



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77
ECATEPEC ESTADO DE MEXICO

**Asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel
socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GONZALEZ AGUILAR JESSICA

ECATEPEC ESTADO DE MEXICO

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en
personal médico y de enfermería de la UMF 198**
TESIS QUE PARA
OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GONZALEZ AGUILAR JESSICA

AUTORIZACIONES:

DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 77



DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO
ASESOR METODOLÓGICA DE TESIS

DRA. CITLALLI MARTÍNEZ CRUZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MNF Epidemiólogo HGR 196

DRA. GLORIA MENDOZA LOPEZ
ENCARGADA DE LA COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 77

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN MÉXICO
ORIENTE

**“ASOCIACIÓN DEL NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL CON EL NIVEL
SOCIOECONÓMICO EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE LA UMF
198”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. JESSICA GONZALEZ AGUILAR

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1406.
HOSP GRAL DE ZONA NUM 57

Registro COFEPRIS 17 CI 15 121 081

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 007 2018082

FECHA Lunes, 31 de mayo de 2021

Dr. Jessica González Aguilar

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2021-1406-015

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Oscar Odiseo Muñoz Saavedra

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1406

Impreso

IMSS

NO DEBEMOS SER UNO MÁS

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Les agradezco por mi vida y por siempre impulsarme a lograr lo inalcanzable, por enseñarme a soñar y a luchar por mis metas, por su gran amor pero sobre todo por su apoyo porque sin ustedes esto no hubiera sido posible. Los amo.

A MIS HERMANAS

Melisa (t) porque gracias a ti estoy en este camino, porque cuando inicié solo tú creíste en mí y en que podía lograrlo y aunque siempre me dijiste que era mi esfuerzo, sin ti esto no hubiera sido lo mismo. Gracias por cuidar de mí desde que nací y por guiarme cada día para ser mejor mujer, te agradezco tu gran amor y tu trabajo por darme lo mejor, siempre te llevo en mi corazón. Aunque probablemente nunca entenderé los tiempos de Dios y por qué no estás a mi lado, espero verte siempre en mis sueños porque es lo único que me ayuda a vivir sin ti, te extraño tanto como no te imaginas, te mando un abrazo y un beso hasta el cielo y te dedico este esfuerzo con todo mi corazón. Te amo y te amaré el resto de mi vida y espero cuando llegue al cielo me estés esperando con esa hermosa sonrisa, gracias mamá.

Elisa, gracias por tu apoyo y tu confianza, por siempre estar presente, por ahora ser mi hermana mayor, gracias por tu cariño hacia mí y a mi hijo. Por tu ayuda en este tiempo tan difícil, gracias por todo, te quiero siempre.

A MI ESPOSO

Gracias amor por toda tu paciencia y cuidados, pero sobre todo por tu grandísimo amor, porque esto sin ti seguramente no hubiera sido posible, gracias por caminar a mi lado y a mi velocidad, gracias por estar siempre a mi lado con ese amor tan grande, por tus horas de dedicación, por tus horas bajo el sol y la luna esperándome al salir del trabajo y regresarme siempre segura a casa, por las horas que dedicaste a que esto fuera posible, pero sobre todo gracias por darme el regalo más grande del mundo, el ser madre. Tú, mi hijo y yo contra el mundo. Te amo.

A MI HIJO

Eres mi más grande impulso, el ser más hermoso, lo mejor que me ha pasado como mujer, aunque este trabajo no ha sido fácil, con el amor que me expresas a través de tus

movimientos me impulsas a lograrlo por ti, por hacerte feliz. Estas a unas semanas de llegar a casa y te esperamos con todo el amor del mundo papi y mami, gracias por ser parte de esta vida y de este esfuerzo Te amo Alexander.

A MI PROFESORA Y AMIGOS

Doctora Andrea Gracias por su guía, pero sobre todo por su paciencia y su amistad, sin usted seguramente no hubiera sido posible, fue una pieza fundamental en este logro. Maguito gracias por estar conmigo y por ser parte de esta aventura que se veía eterna, Darío, gracias porque sin duda alegras todos los días con tus ideas y tu forma de ser, Gaby gracias por ser mi terapeuta principal, Eme gracias por pedir en tus oraciones siempre por mí, Monse gracias por tus risas, las horas de clase fueron más cortas con tu presencia.

**Asociación del nivel de
consumo de alcohol con
el nivel socioeconómico
en personal médico y de
enfermería de la
UMF 198.**

ÍNDICE GENERAL

Resumen estructurado	1
Marco teórico	2
Planteamiento del problema	12
Justificación	13
Objetivos	15
❖ Objetivo general	15
❖ Objetivo específico	15
Hipótesis	15
Metodología	16
❖ Tipo de estudio	17
❖ Población, lugar y tiempo de estudio	17
❖ Tipo de muestra y tamaño de la muestra	17
❖ Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	17
❖ Variables	19
❖ Método o procedimiento para capturar la información	23
• Consideraciones éticas	25
Resultados	30
❖ Descripción (análisis estadístico) de los resultados	30
❖ Tablas y gráficas	30
Discusión	37
Conclusiones	38
Referencias bibliográficas	39
Anexos	46

RESUMEN ESTRUCTURADO

TÍTULO: Asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198.

INTRODUCCIÓN: Siendo un problema de salud pública en nuestro país, se realizaron encuestas a nivel nacional, obteniendo los porcentajes de las personas que consumieron alcohol una vez en su vida entre los años 2011 y 2016 en un 49.1%, mientras que en la prevalencia del último año se registró un aumento significativo del 31.6% a 35.9%. Estudios han confirmado la relación entre nivel socioeconómico y consumo excesivo.

OBJETIVO: Relacionar la asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal, prospectivo, observacional y analítico para establecer la asociación del consumo de alcohol en los trabajadores de la UMF 198 que fueron seleccionados a conveniencia a través de los criterios de inclusión los cuales serán: personal de salud adscrito a la UMF 198 de 18- 99 años, que accedieron a llenar el cuestionario. Se calculó una muestra total de 63 sujetos, en el análisis para demostrar la asociación de cada variable, se realizó la prueba estadística U de Mann-Whitney para variables ordinales para comparar dos muestras independientes, representándolos con uso de programa de Excel y SPSS en su versión más actual mediante gráficos y tablas comparativas.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Recursos materiales: Instalaciones de la UMF 198 del IMSS en San Rafael Coacalco de Berriozábal, Estado de México, encuestas, material de oficina, equipo de cómputo, impresora. Recursos humanos: Se contó con la población de trabajadores del área médica y de enfermería, así como asesor clínico y metodológico. Recursos económicos: Los gastos de esta investigación fueron cubiertos por la tesista.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Asesores metodológicos: Dra. Andrea Patricia Tejada Bueno, Especialista en Medicina Familiar, Maestría en Gestión Educativa, Maestría en Bioética y Profesora titular CEMFMGIMSS UMF 77; Dra. Citlalli Martínez Cruz adscrita al HGR 196, especialista en Epidemiología con experiencia como asesor metodológico y temático; Tesista Médico Residente en Medicina Familiar Dra. Jessica González Aguilar.

MARCO TEÓRICO

La OMS alertó que el consumo de alcohol actualmente es considerado un problema de salud pública mundial, así como una enfermedad crónica, la cual interfirió en la salud mental, física, social, familiar y en las responsabilidades laborales. Entre las principales prioridades de atención están: la salud materno infantil, las enfermedades infecciosas (infección por el VIH, hepatitis virales, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles, la salud mental, los traumatismos y las intoxicaciones. ⁽¹⁾

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo y tiene una repercusión directa sobre muchas de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que es una iniciativa impulsada por las Naciones Unidas que dio continuidad a la agenda de desarrollo tras los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La agenda mundial lleva por título “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, entró en vigor el 1 de enero de 2016. ⁽²⁾

La producción y el consumo de alcohol estuvieron estrechamente relacionados con otros objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Dentro de la meta de salud 3.5 de “Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, está incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”. Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, esta como indicador el consumo de alcohol por habitante en un año civil en litros de alcohol puro, por lo que es importante documentarlo ⁽³⁾

Consumo de Alcohol

Definición:

El consumo de alcohol es la autoadministración de una sustancia psicoactiva, que implica beber cerveza, vino o licor fuerte. El alcohol es una de las sustancias adictivas más ampliamente consumidas en el mundo. El alcoholismo se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracterizó por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas. (4)

Más de la mitad de la población consumió alcohol en solo tres regiones de la OMS (Latinoamérica, Europa y Pacífico Occidental). Durante 2016, más de la mitad (57% o 3 100 millones de personas) de la población mundial de 15 años o más se privó de consumir alcohol en el último año. Alrededor de 2 300 millones (43%) de personas son consumidores actuales. En las regiones de África, América latina, el Mediterráneo Oriental y Europa, el porcentaje de bebedores disminuyó desde el año 2000, según reporte de la OMS. Sin embargo, aumentó en la Región del Pacífico Occidental. (5)

Se espera, según proyecciones de la OMS que para el 2025 el consumo total de alcohol por habitante en personas de 15 años o más aumente en Latinoamérica y el Pacífico Occidental. Como resultado, el consumo total de alcohol por habitante en el mundo ascendió a 6,6 litros en los 2020 y se espera de 7,0 litros en el 2025, a menos que se detengan e inviertan las tendencias a la alza previstas en el consumo de alcohol. Con el aumento del consumo se elevaron las consecuencias nocivas a la salud de este. (6)

El alcohol constituye un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C_2H_5OH , alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utilizó también para referirse a las bebidas alcohólicas. 3

El etanol se obtuvo a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. (7)

En condiciones normales, las bebidas por fermentación tuvieron una concentración de alcohol que no supera el 14%. Conforme al tipo de bebida y contenido alcohólico, bajo el criterio de clasificación sobre el volumen total de alcohol, las bebidas reportadas en la encuesta de Vitónica en el 2018 con más contenido de alcohol fueron: la Ginebra blanca, Whisky, Vodka, Ron negro, Tequila, Ron blanco y Brandy. (8)

El consumo de alcohol se describió en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) se estableció que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5% aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40%. (9)

En todo el mundo, 44,8% del total de alcohol registrado se consumió en forma de licores y aguardientes (también conocidos como bebidas espirituosas o bebidas blancas). El segundo tipo de bebida más consumida es la cerveza (34,3%), seguida del vino (11,7%). En el mundo solo hubo pequeños cambios en las preferencias de bebidas desde el 2010. Los mayores cambios se produjeron en Europa, donde la proporción del consumo total registrado de licores y aguardientes disminuyó un 3% mientras que la del vino y la cerveza aumentó. (10)

Existen dos tipos de bebidas alcohólicas: las fermentadas y las destiladas. Las bebidas fermentadas son las procedentes de frutas o de cereales que, por acción de ciertas sustancias microscópicas (levaduras), el azúcar que contienen se convirtió en alcohol, las más comunes son el vino, la cerveza y la sidra. El vino es el producto resultante de la fermentación de las uvas frescas. Su contenido alcohólico suele oscilar entre los 10 y los 13 grados. (11)

Siendo un problema de salud pública en nuestro país, se realizaron encuestas a nivel nacional, la ENCODAT 2017 (Encuesta Nacional del Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco) obteniendo los porcentajes de las personas que consumieron alcohol una vez en su vida entre los años 2011 y 2016 en un 49.1%, mientras que en la prevalencia del último mes se registró un aumento significativo del 31.6% a 35.9%. (12)

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres ascendió al 7,7% de todas las defunciones, comparado con el 2,6% entre las mujeres. El consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo en 2010 registró un promedio de 19,4 litros de alcohol puro entre los hombres, y 7 litros entre las mujeres. (13)

Se encontró que los hombres presentan un mayor consumo de alcohol por día, pero no con el número de días de bebida. Y en las mujeres con un mayor número de días de bebidas con un menor consumo de alcohol por día. Hay una variedad de razones por las cuales se creyó que las mujeres son más susceptibles que los hombres a los efectos del alcohol. Los factores físicos, como el contenido de agua corporal.

Las tasas de mortalidad son altas para las mujeres que beben crónicamente. (14)

En el ámbito nacional, los hogares con mayor ingreso son los más propensos a gastar en bebidas alcohólicas, además gastaron mucho más en ello que los hogares de menor poder adquisitivo. Sin embargo, para los hogares consumidores, la proporción del gasto total dedicada a estos productos se relaciona inversamente con su poder adquisitivo. También existieron diferencias entre los hogares radicados en localidades urbanas versus sus contrapartes rurales: los últimos presentaron mayor propensión a gastar en bebidas alcohólicas. (15)

La entidad federativa donde se observó el mayor porcentaje de hogares que gastaron en alcohol es Nuevo León (9.82%), seguida de Baja California Sur (8.98%) y Sonora (7.57%). Jalisco se ubica en el puesto 11 con 5.98% de hogares que reportan gasto en este tipo de bienes, superior al porcentaje nacional de 4.43%. Los estados con menores porcentajes de hogares que compraron alcohol son Tlaxcala (2.01%), Tabasco (1.04%) y Chiapas (0.79%). (16)

El gasto trimestral en bebidas alcohólicas de los hogares en 2018 fue de \$ 3,295.29 millones de pesos a nivel nacional, según el INEGI. La entidad federativa que más gastó en bebidas alcohólicas es Nuevo León (346.33 millones de pesos), seguida de la Ciudad de México (310.98 millones de pesos) y Jalisco (301,973.5 millones de pesos). La bebida alcohólica que más se consumió en México es la cerveza, pues representa 76.8% del gasto en bebidas alcohólicas del hogar; le sigue el vino de mesa blanco, rosado y tinto (10.0%) y el tequila añejo, azul y blanco (6.8%). (17)

Implicaciones en la salud

El alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales. Se asoció a una mayor posibilidad de accidentes, a todo tipo de violencia, a depresión y suicidios lo que condujo a enormes costes para la sociedad. Hay muchos factores personales y sociales interrelacionados que contribuyeron al consumo de bebidas alcohólicas y a los daños que provoca. Se asoció con varias consecuencias psicológicas, sociales y biológicas adversas, como el aumento de los problemas psicosociales, las comorbilidades psiquiátricas y las enfermedades e incapacidades prevenibles. (18)

Esto se debió a la interacción entre el alcohol, el sujeto y el contexto en que se desenvuelve. Estos factores influyeron en cómo las personas bebieron de diferentes maneras y fueron

factores protectores o de riesgo. Un modelo integral de la OMS, que se enfocó a la explicación causal y conceptual (figura 1) ilustra la compleja trama de relaciones que se establecieron entre el consumo de alcohol y otros factores y sus consecuencias. (19)

Hubo evidencia de la relación causal entre el consumo de alcohol y por lo menos 200 enfermedades como gastritis, pancreatitis, enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática, carcinoma hepatocelular, cáncer gástrico, entre otros; las patologías que se asociaron con el consumo crónico de alcohol son determinadas por el volumen consumido, el patrón de bebida y la calidad del alcohol ingerido. (20)



OPS. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC; 2015.

La cirrosis hepática es la tercera causa de muerte alrededor del mundo que se atribuyó al consumo de alcohol. Más del 80% de los consumidores crónicos de alcohol desarrollaron esteatosis y entre el 20% al 40% presentaron otras complicaciones como fibrosis, hepatitis alcohólica y cirrosis; sin embargo, no todos los individuos con consumo crónico de alcohol desarrollaron cirrosis, en parte debido al componente genético de cada individuo. (21)

El alcohol es un tóxico, depresor del sistema nervioso central (SNC). Se documentó que sus efectos son consecuencia directa de su acción sobre las membranas celulares y sobre los neurotransmisores. Las neuronas son particularmente sensibles al efecto neurotóxico del Etanol (EtOH) y su exposición afecta la morfología neuronal. Los efectos del EtOH sobre el sistema nervioso pueden ser consecuencia de un consumo agudo y excesivo o secundario a

un consumo crónico y guarda una relación con el estado de adicción y dependencia al mismo. (22)

La toxicidad del alcohol sobre el sistema nervioso es consecuencia directa de la agresión del etanol o por diferentes trastornos metabólicos ligados a la toxicidad de éste sobre otros órganos del cuerpo humano. La neurotoxicidad del alcohol se debió a la activación del sistema inmunitario innato en el cerebro, que promovió compuestos inflamatorios que fueron los responsables del daño de la morfología neuronal, además de la alteración neuroanatómica de la corteza. Se relacionó también con episodios de estrés y depresión. (23)

Medición del consumo de alcohol

Se creó un instrumento de medición la prueba AUDIT por sus siglas en ingles de Alcohol Use Disorders Identification Test (prueba de identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol) es una escala que fue creada por la Organización Mundial de la Salud como un método para conocer si existe consumo excesivo de alcohol y así poder intervenir para su disminución o su abandono. Fue creada en 1989 con su última actualización en 1992 siendo ésta la más utilizada a nivel mundial y la recomendada por la OMS. (24)

Se constituyó de diez reactivos donde los primeros tres están relacionados con el consumo de alcohol, del cuarto al sexto con la dependencia de éste y del séptimo al décimo con los problemas que conllevan a su consumo. Su interpretación consistió en sumar el puntaje, que oscila de 0 a 40 puntos, se sumaron más de ocho puntos para hombres y siete para mujeres lo que indicó consumo de alcohol, un puntaje de trece en caso de hombres y quince en caso de mujeres indicó la dependencia al alcohol. (25)

Es una escala que se desarrolló de dos a cuatro minutos, si hubo personas encuestadas que no bebieron en el último año se puede saltar de la pregunta uno a la nueve. El uso es generalizado en poblaciones de Latinoamérica (Brasil, México, Ecuador, etc.), Europa y mundialmente se recomendó para el diagnóstico en primer nivel de atención. (26)

La prueba de identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol fue un cuestionario con buenas propiedades psicométricas y válido para la detección del consumo de riesgo y dependencia del consumo de alcohol. El alfa de Cronbach se documentó de 0,93 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,921-0,941). Se clasificaron los trastornos relacionados con el consumo de alcohol AUDIT: bajo consumo de alcohol (<8), nivel medio de consumo de

alcohol (8-14), nivel alto de consumo de alcohol (15-19) y probable dependencia al alcohol (>20). (27)

Nivel socioeconómico

El Nivel Socioeconómico (NSE) se definió como la capacidad económica y social de un hogar y se midió con el instrumento desarrollado por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI), basada en el desarrollo de un modelo estadístico que permitió clasificar a los hogares de una manera objetiva y cuantificable de acuerdo con su Nivel Socioeconómico. Esta es la segmentación social y mercadológica más usada y permitió a la academia y a la investigación, analizar de una manera científica, estandarizada y sencilla, los grupos que integran la sociedad mexicana. (28)

Esta segmentación clasificó a los hogares y por lo tanto a todos sus integrantes, de acuerdo con su bienestar económico y social, en el sentido de qué tan satisfechas están sus necesidades de espacio, salud e higiene, comodidad y practicidad, conectividad, entretenimiento dentro del hogar, y planeación y futuro. Desde 1994 AMAI homologó la definición y medición del NSE en el país. El índice de NSE AMAI se convirtió en el criterio estándar de clasificación en toda la República Mexicana. (29)

La “Regla NSE 2018“. Esta Regla permitió estimar el nivel de satisfacción de las necesidades más importantes del hogar. Es un índice que clasificó a los hogares en siete niveles, considerando las siguientes seis variables: Escolaridad del jefe del hogar, número de dormitorios, número de baños completos, número de personas ocupadas de 14 años y más, número de autos, pago de internet. Son siete niveles socioeconómicos que existen en México, con estadísticas actualizadas al 2018, son los siguientes: 6% está en el nivel A/B, 11% nivel C+, 13% C, 14% C-, 15% D+, 30% D/E y 11% inferior a este. (30)

Se garantizó la validez y reproducibilidad de las mediciones de NSE, durante todo el proceso de modelaje, análisis de variables y cálculo de puntajes, se realizaron numerosas validaciones de la consistencia y confiabilidad de los resultados. Ya se describió cómo los criterios de bondad de ajuste se utilizaron para definir si existía una mejora importante en el nivel predictivo del modelo: adicionalmente, se realizaron otro tipo de validaciones, tanto cualitativas como cuantitativas, para verificar que la nueva propuesta brindara resultados consistentes y coherentes que se aplicaron en la práctica (31)

Ciclo vital individual: Etapa de la vida de mayor contacto con bebidas alcohólicas

El ciclo vital fue un ciclo de confrontación continua desde el nacimiento a la senectud, que atraviesa por varias etapas; en cada etapa del ser humano se enfrentaron a lo que Erik Erikson llama crisis o conflictos, que pondrán a prueba su grado de madurez para enfrentar y superar los problemas propios de cada una de las etapas. La identidad (el Yo) de los seres humanos se desarrolló en base a su interacción con su ambiente; y consideró que las personas son seres activos buscando adaptarse al ambiente en que viven. (32)

Las ocho etapas de la vida consideradas por E. Erikson se dividen en infancia (confianza frente a desconfianza en los primeros 18 meses), niñez temprana (autonomía frente a vergüenza y duda 18 m a los 3 años), edad de juego: iniciativa frente a culpa (de 3 a 5 años); adolescencia: (laboriosidad frente a inferioridad (de los 5 a los 13 años); juventud (identidad frente a confusión de roles de los 13 a los 21 años); madurez (Intimidad frente a aislamiento de los 21 hasta los 40 años); adultez (generatividad frente a estancamiento de los 40 a los 60 años aprox.) y vejez (integridad frente a desesperación).(33)

Para cada estadio, se atribuyó una característica central básica y una crisis básica psicosocial dialéctica, se identificó que hay una afinidad dinámica entre las perturbaciones nucleares individuales y los ritualismos sociales. Las edades son flexibles para cada estadio que atendió, principalmente, al desarrollo psicosexual y psicosocial de la persona; van de la infancia a la vejez, organizados en ocho estadios. Cada estadio integró el nivel somático, psíquico y ético-social; comprendió un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyeron los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en el tiempo. (34)

En cada etapa, el individuo creció a partir de las demandas internas de su ego, pero también de las exigencias del contexto, es imprescindible el análisis de cultura y sociedad; en el caso del alcoholismo se estableció como un estresor social. En cada etapa, el ego atraviesa una crisis (que da nombre a la etapa). Esta crisis tuvo un resultado positivo (ritualización) o negativo (ritualismo); de la solución positiva, de la crisis, surgió un ego enriquecido y fuerte; de la solución negativa tenemos un ego más frágil; la personalidad se reestructuró y reformó según las experiencias y se adaptó a sus éxitos y fracasos. (35)

La adolescencia constituye la etapa en la que los jóvenes comenzaron a consumir alcohol, lo que se asoció a problemas en su desarrollo madurativo y conductas no saludables difíciles de erradicar en la adultez, la identificación de la etapa del ciclo vital de inicio es importante para las estrategias de prevención. (36)

Antecedentes

Por tanto, la misión de los profesionales de salud fue modificar en sentido favorable los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos persiguiendo el abandono del consumo de alcohol. (37)

Caballero-Aranda realizó un estudio de revisión sistemática en el año 2014 en España, donde se observó que los trabajadores de la salud que más consumen alcohol son los médicos de segundo nivel (medicina interna y anestesiología) seguidos de los médicos familiares y el personal administrativo, y es importante porque los pacientes recibieron consejería de los médicos familiares y enfermería de primera instancia. (38)

El consumo de alcohol en las sociedades occidentales es un problema de salud pública. Más del 65% de la población mayor de 16 años declaró que consumieron en alguna ocasión alcohol. En el continente europeo el personal sanitario es uno de los grupos sociales que mayor influencia tuvo sobre la población en cuanto a la cesación del hábito de beber alcohol, tanto por la información que se transmitió a sus pacientes sobre el riesgo del consumo, como por sus actitudes personales. (39)

Angelina Pilatti et al., en Argentina realizaron un estudio transversal en la Universidad Nacional de Córdoba en 2013; donde se observó que es más probable que consuman alcohol los hombres que las mujeres con un nivel educacional o socioeconómico alto. En el Global Status Report on Alcohol and Health 2011 de la OMS se reportó que, en Haití, Honduras, Chile, El Salvador y Perú las personas con un nivel educacional más bajo, o que viven en zonas urbanas, constituyen la mayoría de los consumidores. (40)

El consumo condujo a la desafortunada situación en que la persona que, a pesar de que se le consideró una persona racional con motivaciones y conocimientos, y que entendió los riesgos que representa el alcohol, sigue consumiéndolo, por el contrario, en algunos países de desarrollo, las personas de mejor situación social son las que más bebieron. (41)

También se redujo el riesgo de ingresos relacionados con el alcohol de los pacientes discutiendo la razón de su admisión, abordando el comportamiento y las opciones de estilo de vida y dando un vínculo directo con los servicios comunitarios a quienes lo necesitaron. Existen programas innovadores que permitieron el seguimiento de personas en riesgo desde temprana edad para mitigar el acceso al alcohol. (42)

La elevada prevalencia entre la población trabajadora y el consumo de alcohol convirtió a éste en un problema de gran magnitud. Los primeros estudios en Madrid en el año 2011 sobre el consumo en el medio laboral, así como estudios en Estados Unidos y Europa corroboraron las elevadas prevalencias, con cifras semejantes a las referidas por las Encuestas Domiciliarias sobre Consumo de Drogas. (43)

El consumo de alcohol y su abuso alcanzaron prevalencias más altas en la población activa asalariada que en el total de la población, así un 95% de la población laboral tomó bebidas alcohólicas alguna vez y el 90% lo hicieron en los últimos doce meses. Estiman que el 12% de los trabajadores bebieron con niveles de consumo que suponen un riesgo para la salud. El 26% de los bebedores presentaron problemas derivados por el uso de alcohol, y casi un 7% de los bebedores sufrieron algún tipo de consecuencia laboral negativa por el uso del alcohol (accidentes, sanciones, ausentismo, despidos). (44)

Adicionalmente, se encontraron estudios que mostraron que existe una probabilidad mayor por parte de niveles más bajos y la presencia de una relación directa entre niveles socioeconómicos bajos y mayor exposición a eventos estresantes, y que esta tendencia se mantuvo para todos los tipos de eventos. Si bien no se mostró evidencia en este trabajo sobre efectos estresantes y nivel socioeconómico con el consumo de alcohol, sí se confirmó la relación entre nivel socioeconómico y consumo excesivo. (45)

De acuerdo con la encuesta nacional de Chile sobre el consumo de drogas y alcohol, que se aplicó a mayores de 15 años, el 14% de la población con consumo de alcohol en el último año presentó un consumo de alcohol riesgo o superior, es decir mayor a 8 puntos o más en la escala AUDIT y tuvo mayores implicaciones en la ocurrencia de eventos estresantes entre los estratos socioeconómicos más vulnerables y encontraron evidencia de una relación inversa entre el nivel socioeconómico y el nivel de angustia, causado por la ocurrencia de eventos desafortunados. (46)

El inicio e intensificación de la adicción por el alcohol tuvo su origen en acontecimientos particularmente estresantes de la vida del individuo. En este tipo de circunstancias las adicciones tuvieron lugar en un nivel socioeconómico bajo asociado también a la infelicidad de los individuos y la historia familiar. (47)

El consumo y el abuso de drogas en los últimos años, se ubicó en el contexto nacional de México como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia, debido a las consecuencias sanitarias y sociales que experimentaron quienes las consumen. En éste contexto, se logró un exitoso establecimiento y desarrollo de políticas públicas que atendieron

de forma oportuna este problema, es indispensable el conocimiento de cada una de las aristas y dimensiones del fenómeno entre la población, para haber evaluado la dinámica, transición y dirección del problema. (48)

El consumo excesivo de alcohol entre el personal de salud produce efectos en su salud y comportamiento, y por lo tanto también se convierte en un problema de salud pública para los servicios de salud. Se consideró que los médicos desempeñaron un papel clave como agentes de cambio en intervenciones para problemas de alcohol entre sus pacientes. Médicos con consumo moderado de alcohol estuvieron más propensos a mencionar hábitos de consumo de alcohol con sus pacientes que aquellos que no bebieron en absoluto, o aquellos que bebieron mucho. (49)

Se documentó el consumo de alcohol en estudiantes de medicina hasta en un 78%. El personal de enfermería registró consumos por arriba del 10%. El personal de la salud es susceptible ya que presentaron un alto consumo de alcohol por las características sociales y contextuales de su profesión que los hizo susceptibles a mayor estrés y depresión. (50)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El uso nocivo del alcohol desafió al desarrollo social y económico de muchos países, incluidos los de América Latina. El consumo de alcohol en la región es de aproximadamente un 40% mayor que el promedio mundial, según reportes de la OPS y la OMS. En general, la población que consumió alcohol en un patrón de alto consumo que es peligroso para la salud. Ambos sexos se encontraron vulnerables a padecer este problema sin embargo la población masculina se afectó más y la edad de la adolescencia se supo que es la etapa de mayor riesgo para el contacto de estas sustancias.

Este tipo de consumo de riesgo se asoció con diversos daños a la salud y sociales, que incluyen más de 200 condiciones (enfermedades no transmisibles, trastornos mentales, las lesiones y el VIH), así como la violencia doméstica, la pérdida de productividad, y muchos costos ocultos para los sistemas de salud.

El consumo de alcohol actualmente se consideró un problema de salud pública en México, así como a Nivel Mundial, su identificación oportuna permitió la incorporación a tratamiento especializado y rehabilitación. La OPS documentó que el consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para las muertes en varones de 15 a 49 años, aunque la evidencia muestra que las mujeres fueron más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol. Las

personas de bajo nivel socioeconómico fueron vulnerables a las consecuencias negativas del consumo nocivo

Las personas con un mayor estrés tienen un elevado riesgo de consumo de alcohol e incluso desarrollaron dependencia al mismo; tal es el caso de las personas que estudiaron o son profesionales de la salud.

En estudiantes de medicina se documentó que se puede alcanzar una prevalencia de alcoholismo hasta de un 80%. El personal de la salud tuvo una alta afinidad al consumo de esta sustancia, principalmente en atención primaria y de segundo nivel los que presentaron el mayor consumo.

Las implicaciones para el personal de salud son de gran trascendencia por las consecuencias en su salud y el deterioro de su práctica profesional que pudo conllevar prejuicios en la atención de los pacientes. Los administradores de salud jugaron un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el abuso del consumo de alcohol en el personal de la salud y pudieron ser clave en el desarrollo y resultado del consumo de alcohol del personal en situaciones difíciles. Por estas razones, es importante ya que se reconoció la ineficacia de las disciplinas de la salud para la mitigación de riesgos relacionados con el alcoholismo.

El personal de salud fue identificado como uno de los agentes clave en la prevención de daños relacionados con el alcohol, sin embargo, su nivel de uso y actitudes hacia el alcohol podrían afectar este proceso de atención, donde la historia familiar y la conducta de consumo de alcohol es importante.

De lo cual surge el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198 durante mayo 2021?

JUSTIFICACIÓN

Las tendencias y proyecciones actuales apuntaron a un aumento del consumo total por habitante en todo el mundo en los próximos 10 años, lo que hizo imposible alcanzar el objetivo de una reducción relativa del 10% del consumo de alcohol para el 2025, a menos que la aplicación de medidas eficaces de control del consumo de alcohol invierta la situación en países con niveles elevados y cada vez mayores de consumo de alcohol en América Latina.

El consumo de alcohol es uno de los problemas de salud pública más importantes en los últimos años a nivel nacional y se tuvo un incremento importante por falta de atención en la población. El nivel socioeconómico se documentó relacionado con el nivel de consumo de alcohol en la población afectada.

Estudios en países occidentales demostraron que el personal de salud tiene altos niveles de consumo de alcohol; incluso más alto que la población general y este personal corre un mayor riesgo de enfermedades relacionadas con el alcohol. El alcohol ejerció efectos negativos en la salud física y mental del individuo, sus familias y amenaza en el área de la salud la capacidad de proporcionar una adecuada atención al paciente y afectó directamente en el papel del personal de salud como guía y un modelo a seguir para la promoción de estilos de vida saludable con los pacientes.

En algunos estudios se documentó que el consumo peligroso de alcohol entre el personal de salud parece ser esencialmente un problema del género masculino, especialmente entre los mayores de 40 años. El estrés y otras formas de angustia psicológica parece que desempeñaron un papel importante en la predicción del consumo peligroso de alcohol entre los médicos.

Se observó que el personal de la salud tiene una alta afinidad al consumo de esta sustancia, principalmente en atención primaria y de segundo nivel los que presentan el mayor consumo. Se observó que son factores importantes para el aumento de la mortalidad por las enfermedades que se presentan por el consumo crónico.

En consideración a esta investigación, la identificación del nivel de consumo de alcohol entre el personal de salud es de importancia para el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como el estudio de los factores sociodemográficos relacionados para la comprensión del fenómeno y sus riesgos en esta población de estudio.

Hay que recordar que nuestro país está considerado por la Organización Mundial de la Salud como uno de los principales consumidores en exceso de alcohol y que es importante difundir los riesgos que ocasiona esta silenciosa enfermedad, así como las alternativas que hay para poder controlarlo, disminuirlo o abandonarlo; especialmente el personal de la salud por las implicaciones que tiene en el gremio.

Varios estudios comentaron que la etapa de mayor vulnerabilidad para presentar problemas de alcoholismo corresponde a la etapa de la adolescencia, debido a que es en la cual el individuo desarrolla su personalidad según Eric Ericson por lo cual poner alertar en esta etapa en el desarrollo del individuo forma parte de la labor del Médico Familiar.

OBJETIVOS

Objetivo general

Relacionar la asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas del personal médico y de enfermería de la UMF 198.
2. Describir que grado de consumo de alcohol se presenta en personal médico y de enfermería de la UMF 198.
3. Identificar la edad de inicio del consumo de alcohol.
4. Identificar la asociación entre el alto consumo de alcohol y el bajo nivel socio económico del personal médico y de enfermería de la UMF 198.

HIPÓTESIS

El personal médico y de enfermería de la UMF 198 presentan algún grado de alcoholismo 41.2%(52) asociado al nivel socioeconómico 75%(53) siendo la etapa de la adolescencia en donde se presenta el primer contacto con bebidas alcohólicas 18%(54).

Hipótesis alterna

El personal médico y de enfermería de la UMF 198 presenta algún grado de alcoholismo asociado con el nivel socioeconómico, siendo la etapa de la adolescencia la de primer contacto con bebidas alcohólicas.

Hipótesis nula

El personal médico y de enfermería de la UMF 198 no presenta algún grado de alcoholismo asociado con el nivel socioeconómico.

METODOLOGÍA

Lugar donde se desarrolló el estudio

Este protocolo de investigación se desarrolló en Unidad de Medicina Familiar 198 del IMSS. Ubicado en Avenida Juana María Pavón S/N, Unidad Habitacional San Rafael C.P. 55719, en Coacalco de Berriozábal Estado de México. Es una Unidad de Primer Nivel de Atención, con área de influencia regional, los pacientes son atendidos por cita o de manera espontánea.

Diseño del estudio

Área de estudio

Investigación Clínica: El estudio se realizó con una base poblacional de trabajadores a los cuales se les aplicó el instrumento del estudio que incluyó aspectos sociodemográficos y consumo de alcohol.

Fuente de datos

Primaria: la fuente de datos se obtuvo directamente de cada uno de los participantes del estudio, que en este caso fue el personal de la salud que trabaja en la unidad médica.

Recolección de la información

Los datos fueron recabados directamente de cada uno de los participantes y se recolectaron mediante una encuesta que incluyó aspectos sociodemográficos y consumo de alcohol; cada una de las preguntas y respuestas de la encuesta se estructuraron en una base de datos y se codificaron las variables para su posterior análisis.

Medición del fenómeno del tiempo

El carácter del estudio es de tipo prospectivo.

Control de variables

El estudio al ser de carácter retrospectivo y observacional, el investigador no tuvo control sobre las variables que se analizaron en el estudio; ya que no se realizó ninguna intervención. De tal manera que se midió en las variables sin modificarlas.

Fin o propósito

El nivel del estudio realizado es relacional, en este tipo de estudios se buscó la asociación entre la variable dependiente (consumo de alcohol) y la variable independiente (nivel socioeconómico)

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio observacional, analítico de tipo encuesta ya que: La asignación de la exposición no se controló.

1. El número de observaciones por individuo es único.
2. La temporalidad es retrospectiva.
3. La unidad de la unidad de análisis es el individuo.

Población, lugar y tiempo de estudio

La encuesta fue aplicada en la población de trabajadores del área de enfermería y medica de la unidad de medicina familiar 198 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que está constituida aproximadamente por N: 250 trabajadores. La población final fueron aquellos individuos que decidieron participar en el estudio una vez firmado el consentimiento informado. Los cuáles fueron estratificados según su rama y puesto dentro de la unidad.

Tipo de muestra y tamaño de muestra

Estudio nivel III de correlación, se buscó la asociación entre consumo del alcohol y nivel socioeconómico, la muestra se realizó a conveniencia, debido a que se incluyó la población total de trabajadores del área de enfermería y medica de la unidad que decidieron participar en el estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Personal médico y de enfermería de base, 08, 02 adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 198

Personal médico y de enfermería que aceptaron llenar los cuestionarios AUDIT y AMAI previa firma de consentimiento informado.

Personal médico y de enfermería que en cualquier etapa de su vida haya presentado consumo de alcohol.

Criterios de exclusión

Personal administrativo adscrito a la unidad de medicina familiar 198.

Personal médico y de enfermería adscrito a la UMF 198 que se encontraron de licencia o comisión.

Criterios de eliminación

Personal médico y de enfermería que decidieron abandonar el llenado de cuestionarios o que no firmaron la carta de consentimiento informado.

Tamaño de muestra

Sin embargo, ya que no toda la población aceptó participar en el estudio se considerará el siguiente cálculo de muestra para poblaciones finitas, considerando la prevalencia nacional de consumo de alcohol en el último año (51.4%) según la Encuesta Nacional de Adicciones 2017.(51)

Cálculo:

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Sustituyendo

N= 70 trabajadores en la unidad médica

$Z_{\alpha} = 1.65$

p= 0.514 (ya que la prevalencia es de 51.4%)

q= 1- 0.514 = 0.486

d= 0.10

La muestra calculada es de N= 63

Técnica de muestreo

La técnica de selección fue no probabilística a conveniencia. Se realizó con todos los trabajadores de la unidad de medicina familiar 198 de ambos turnos, que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar, así como el otorgamiento del consentimiento informado y la encuesta que se realizó.

Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE	ESCALA DE	UNIDAD DE MEDICION
Nivel de Consumo de alcohol	El consumo de alcohol es la autoadministración de una sustancia psicoactiva, que implica beber cerveza, vino o licor fuerte. El alcohol es una de las sustancias adictivas más ampliamente consumidas en el mundo. El alcoholismo se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas. ⁽⁴⁾	Si un individuo ingirió alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta de este estudio. Se mide a través del test AUDIT, que clasifica el consumo de alcohol en cuatro grupos. 1. Bajo consumo 2. Medio consumo 3. Alto consumo 4. Dependencia probable alcohol.	Cualitativa	Ordinal	1. Menor a 8 puntos, bajo consumo de alcohol. 2. De 8-15 puntos: Nivel medio de consumo de alcohol 3. De 15-19 puntos: nivel alto de consumo de alcohol. 4. Mayor a 20 puntos: probable dependencia al alcohol.
Nivel socio económico	El Nivel Socioeconómico (NSE) se define como la capacidad económica y social de un hogar y se puede medir con el instrumento desarrollado por la	Se mide a través del cuestionario de la regla AMAI que es un índice de seis preguntas que clasifica a los hogares en 7 niveles, considerando nueve	Cualitativa	Ordinal	Nivel Alto: A/B, C+ y C Nivel Medio: C- y D+Nivel bajo: D y E

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE	ESCALA DE	UNIDAD DE MEDICION
	<p>Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI), basada en el desarrollo de un modelo estadístico que permite clasificar a los hogares de una manera objetiva y cuantificable de acuerdo con su Nivel Socioeconómico. Esta es la segmentación social y mercadológica más usada y ha permitido a la academia y a la investigación, analizar de una manera científica, estandarizada y sencilla, los grupos que integran la sociedad mexicana. (28)</p>	<p>características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto. Los niveles son de los puntajes son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A/B >205 2. C+ 166-204 3. C 136-165 4. C- 112-135 5. D+ 90-111 6. D 48-89 7. E 0-47 <p>En este trabajo lo sintetizamos a 3 niveles (Alto, medio y bajo)</p>			
Ciclo vital individual	<p>El ciclo vital es un ciclo de confrontación continua desde el nacimiento a la senectud, que atraviesa por varias etapas; en cada etapa del ser humano se enfrenta a lo que Erik Erikson llama crisis o conflictos, que pondrán a prueba su grado de madurez para enfrentar y superar los problemas propios de cada una de las etapas. La identidad</p>	<p>Etapas del desarrollo del ser humano en la cual pudo estar en contacto con bebidas alcohólicas por primera vez.</p> <p>Conforme a la edad del participante que se registre en el cuestionario se identificará en qué etapa del ciclo vital fue inicio el consumo de alcohol</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>Edad en la cual tuvo contacto por primera vez con bebidas alcohólicas</p> <p>Escolar. De 6-12 años Adolescencia. De 13-20 años Adulto joven. De 21-30 años Adulto. De 31-50 años Vejez Mayor de 50 años</p>

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE	ESCALA DE	UNIDAD DE MEDICION
	(el Yo) de los seres humanos se desarrolla en base a suinteracción con su ambiente; y considera que las personas son seres activos buscando adaptarse al ambiente en que viven. ⁽³²⁾				
Sexo	Condición orgánica que distingueentre hombre y mujer ⁽⁵²⁾	Distinción fenotípica del individuoque lo clasifica en: 1. Hombre 2. Mujer	Cualitativo	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo que ha vivido unapersona desde su nacimiento ⁽⁵²⁾	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona en días, meses o años cumplidos hasta el día de la aplicación del cuestionario	Cuantitativa	Continua	Años
Antigüedad laboral	Se refiere a la duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador ⁽⁴⁹⁾	Tiempo de años de servicio del trabajador del IMSS	Cuantitativa	Continua	Años y Quincenas
Estado Civil	El estado civil es la condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que en derecho reconoce a las personas	Reporte del estado civil queguarda el entrevistado(a).	Cualitativo	Nominal	1. Separado, divorciado o viudo(a) 2. Soltero(a) 3. Casado(a) o Unido(a)

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE	ESCALA DE	UNIDAD DE MEDICION
	naturales. ⁽⁵³⁾				
Grado de estudios académicos	Es el nivel máximo de estudios alcanzado durante la formación escolarizada ⁽⁵⁴⁾	Es el nivel referido comprobable por el participante del máximo nivel de estudio alcanzado y se clasifica en: 1. Licenciatura. 2. Posgrado.	Cualitativa	Ordinal	Grado de escolaridad 1. Licenciatura. 2. Posgrado.
Quien te ofreció por primera vez bebidas alcohólicas	Influir en una persona para que realice una acción o piense del modo que se desea, especialmente si es para que haga algo malo o perjudicial.	Cualquier persona que induzca al consumo de bebidas alcohólicas. Familia Amigos	Cualitativa	Nominal	Amigos Familia Voluntad Propia

Método para capturar la información

Una vez que el protocolo fue revisado, autorizado y se obtuvo un registro por el comité de investigación se entregó la documentación pertinente en el Departamento de Enseñanza de la unidad de Medicina Familiar 198 de IMSS, para la autorización por la dirección médica de la unidad.

Posteriormente se acudió con el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar 198 del IMSS para invitarlos a participar en el estudio. Se les explicó el proyecto a realizar y se les invitó a contestar la encuesta. Se realizó la búsqueda de participantes que cumplieron con los criterios de inclusión en los diferentes servicios de la unidad. Se inició con la explicación del llenado del consentimiento informado a cada uno de los participantes. Una vez firmado se asignó el ID único a cada participante. Se realizó una breve explicación del cuestionario y se llenó la encuesta del estudio.

Métodos para el control y la calidad de los datos

Las encuestas fueron aplicadas por un mismo encuestador (investigador principal) y cada cuestionario se revisó para verificar llenado correcto y completo de los datos. Una vez terminado el cuestionario se realizó la captura de la base de datos en Excel (mascará de captura) y codificadas de acuerdo con la tabla de variables presentada a continuación. Se verificó la captura y se limpió la base de datos de errores. Con lo anterior se garantizó que no exista error en la recolección de los datos por parte del investigador y tampoco existieron errores en la captura de los datos. Las variables de estudio se analizaron de la siguiente manera; las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central, las variables cualitativas utilizando frecuencias. En relación con las variables estado socioeconómico (categórica) y consumo de alcohol (categórica) se utilizó chi cuadrada. Para el análisis de las variables cuantitativas versus variables categóricas se utilizó la prueba t de student, si la muestra de estudio no tuvo una distribución normal se utilizó la prueba no para métrica de U Mann-Whitney para identificar su asociación.

Las variables del estudio se codificarán para su análisis de la siguiente manera:

VARIABLES DE INTERES	NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	REPRESENTACION GRAFICA	
Sociodemográfica	sexo	Cuantitativo	Nominal	Frecuencias y Porcentajes	Histograma de frecuencia
Sociodemografica	estado civil	Cualitativo	Nominal	Frecuencias y Porcentajes	Histograma de frecuencia
Sociodemografica	Grado de Estudios académicos	Cualitativo	Ordinal	Frecuencias y Porcentajes	Histograma de frecuencia
Sociodemografica	Antigüedad laboral	Cuantitativo	Continua	Frecuencias y Porcentajes	Histograma de frecuencia
Sociodemografica	edad	Cuantitativo	Continua	Frecuencias y Porcentajes	Histograma de frecuencia
Sociodemografica	Etapas de su vida que tuvo contacto de primera vez con bebidas alcohólicas	Cualitativo	Ordinal	Frecuencias y Porcentajes	Histograma de frecuencia
Consumo de alcohol	TEST AUDI	Cualitativo	Ordinal	U - Mann Whitney	Gráfica de Barras
Nivel socio económico	AMAI	Cualitativo	Ordinal	U - Mann Whitney	Gráfica de Barras
Sociodemografica	Quien te ofreció por primera vez bebidas alcohólicas	Cualitativo	Nominal	Frecuencias y Porcentajes	Histograma de frecuencia

Instrumentos de recolección

Descripción:

Para la medición consumo de alcohol, el Cuestionario AUDIT está constituido de diez reactivos donde los primeros tres estuvieron relacionados con el consumo de alcohol, del cuarto al sexto con la dependencia de éste y del séptimo al décimo con los problemas que conllevan a su consumo. Índice de confiabilidad de 0,795.

Para conocer nivel socioeconómico, el Cuestionario AMAI, es un índice de seis preguntas que clasificó a los hogares en 6 niveles, considerando las características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto, incluye: a) tecnología y entretenimiento (número de televisores a color y computadora, b) infraestructura practica (número de focos, autos estufa), c) infraestructura sanitaria (baños y regadera), d) capital humano (educación). La validez del estudio a AMI es la siguiente y se describió en la nota metodológica de la encuesta: El Comité de Nivel Socioeconómico revisa cada dos años, coincidiendo con la publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la metodología permite la estimación de los niveles socioeconómicos del país, así como calcular la distribución de los hogares de acuerdo con esta variable.

Como resultado de la revisión realizada con los datos de la ENIGH 2018, el Comité determinó que el modelo NSE AMAI 2018, utilizado para la estimación de los niveles socioeconómicos de 2016 sigue siendo válido para el bienio 2020-2022, por lo que la regla NSE AMAI 2020 es idéntica a la regla NSE AMAI 2018 y puede utilizar sin modificación alguna.

Aplicación:

AUDIT Su aplicación se llevó a cabo en Europa y Latinoamérica y ha resultado valiosa ya que contó con una especificidad mayor al 90 por ciento.

AMAI un cuestionario internacional que se introdujo para ser ocupado en México y en países de América Latina.

Forma de calificación:

AUDIT: Se trata de un cuestionario constituido de diez reactivos con respuestas variadas, su interpretación consistió en sumar el puntaje, que oscilo de 0 a 40 puntos, si se suman más de ocho puntos para hombres y siete para mujeres indicara consumo de alcohol, si se sumara un puntaje de trece en caso de hombres y quince en caso de mujeres indicara la dependencia de éste.

AMAI: Se sumaron los puntos para obtener un resultado y en este estudio se tomaron en cuenta los niveles A y B que referirán un nivel socioeconómico alto C, D y E un nivel bajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación médica se realizó en seres humanos, y para su aprobación, se sometió a revisión por parte del Comité Local de Ética e Investigación en Salud, evitando al máximo la exposición a riesgos, se garantizaron condiciones éticas, para poder realizar el estudio de Asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198 apegado de acuerdo con base en las normas éticas nacionales e internacionales entre las que se encuentran.

1. Código de Núremberg
2. Declaración de Helsinki
3. Principios de Belmont
4. Reglamento a la Ley General de Salud en materia de investigación
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.
6. Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.

Esta investigación no violó el Código de Núremberg publicado el 20 de agosto de 1947, el estudio fue realizado y aplicado únicamente por la investigadora un personal con conocimiento en el tema. A los sujetos de investigación que fueron personal médico y de enfermería se les otorgó una explicación clara y precisa, sobre el objetivo del estudio que fue: Estudiar si existe asociación entre el consumo de alcohol, el nivel socioeconómico y la etapa de su vida en base al ciclo vital individual que tuvo contacto con el alcohol, en el personal de la salud de la UMF 198 respondiendo y preguntando sobre las dudas que pudieron presentarse al respecto, todo lo anterior se otorgó por escrito bajo un documento que fue la carta consentimiento informado, solicitando su firma de autorización sin ejercer presión, bajo su libre voluntad y con el entendido de que esta investigación no expone a ningún tipo de sufrimiento físico o mental y que de sentirse incómodos o no querer continuar con el estudio, el médico o la enfermera tuvieron la libertad de interrumpirlo en el momento que lo desee, sin repercusión a través de malos tratos o exponer información confidencial.

De igual forma esta investigación se guió con las recomendaciones de la declaración de Helsinki, que originalmente se llevó a cabo en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, donde su principio básico ha sido el respeto por el paciente y que ha sido sometida a múltiples revisiones, la más actual es la 64ª Asamblea General Fortaleza Brasil en Octubre de 2013, por la Asociación Médica Mundial (AMM), Esta investigación se llevó a cabo bajo la aceptación voluntaria de participar en el estudio, mediante la explicación clara y precisa contenida en el consentimiento informado y fue realizado por personas profesionalmente capacitadas y bajo la supervisión de un asesor en todo momento. Esta investigación fue beneficiosa tanto a los participantes como a terceros y únicamente se utilizaron los datos que fueron necesarios, respetando siempre la integridad del sujeto. Esto valorado a través de lo detectado en personal médico y de enfermería, donde en forma secundaria sirvió para evaluar y hacer un hincapié para realizar medidas preventivas, guardando el respeto por la información mediante la confidencialidad de los datos.

El estudio cumplió con los principios estipulados en el informe de Belmont creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”: se apega a:

- Autonomía: todos los sujetos de estudio estuvieron informados sobre el estudio de investigación, los riesgos, beneficios y la finalidad de éste al aceptar sin presiones, bajo su libre decisión el participar y abandonar el estudio en caso de que tome la decisión propia, que se

respetó sin tener ninguna repercusión al respecto mediante malos tratos o hablar cosas personales con sus compañeros de trabajo;

- Beneficencia y no maleficencia, los beneficios serán directamente al sujeto de estudio al darse a conocer los datos de asociación de estado socioeconómico y consumo de alcohol que presentan esto con la finalidad de identificar problemas de alcoholismo en el personal médico y de enfermería tomado en cuenta la pregunta sobre edad de primer contacto con el alcohol, en todo momento se respetó la integridad de los sujetos de estudio guardando la debida intimidad al realizar las encuestas.

- Justicia, este principio comprende la equidad e igualdad. Los participantes en la investigación se trataron con el mayor grado de respeto sin distinción de credo, religión, nivel socioeconómico o procedencia de acuerdo con las necesidades específicas de la población y los beneficios se distribuirán equitativamente en forma individual en cada participante.

De acuerdo con el Reglamento a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, texto vigente, última reforma publicada DOF 02-04-2014, vigente en México, titulo segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Artículo 13, se brindó respeto en todo momento al sujeto de estudio y se protegieron sus datos y la información que nos proporcionaron de manera confidencial.

Artículo 14, el consentimiento informado fue por escrito y en caso de los sujetos de estudio que aceptaron participar en la investigación, este se firmó. La hoja de consentimiento informado fue entregada a cada uno de las participantes de manera personal.

Artículo 16, no se reveló el nombre del sujeto de estudio en ningún momento de la investigación, solo se le asignó un ID por parte de la investigadora.

Artículo 17, de acuerdo con este protocolo en donde solo se aplicó un cuestionario AUDIT, AMAI y de aspectos sociodemográficos, tomando en cuenta el cuidado de no dañar a la paciente y cuidar su intimidad, se consideró **categoría II: Riesgo Mínimo** ya que no se puso en peligro la vida del sujeto de estudio.

Artículo 20, 22 y 24, de manera personal se invitó al sujeto de investigación, a participar en éste estudio con su respectivo consentimiento informado el cual fue por escrito, además en cuanto se contó con los resultados estos se otorgaron en forma individual por escrito.

Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos y financiamiento:

- A. Recursos Humanos: Se contó con un asesor especialista en medicina familiar con amplia experiencia en ética, así como en proyectos de investigación, se contó con un asesor clínico especialista en Epidemiología, con amplia experiencia en el tema, y que ha participado en otros proyectos de investigación, así como un tesista residente en medicina familiar con experiencia en el tema.
- B. Recursos Físicos: Infraestructura de la Unidad de Medicina Familiar Número 198
- C. Recursos Materiales: Computadora, impresora, hojas, lápices, plumas, encuestas (Índice AMAI, AUDIT), paquete estadístico.
- D. Recursos Financieros: Los gastos generados por la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

Factibilidad:

La factibilidad del estudio se sustentó por la accesibilidad de aplicación de las encuestas en el personal de salud de la unidad de medicina familiar número 198 en el periodo comprendido del mayo 2021, se buscó no interferir con sus actividades cotidianas para facilitar el llenado del cuestionario.

RESULTADOS

Descripción (análisis estadístico) de los resultados

Para poder alcanzar el objetivo general del estudio se realizó el análisis de los siguientes resultados.

El primer objetivo del estudio fue describir las características sociodemográficas del personal médico y de enfermería de la UMF198.

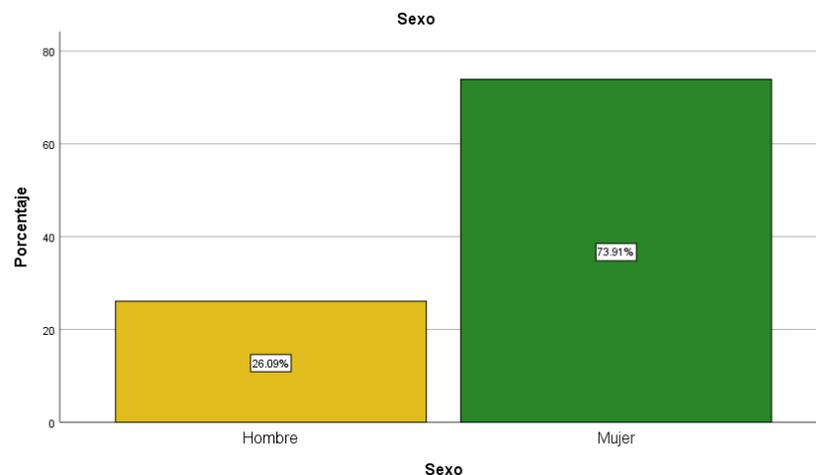
La media de edad de la población de estudio fue de 40.67 años con un rango mínimo de 24 y un máximo de 60 y una desviación estándar de 7.8.

Tablas y gráficas

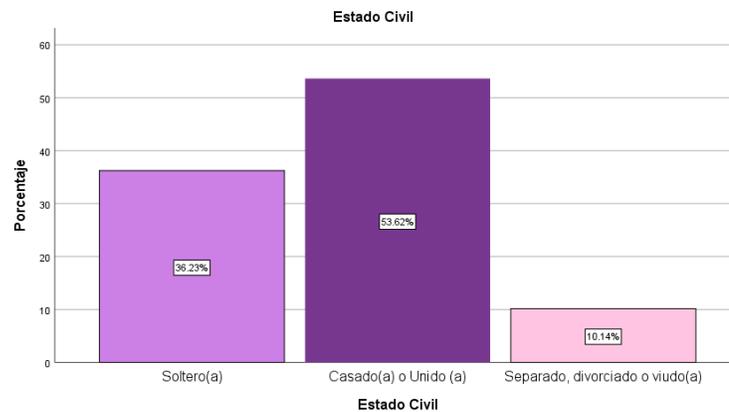
Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	69	24	60	40.67	7.806
N válido (por lista)	69				

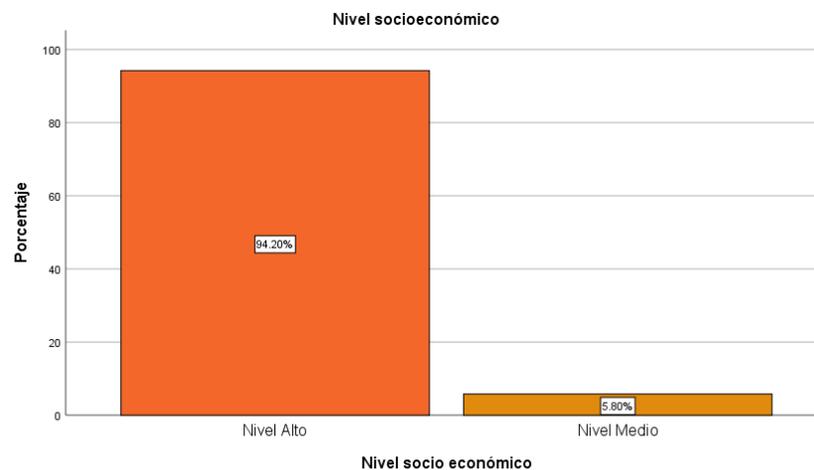
Como se observa en la siguiente gráfica se reclutaron 18 hombres que equivalen al 26.1% y un total de 51 mujeres que equivalen al 73.9%.



Otra de las variables sociodemográficas que se estudiaron en esta investigación fue el estado civil, del total de los 69 individuos reclutados 25 de ellos es decir el 36.2% señalaron ser solteros, 53.6% señalaron estar casados y sólo el 10.1% se encontraba separado, divorciado o viudo.

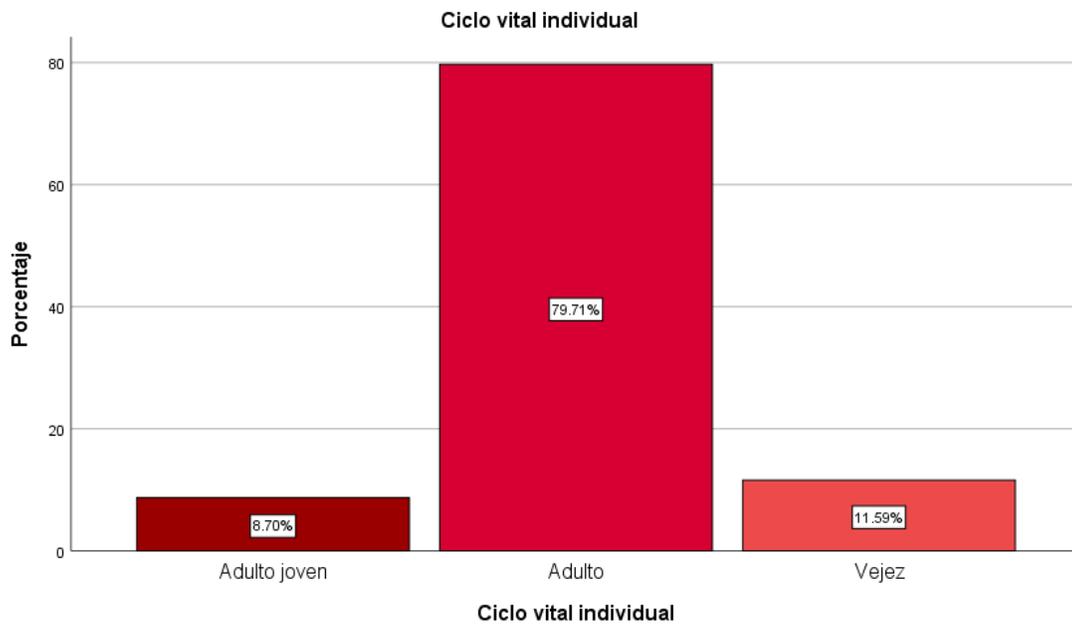


Con respecto del análisis del nivel socioeconómico de la muestra de estudio nuestro hallazgo más relevante fue que la mayoría de los participantes se encontraron en un nivel alto que equivale al 94.2%, como se muestra en la siguiente gráfica.

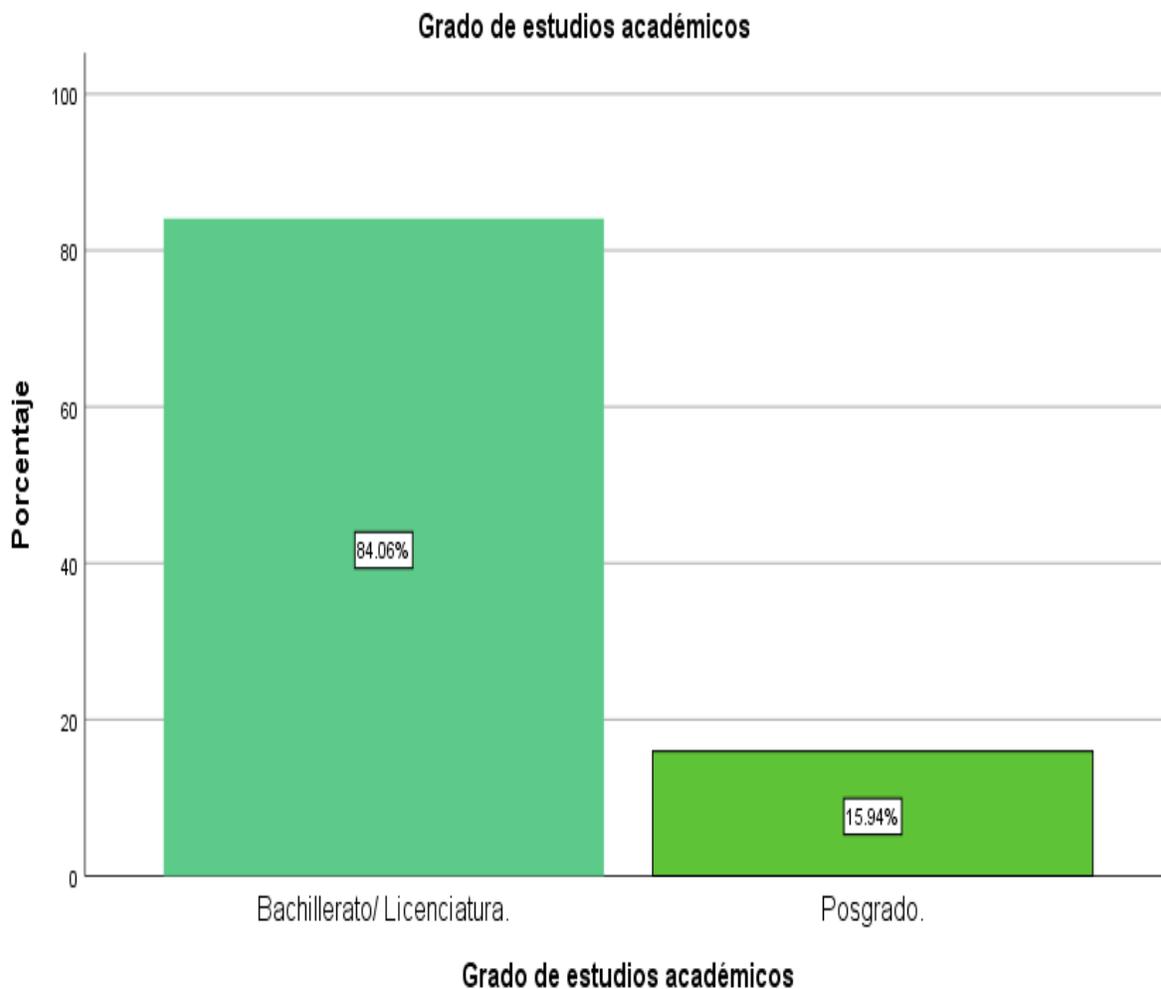


Una parte importante de este estudio es el análisis del ciclo vital ya que en estas etapas el ser humano se enfrentó a diferentes crisis o conflictos, así como de identidad la cual adquiere con base en su interacción con su ambiente, por lo que se analizó con detenimiento; al respecto encontramos que el personal médico y de enfermería que participó en el estudio se encontraba principalmente en la etapa de adulto con 79.7% seguido de la vejez con 11.6% y en menor medida la población estudiada fue adultos jóvenes con 8.7%.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Adulto joven	6	8.7	8.7	8.7
	Adulto	55	79.7	79.7	88.4
	Vejez	8	11.6	11.6	100.0
	Total	69	100.0	100.0	



En nuestra muestra de estudio encontramos que los participantes se tienen un nivel académico de bachillerato y licenciatura con el 84.06%.



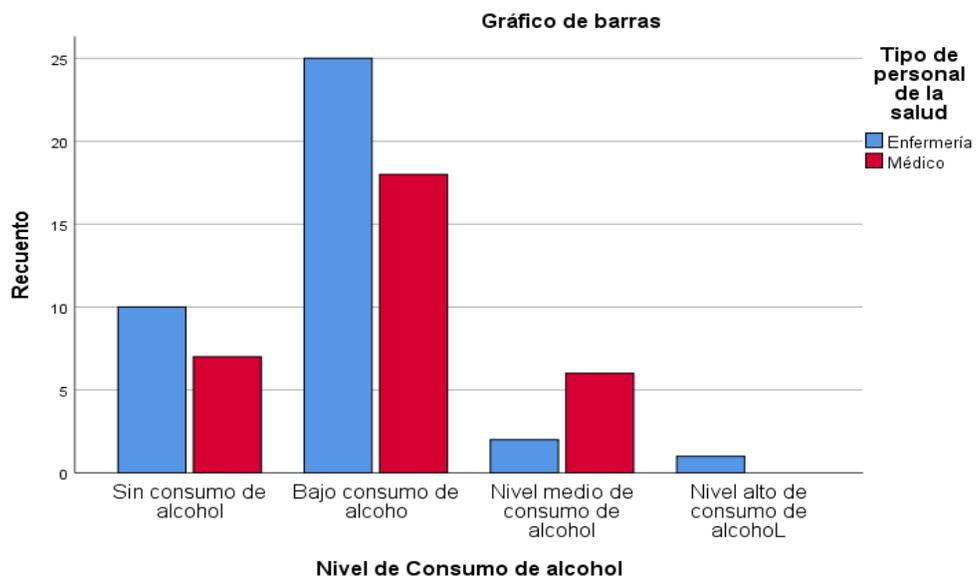
En cuanto al análisis del grado de consumo de alcohol que se presentó en el personal médico y de enfermería los hallazgos fueron los siguientes.

Para analizar la relación que existió entre estas dos variables se realizó una tabla de 2 x 2 y se graficaron los datos. Se encontró que en el nivel medio de consumo de alcohol el personal médico presentó un porcentaje superior al del personal de enfermería; por el contrario, en el bajo consumo de alcohol y en el grupo sin consumo de alcohol el personal de enfermería tiene un mayor porcentaje como se muestra en la siguiente tabla y gráfico.

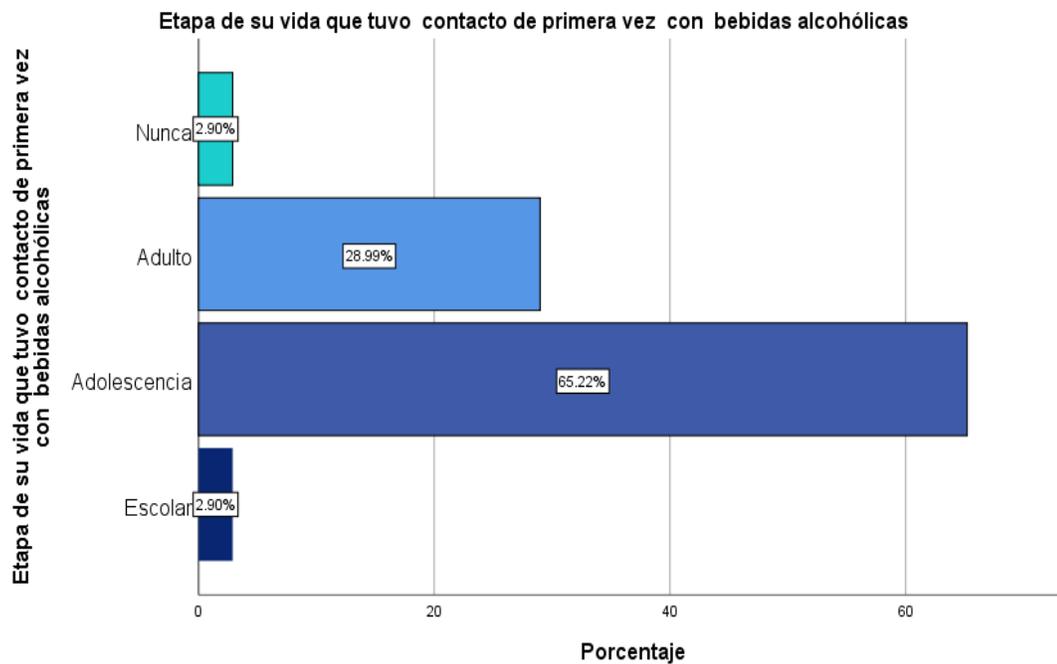
Tabla cruzada Nivel de Consumo de alcohol*Tipo de personal de la salud

Recuento

		Tipo de personal de la salud		Total
		Enfermería	Médico	
Nivel de Consumo de alcohol	Sin consumo de alcohol	10	7	17
	Bajo consumo de alcohol	25	18	43
	Nivel medio de consumo de alcohol	2	6	8
	Nivel alto de consumo de alcohol	1	0	1
Total		38	31	69



Se analizó la edad de inicio del consumo de alcohol encontrando que el mayor porcentaje del primer contacto con bebidas alcohólicas se presentó en la adolescencia con un porcentaje del 65.2%, seguido de la edad adulta con un 29%.

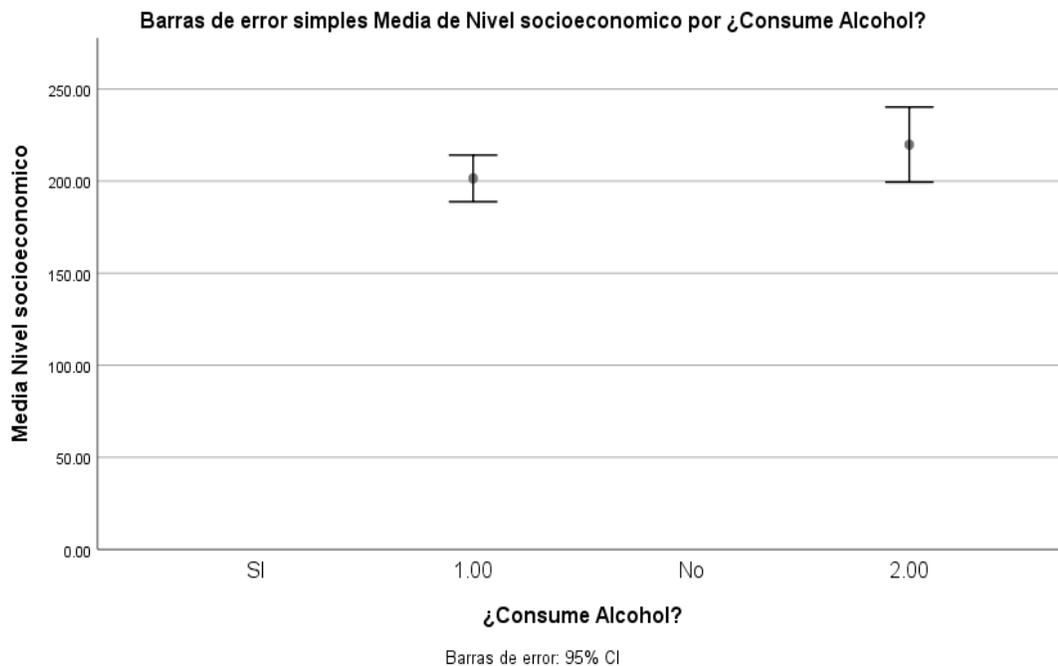


Por último, el presente trabajo analizó la asociación entre el alto consumo de alcohol y el bajo nivel socioeconómico, pues al realizar este análisis los participantes se agruparon en aquellos que consumían alcohol independientemente del grado y aquellos que no consumían bebidas alcohólicas y se compararon con el valor de nivel socioeconómico que obtuvieron en el AMAI. La prueba de hipótesis que se utilizó fue la prueba de u de Mann Whitney para muestras independientes, los resultados se muestran en la siguiente tabla, no se encontró diferencia significativa.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Nivel socioeconómico es la misma entre las categorías de ¿Consumo Alcohol?	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	.124	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05



Riesgos y beneficios

El siguiente protocolo de estudio corresponde a categoría II Riesgo mínimo ya que la intervención que se realizó fue la aplicación de un cuestionario para la identificación de estado socioeconómico y nivel de consumo y dependencia, no se identificaron preguntas susceptibles de daño ni físico ni mental, y de ser así se pidió al sujeto de estudio informar a la investigadora de forma inmediata para la suspensión del cuestionario, el beneficio otorgado fue de primera instancia informar al sujeto de estudio sobre su nivel de consumo de alcohol y dependencia asociado a nivel socioeconómico, la identificación de la edad de mayor contacto del alcohol fue de utilidad para el investigador, se hizo promoción y prevención en la etapa de la vida que más se presentó el primero contacto como parte de su labor como especialista en medicina familiar, con miras de prevenir a futuras generaciones.

El actual estudio se apegó a la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que estableció los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, de importancia los siguientes apartados.

Apartado 6, este protocolo de investigación contó con el dictamen favorable de los Comités de investigación y ética en la investigación de la institución o establecimiento en que se llevó a cabo la investigación.

Apartado 7, se entregó un informe técnico descriptivo de carácter parcial, sobre el avance de la investigación y cuando finalizó el estudio se realizaron un informe completo y detallado acerca de los resultados obtenidos.

Apartado 8, la investigación se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 198 Coacalco Estado de México.

Apartado 10. Del Investigador principal. - La conducción de toda investigación de conformidad con esta norma, estuvo a cargo del investigador principal, que contó con la formación académica y experiencia probada en la materia, que le permitieron dirigir la investigación que pretenda realizar.

Apartado 12, en todo momento los datos personales de las personas en estudio fueron protegidos durante el desarrollo del protocolo, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados, apegándose a la legislación aplicable específica en materia.

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados texto vigente, nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010, el trabajo de investigación se apegó con lo siguiente: artículo 7, contó con un consentimiento informado.

Artículo 13, donde prevaleció el respeto a su dignidad, resguardando los derechos del sujeto de estudio.

Artículo 14, apegándose a los lineamientos para desarrollar investigación en personas: bases científicas y éticas, contando con consentimiento informado donde se especificaron los riesgos y beneficios al participar en la investigación, además de salvaguardar la integridad personal, todo esto bajo la supervisión y visto bueno del comité de ética, investigación y bioética con el fin de que se garantizó el bienestar del investigador en términos de lo dispuesto por éste.

Artículo 15 se usaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los participantes de investigación.

Artículo 16, se protegió la intimidad del sujeto investigado, ya que se manejó con folio de tal manera que si el sujeto investigado lo solicitara se podía recabar su información sin presentar daño al mismo.

Artículos 20, 21 y 22 en el cual nos apegamos al hecho de que esta investigación presentó consentimiento informado por escrito, elaborado por el investigador principal; en el cual se detallan los riesgos, beneficios y procedimientos, de forma detallada y clara, explicando el porqué del estudio, su justificación y dudas que puedan surgir en cualquier momento, así como

su énfasis en el manejo de sus datos, confidencialidad y compromiso, el cual fue revisado por el comité de ética.

Artículos 23 y 25, en los cuales se mencionó la importancia del consentimiento informado, así como el respecto a los datos personales que se recabaron, la forma de recabar los mismos, es decir sin engaños o fraude, privilegiando la protección de los intereses, a fin de recabar los datos necesarios y verídicos de acuerdo con la finalidad del objetivo.

DISCUSIÓN

A través de este estudio para poder alcanzar el objetivo general se realizaron diversos análisis, como fue describir las características sociodemográficas del personal médico y de enfermería de la UMF198, dentro de las encuestas tuvimos la presencia de 18 hombres 26.1% y 51 mujeres 73.9%, se obtuvo que la media de edad de la población de estudio fue de 40.67 años con un rango mínimo de 24 y un máximo de 60. Se observó que en la característica de estado civil el 53.6% señalaron ser casados, superando el 36.2% que señalaron ser solteros y el 10.1% separados, viudos o divorciados.

Con respecto del análisis del nivel socioeconómico de la muestra de estudio nuestro hallazgo más relevante fue que la mayoría de los participantes se encontraron en un nivel alto que equivale al 94.2%, coincidiendo con la literatura antes descrita para este estudio.

Se observó también que la mayoría de los participantes en un 84.06% tiene grado de licenciatura, así como se notó que se encuentran en etapa de adulto en un 79.7%, que es una parte importante de este estudio en el análisis del ciclo vital ya que en estas etapas el ser humano se enfrentó a diferentes crisis o conflictos, así como de identidad.

En cuanto al análisis del grado de consumo de alcohol que se presentó en el personal médico se identificó que fue mayor al consumo por parte del servicio de enfermería, no obstante la mayoría de los participantes en un 65.2% tuvieron su primer contacto con bebidas alcohólicas en la adolescencia seguida de la edad adulta.

Por último, con los resultados obtenidos del presente trabajo se aceptó la hipótesis, donde el personal médico y de enfermería de la UMF 198 presenta algún grado de alcoholismo asociado con el nivel socioeconómico, ya que los participantes se agruparon en aquellos que consumían alcohol independientemente del grado y aquellos que no consumían bebidas alcohólicas y se compararon con el valor de nivel socioeconómico que obtuvieron en el AMAI. La prueba de hipótesis que se utilizó fue la prueba de u de Mann Whitney para muestras independientes, encontrando la hipótesis antes mencionada.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la presente investigación el sexo femenino, el nivel socioeconómico, el estado civil casado, son características dentro de nuestra población que intervienen en el consumo de alcohol con mayor frecuencia, ya que se establece entre ellos una relación significativa.

El incremento del consumo de alcohol en personal femenino se observa en aumento y sería adecuado fomentar estrategias dentro de primer nivel para realizar envíos a trabajo social y considerar redes de apoyo ya existentes también para el personal de salud en cuanto se pueda lograr estabilización dentro de esta pandemia, ya que como lo refiere la literatura la mayor consejería al paciente se obtiene en primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hammer JH, Parent MC, Spiker DA, World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Vol. 65, Global status report on alcohol. 2018. 74–85 p.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo P. Transformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Argentina: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2015. p. 1–24.
3. Cómo afecta el alcohol a los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Recursos actualizados y revisados | International Society of Substance Use Professionals.
4. OPS. Glosario de términos de Alcohol y drogas. 2019.
5. Organización Mundial de la Salud. El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. Organización Mundial de la Salud. 2018. p. 1
6. 6 datos impactantes sobre el consumo de alcohol en el mundo (incluido en qué países de América Latina se consume más) - BBC News Mundo.
7. Mora Torres M. Intoxicación Alcohólica. Med Leg Costa Rica - Edición Virtual. 2016;33(2).
8. Encuesta sobre consumo de alcohol, preferencias y creencias del consumidor - Encuestas de Mercado - Mercawise.
9. World Health Organization. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud. Organización Panamericana de la Salud. 2018.

10. Tegoma-Ruiz VM, Cortaza-Ramírez L. Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Univ.* 2016;13(4):239–45.
11. Ahumada-Cortez JG, Enrique Gámez-Medina M, Valdez-Montero C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai.* 2017;13(2):13–24.
12. Escobar ER, Gamiño MNB, Salazar RM, Hernández ISS, Martínez VC, Bautista CF, et al. National trends in alcohol consumption in Mexico: Results of the national survey on drug, alcohol > and tobacco consumption 2016-2017. *Salud Ment.* 2018;41(1):7–16.
13. OMS. Alcohol. *Temas de Salud.* 2018.
14. Karpyak VM, Geske JR, Hall-Flavin DK, Loukianova LL, Schneekloth TD, Skime MK, et al. Sex-specific association of depressive disorder and transient emotional states with alcohol consumption in male and female alcoholics. *Drug Alcohol Depend.* el 1 de marzo de 2019; 196:31–9.
15. Carlos Manuel Milanés Pérez NPSP-PG. El consumo de alcohol y tabaco en México: Una perspectiva regional y socioeconómica. *Caminos Investig.* el 1 de marzo de 2021; II(II).
16. Instituto de información estadística y geográfica de Jalisco. *Elaboración, comercio y consumo de cerveza en Jalisco.* Guadalajara Jalisco; 2020 ago.
17. INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2018 nueva serie [Internet]. 2018 [citado el 23 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>

18. Cabanillas-Rojas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. marzo de 2020;37(1):148–54.
19. OPS. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. OPS, editor. Washington, DC: OPS; 2015.
20. Llerena S, Arias-Loste MT, Puente A, Cabezas J, Crespo J, Fábrega E. Binge drinking: Burden of liver disease and beyond. *World J Hepatol*. 2015;7(27):2703–15.
21. C. MMG, Arango GC, N. MCN. Alcohol, cirrosis y predisposición genética. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2016;31(1):27–35.
22. Piedrahita AS, Pescador Vargas B, Alejandra L, Culma R. Neurotoxicidad alcohólica. *Rev Med*. 2017;25(1):87–101.
23. Maradona Cristóvão-Calado J, Broche-Pérez Y, Rodríguez-Méndez L. Efectos nocivos del consumo prolongado de alcohol sobre el sistema nervioso central. Vol.20. 2015.
24. Veracruzana U. Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización
Concept of alcoholism as a disease: history and actualization Jorge Sánchez-Mejorada Fernández. Vol. 7, *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. 2007.
25. Pêgas Jaeger GI, Loret de Mola CI, Freitas Silveira III M, Pêgas Jaeger G. Alcohol-related disorders and associated factors in a rural area in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52(1:8s):1–12.
26. Macinko J, Mullachery P, Silver D, Jimenez G, Neto OLM. Patterns of alcohol consumption and related behaviors in Brazil: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *PLoS One*. el 31 de julio de 2015;10(7):e0134153.

27. Meneses K, María V, Cisneros ;, Braganza ME. Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador Socioeconomic Analysis of Excessive Alcohol Consumption in Ecuador Análise socioeconômica do consumo excessivo de álcool no Ecuador. Rev Cienc Salud. 2019;17(2):293–308.
28. AMAI. Nota Metodológica Nivel Socio Económico AMAI 2018. 2018.
29. Macedo-Ruíez EC, Luquín-García D, Rojas O, Lípez-Herníandez C. Determinación del nivel socioeconómico representativo mediante AEB en la República Mexicana. Rev Perspect Empres. septiembre de 2018;5(2):83–101
30. Comité de Niveles Socioeconómicos. Regla NSE AMAI 2018 . 2018.
31. Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. NIVELES SOCIO ECONÓMICOS AMAI RESP | NSE [Internet]. [citado el 3 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://nse.amai.org/nse/>
32. Beatriz Robles Martínez. La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. Rev Mex Pediatr. 2008;75(1):29–34.
33. Lewis M. Desarrollo psicológico del niño. 2a ed. Editorial Interamericana., editor. México;
34. Antonio Bordignon N. The Pshycho social development by Erik Erikson. The epigenetic diagram of adults. Rev LaSallista. 2005;2(2):50–63.
35. Rabello E, Passos JS. Erikson e a Teoría Psicossocial do Desenvolvimento. 2010.
36. Chacón Cuberos R, Castro Sánchez M, Caracuel Cáliz R, Padial Ruz R, Collado Fernández Félix Zurita Ortega D. Perfiles de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes andaluces de primer ciclo de educación secundaria. Heal Addict. 2016;16(2):93–104.

37. Niurka Mendoza Cabrera D, Lourdes Jaime Valdés DM, Luis García Ferreiro Á, Evelin Pérez Chang D, Enrique Pérez Guerra L, Bertha María Sáez Ruiz D, et al. Propuesta de una guía instructiva dirigida a la familia del paciente alcohólico. Vol. 10, Acta Médica del Centro. 2016 feb.
38. Caballero Aranda I, Sevilla Lerena M. Abuso de fármacos en medio sanitario: programas de tratamiento. Med Segur Trab (Madr). junio de 2014;60(235):434–54.
39. Kuntsche E, Kuntsche S, Thrul J, Gmel G. Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. Psychol Heal. el 3 de agosto de 2017;32(8):976–1017.
40. Pilatti A, Rivarola Montejano Gabriela;, Lozano OM, Pautassi RM. Relación entre impulsividad y consumo de alcohol en hombres y mujeres argentinos. Quad Psicol. 2016;18(1):75–91.
41. Mariño Pérez Y, Zamora Piñeiro E, Yanet Santisteban Cedeño L, Enrique Pérez Estrada L, del Pilar Oliva Reyes S. Factores psicosociales que favorecen el inicio del consumo de alcohol en adolescentes Psychosocial factors that favor the onset of alcohol use among adolescents. Multimed. febrero de 2016;20(1):1–14
42. Don Bosco Confederación de centros juveniles de España. Pasaporte 0,0.
43. Cadigan JM, Martens MP, Herman KC. A Latent Profile Analysis of drinking motives among heavy drinking college students. Addict Behave. el 1 de diciembre de 2015;51:100–5.
44. Kunyk D. Substance use disorders among registered nurses: Prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction. J Nurs Manag. el 1 de enero de 2015;23(1):54–64.

45. Conde K, Cremonte M. Environmental stressors, socioeconomic factors, and alcohol-related problems among Argentinian college students. *Salud Ment.* 2017;40(4):157–64.
46. Donoso MP. Boletín N° 3: Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados Escala. Chile; 2015.
47. México Social. México Social - Obesidad y sobrepeso: los derechos de las niñas y los niños / Invitada: Mónica González Contró. Obesidad y sobrepeso: los derechos de las niñas y los niños / Invitada: Mónica González Contró. 2017.
48. Miquel L, Barrio P, Moreno-España J, Ortega L, Manthey J, Rehm J, et al. Detection and prevalence of alcohol use disorders in primary health care in Catalonia. *Aten Primaria.* marzo de 2016;48(3):175–82.
49. Almaraz-Castruita D, Alonso-Castillo B. Sensibilidad ética y su relación con el consumo de alcohol en el personal de enfermería. *Rev Enferm IMSS.* 2016;24(2):123–8.
50. Angulo PG, Martínez EKH, Puente LAR, Vargas RC, Mendoza JS, Martínez JUC. Risk perception for alcohol and tobacco consumption in Saltillo's Health Sciences students. *Enferm Glob.* 2019;18(4):398–410.
51. Villatoro-Velázquez JA, Reséndiz EE, Mujica SA, Bretón-Cirret M, Cañas-Martínez V, Soto-Hernández I, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. *Secr Salud.* 2017; 1:190.
52. Real academia española. Diccionario de la lengua española [Internet]. [citado el 12 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/diccionario>

53. Real Academia Española. Diccionario panhispánico del español jurídico [Internet]. [citado el 12 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/>

UNAM. Plan Educativo Nacional [Internet]. [citado el 12 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.planeducativonacional.unam.mx/>

ANEXOS

Cuestionario Sociodemográfico para el protocolo Asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198

ID: _____ Sexo: hombre / mujer Edad: _____
Estado civil: _____ Fecha: _____ Encuestador: _____

Cuál es su último grado de estudios: primaria // secundaria // preparatoria // Licenciatura
// Maestría // Doctorado

Personal de Salud del área: () Enfermería () Médico/a

Etapas de su vida que tuvo contacto de primera vez con bebidas alcohólicas:

Niñez () Adolescencia () Adultez: ()

Quien te ofreció por primera vez bebidas alcohólicas:

Amigos () Familia () Voluntad propia: ()

ENCUESTA AUDIT PARA VALORAR CONSUMO DE ALCOHOL

Entrevistador(a): Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, tequila, mezcal, etc. Codifique las respuestas en términos del consumo («bebidas estándar (tamaños)»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha. Cualquier modificación, borre la respuesta anterior.

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente (3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
---	--

(4) 4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted*, porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario *atender sus obligaciones	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año.
Registre la puntuación total aquí	Observaciones:

ENCUESTA SOCIECONÓMICA AMAI

A continuación, le solicitamos contestar las preguntas sobre las características socioeconómicas.

PREGUNTA	RESPUESTA	CODIGO	PUNTUACIÓN (UNICAMENTE EN LA BASE DE DATOS)
Pensando en el jefe o jefa del hogar, ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?	Sin instrucción	0	0
	Preescolar	1	0
	Primaria incompleta	2	10
	Primaria completa	3	22
	Secundaria incompleta	4	23
	Secundaria completa	5	31
	Preparatoria incompleta	6	35
	Preparatoria completa	7	43
	Licenciatura incompleta	8	59
	Licenciatura completa	9	73
	Posgrado	10	101
¿Cuántos baños completos con regadera y WC* hay en esta vivienda? *inodoro	0	0	01
	1	1	24
	2 o más	2	47
¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?	0	0	0
	1	1	18
	2 o mas	2	37

Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?	No tiene	0	0
	Si tiene	1	31
De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿Cuántas trabajaron en el último mes?	0	0	0
	1	1	15
	2	2	31
	3	3	46
	4 o más	4	61
En esta vivienda, ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillo ni baños?	0	0	0
	1	1	6
	2	2	12
	3	3	17
	4 o más	4	23

Agradecemos su apoyo en contestar esta entrevista.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación del nivel de consumo de alcohol con el nivel socioeconómico en personal médico y de enfermería de la UMF 198
Patrocinador externo (si aplica): Lugar y fecha:	No aplica
Número de registro:	Unidad de Medicina Familiar No. 198, Coacalco, mayo 2021.
Justificación y objetivo del estudio:	En trámite
Procedimientos:	El consumo de alcohol es uno de los problemas de salud pública más importantes en los últimos años a nivel nacional y se ha tenido un incremento importante por falta de atención en la población. El nivel socioeconómico se ha documentado relacionado con el nivel de consumo de alcohol en la población afectada. El objetivo de este trabajo es Asociar el consumo de alcohol y el nivel socioeconómico de los trabajadores de la Unidad de Medicina Familiar 198.
Posibles riesgos y molestias:	Se le solicitará a usted que contestar el cuestionario AUDIT AMAI Y Sociodemográfico sobre las prácticas de consumo de alcohol y características socioeconómicas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La siguiente investigación presenta riesgo mínimo ya que solo contestará unas preguntas en un tiempo aproximado de 5 minutos y podrá retirarse de la encuesta si alguna pregunta lo incomodará en caso de tener que esto sucediera en todo momento la investigadora se encontrará presente a lo cual se le pide de favor informar de forma inmediata si desea suspenderlo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El principal beneficio de este estudio será identificar el grado en el consumo de alcohol, a lo cual se buscará que sea canalizado a atención especializada y a grupos de autoayuda, ya sea para manejo médico o psicológico. El beneficio más importante es prevenir factores de riesgo que conlleven una enfermedad relacionada al consumo de alcohol.
Participación o retiro:	Al finalizar el cuestionario se le informará a usted si existe algún grado de consumo que ponga en riesgo su salud.
Privacidad y confidencialidad:	Lo puede hacer en cualquier momento que lo desee sin ninguna represión
En caso de colección de material biológico (si aplica):	Se dará un folio (ID único) para mantener su anonimato. Se respetarán sus datos personales no compartiéndolos a otras personas o medios. El cuestionario se realizará en un ambiente de confidencialidad en donde se siente seguro para responderlo. Los datos solo serán usados con fines de investigación y serán resguardados bajo estricta confidencialidad por el investigador principal.
	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. Referencia a servicio especializado
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	<u>Conocer los riesgos a la salud por consumo de alcohol.</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	
Colaboradores:	<u>Dra. Jessica González Mat.98151297Teléfono: 5510801315, Correo: teamjess@hotmail.com Dra. Andrea Patricia Tejada Bueno Mat. 99158564 Tel 5520723385 Email: andrea.tejada@imss.gob.mx</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comité Ética e investigación HGZ 57 La Quebrada, Av.la Quebrada, Sta María Guadalupe, 54769 Cuautitlán Izcalli, Méx. comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el

consentimiento Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013