

# Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud

Laura Hinojosa-García,<sup>1</sup> María Magdalena Alonso-Castillo,<sup>2</sup> Yolanda Castillo-Muraira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Dr. Alfredo Pumarejo Secretaría de Salud, <sup>2</sup>Universidad Autónoma de Nuevo León, <sup>3</sup>Unidad Académica Multidisciplinaria de Matamoros, Tamaulipas, México.

## Palabras Clave:

Alcoholismo,  
Trastornos relacionados  
con alcohol,  
Personal de salud

## Keywords:

Alcoholism,  
Alcohol-Related Disorders,  
Health Personnel

## Correspondencia:

Laura Hinojosa García

## Correo electrónico:

laura2hg@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 04/10/2011

Fecha de aceptación: 19/12/2011

## Resumen

**Introducción:** el consumo de alcohol excesivo es un problema de salud pública en la sociedad mexicana, los trabajadores de la salud con autoeficacia percibida baja tienen más dependencia y un alto consumo de alcohol, lo cual afecta el desempeño laboral y el cuidado de la salud de los pacientes.

**Objetivo:** determinar la percepción de autoeficacia percibida y el consumo de alcohol por edad, género y categoría laboral en trabajadores de la salud.

**Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo en 167 trabajadores asignados en cuatro estratos. Se utilizó el Cuestionario de Confianza Situacional y Cuestionario de Identificación de Desórdenes por uso de Alcohol (AUDIT). El análisis de datos se realizó por medio de estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados:** se encontró una relación negativa y significativa entre edad y consumo de alcohol, los varones presentaron mayor consumo de alcohol que las mujeres; los trabajadores profesionales de la salud tienen menor consumo que los no profesionales y finalmente las mujeres reportaron mayor autoeficacia percibida para resistir la tentación del consumo de alcohol que los varones.

**Discusión:** en relación al consumo por género y categoría laboral los hallazgos son similares a los ya reportados, otro dato importante fue la edad ya que tuvo relación negativa y significativa con el consumo de alcohol, es decir a menor edad mayor consumo de alcohol.

**Conclusiones:** la autoeficacia percibida es la variable más relevante y resultó ser la más efectiva en el control de las conductas adictivas.

## Abstract

**Introduction:** Excessive alcohol consumption is a public health problem in Mexican society, health workers with perceived low self-efficacy have more dependence and high alcohol consumption, which affects job performance and care provided to patients.

**Objective:** To determine self-efficacy perception and consumption of alcohol by age, gender and employment status in healthcare workers.

**Methods:** A descriptive study of 167 workers assigned into four strata. The Situational Confidence Questionnaire and Disorders Identification Test for Alcohol use (AUDIT) were used. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics.

**Results:** A significant negative relationship between age and alcohol consumption was found, males had higher alcohol consumption than women, professional health care workers have lower consumption than non-professionals and finally women reported greater perceived self-efficacy to resist temptation of alcohol consumption than men.

**Discussion:** In relation to consumption by gender and employment status, findings are similar to those already reported; another important fact is that age had significant negative relationship with alcohol consumption, thus the younger, the more alcohol consumption.

**Conclusions:** Perceived self-efficacy is the most important variable and was the most effective in controlling addictive behaviors.

## Introducción

El consumo excesivo de alcohol es un problema de salud pública en la sociedad mexicana, debido a las consecuencias sociales, económicas, productivas, familiares y de salud, además este consumo de alcohol está asociado con violencia familiar, riñas en las calles, accidentes y muertes violentas.<sup>1</sup> El alcohol es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural está influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos. El consumo excesivo, se asocia de forma directa e indirecta con las principales causas de mortalidad en México en la población adulta; en el grupo de edad de 30 a 59 años, 16.5% de las defunciones son ocasionadas por enfermedades del hígado y 14.4% por accidentes y causas atribuibles al consumo de alcohol.<sup>2,3</sup>

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)<sup>4</sup> realizada en 2002 reportó que en la población adulta 72.2% de varones y 42.7% de mujeres que residen en área urbana, consumió alcohol en los doce meses previos a la encuesta; mientras que en el área rural los porcentajes fueron de 18.9 y 9.9% en varones y mujeres respectivamente. El patrón de consumo moderado alto -consumo mensual de cinco copas o más por ocasión- en varones residentes del área urbana fue de 16.9% y el consuetudinario que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana fue de 12.4%, en tanto que en las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión 4.8%. Cabe mencionar que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de mujeres adultas residentes del área urbana que consumieron bajo este patrón.

Se observa que uno de los factores que afecta directamente el consumo de alcohol es el tipo de trabajo. El trabajador percibe que el consumo de alcohol funciona como favorecedor del trabajo, como reductor de la tensión y como forma de superar el estrés. Frone<sup>5</sup> señala que los problemas de consumo en los trabajadores ocurren por rutina, desinterés en el trabajo y largas jornadas de trabajo, indicando que el consumo de alcohol puede ser una respuesta de afrontamiento a factores estresantes presentes en el entorno del trabajo o derivados del desempeño laboral.

La autoeficacia percibida se define como las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras;

en este estudio se considera la autoeficacia de resistencia, la cual hace referencia a la confianza percibida para resistir el consumo de alcohol ante las presiones de amigos, trabajo, o cuando se cursan estados de depresión, angustia y preocupación. En este caso corresponde al control de una conducta negativa como es el consumo de alcohol; la capacidad para producir resultados valiosos y prevenir los indeseables proporciona poderosos incentivos para el desarrollo y el ejercicio del control personal o autoeficacia.<sup>6</sup>

Consumo de alcohol es la ingesta de alcohol que tienen los trabajadores de la salud en relación a la frecuencia y cantidad, clasificándose como sensato, dependiente y dañino. Consumo sensato es la ingesta de no más de 20 gr de etanol equivalente a dos bebidas estándar por ocasión de consumo no más de tres veces por semana en mujeres y 40 gr de etanol equivalente a cuatro bebidas estándar por ocasión de consumo no más de tres veces por semana en varones. Consumo dependiente equivale a consumir en un día típico de tres a cinco copas en mujeres y de cinco a nueve copas en varones, además de haber dejado de realizar alguna actividad a causa del alcohol. Consumo dañino equivale a consumir en un día típico de seis a más copas en mujeres y de diez a más copas en varones, y que sus amigos, familiares o personal de salud le han manifestado preocupación por su forma de beber.<sup>7</sup>

Algunos estudios han documentado la prevalencia del consumo de alcohol en trabajadores de la salud, por ejemplo, el realizado en un hospital del Sur de Taiwán sobre consumo de alcohol en 907 enfermeras clínicas, el cual reveló que de tres a ocho por ciento de las enfermeras consumen alcohol de manera regular. Además, en 190 médicos residentes de la Ciudad de México se encontró que 65% son consumidores de alcohol y de ellos 41.2% son bebedores frecuentes.<sup>8,9</sup>

Es importante señalar que con frecuencia el trabajador no percibe la baja autoeficacia para controlar situaciones de tentación y de riesgo en el consumo de alcohol, mientras más consuma en cantidad y frecuencia, más bajo nivel de confianza tiene para manejar situaciones de alto riesgo.<sup>10</sup> Las creencias o percepciones de autoeficacia percibida tienen un rol único en el estudio de las conductas adictivas; ya que puede influir o afectar la elección de la conducta a resistir la tentación de iniciar o incrementar dicho hábito.<sup>11</sup>

El Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC 1999,<sup>12</sup> refiere que 18% de las personas perdieron el trabajo por problemas de abuso de alcohol, 1.7% han reducido sus actividades laborales por esta misma causa,

11.4% tiene incapacidad por consumo excesivo, 4.6% es dependiente al alcohol, 1% no ha tenido ascenso laboral a causa de la bebida y uno de cada 10 varones reportan problemas laborales por consumo de alcohol.

Los problemas en el trabajo por consumo de alcohol se reflejan en ausentismo, bajo rendimiento, desmoralización en el trabajo, accidentes y patologías asociadas al consumo, lo cual se traduce en altos costos económicos por pérdida de productividad por lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>13</sup> reconoce el estudio de esta temática como una prioridad de investigación y de acción. De igual forma Tapia y Meneses<sup>14</sup> indican que la investigación en trabajadores de la salud es limitada y señalan este problema como una prioridad que debe ser investigada por sus grandes consecuencias en la salud y bienestar de los trabajadores de la salud y de sus pacientes.

## Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo con trabajadores de un Hospital General del sector salud de la ciudad de Matamoros, Tamaulipas. Se utilizó un muestreo probabilístico y estratificado por asignación proporcional al tamaño de cada estrato; considerándose cuatro grupos: dos de la categoría laboral (profesional y no profesional) y dos correspondientes al género (masculino y femenino). La muestra se obtuvo para una prueba de correlación a través del paquete estadístico nQuery Advisor 4.0 (Elshoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2004) estimada para el 95% de nivel de confianza, .05 de nivel de significancia, con una potencia de .90 para una correlación alternativa bilateral de .20, obteniéndose el tamaño de la muestra de 167 trabajadores.

### Instrumentos

La autoeficacia percibida fue valorada mediante el Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) de Annis y Graham, 1987<sup>15</sup> el cual mide la confianza, es decir, que tan segura se siente la persona para resistir la tentación de consumir alcohol; cuenta con 39 reactivos, los cuales tienen una escala de respuesta del uno al seis; donde uno se refiere a seguro que no podría resistir la tentación de consumir alcohol, hasta seis que indica que es seguro que

sí podría resistir la tentación de consumir alcohol. Los autores reportaron con este instrumento un Alpha de Cronbach de .97 en un estudio de alcohólicos y no alcohólicos en Norteamérica.

El segundo instrumento utilizado corresponde al Cuestionario de Identificación de Desordenes por uso de Alcohol (AUDIT) De la Fuente y Kershenobich 1992,<sup>7</sup> cuenta con diez reactivos que examinan el uso de alcohol durante los últimos doce meses y sus consecuencias. Consta de tres dominios, los reactivos del uno al tres determinan la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol; los reactivos del cuatro al seis, exploran la posibilidad de que exista dependencia al alcohol y los reactivos del siete al 10 exploran el consumo dañino de alcohol. La escala es de cero a 40 puntos, a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol. Si se obtiene un valor de uno a tres se considera un consumo sin riesgo—consumo sensato—, si se obtienen de cuatro a siete puntos se tiene problemas con el consumo—consumo dependiente— y si se registran de ocho a 40 puntos se considera un consumo con riesgo elevado o consumo dañino. Los autores de este instrumento reportaron una sensibilidad de 80% y una especificidad de 89%.

También se utilizó una cédula de datos personales la cual incluyó siete reactivos sobre datos biológicos y socioculturales como la edad, género, estado civil, años de escolaridad, formación académica, categoría laboral e ingreso económico.

### Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0, para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para la estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad.

### Procedimiento

La investigación fue aprobada por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, también se obtuvo la autorización de los directivos del Hospital General del

**Cuadro I. Prueba U de Mann-Whitney para autoeficacia percibida por género**

<i>Variable</i>		<i>n</i>	$\chi$	<i>Mdn</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>Valor de p</i>
Género	Femenino	105	94.16	98.97	2097.5	.001
	Masculino	62	83.32	92.30		

n = 167

sector salud de la ciudad de Matamoros, Tamaulipas para realizar el estudio.

Para la selección de los participantes se contó con los listados oficiales de la institución, a partir de ellos se realizó la selección aleatoria de la muestra tomando en cuenta cada uno de los cuatro estratos definidos. Para esta selección se consideró la tabla de números aleatorios, antes de iniciar la recolección, se aseguró que el participante cumpliera con el criterio de inclusión, es decir, que hubiera consumido alcohol al menos una vez en el último año, de no contar con este criterio se continuó con el siguiente participante conforme a la lista oficial de trabajadores y la tabla de números aleatorios; esto ocurrió con cuatro trabajadores; los trabajadores seleccionados fueron abordados en el turno y horario más conveniente para ellos. Antes de iniciar la recolección de datos la responsable del estudio explicó a los trabajadores seleccionados el propósito del estudio y se le solicitó su participación voluntaria mediante el consentimiento informado por escrito.

## Resultados

Los resultados obtenidos muestran lo siguiente: 62.9% del total de la muestra son mujeres, 68.2% son casadas(os) y 18.6% solteras(os). De acuerdo a la escolaridad 65.8% corresponde al grupo de nivel profesional y posgrado.

No se encontró relación significativa entre edad y autoeficacia percibida, creemos que probablemente este concepto tiene explicación con los procesos cognitivos y de socialización con la edad.

En relación con la autoeficacia percibida por género, se documentó que existe diferencia significativa, reportándose una autoeficacia percibida más alta en mujeres que en varones (cuadro I).

De igual modo, se midió la autoeficacia percibida en relación con la categoría laboral; es decir en los profesionales de la salud —médicos, enfermeras, trabajadores sociales y químicos— y los no profesionales conformada por —personal administrativo y personal de servicios generales en el cual se incluye intendencia, mantenimiento, dietología y asistente de farmacia—. Se encontró diferencia significativa de la autoeficacia percibida por categoría laboral, siendo más alta en el grupo de profesionales de la salud, que en el personal no profesional (cuadro II).

Otras de las variables analizadas fueron el consumo de alcohol y tipo de consumo, encontrando relación negativa y significativa de la edad con el consumo de alcohol, es decir a menor edad mayor consumo de alcohol. Al medir el consumo de acuerdo al índice AUDIT en relación con el género se tuvo una diferencia significativa, reportándose más alto consumo en varones que en mujeres; en cuanto al tipo de consumo los varones presentan mayor proporción de consumo dependiente, seguido del consumo dañino; mientras que las mujeres presentaron mayor proporción de consumo sensato (cuadro III).

**Cuadro II. Prueba U de Mann-Whitney para autoeficacia percibida por categoría laboral**

<i>Variable</i>		<i>n</i>	$\chi$	<i>Mdn</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>Valor de p</i>
Categoría laboral	Profesional	110	93.83	98.20	2209.0	.001
	No profesional	57	83.02	90.76		

n = 167

**Cuadro III. Consumo de alcohol por género**

Género	<i>Tipo de consumo de alcohol</i>							
	Sensato		Dependiente		Dañino			
	f	%	f	%	f	%		
Masculino	27	42.9	19	30.2	17	27.0		
Femenino	87	83.7	15	14.4	2	1.9		
n = 167					( $\chi^2$ 35.77, p < .001)			

**Cuadro IV. Consumo de alcohol por categoría laboral**

Categoría laboral	<i>Tipo de consumo de alcohol</i>							
	Sensato		Dependiente		Dañino			
	f	%	f	%	f	%		
Profesional	86	78.2	20	18.2	4	3.6		
No profesional	29	50.9	13	22.8	15	26.3		
n = 167					( $\chi^2$ 21.44, p < .001)			

En cuanto al tipo de consumo de alcohol por categoría laboral, los resultados muestran que la categoría de los no profesionales es la que reporta mayor proporción de consumo dañino, en comparación con el grupo de los profesionales donde solo 3.6% del total reportó consumir bajo este patrón; cabe resaltar que en este mismo grupo la mayor proporción reportada corresponde al consumo sensato, estas diferencias resultaron ser significativas (cuadro IV).

Finalmente se corroboró la correlación de las variables autoeficacia percibida y consumo de alcohol para lo cual se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, observándose que la autoeficacia percibida se correlaciona negativa y significativamente con el consumo de alcohol, con frecuencia y cantidad, con el consumo dependiente

y el consumo dañino, lo que quiere decir que a menor autoeficacia percibida mayor es el consumo de alcohol en trabajadores de la salud (cuadro V).

## Discusión

En relación con la edad se tuvo una relación negativa y significativa con el consumo de alcohol, es decir a menor edad mayor consumo de alcohol. Esto concuerda con lo reportado en la última Encuesta Nacional de Adicciones, 2002<sup>4</sup> donde se explica que el más alto consumo de alcohol ocurre cinco años después de haber iniciado con esta práctica, la cual se mantiene con cifras elevadas hasta por diez años, es decir entre los 20 y 35 años se presenta

**Cuadro V. Correlación de spearman para autoeficiencia percibida y consumo de alcohol**

	<i>Consumo de alcohol Índice AUDIT</i>	<i>Frecuencia y cantidad</i>	<i>Consumo dependiente</i>	<i>Consumo dañino</i>
Autoeficiencia percibida	-.642 (.001)	-.610 (.001)	-.487 (.001)	-.453 (.001)

n = 167

el más alto consumo de alcohol y a partir de los 40 años se da un descenso en el consumo.

De los trabajadores de la salud, los varones presentaron mayor consumo de alcohol que las mujeres; esto concuerda con lo reportado por Cortaza y Alonso, 2007<sup>1</sup> quienes encontraron más alto consumo de alcohol en los varones que en las mujeres trabajadoras de una industria petroquímica del sur de Veracruz. De acuerdo con Tapia, 2001<sup>2</sup> estas diferencias del consumo de alcohol entre mujeres y hombres dependen de las normas sociales, las cuales son más estrictas para mujeres que para varones, en estos, esta conducta es una práctica aceptada y avalada socialmente y en la mayoría de los casos reforzada en el medio laboral que se convierte en un vínculo de socialización, ya que su práctica implica múltiples actividades sociales y culturales.

Respecto al consumo de alcohol por categoría laboral, se logro documentar que los profesionales de la salud tienen un menor consumo en comparación con los trabajadores no profesionales, esto concuerda con lo reportado por Sosa, 2003<sup>17</sup> en un estudio realizado con trabajadores de la salud de la frontera norte; además Tapia, 2001<sup>2</sup> explica que el consumo de alcohol varía conforme a la actividad laboral que desempeña la persona.

En relación con la autoeficacia percibida no se encontró relación significativa entre esta y la edad, creemos que probablemente este concepto tiene una mayor explicación si se relaciona con procesos cognitivos y de socialización.

Las mujeres reportaron mayor autoeficacia percibida para resistir la tentación de consumir de alcohol que los varones, esto se puede explicar de acuerdo con lo señalado por Alonso, Caulfield y Gómez, 2005<sup>18</sup> quienes señalan que la mujer mexicana al tener como premisas socioculturales el ser una buena madre y un

buen ejemplo para los hijos, cuentan o desarrollan diversas estrategias para afrontar la tentación del consumo y tienen mayor control de sus conductas por la responsabilidad del cuidado de los hijos.

La autoeficacia percibida fue más alta en los profesionales de la salud que en los no profesionales, esto fue similar a lo encontrado por Alonso y Esparza, 2003<sup>19</sup> en una intervención breve para reducción de consumo de alcohol, se observó que las personas con educación superior y profesional percibían mayor autoeficacia para resistir la tentación de consumo.

## Conclusiones

Se encontraron diferencias significativas entre edad y consumo de alcohol; es decir a menor edad mayor consumo de alcohol, los varones reportaron más alto consumo de alcohol que las mujeres; estas diferencias fueron significativas.


En relación con el consumo por categoría laboral, los profesionales de la salud reportaron menor consumo de alcohol que los trabajadores no profesionales; documentándose en este último grupo el mayor porcentaje de consumo de tipo dependiente y dañino.

La autoeficacia percibida mostró diferencia significativa por género y categoría laboral, sin embargo, no se observó significancia por grupo de edad.

Finalmente se documentó relación negativa y significativa de la autoeficacia percibida y consumo de alcohol, frecuencia y cantidad, consumo dependiente y consumo dañino. Determinándose que a menor autoeficacia mayor consumo de alcohol.

## Referencias

1. Morales García JIC, Fernández Gárate IH, Tudón Garcés H, Escobedo de la Peña J, Zárate Aguilar A, Madrazo Navarro M. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex.* 2002;44(2):113-21. [En línea] [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2002/442\\_5prevalencia%20de%20consumo%20riesgoso.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2002/442_5prevalencia%20de%20consumo%20riesgoso.pdf) [Consultado 02/02/2010]
2. Tapia Conyer R, Cedillo JA. *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas.* México: Editorial Manual Moderno, 2001.
3. Secretaría de Salud (México). *Encuesta de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas, 2005.* Ciudad Juárez, Monterrey, Tijuana y Querétaro. Reporte Ejecutivo: Drogas [http://conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/infejec\\_4cds2005.pdf](http://conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/infejec_4cds2005.pdf) [Consultado 02/02/2010]
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (México). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002.* [En línea] [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/ena02.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/ena02.pdf) [Consultado 05/02/2010]
5. Frone MR. Work stress and alcohol use. *Alcohol Res Health.* 1999;23(4):284-91.
6. Bandura A. (ed). *Autoeficacia: como afrontamos los cambios Kaohsiung J Med Sci.* 2001;17(5):261-9.

9. Martínez Lanz P, Medina Mora ME, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*. 2004;27(6):17-27. [En línea] <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58262703.pdf> [Consultado 09/03/2011]
10. Skutle A. La relación entre expectativas de autoeficacia, la gravedad del abuso del alcohol y los beneficios psicológicos obtenidos del alcoholismo. *Conductas Adictivas*. 1999;24(1):87-98.
11. Marlatt GA, Baer JS, Quigley LA. Self-efficacy and addictive behavior. En: Bandura A (ed.) *Self-efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press, 1995. pp. 289-315.
12. Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC. Encuesta nacional sobre adicciones: alcohol. México. <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html> [Consultado 02/02/2010]
13. Organización Internacional del Trabajo. Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed\\_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112634.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf) [Consultado 02/02/2010]
14. Tapia Conyer R, Meneses Gonzalez F. El consumo de alcohol entre médicos. *Rev Fac Med UNAM*. 1992;35(2):58-62.
15. Annis HM, Graham JM. *Situational confidence questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1988.
16. Cortaza Ramírez L, Alonso Castillo MM. Afecto y consumo de alcohol en trabajadores de la industria petroquímica del sur de Veracruz, México. *SMAD*. 2007;3(1). [En línea] <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/803/80330101.pdf> [Consultado 09/03/2011]
17. Sosa Briones MR. Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. (Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria-Universidad Autónoma de Nuevo León), 2003. [En línea] <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080124316.pdf> [Consultado 05/02/2010]
18. Castillo MMA, Caufield C, Gómez Meza MV. Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, N. L., México. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(núm. esp.):1155-63 [En línea] <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a09.pdf> [Consultado 02/05/2011]
19. Alonso Castillo MM, Esparza Almanza SE, et al. Intervención Breve: Una estrategia para disminución del consumo de alcohol en personas que sufrieron accidente automovilístico. *Des Cient Enferm*. 2003;11(1):6-11. 

**Cómo citar este artículo:**

Hinojosa García L, Alonso Castillo MM, Castillo Muraira Y. Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2012;20(1): 19-25