 5 años laborando, 5 personas con menos de 1 año y 7 con más de 30 años. Los servicios con mayor carga laboral son los que tienen mayores personas encuestadas, tales son: urgencias con 11 personas, correspondiente al 13%; Medicina Interna con 13 personas lo que equivale a un 16%; Pediatría con 11 personas (14%); Cirugía y Traumatología con 8 personas (10%). Estos servicios, por las actividades, procedimientos y exigencia de los mismos, son los que pueden llegar a generar un grado de estrés en el personal.



Como es de esperarse, se observa una mayor participación femenina en los servicios, ya que se encontraron 65 personas del género femenino, lo que representa el 81% de la muestra y el 19% de los varones, con 15 participantes.

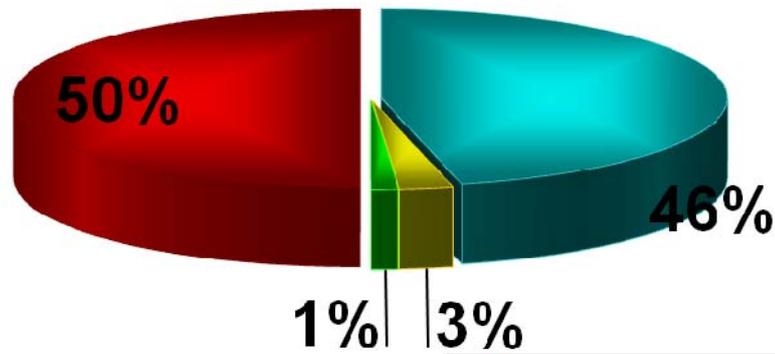
4.2 Consumo de Alcohol

Se encontró que más del 50% de los participantes no consumen alcohol, siendo estos 44 personas, y un 45%, que representan 36 personas, que consumen alcohol. 37 personas consumo han consumido alcohol al menos una vez al mes, 2 personas encuestadas de dos a cuatro veces al mes, y solo una persona de dos o tres veces por semana.



El 50%, han consumido una o dos copas al año (40 personas), 26 personas de 3 a 4 copas, 10 personas de 5 a 6 copas, 3 personas de 7 a 9 y solo 1 persona más de 10 copas. 50% de los participantes refirieron nunca haber consumido (40 personas), 26% lo han hecho al menos una vez al mes (21 personas), 20% han consumido mensualmente (16 personas), 2 personas semanalmente, y solo una persona diario o casi diario.

Frecuencia del Consumo de Alcohol

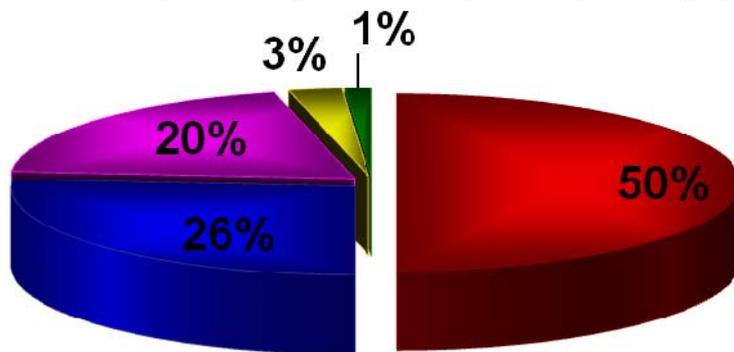


Fuente: Encuestas Aplicadas

- Una vez al mes
- De 2 a 4 Veces al Mes
- De 2 ó 3 Veces por semana
- Una o dos copas al año

Los datos de este estudio demuestran un consumo moderado del 50% del personal encuestado, los resultados son parecidos con la prevalencia del consumo de alcohol reportado por Álvarez y cols (2006), que determinaron el uso y abuso de alcohol y tabaco en el personal de salud, en un hospital de segundo Nivel. Con respecto al consumo de alcohol el 73% se encontró con riesgo elevado, 27% niega ingerirlo.

Frecuencia del consumo de Alchoho



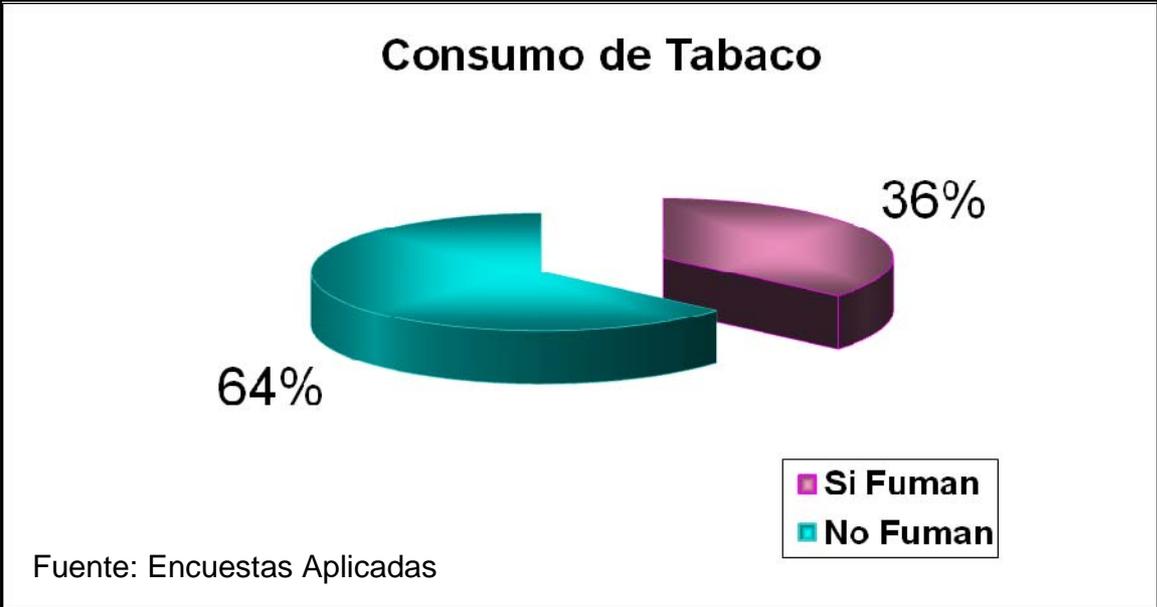
Fuente: Encuestas Aplicadas

- Nunca haber consumido alcohol
- Consumir alcohol al menos una vez
- Consumir alcohol Mensualmente
- Consumir alcohol Semanalmente
- Consumir alcohol Diario o casi diario



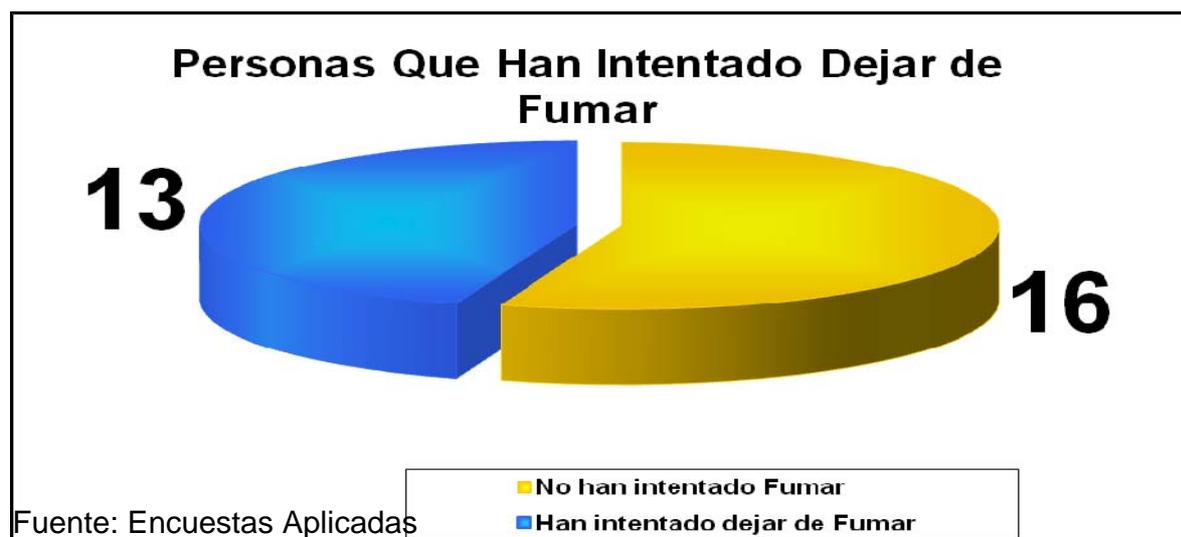
4.3 Consumo de tabaco

Se encontró que el 36% (29 personas) sí fuman y el 64% no fuman. Un 28% (22 sujetos) consumen menos de 10 cigarrillos y solo un 9% (7 personas) tienen un consumo de 11 a 30 cigarrillos al mes.



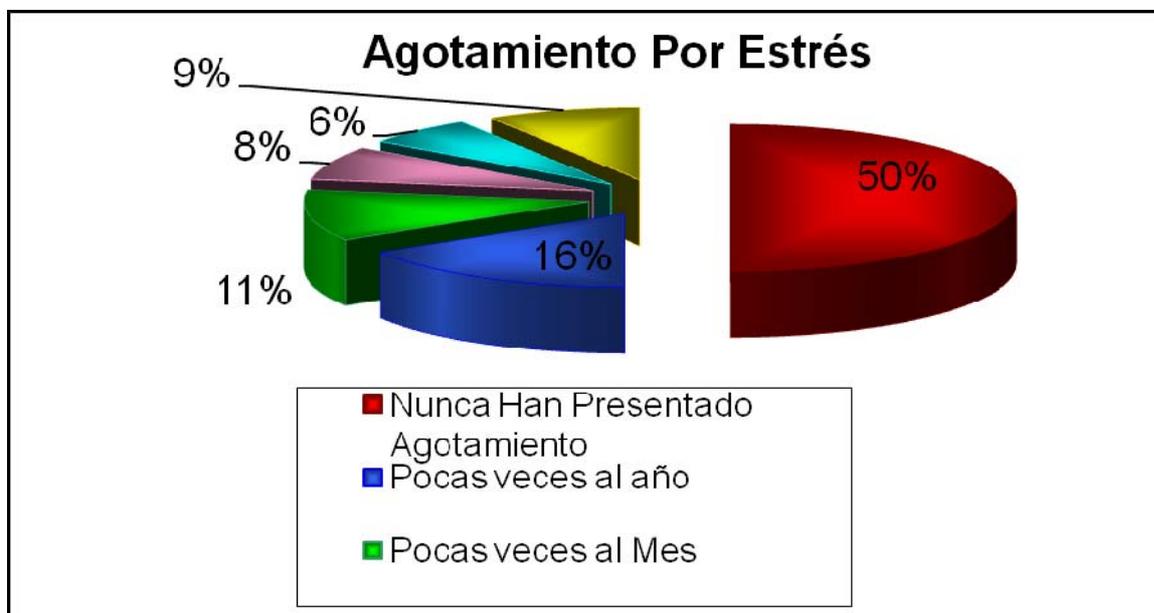
Los datos de este estudio coinciden con lo reportado por Osorio, Rivas y Jara (2002) en su estudio publicado por la Revista Médica de Chile, referente a Prevalencia de tabaquismo en enfermeras de la IX Región, de ese país; muestran cómo el predominio de fumar va aumentando y sobre todo en mujeres, entre enfermeras el predominio es del 37.9% lo cual refieren las autoras que el predominio de fumar obtenido en una muestra de enfermeras es similar a esto obtenido por antiguos estudios en otras muestras demográficas en Chile.

Con respecto al periodo de tiempo que dejan pasar de un cigarrillo a otro, un 29% (23 individuos) tiene intervalos de consumo de 31 minutos a 60 minutos, con un 8% (6 individuos) con un intervalos de tiempo de 6 a 30 minutos. Un 20% (16 personas) no han intentado dejar hábito de fumar y un 17% (13 personas) han intentado dejarlo.



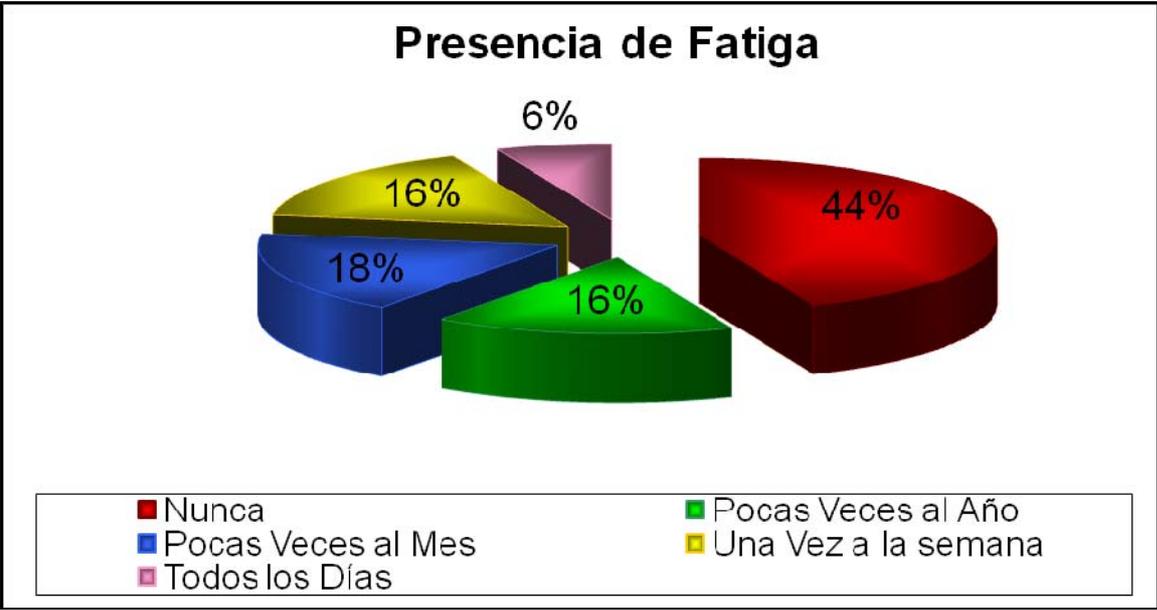
4.4 Agotamiento por Estrés

Un 50% (40 personas) refirieron nunca haber presentado agotamiento, un 17%, (13 personas) han presentado agotamiento pocas veces al año, un 12% (9 personas) pocas veces al mes, un 9% (7 personas) han presentado agotamiento todos los días, un 7% (6 personas) pocas veces a la semana y un 6% (5 personas) una vez a la semana. Se encuentra un 27% (21 personas) que refieren no presentar cansancio, un 25% (personas) han presentado pocas veces al año, un 21% (17 personas) que han presentado pocas veces a la semana, y un 6% (5 personas) han presentado cansancio todos los días.

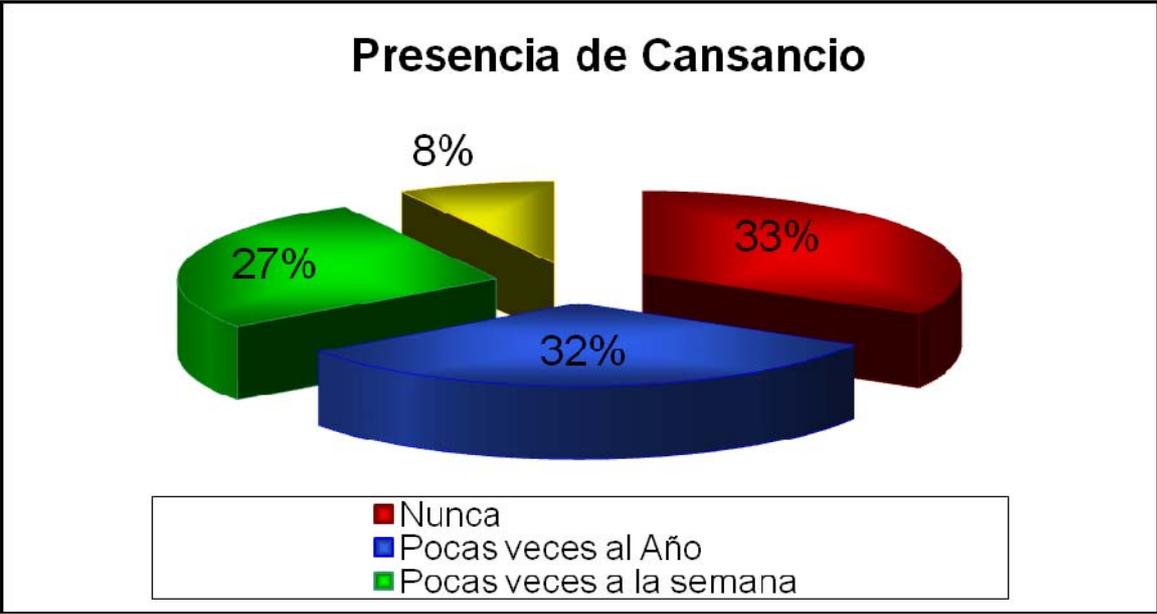


Fuente: Encuestas Aplicadas

Un 44% (35 personas) nunca han presentado fatiga, 16% (13 personas), se encuentran pocas veces al año, y pocas veces a la semana, 14 personas con pocas veces al mes o una vez a la semana, y 5 personas un (6%) han presentado fatiga todos los días.



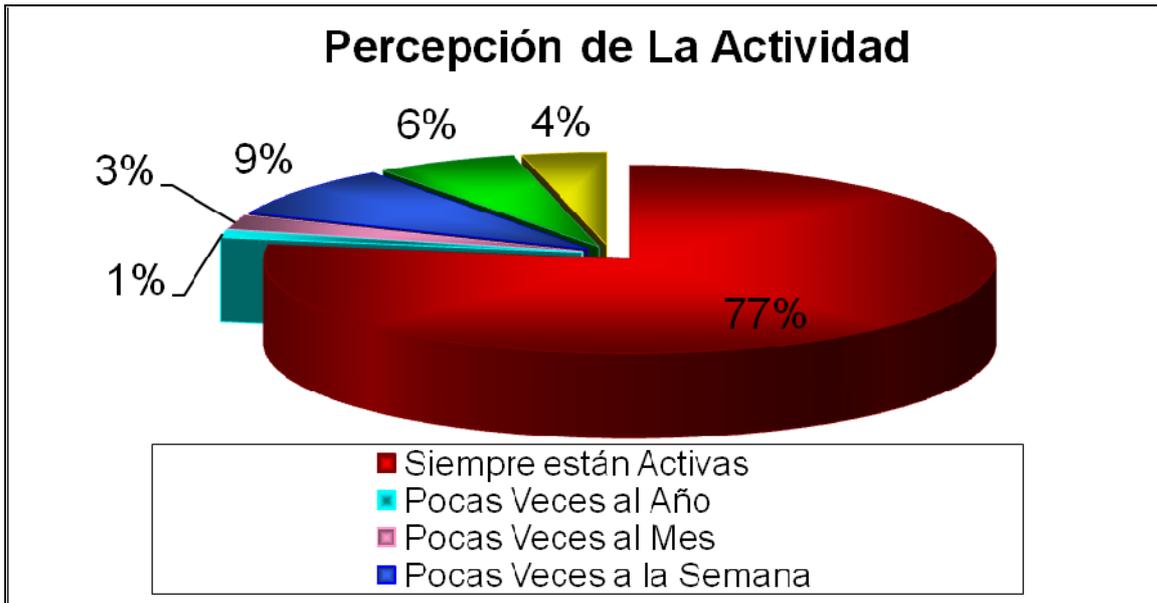
Fuente: Encuestas Aplicadas



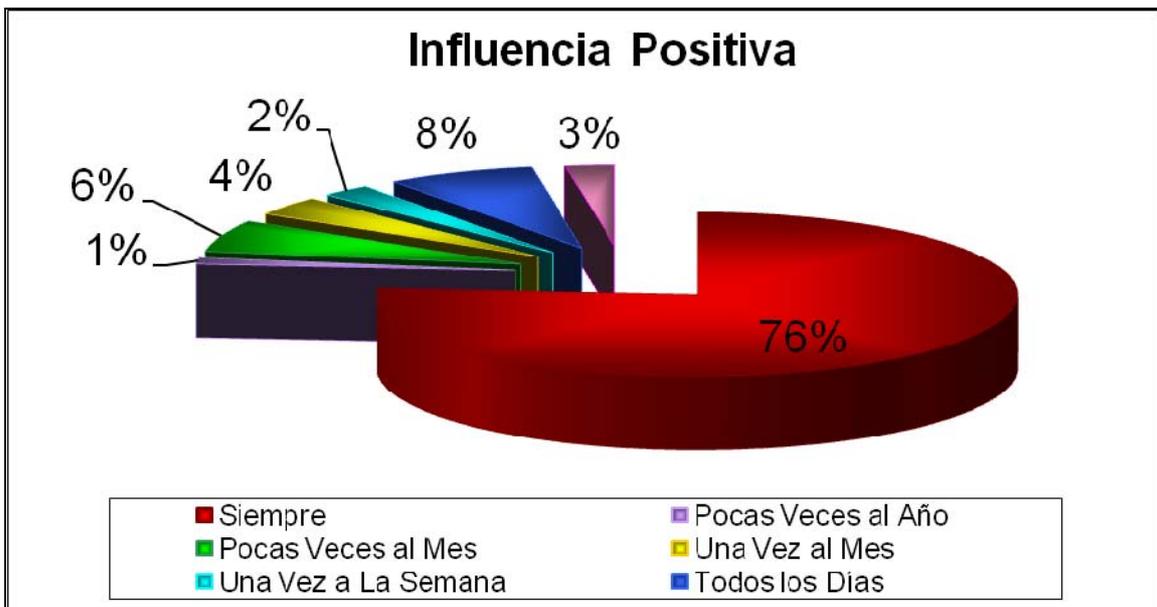
Fuente: Encuestas Aplicadas

Un 78% (62 personas) siempre están activas, un 9% (7 personas) están activas pocas veces a la semana, 5 personas (6%) una vez a la semana, 2 personas (3%) pocas veces al mes, 1 persona pocas veces al año y 3 personas (4%) nunca están activas.

Con respecto a la influencia positiva que sienten los participantes que ejercen hacia el resto de los compañeros de trabajo, se encontró que 77%, correspondiente a 61 personas, lo presentan todos los días, 6 personas, un 8% pocas veces a la semana, 2 personas una vez a la semana, 5 personas pocas veces al mes, 3 personas, una vez al mes, 1 persona pocas veces al año y 2 nunca.

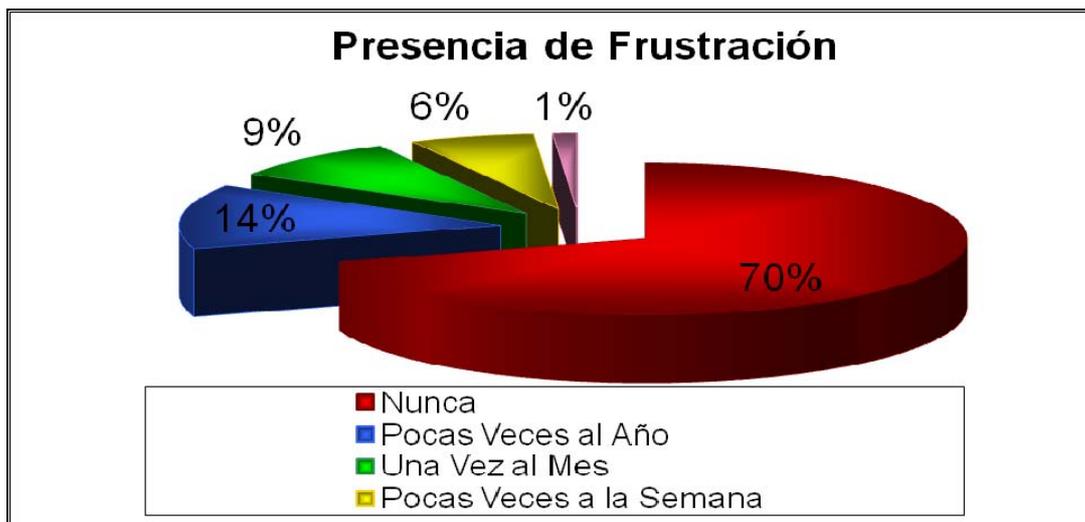


Fuente: Encuestas Aplicadas



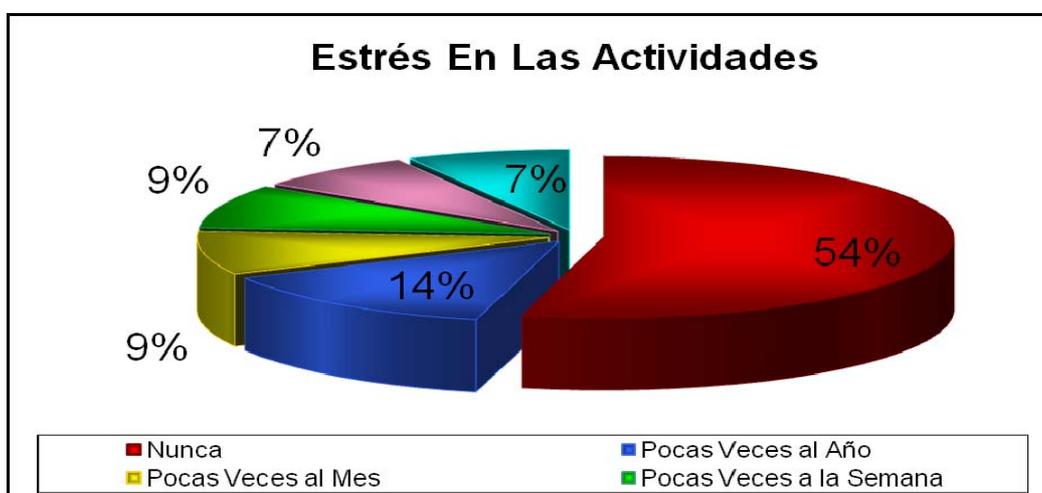
Fuente: Encuestas Aplicadas

Un 69% (55 sujetos), nunca han presentado frustración en su actividad profesional, un 14% (11 sujetos) la han presentado pocas veces al año, un 9% (7 personas) una vez al mes, un 6% (5 sujetos) pocas veces a la semana, y solo una persona ha presentado frustración todos los días.



Fuente: Encuestas Aplicadas

Un 53% (42 individuos) refieren nunca haber presentado estrés en sus actividades profesionales, un 13% (10 individuos) han presentado pocas veces al año, un 8% (6 personas) pocas veces al mes, un 6% (5 individuos) una vez a la semana, un 9% (7 individuos) pocas veces a la semana y un 8% (6 individuos) han presentado estrés todos los días.



Fuente: Encuestas Aplicadas

Los datos de este estudio coinciden con los resultados de la investigación, aunque no se determinan los factores estresores, si hay una presencia notable de ellos, realizado en octubre 2003 por González M., Silva D. De actores que Ocasionan Estrés en el personal de Enfermería, el universo de trabajo estuvo constituido por 230 enfermeras que laboraban en instituciones de seguridad pública, 102 de unidad hospitalaria y 128 de primer nivel. Los resultados estadísticos mostraron la presencia de los tres tipos de estresores en las enfermeras (intrapersonales, interpersonales y extrapersonales identificados) Se adaptó bajo la técnica Delphi la Escala de Rangos de Reajustes Sociales (ERRS) de Thomas Holmes y Richard Rahe (1967), el cual fue el instrumento que se utilizó.

Un 86% (69 personas) presentan una atmósfera laboral ante el estrés, un 10% (8 personas) pocas veces a la semana, una persona una vez a la semana y 2 personas pocas veces al mes.

Este estudio sobre el estrés donde se manejan los parámetros de la escala Maslach, tiene relación con los resultados obtenidos del trabajo de García (2002), en colaboración con otros, realizando una investigación de estrés laboral con el personal de los tres turnos de la Clínica Hospital de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, número 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 300 enfermeras, donde identificaron estadísticas significativas del Síndrome de Burnout de sus tres componentes: Despersonalización (DP), Cansancio Emocional (CE) y Realización Personal), relacionados con depresión, ansiedad y autoestima.

Por el contrario este estudio señala una diferencia significativa en los resultados de la investigación, ya que Bejines y Meda (2001) realizaron un estudio diagnóstico con 174 enfermeras de tres instituciones del sector salud de Ciudad Guzmán, con el objetivo de identificar el nivel de burnout, se aplicó el Cuestionario Breve de Burnout (Moreno, 1995), encontrando diferencias estadísticas significativas en las dimensiones que componen el síndrome de Burnout identificando la despersonalización como la más alta.

De igual forma el estudio realizado en 2005 por D. Ribera/E. Cartagena de la Peña, en el que participaron 748 profesionales de enfermería, con una media de edad de 35 años, siendo 233 varones y 508 mujeres, un 48.5% presentaron un estrés alto, un 24.5% un estrés medio, y un 27% un estrés mínimo, en el hospital siglo XXI en México D. F. se encuentran resultados que favorecen la presencia de estrés en personal de enfermería, en oposición a nuestro estudio realizado, donde la presencia de estrés es mínima.

Un 84% (67 personas) se sienten motivadas después de trabajar con sus pacientes, un 10% (8 personas) pocas veces a la semana, un 2.5% (2 personas) una vez a la semana, y 2 personas más con pocas veces al mes, y solo una persona con una vez al mes.

Los resultados obtenidos en este estudio señalan que el factor tiempo es considerado como una causa de insatisfacción de la práctica, al respecto Landsbergis (1998), comprobó en una muestra con 289 enfermeras que las que tenían sobrecarga y propio control sobre su trabajo, sufrían más estrés, referían menos satisfacción y padecían más problemas de salud, donde los resultados de la investigación demuestran una motivación alta al realizar sus actividades profesionales.

V. Conclusiones

Con la implementación del nuevo plan de estudios, y siendo los precursores de este nuevo programa, teniendo como materia adicciones en tres semestres, surge la inquietud por realizar esta investigación en adicciones en el personal de enfermería, ya que, observamos que las compañeras de clase, y de cursos y nivelación que ya laboraban y estaban estudiando en la facultad, presentaban este hábito de fumar, y en eventos sociales de la facultad, también se observó el consumo de alcohol (cerveza), siendo este fenómeno contradictorio a nuestra formación.

El profesional de enfermería debe de ser un promotor de la salud, bienestar, cuidado holístico hacia la sociedad en general, donde uno debe de ser el principal emprendedor de hábitos y estilos saludables, para orientar, informar y educar a quién así lo requiera. Es por esto que la investigación realizada nos dio a conocer que el profesional de enfermería presenta un consumo mínimo y ocasional de los hábitos de fumar y consumo de alcohol, así como no se encontró una relación entre el consumo de las drogas lícitas y el estrés como factor precursor para su consumo de estas.

Pudimos comprobar y comparar en otros estados por estudios realizados previos, la presencia de estrés en el personal de enfermería es alto por la sobre carga laboral, así como un consumo medio de alcohol y tabaco, de tal forma que en el estado de Guerrero en el Hospital General de Acapulco, los resultados difirieron con los demás estudios, lo que significa que, a pesar de los resultados se debe de seguir en esta línea de investigación, de manera tal que se aborde el fenómeno desde otras perspectivas.

Con la implementación de estrategias en la supervisión del personal de enfermería, estamos seguros que la eficacia, eficiencia y productividad en los servicios de enfermería darían mejor productividad y se evitarían conflictos interpersonales que muchas veces son motivos de disgustos entre los compañeros por el estrés tan elevado que se siente en algunos servicios, es por esto que estamos seguros que la profesión de enfermería seguirá siendo el precursor principal sobre el estilo de vidas saludables sobre la población.

VI. APÉNDICES
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Def. Conceptual	Def. operativa	Dimensiones	Escala de dimensiones	Indicadores
Estrés	Síndrome de reacciones fisiológicas no específicas en el organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente, de naturaleza física o química. (Selye, 1935)	Reacción del organismo ante una amenaza	Alto Medio Bajo	Likert Nominal	Anexo
Tabaco	Hojas secas y preparadas de Nicotina tabacum, es fuente de diversos alcaloides y la nicotina el principal de ellos (DES 2002).	Sustancia cuyo consumo puede producir dependencia, adicción y alteraciones en el sistema nervioso central.	Leve Moderado Grave	Cuantitativa Nominal, Ordinal	Anexo
Alcohol	Fármaco tóxico lesivo para todos los tejidos del cuerpo, su uso irrestricto induce en un individuo cambios patológicos en el sistema nervioso central, hígado, corazón, riñón y aparato digestivo. (DES 2002).	Sustancia que acompaña a múltiples actos de orden social, que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento y del ánimo de la persona.	Leve Moderado Grave	Cuantitativa Nominal Ordinal	Anexo
Edad	Reloj biológico de la persona	Años cumplidos	Edad	Cuantitativa Discreta	
Sexo	Diferenciación cromosómica	Identidad de género	Hombre Mujer	Cualitativa Nominal	



UNIVERSIDAD AUTONÓOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**PREVALENCIA EN EL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS Y
PRESENCIA DE ESTRÉS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Objetivo: Conocer el nivel de prevalencia en el consumo de drogas licitas del personal de enfermería y si presentan estrés.

Instrucciones: Lee cuidadosamente las siguientes preguntas y marca la respuesta que consideres de tu elección.

Edad: _____ Estado Civil: _____ Antigüedad: _____

Servicio _____

Instrumento AUDIT

1 ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- Nunca
- Una vez al mes o menos
- Dos o cuatro meses al mes
- Dos o tres veces por semana
- Cuatro o mas veces por semana

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 o 9
- 10 a más

3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diario o casi diario

4. Durante el último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diario o casi diario

5. Durante el último año, ¿qué tan frecuente dejas de hacer algo que deberías de hacer por beber?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diario o casi diario

6. Durante el último año ¿qué tan frecuente bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido con exceso el día anterior?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diario o casi diario

7. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diario o casi diario

8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que te ha pasado cuando estuviste bebiendo?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- Diario o casi diario

9. ¿Te haz lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?

- No
- Si, pero no en el último año
- Si, en el último año

10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que disminuyas tu forma de beber?

- No
- Si, pero no en el último año
- Si, en el último año

FAGESTROM

1. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?
 - 31 o más
 - 21 a 30
 - 11 a 20
 - Menos de 10

2. ¿Fumas más cigarrillos durante la mañana que durante el resto del día?
 - Si
 - No

3. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que te despiertas hasta que fumas el primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos
 - 6 a 30 minutos
 - 31 a 60 minutos
 - Más de 60 minutos

3. ¿Qué cigarro del día te provoca más satisfacción? (o el que te es más difícil de omitir)
 - El primero de la mañana
 - Algún otro

4. ¿Es difícil dejar de fumar donde está prohibido?
 - Si
 - No

5. ¿Fumas cuando estás enfermo incluso en cama?
 - Si

MASLACH

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes o menos
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

01 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo _____

02. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo _____

03. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar_____
04. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes _____
05. Trato a algunos pacientes / clientes como si fueran objetos impersonales_____
06. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo_____
07. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes _____
08. Me siento "quemado" por mi trabajo_____
09. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas_____
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión_____
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente_____
12. Me siento muy activo_____
13. Me siento frustrado en mi trabajo_____
14. Creo que estoy trabajando demasiado_____
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés_____
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes_____
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes_____
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión_____
20. Me siento acabado_____
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma_____
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

VII. Bibliografía

Ahmadi, J. Maharlooy, N. Alisáis M. (2004). Abuso de sustancias: Prevalencia en una muestra de estudiantes de enfermería, Universidad de Ciencias Médicas de Shiraz, Irán. J Clin Nurse. 2004 Enero; 13: 60-4 CRIDS, Facultas de Medicina UANL.

Ascanio T., Coronado Y. 2002. Estrés en Enfermeras y Área Quirúrgica del Hospital José A. Vargas, Municipio Libertador, Estado Aragua. Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos" República Boliviana de Venezuela. Tesis Doctoral.

Babor, M. J., Barba, M. F., Domínguez, C. G., Sánchez, F., (Marzo, 2004). Adolescentes, consumo de alcohol. Buenos Aires, 70 1-7. Extraído el 11 de julio del 2008 desde <http://www.adicción.com>

Bahrman, Nelson, Adicciones en Enfermería, 13ª Edición, 1998, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México, D.F.. P.P., 1484-1502.

Behavior, Landsbergis. P.A. 1998 Occupational stress among Health care workers. A test of the job demand- control model en Journal of Organizational Behavior, 9, 217-239.

Bejines S.M., Medina L. 2001. Diagnóstico de Burnout, en el personal de Enfermería de tres instituciones del Sector Salud, de Cd. Guzmán Jalisco. Memorias de Jornadas de Investigación Científicas del Centro Universitario del Sur; Universidad de Guadalajara.

Bejines, M. 2006 Relación entre Burnout y trastornos del sueño en Enfermeras. Tesis Inédita para obtener el Grado de M.C.E. Universidad Autónoma de Querétaro, Qró. P 9-12.

Benavides, F. G., Ruiz Frutos, C., García. A. M. 2000 Salud Laboral conceptos y técnicas para la prevención de Riesgos Laborales. España. Masson.

Canales, F., De Alvaro, E., Pineda, E. (2002). Manual para el desarrollo del personal de salud. México: UTHEA NORIEGA EDITORES.

Carvajal, C. L., De Andrade, D., (20 de julio del 2005). La escuela de prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. Latino-Americana de Enfermagem, n. esp (13) 1-10. Extraído el 11 de julio del 2007 desde <http://altavista.com>.

Chacón, M. Grau, J. 1997 Burnout en Enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. Rev. Cubana de Oncología; 13 (2): 118-125.

Chávez Aguilera. 1994, Estrés y sus repercusiones en le personal de Enfermería. Tesis Inédita de Maestría Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Consumo de alcohol y tabaco

Enciclopedia: Salud Familiar, Tomo III, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. P.P., 887-902.

Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (2003). Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, México, p. 48

Fernández Montalvo, J. Garrido-Landivar, E. 1999 Sicopatología Laboral. Pamplona: Servicio de publicaciones de la Universidad Pública de Navarra.

Gallegos T.R.M, y cols. (2001). Fumadores entre los estudiantes de la Facultad de Enfermería, Desarrollo Científico Enfermería. Vol.9, N° 6,2001.

Gallis, Kogan, Salud Comunitaria, 6ta Edición, Ed. Salvat, 1998. P.P., 788-795.

García C. M L. y Santana RM. 2002 Estrés Laboral en el personal de Enfermería Mexicano del Seguro Social Monterrey Nuevo León México.

Guerrero B.E., Vicente, C.F. 2001 Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional y Afrontamiento del Estrés en el profesorado. Universidad de Extremadura. España: Cáceres.

H.n Bucher. Adicciones en Enfermería, 2da Edición, 1998, Ed. Masson, 1995. Santiago de Compostela, España.

Jane M., Borrell C. (2004). Impacto del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol en la mortalidad de la población de la Ciudad de Barcelona.

La Dou Joseph. 1994, Medicina Laboral. Manual Moderno. S.A. C. V. México. P 623.

Landeros M. 1997. Estrés y Burnout en enfermeras de servicios medicoquirúrgicos del hospital Calixto García, tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Facultad de Salud Pública, la Habana Cuba.

Manual Merck, 12va Edición, 2004, México, D.F. P.P., 2056-2086.

Martha González Esquivel. Factores que ocasionan estrés en el personal de enfermería. Agosto de 1999.

Martinez, M. (2005). Drogas Y conductas de riesgo en adolescentes en el estado de Querétaro. México: Talleres gráficos de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Morales, G. J. y cols., (MAYO/ABRIL 2002). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro social.

Salud Publica de México, 2 (44) 1-14. Extraído el 3 de julio del 2008 desde: <http://Sciigo.org/index.php?lang=pt>, <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

Moreno J. B., Peñacoba P. C. 1995. Estrés asistencial en los servicios de Salud. Universidad Autónoma de Madrid España. 1:255-264.

Munich, L., Ángeles. E. (2001). Métodos y Técnicas de Investigación. México: Editorial Trillas.

Muracen, D. I., Martínez, J. A., Aguilar, M. J., González, R. M. (Febrero 2005). Pesquisaje de alcoholismo en un Área de Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 1 (17), 1-7. Extraído el 3 de julio del 2007 desde <http://Sciigo.org//index.php?lang=pt>

Muscari, Salud Comunitaria, 2ª Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, D.F., 2002. P.P., 1145-1165.

OFPDP, 2002

Peiro J. 1992 Desencadenantes del Estrés Laboral Madrid. Eudema. Cuadernos Medicos Sociales (No. 55) p.10-13.

Quereshi Paula. 1996, The Effect of Threat Appraisal. Nursing Management. Vol. 27 (3) 31.

Secretaria de Salud. (1984). Reglamaneto de la Ley General de Salud en Mat eria de Investigación para la Salud. Extraído el 04 de julio del 2008 desde http://hgm.salud.gob.mx/pdf/investiga/reg_investigación.pdf

Shatz, E. (noviembre de 2006), Programa de Acción: Adicciones. México: Secretaria de Salud.

Shulte Elizabeth, Debra Rowen James. Salud Pública, 7ma Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México, D.F. 1999. P. P., 2245-2285.

Swelter, Suzanne. Salud Pública. Vol. II Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 8va Edición. México, D.F. Junio, 2001. P. P., 1136-1152.

Tapia C. Roberto. 2002., Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. Ed. 2ª. Manual Moderno México. p 45; 252.

Tejada, J. (1997). El proceso de investigación científica E.U.I: Santana Madrona "La Caixa".

Trujillo, Campos, Ma. Del Carmen. Adicciones en Enfermería, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, D.F. Agosto, 2000. P. P., 458-462.

Varkevisser, C., Pathmanathan, I., Brownlee. A. (1995). Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistema de salud. Ottawa, Canadá: CIID.

Vázquez, F., Blanco, V., López M. 2006. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en futuros profesionales de la salud. Revista Española de Drogodependencias, Madrid España; 31 (1) p, 93-105.

Wilson L. R. 1989, How It Can Run You Down and what you can do about it. Nursing. 19:81-2.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLÍNICA**

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: “**Consumo de Drogas Lícitas y Estrés en el personal de Enfermería**”.

El objetivo del estudio es: **Conocer el Nivel de consumo del alcohol y tabaco y presencia de Estrés en el personal de Enfermería.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **Responder únicamente a las preguntas que se me realicen .**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: **No existe ningún riesgo que lesione mi integridad física o moral y la información obtenida será confidencial.**

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo , los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador Responsable me ha dado las seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer con respecto a mi permanencia en el mismo.

Firma de Enterado

E.E. Dionicio Rangel Cecilia
E.E. Martínez Pérez Lizeht
E.E. Ángel Alexey Pérez Banda

Nombre y Firma de Investigadores Responsables