



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

# **FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA**

**Autoras:**

Romina Baceda  
Verónica Ferreira  
Tamara García  
Gimena Nasso  
Romina Ojeda

**Tutores:**

Prof. Adj. Mag. Cecilia Luquez  
Prof. Asist. Lic. Braulio Peraza

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2020**

## AGRADECIMIENTOS

---

Los autores creemos oportuno agradecer y mencionar a quienes han hecho posible la realización de este trabajo de investigación.

A la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Departamento de Enfermería en Salud Mental, en especial a los tutores; Prof. Adj. Lic. Mgter. Cecilia Luquez y Prof. Asist. Lic. Braulio Peraza quienes han sido un importante guía durante todo el proceso.

A todos los docentes que nos formaron a lo largo de nuestra carrera como futuras profesionales.

También agradecemos a la institución de salud privada y a sus funcionarios que nos permitieron desarrollar esta investigación de forma exitosa.

Y por último a la familia de cada uno de nosotros por su constante apoyo.

Muchas Gracias.

## CONTENIDO

---

AGRADECIMIENTOS	1
1. GLOSARIO DE TÉRMINOS	4
2. PALABRAS CLAVES	5
3. TEMA	6
4. RESUMEN	7
5. INTRODUCCIÓN	8
6. PREGUNTA PROBLEMA	9
7. JUSTIFICACIÓN	10
8. ANTECEDENTES	11
9. MARCO TEÓRICO	16
10. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
11. METODOLOGÍA	23
11.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	23
11.2 UNIVERSO Y MUESTRA	23
11.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
11.4 VARIABLES	24
11.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
11.6 MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE DATOS	33
11.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
12. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	35
13. RESULTADOS Y ANÁLISIS	36
14. CONCLUSIONES	39
15. APORTES Y SUGERENCIAS	40
16. CRONOGRAMA	41
17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
18. ANEXOS	47
18.1 ANEXO 1: Carta de autorización para Institución de Salud Privada.	47
18.2 ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	48

18.3	ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
18.4	ANEXO 4: Ley 19529, Ley de Salud Mental	55
18.5	ANEXO 5: Decreto N° 158/019	76
18.6	ANEXO 6: Declaración de Helsinki	79
18.7	ANEXO 7: Protocolo para exámenes presenciales en FCEA	86
18.8	ANEXO 8: Fórmula para determinar la muestra	89
18.9	ANEXO 9: Tablas y gráficas	90

# 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

---

OMS - Organización Mundial de la Salud

OIT - Oficina Internacional del Trabajo

SST - Salud y Seguridad en el trabajo

OPS - Organización Panamericana de la Salud

AUDIT - Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol

CAGE - Detección de la admisión de alcohol

ZUNG - Escala de autoevaluación para la depresión

UBE - Unidad de bebida estándar

COVID 19 - Coronavirus

## 2. PALABRAS CLAVES

---

Consumo, alcohol, factores de riesgo, enfermería.

### **3. TEMA**

---

Factores de riesgo para el consumo de alcohol en el personal de enfermería, en un segundo nivel de atención de una institución privada.

## 4. RESUMEN

---

El presente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, como requisito curricular para la obtención de título de grado.

El objetivo principal es identificar los factores de riesgo para el consumo de alcohol en el personal de enfermería de un segundo nivel de atención, en una institución privada del Departamento de Canelones, Uruguay.

La recolección de datos se realizó entre el 7 y el 22 de Octubre del año 2020.

Este trabajo comenzó con una exhaustiva búsqueda bibliográfica, habiendo encontrado escasos antecedentes nacionales sobre el tema.

El diseño metodológico seleccionado para la investigación es el descriptivo de tipo transversal.

El tipo de muestra seleccionada es de tipo probabilística por conveniencia según criterios de inclusión, siendo la misma de 59 auxiliares y licenciados en enfermería del segundo nivel de atención de una institución privada.

Para conocer los factores de riesgo que podrían llevar al consumo de alcohol se aplicó un cuestionario autoadministrado, con preguntas cerradas que incluye datos personales y de perfil laboral, sobre situaciones familiares y/o personales, y para medir el consumo de alcohol se aplicó el cuestionario AUDIT, con previo consentimiento y de carácter anónimo.

En lo que respecta al tipo de consumo de alcohol el 90 % de la población presenta consumo sin riesgo y el 10% restante consumo de riesgo.

En cuanto a los factores de riesgo personales y/o laborales se observaron la insatisfacción en la remuneración, la insuficiente dotación de personal en relación a la cantidad de trabajo y un gran porcentaje que manifiesta vivencias de situaciones de estrés laboral. No encontrándose presencia de factores de riesgos significativos en lo que respecta a situaciones personales.

El estudio de estos factores de riesgo y su relación o no con el consumo de alcohol nos permite establecer lineamientos de acciones que mejoren la calidad de trabajo de los profesionales.

## 5. INTRODUCCIÓN

---

El presente trabajo, corresponde al trabajo final de investigación, etapa final de la carrera de Licenciatura de Enfermería, plan de estudios 1993.

El mismo ha sido realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República, generación 2015.

Se desarrolló a partir de la línea de investigación llevada a cabo por el Departamento de Enfermería en Salud Mental.

El propósito de la investigación se enfoca en aplicar un instrumento de evaluación para identificar los factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, en una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay.

## **6. PREGUNTA PROBLEMA**

---

¿Qué factores de riesgo se presentan relacionado al consumo de alcohol en el personal de enfermería, en el segundo nivel de atención de una institución privada?

## 7. JUSTIFICACIÓN

---

Desde el punto de vista epidemiológico la OMS, estima que el 5,3 % de las defunciones a nivel mundial son a causa del consumo nocivo de alcohol, siendo éste una sustancia psicoactiva causante de dependencia, asociado al riesgo de desarrollar múltiples trastornos y enfermedades no transmisibles tales como cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos causados por violencia y por accidentes de tránsito, provocando discapacidad a una edad relativamente temprana. Se evidencia una diferencia del consumo entre los sexos, siendo mayor el consumo en los hombres. En el año 2010 se registró un consumo total per cápita con un promedio de 19,4 litros de alcohol entre los hombres y 7 litros entre las mujeres (1).

De acuerdo a la última encuesta nacional sobre el consumo de drogas realizada en el año 2018, diseñada por el observatorio uruguayo de drogas, muestra un aumento en el consumo de alcohol respecto a la encuesta realizada en el 2014, donde un 77% de la población declara consumo de alcohol, 6 puntos por encima respecto a la encuesta anterior, el alcohol sigue siendo la droga con edad media de inicio más baja, siendo 16 años el promedio del mismo. Como riesgo sanitario mayor se encuentra el alcohol como sustancia con mayor número absoluto de usuarios problemáticos alcanzando un 23,9% de los consumidores en el último año, siendo aproximadamente 327.000 mil personas. (2)

En relación a la contextualización actual en Uruguay sobre el consumo de alcohol en tiempos de Coronavirus, El psicólogo Paul Ruiz, docente de la Universidad de la República y miembro del Sistema Nacional de Investigadores de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación, ayudado por otros dos profesionales, realizó una investigación mediante una encuesta online sobre consecuencias del aislamiento social por Covid- 19, la cual en forma preliminar arroja datos sobre un aumento en la frecuencia y cantidad de consumo, constatándose además un elevado porcentaje de malestar psicológico. Obtuvo datos aportados por 1874 personas, con una edad promedio de 31,7 años. De este informe se destaca que previo a la llegada de la pandemia las respuestas de las personas en relación a la droga más consumida en el último año, la más nombrada con un 90 % de consumo fué el alcohol. Luego de llegada la pandemia y por ende el aislamiento social, el alcohol vuelve a estar en primera línea siendo la droga más consumida en el último año con un 54,6 % según los encuestados. Por otra parte, se destaca que en relación al aumento de la frecuencia de consumo durante el aislamiento; 1 de, cada 3 personas aumentó el volumen de consumo de la droga que más consumía. (3)

Desde la Oficina Europea de la OMS se creó una hoja informativa sobre Alcohol y Covid - 19 abordando información errónea que circula a nivel de redes sociales acerca del tema, donde se informa a la población que el consumo de alcohol no protege en absoluto el riesgo a contraer la enfermedad y que por lo contrario su

consumo excesivo debilita el sistema inmunológico de tal forma que expone al individuo a la posibilidad de contraer enfermedades infecciosas como lo es el covid-19. (4)

Según Forastieri (2012), “Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas pueden surgir como consecuencia de factores personales, familiares o sociales, de ciertas situaciones laborales o de una combinación de estos elementos. Dichos problemas no solo tienen un efecto negativo sobre la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que además pueden ocasionar muchos problemas laborales, incluyendo un deterioro del desempeño” (5)

Basándonos en un estudio realizado en la Universidad de Nuevo León, México. Titulado Valores, estrés de conciencia y el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en enfermería, donde refieren que el personal de enfermería enfrenta diversas situaciones que ocasionan estrés ante las vivencias de dolor y sufrimiento de los pacientes y sus familias. Largas jornadas laborales debido a los bajos salarios que requieren de un mayor ingreso, para así atender sus necesidades personales y familiares, existiendo así la posibilidad de afrontar esta problemática de manera no saludable como es el consumir alcohol. Este consumo y la presencia de los problemas de salud derivados de este, pueden llevar a que peligre la calidad de los cuidados de enfermería, poniendo en riesgo la salud tanto del profesional como de sus pacientes. Distintos autores asocian el consumo de alcohol con la necesidad de aliviar tensiones laborales, como el afrontar situaciones críticas con los pacientes, sus familias y el equipo médico, que son acompañadas por sentimientos de impotencia frente a exigencias que sobrepasan lo que se considera éticamente correcto, generando conflicto y estrés de conciencia. (6)

Por esto, se considera que es de gran importancia investigar los factores de riesgo que conllevan a las personas al consumo de alcohol. Valorando la situación de consumo de alcohol en el personal de enfermería, identificando así si existen factores tales como el estrés que puedan asociarse con el consumo, con el fin de cuidar al personal que realiza la tarea de cuidado al paciente, que en definitiva son quienes deben estar en condiciones para que haya un resultado eficaz y eficiente de los cuidados realizados.

---

## 8. ANTECEDENTES

---

A nivel Internacional se encontraron diversos estudios vinculados con nuestro tema de investigación, los cuales relacionan directamente el consumo de alcohol con el estrés laboral.

En el Año 2016 los autores Londoño Restrepo, Johanna; Chica Álvarez, Olga Patricia; Mari Agudelo, Isabel Cristina realizaron un estudio titulado “Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín”. Utilizaron el método descriptivo transversal en 47 licenciadas en enfermería y 110 auxiliares de enfermería en el tercer nivel de atención, mediante la recolección de datos a través de las escalas: cuestionario CAGE, Fagerstrom (Detección de consumo de tabaco) y ZUNG.

En los resultados del estudio se diferencia los servicios de cirugía y urgencia, mediante un muestreo estratificado de los mismos. Destacando que el 55,4% manifestó que su trabajo le genera estrés, siendo mayor en el servicio de urgencias.

En relación a las acciones las cuales ejecutan los enfermeros en respuesta a las situaciones de estrés y ansiedad desencadenadas en las jornadas laborales, se identificó que el 5,7% del personal de urgencias consumió sustancias psicoactivas y el 4,5% consumió psicofármacos, a diferencia del servicio de cirugía donde el consumo de psicofármacos fue menor con un 2,9%.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas se identificó como droga más consumida el alcohol en un 65% del total de la población, destacándose en el personal de cirugía mayor consumo de riesgo con el 8,3% y un consumo perjudicial para el personal de urgencias con un 2,6%.

Se concluye que el estrés y la despersonalización son mayores en el personal de enfermería lo cual puede afectar directamente su estado emocional, percepción de la realidad y constituirse en un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, las enfermedades mentales y crónicas entre otras.

El consumo de sustancias y el riesgo de alcoholismo, tabaquismo, y depresión es menor que en la población general y similar a otros estudios específicos en personal de salud. (7)

Por otro lado, los autores Maria Teresa De Jesús Alonso Castillo, Maria Magdalena Alonso Castillo, Nora Nelly Oliva Rodríguez, Laura Berenice Zorrilla Martinez y Luz Maria Delgadillo Legaspi, de la ciudad de Zacatecas, México, en el año 2014 realizaron un estudio titulado “Relación entre estrés de conciencia y riesgo de consumo de alcohol en personal de enfermería”, donde el método utilizado fue descriptivo correlacional, con una población conformada por un total de 231 participantes del área de enfermería de 18 a 65 años de edad, de un Hospital Público del Área Metropolitana. En la recolección de datos utilizaron los cuestionarios cédula de datos personales y laborales, escalas de estrés de conciencia y AUDIT.

En esta investigación se pudieron identificar 3 tipos de consumo: sensato, dependiente, y dañino.

Para las variables edad, sexo, escolaridad y categoría laboral, se utilizó estadística inferencial a través de la prueba de Chi cuadrada, donde la distribución del consumo de alcohol por edad entre 22 y 39 años, arrojó datos de que el 65,9% presentó consumo sensato, el 28,4% consumo dependiente y el 5,7% consumo dañino.

En el personal entre 40 y 64 años, el 94,5% presentó consumo sensato, el 1,8% consumo dependiente, y el 2% consumo dañino, observándose así un mayor consumo sensato en edades avanzadas y un mayor consumo dependiente y dañino en los más jóvenes.

De acuerdo a la distribución de consumo de alcohol por sexo, el sexo femenino presentó un 81,4% de consumo sensato, el 15,5% consumo dependiente y un 3,1 % consumo dañino.

Para el sexo masculino, el 35,7% presentó consumo sensato, un 42,9% consumo dependiente y un 21,4% consumo dañino. Destacándose un evidente consumo sensato en el sexo femenino y para el sexo masculino un mayor consumo dependiente y dañino.

En cuanto a la distribución del consumo de alcohol por categoría laboral, para la licenciatura, un 69,3% consumo sensato, un 26,1 % consumo dependiente y un 4,5% consumo dañino.

Para enfermería general, técnica y auxiliar presentó un 89,7% consumo sensato, un 3,4% consumo dependiente y un 6,9% consumo dañino.

En cuanto a la categoría especialista y administrativa un 88,5% consumo sensato, un 7,7% consumo dependiente y un 3,8% consumo dañino.

Destacándose un mayor consumo sensato y dañino para el personal de enfermería general, técnica y auxiliar, y un mayor consumo dependiente para la categoría licenciatura.

Se pudo concluir de dicho estudio que el estrés de conciencia total se relaciona significativa y positivamente con el consumo dependiente de alcohol, donde los trabajadores de la licenciatura se encuentran sometidos a mayor estrés de conciencia debido a su carga de responsabilidad de trabajo. (8)

Otra investigación consultada, de los autores Lourdes Díaz C, Celia Marina Ulloa, Fabiana Taubert De Freitas, Liliana Amorim A., Maria Célia Barcelos D, Sandra Verónica Valenzuela S., María Lucía Do Carmo Cruz R, En el año 2011. Titulado: "El uso de drogas en el personal de Enfermería". Este artículo trata de un análisis basado en la utilización de drogas en el personal de enfermería y la relación entre el uso y abuso de la sustancia y el mundo del trabajo de enfermería.

En cuanto al trabajo y su impacto en el personal de enfermería se pudo observar como mayor factor el estrés, debido a la gran carga de trabajo que presenta el personal de salud, turnos rotativos, salarios mayormente bajos, incluso la falta de reconocimiento del mismo, siendo este un punto muy importante, ya que el trabajador se percibe desvalorado, no respetado, con baja autoestima, por lo cual el conjunto de estos aspectos genera frustración en el mismo. El ejercicio profesional puede interferir en la vida del trabajador, ocasionando cambios en las relaciones personales y familiares. Diversas exigencias pueden crear condiciones favorecedoras para la búsqueda de un mundo inexistente de bienestar y tranquilidad que ofrece la droga.

El uso de drogas en funcionarios y trabajadores de enfermería demuestra la falta de cuidado de sí mismo. Es difícil garantizar la calidad del cuidado si no existe por parte de quien lo ofrece un estado de equilibrio de salud física y mental. (9)

Otra investigación, de los autores Castillo MMA, Armendáriz-García NA, García KSL, Facundo FRG, Almanza SEE. Titulado "Valores, estrés de conciencia y el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en enfermería", en la ciudad de Monterrey, México. Donde utilizaron una metodología descriptivo transversal y correlacional, en una muestra total de 763 personas; 547 estudiantes, 48 profesores y 168 profesionales de enfermería del área clínic-a.

Los instrumentos utilizados fueron: una cédula de datos personales, la cual midieron las prevalencias globales (alguna vez en la vida), lápsica (en el último año), actual (último mes) e instantánea (última semana) de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas. Otro de los instrumentos fue el cuestionario de valores de Schwartz que mide los valores del ser humano, extendiéndose a 56 valores, partiendo de diez dimensiones propuestas en este modelo (hedonismo, logro, poder, seguridad, conformidad, tradición, benevolencia, universalismo, autodirección y estimulación). Y por último se utilizó el instrumento de escala de estrés de conciencia de Glasberg, que consta de nueve reactivos.

En relación a los resultados, enfocándonos solamente en la prevalencia del consumo de alcohol se observan índices de valores terminales e instrumentales en quienes indican una prevalencia global y prevalencia lápsica, en el estrés de conciencia se encontraron diferencias en quienes presentaron prevalencia lápsica y actual.

Se concluye que el estrés de conciencia, tienen un papel importante en el consumo de sustancias psicoactivas. (6)

A nivel nacional, si bien no se encontraron estudios sobre el consumo de alcohol en el personal de enfermería, se encontró un estudio realizado por G. Barreiro y colaboradores, en el año 2001, donde se comparó el consumo de sustancias psicoactivas entre anestesiólogos e internistas.

Se trató de una encuesta anónima y simultánea que exploraba el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes, anfetaminas, opiáceos y cocaína.

En este estudio se comparan dos grupos médicos con dinámicas laborales bien distintas.

La muestra fue de 111 médicos anesthesiólogos inscriptos en el Congreso de Anestesia del Uruguay en Noviembre de 1998, y 134 internistas inscriptos al Congreso de Medicina Interna del Uruguay del mismo año.

El 26% de los anesthesiólogos respondió afirmativamente al menos a una pregunta de las dirigidas a explorar el abuso de alcohol, en cuanto a los internistas solo el 8% fueron los que respondieron.

La posibilidad de uso problemático de alcohol estuvo presente en el 13% de los anesthesiólogos y el 7% de los intensivistas (10).

## 9. MARCO TEÓRICO

” La Enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano. Esta capacidad del hombre está dada por la lucha continua del mismo, por mantener su equilibrio con el medio, es una respuesta individual o grupal frente a acciones bio-psico-sociales.” Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los distintos niveles de atención. (11)

Los niveles de atención se definen como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población y se clasifican en Primer, Segundo y Tercer nivel. La población objetivo de esta investigación se encuentra en el segundo nivel de atención donde se ubican los hospitales y establecimientos, en estos se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.” (12)

El alcohol, es una sustancia soluble en agua, el cual se produce a través de la fermentación de los azúcares por las levaduras. Es la droga legal de mayor consumo a nivel mundial (13).

Las bebidas alcohólicas se clasifican en dos grupos, en función de su proceso de elaboración. Las bebidas fermentadas son las que proceden de la fermentación de los azúcares contenidos en diferentes frutas (uvas, manzanas). La graduación alcohólica de estas, oscila entre 4 y 12 g/dl como por ejemplo la cerveza, la sidra y el vino. Por otro lado, las bebidas destiladas son las que resultan de la depuración de las bebidas fermentadas, en la búsqueda de lograr mayores concentraciones de alcohol, como el whisky, ginebra y ron. Logrando un nivel de graduación alcohólica que oscila entre 40 y 50 g/dl. Se habla de grado alcohólico, cuando nos referimos a la cantidad de alcohol etílico contenido en 100 cc de una bebida. Para mayor certeza, se debe calcular la cantidad de alcohol etílico consumido según cantidad y tipo de bebida ingerida. Se establece como medida, la unidad de Bebida Estándar (UBE), que corresponde a 10 cc de Etanol. (14)

Esta clasificación es adoptada por el Observatorio Uruguayo de Drogas.

1 UBE	equivale	1 botella o lata individual de cerveza (350 cc.)
		1 vaso de vino (150cc)
		1 trago de licor solo o combinado (45 cc, de Vodka, Whisky, Ron, Pisco, Fernet).

El alcohol como se definió, es soluble al agua, se absorbe rápidamente en el estómago y en el intestino delgado llegando al torrente sanguíneo (entre 30 y 90 minutos después de ser ingerido), produciendo una disminución de los azúcares presentes en esta. Inhibe a la vasopresina, hormona responsable de mantener el balance de los líquidos en el cuerpo, por lo que se produce deshidratación en el organismo [NIDA, 2009]. (15)

Éste modifica el funcionamiento de determinados sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales, produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales. (16)

Existen tres aspectos principales del alcohol que contribuyen a los daños por su consumo; toxicidad, intoxicación y dependencia. La toxicidad, puede causar daño crónico o agudo sobre una amplia variedad de órganos y sistemas orgánicos, por sus efectos directos e indirectos. La intoxicación es el estado de deterioro funcional en el rendimiento psicológico y psicomotor inducido por la presencia de alcohol en el organismo. La intoxicación ocasional o habitual es el factor de riesgo clave para las consecuencias adversas del consumo. El consumo dependiente puede exacerbar significativamente los peligros y provocar exposición prolongada al peligro. Cuando la persona es dependiente, pierde el control sobre cuándo o cuánto va a beber. (17)

Se define como un “conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe”. (28)

El consumo de riesgo se define como un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás (28). Es beber cantidades que exceden límites que son manejables por el organismo (3 y 4 UBE para la mujer y el hombre respectivamente, hasta 5 días a la semana), o en forma de consumo episódico excesivo (más de 5 UBE en una sola ocasión). (18)

Según la Junta Nacional de Drogas “hablamos de consumo problemático o perjudicial cuando se producen situaciones que afectan a la salud del individuo a nivel biológico, social y/o psicológico. Esto puede presentarse entre consumidores frecuentes, ocasionales o experimentales”. (19)

Para los diferentes tipos de consumo que podemos encontrar (sin riesgo, consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia de alcohol), los profesionales de la salud pueden realizar intervenciones y acciones.

En el primer grupo, sin riesgo: las acciones van hacia la educación sobre el alcohol. Recordar los beneficios del consumo de bajo riesgo o abstinencia, e informar en

qué circunstancias no beber (manejando vehículos o maquinaria, embarazo, contraindicación médica).

En cuanto a los de consumo de riesgo y perjudicial se recomienda una terapia breve y abordaje continuo.

Por último, los que presentan dependencia al alcohol requieren evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol, se recomienda consulta con especialista para posible tratamiento de la dependencia (28).

Como ya se mencionó, esta investigación se centra en los factores de riesgo que llevan al consumo de alcohol. Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (20)

Investigando en diferentes estudios, se destacó como principal factor de riesgo el estrés. Definiendo este como cualquier situación que la persona perciba como una demanda, amenaza o exija un cambio rápido.

Existen dos fuentes de estrés, agentes estresantes que provienen de circunstancias externas como el ambiente, la familia y el trabajo, y el estrés producido por la persona, por sus características, su forma de enfrentar y de solucionar los problemas. Los factores de estrés no son siempre conocidos, pueden ser inconscientes; la frustración, estar pendiente constante de un asunto, el sentimiento de insatisfacción, la ausencia de motivación, son causas frecuentemente inconscientes y responsables de una tensión psicológica constante. (21).

Según Neidhardt (1989), las respuestas ante el estrés pueden ser además de físicas, psíquicas y de conducta. En cuanto a las psíquicas, se detectan la incapacidad para concentrarse, dificultad de tomar decisiones, irritabilidad y ansiedad. En lo que refiere a las respuestas de conducta, se encuentran el aumento en el consumo de medicación, distracción, aumento en el consumo de alcohol o drogas, impulsividad y agresividad. Existen diferentes formas de prevenir el estrés, entre estas pueden citarse el fortalecimiento físico y psicológico, desarrollar actitudes más positivas y realistas frente a las situaciones de la vida, practicar ejercicio físico, cuidar el tipo de alimentación, lograr un reposo adecuado, disfrutar del contacto con la naturaleza y del tiempo libre, expresar sentimientos y pensamientos y aprender a planificar el tiempo, las actividades y los propósitos existenciales. (22)

En el mes de diciembre de 2019 comenzó a expandirse una enfermedad denominada coronavirus (coronavirus 2, SARS-CoV-2) transmitiendo alrededor de todo el mundo y causando una pandemia. La enfermedad causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19) ha afectado a miles de personas de distintos países. A pesar del impacto global que ha causado esta pandemia, la crisis del COVID-19 no afectará a todos por igual y habrá poblaciones particularmente vulnerables. (23)

Según define la OMS, los coronavirus son una extensa familia de virus, que afecta a humanos y animales. En los humanos, éstos causan infecciones respiratorias que van desde un resfriado hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Este coronavirus descubierto actualmente, es el virus que provoca la enfermedad infecciosa denominada COVID-19. Los síntomas más habituales de esta enfermedad son; la fiebre, la tos seca y el cansancio. Otros síntomas menos frecuentes son los dolores y molestias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato, entre otros. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente. Alrededor del 80% de las personas se recuperan de la enfermedad sin necesidad de tratamiento hospitalario. Una de cada cinco personas que la contraen acaba presentando un cuadro grave con dificultades para respirar. Las personas mayores y las que padecen patologías previas tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona puede contraer COVID19 y terminar gravemente enferma o morir. (24)

En cuanto a la salud mental, la prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina. En nuestro país existe la Ley 19.529 de 24 de agosto de 2017 que reglamenta el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, en el marco del sistema nacional integrado de salud. (25).

El plan nacional de salud mental 2020/2027 tiene como propósito contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbimortalidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención. (26)

Este plan nacional define la salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona, consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley N°19.529, 2017). (26)

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. Es una experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, caracterizada por la capacidad de afrontar crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental. (26)

En la actualidad, la enfermería en salud mental es capaz de estudiar las causalidades biológicas, pero también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinente.

La enfermería ha tenido un avance significativo, propiciado por el desarrollo de modelos conceptuales que sustentan su práctica, lo cual repercute en términos de calidad asistencial, autonomía profesional y visibilidad del cuidado de enfermería.

Existen multitud de modelos y teorías enfermeras, sin embargo, no todos tienen la misma aplicabilidad en la práctica clínica en enfermería de salud mental.

La teoría de Peplau es la más adecuada para esta investigación ya que, es un modelo orientado principalmente a la enfermería psicodinámica, “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”.

Peplau define la salud como “una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”. Define a la persona con el término de hombre, el cual es un organismo que vive en un equilibrio inestable.

Como apoyo utiliza las bases teóricas psicoanalíticas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución.

Determinó seis aspectos cambiantes de la relación enfermera-paciente:

-Papel de extraño: “Él mismo afirma que debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarlo tal como es”.

- Papel como persona a quien recurrir:” El enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados”.

-Papel docente: “Es una combinación de todos los papeles y procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información”.

-Papel conductor: “El enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa”.

-Papel de sustituto:” el paciente asigna al enfermero/a un papel de sustituto. Las actitudes y conductas del enfermero/a crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior”.

-Papel de asesoramiento:” Peplau opina que el papel de asesoramiento es el que tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente. Enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales.”

El cuidador debe tener un estado de salud adecuado en todos sus aspectos y en equilibrio para así poder cumplir con su rol de cuidar eficazmente a los pacientes. (27)

Concluimos que el modelo de Peplau es el que más se ajusta a esta investigación, ya que, se basa en que los profesionales de enfermería puedan explorar sentimientos, conductas propias y del paciente frente a la enfermedad.

Así como también la importancia de que el cuidador sea capaz de poder entender su propia conducta, o de lo contrario no podría ayudar al paciente a identificar sus dificultades.

Uno de los puntos a destacar de esta teoría, es que determina que la salud implica un proceso interpersonal, es decir la relación humana entre paciente y enfermero/a. Si el personal de enfermería presenta una vida poco productiva y problemática en el consumo de alcohol, no podría garantizar un cuidado de eficiencia en el paciente, su trabajo no va a ser lo suficientemente efectivo, es decir, no va a poder responder a las necesidades del paciente el cual requiere de un servicio adecuado y eficiente para afrontar su estado de salud.

## 10. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

---

### **Objetivo General:**

Identificar los factores de riesgo para el consumo de alcohol, en el personal de enfermería de un segundo nivel de atención, en una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay.

### **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar a la población de estudio.
- Identificar el tipo de consumo de alcohol en el personal de enfermería.
- Determinar los factores de riesgo que presentan relación con el consumo de alcohol.

## 11. METODOLOGÍA

---

### 11.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo, transversal.

La población elegida es el segundo nivel de atención en una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay.

### 11.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo es el personal de enfermería de una institución privada del departamento de Canelones, el cual consta de 69 funcionarios.

La muestra serán los auxiliares de enfermería y licenciados de enfermería, de los turnos matutino, tarde y vespertino. Que concurren a la institución los días que se realice la recolección de datos. El número de la muestra es de 59 participantes, calculado a través de Excel (ver anexo 8), con un nivel de confianza del 95% y un límite de error del 0,05 (5%).

El tipo de muestra seleccionado es de tipo probabilístico, por conveniencia según criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión de la muestra:

- Auxiliares de enfermería y licenciados del segundo nivel de atención.
- Que acepten y firmen el consentimiento Informado.
- Que completen en forma adecuada la encuesta.

Criterios de Exclusión de la muestra:

- Auxiliares de enfermería y licenciados suplentes.
- Auxiliares de enfermería y licenciados con menos de 1 año de experiencia laboral.

### 11.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En toda investigación cuantitativa se aplica un instrumento para medir las variables.

En este caso, se utilizará una entrevista estructurada con 28 preguntas cerradas. (con opciones de respuesta previamente delimitadas). Sobre datos personales anónimos, (datos sociodemográficos y de perfil laboral), se formularon 7 preguntas de múltiple opción y una sola respuesta a marcar.

Para medir el consumo de alcohol se utilizará la prueba de Identificación de Trastornos por el uso de Alcohol (AUDIT). El mismo se encuentra dividido en tres subescalas que miden el consumo del alcohol, las conductas derivadas del consumo y las consecuencias de éste. Está constituido por 10 ítems, con el fin de detectar a las personas con patrón de consumo de riesgo de alcohol. También ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo.

El mínimo de puntaje es 0 y el máximo es de 40, y se divide en cuatro niveles:

I) menor a 8 puntos, sin riesgo.

II) de 8 a 15 puntos, consumo de riesgo.

III) de 16 a 19 puntos, consumo perjudicial.

IV) de 20 a 40 pts, dependencia al alcohol. (28)

Además, en este apartado se implementa una pregunta para identificar el aumento del consumo de alcohol durante el aislamiento social, por la pandemia actual de Covid-19.

Para la identificación de los factores de riesgos se formularon 10 preguntas, 3 corresponden a situaciones personales y 7 a situaciones laborales, basadas en el marco teórico.

## **11.4 VARIABLES**

En este apartado se presentan las definiciones de las variables que se utilizan en el presente estudio.

### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERFIL LABORAL:**

#### **Edad:**

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido comprendido desde su nacimiento hasta la fecha de la encuesta, la edad se suele expresar en años.

Definición Operacional: edad en años que declara la persona en el cuestionario.

Nivel de Medición: Cuantitativa discreta.

Categorías: Adulto Joven 19 - 40, Adulto Maduro 40 - 65. (33)

**Género:**

Definición conceptual: “El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. (29)

Definición operacional: género que declara la persona en el formulario.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal dicotómica

Categorías: mujer, mujer trans, varón, varón trans, otros (especificar), no sabe/no contesta.

**Estado Civil:**

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Estado civil relacionado con el matrimonio.

Definición operacional: estado civil que declara la persona al momento de la aplicación del cuestionario.

Nivel de Medición: Cualitativa Nominal Categórica

Categorías: casado, soltero, divorciado, viudo, unión libre.

**Nivel de Instrucción:**

Definición conceptual: Educación formal máxima adquirida por el usuario.

Definición operacional: educación formal que declara la persona al momento de la aplicación del cuestionario.

Nivel de Medición: Cualitativa Nominal Categórica

Categorías: Secundaria Incompleta, Secundaria Completa, Nivel Terciario Incompleto, Nivel Terciario Completo, Estudios de posgrado completo, Estudios de posgrado Incompleto.

**Antigüedad laboral:**

Definición conceptual: tiempo que un empleado lleva trabajando en una empresa.

Definición operacional: tiempo que declara la persona al momento de la aplicación del cuestionario.

Nivel de Medición: Cuantitativa Discreta

Categorías: < 1 año, 1 a 10 años, 11 a 20 años, > 20 años

**Horas de jornada laboral:**

Definición conceptual: número de horas que el trabajador trabaja efectivamente en una jornada o día.

Definición operacional: horas que declara la persona al momento de la aplicación del cuestionario.

Nivel de Medición: Cuantitativa Discreta

Categorías: 6 hs, 12 hs, 18 hs, más de 18 hs.

**Tipo de Contrato Laboral:**

Definición Conceptual: Una relación laboral implica una prestación personal, retribuida económicamente, bajo subordinación y a disposición de un tercero que ordena, vigila y dirige la actividad. La relación puede ser de dos tipos; duración indefinida: cuando no se establece duración en forma explícita, y duración temporal: cuando se trata de suplencias que debe realizarse por escrito y con un plazo establecido. (30)

Definición Operacional: Lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa Nominal

Categorías: Titular, Suplente

CUESTIONARIO AUDIT:

CONSUMO DE ALCOHOL

**Frecuencia de consumo de alcohol:**

Definición conceptual: cantidad de veces que la persona bebe alcohol.

Definición operacional: cantidad de veces que declara la persona que bebe alcohol.

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Categorías: nunca, menos de 1 vez al mes, 2 a 4 veces al mes, 2 o 3 veces a la semana, 4 o más veces a la semana.

**Cantidad de alcohol consumido:**

Definición conceptual: número de gramos de alcohol ingerido, siendo la unidad de bebida estándar (UBE) de 10 g de alcohol puro (etanol). Correspondiendo a 20 g de Alcohol: 1 lata de cerveza, 1 vaso de vino y 1 medida de bebida destilada.

Definición operacional: UBE que la persona declara ingerir.

Nivel de Medición: Cuantitativa continua

Categorías: 1 o 2, 3 o 4, 5 o 6, 7 a 9, 10 o más.

**Frecuencia de consumo elevado:**

Definición conceptual: Cantidad de veces que la persona ingiere 6 o más UBE en 24 hs.

Definición operacional: cantidad de veces que la persona declara.

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Categorías: nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, a diario o casi a diario.

**CONDUCTAS DERIVADAS DEL CONSUMO**

**Pérdida de control sobre el consumo:**

Definición conceptual: Incapacidad de dejar de beber una vez que se ha comenzado.

Definición operacional: cantidad de veces que la persona declare

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Categorías: nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, a diario o casi a diario.

**Consumo problemático:**

Definición conceptual: cuando la ingesta de alcohol se torna más importante que las obligaciones.

Definición operacional: cuantas veces declara la persona.

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Categorías: nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, a diario o casi a diario.

**Consumo matutino:**

Definición conceptual: ingesta de alcohol durante la mañana.

Definición operacional: cuantas veces declara la persona.

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Categorías: nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, a diario o casi a diario.

**CONSECUENCIAS DEL CONSUMO**

**Sentimiento de culpa tras el consumo:**

Definición conceptual: luego de la ingesta de alcohol presentar emoción desagradable de que se hizo algo “malo” que se piensa que no se debería de haber hecho.

Definición operacional: cantidad de veces que la persona declara haber presentado este sentimiento.

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Categorías: nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, a diario o casi a diario.

**Lagunas de memoria:**

Definición conceptual: amnesia por la cual no puedes acceder a cierto recuerdo en particular.

Definición operacional: cantidad de veces que la persona declara haberle sucedido.

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Categorías: nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, a diario o casi a diario.

**Lesiones relacionadas con el consumo:**

Definición conceptual: Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de la ingesta de alcohol.

Definición operacional: veces que la persona declara.

Nivel de Medición: Cualitativa ordinal

Categorías: nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente, a diario o casi a diario.

**Otros preocupados por el consumo:**

Definición conceptual: familiar, amigo o profesional que demuestra inquietud, intranquilidad, nerviosismo por su consumo.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal

Categorías: no, si hace más de un año, si en el último año.

SITUACIÓN COVID-19

**Aumento de consumo de alcohol:**

Definición Conceptual: Es aquella persona que bebe alcohol. Produciéndose en reiteradas ocasiones.

Definición operacional: Lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa, nominal.

Categorías: No, Si.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO:

PERSONALES

**Familiares con consumo problemático de alcohol:**

Definición conceptual: Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, organizadas en roles fijos, de las cuales una o más presentan un consumo

problemático de alcohol. ( situación que afecta a la salud del individuo a nivel biológico, social y/o psicológico).

Definición operacional: Lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa, nominal.

Categorías: Si, no, nose.

**Conflicto familiar:**

Definición conceptual: problemas surgidos entre los diferentes miembros de una familia.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: cualitativa nominal

Categorías: si, no

**Realización personal:**

Definición conceptual: logro de aspiraciones y objetivos de una persona.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Categorías: satisfecho, insatisfecho.

**LABORALES**

**Remuneración:**

Definición conceptual: pago o retribución de un servicio o trabajo establecido en el contrato de trabajo. Es sinónimo de salario o sueldo.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Categorías: satisfecho, insatisfecho

**Dotación de personal:**

Definición conceptual: grupo de personas asignadas al servicio.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa Nominal

Categorías: suficiente, insuficiente.

**Nivel de exigencia laboral:**

Definición conceptual: necesidad específica que impone el proceso laboral a los trabajadores, como consecuencia de las actividades que ellos desarrollan y de las formas de organización y división técnica del trabajo en un centro laboral.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Categorías: alto, adecuado, bajo.

**Conflicto interpersonal:**

Definición conceptual: situación de desacuerdo, entre 2 o más personas, en la que cada una de ellas, tiene intereses o posiciones contrapuestas.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Categorías: si, no.

**Estrés:**

Definición conceptual: cualquier situación que la persona como una demanda, amenaza o exija un cambio rápido.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa Nominal

Categorías: si, no.

**Motivación personal:**

Definición conceptual: conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa Nominal

Categorías: si, no

**Desempeño laboral:**

Definición conceptual: rendimiento laboral y la actuación que manifiesta el trabajador al efectuar las funciones y tareas principales que exige su cargo en el contexto laboral específico de actuación, lo cual permite demostrar su idoneidad.

Definición operacional: lo que la persona declare.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Categorías: si, no.

## **11.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Una vez obtenidos los permisos previamente mencionados, se abordan a los funcionarios en sus áreas de trabajo, tomando en cuenta los horarios más adecuados para no interferir con su labor diaria.

Debido a la actual pandemia por Covid 19, se realizará la recolección de los datos en base a el protocolo de actuación para exámenes presenciales en FCEA, cumpliendo con las medidas sanitarias, para evitar diseminación del virus. (Anexo 7)

El cuestionario que es respondido por los participantes de forma individual, es entregado a cada uno de ellos junto al consentimiento informado y la hoja de información en un folio de nylon (apto para desinfectar con alcohol al 70%) sin identificar.

Se indica la firma del consentimiento (siempre aclarando que la participación es voluntaria y que tienen libertad de decidir en participar o no), y su entrega antes de comenzar con el cuestionario, pidiendo al participante lo coloque dentro de una caja que se tendrá para este fin.

Junto al consentimiento se entregará la hoja de información, en la cual se aclara que el participante puede retirarse en cualquier momento de la encuesta y que esto no presentará ningún perjuicio para el mismo.

Al momento del procesamiento de los cuestionarios se implementará como medida principal de protección; la higiene de manos de forma reiterada, a su vez se realizará siempre en un mismo sitio con tapabocas.

Los cuestionarios luego de finalizado el procesamiento de datos, serán resguardados por los autores del estudio por un máximo de 12 meses a partir de su implementación, para luego ser destruidos.

## **11.6 MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE DATOS**

El instrumento de medición cubre los requisitos de confiabilidad, validez y objetividad.

Se detallarán a continuación cada uno de ellos.

### **Confiabilidad:**

Para asegurar la misma se realiza una prueba piloto.

La misma se implementa en el mes de Agosto del corriente año, entre los días 17 y 31.

La muestra corresponde a 10 personas, las cuales cumplen con los mismos requisitos y características que la población objetivo.

Los resultados de esta prueba piloto afirman que el instrumento de medición reúne las características necesarias para su adecuada comprensión, se completa en tiempo razonable (entre 8 y 15 min) y es bien recibido por el personal de enfermería encuestado.

Luego de implementado el plan piloto, el cual evaluamos como positivo, se comienza con la recolección de datos en el área de estudio a la muestra objetivo.

### **Validez:**

El instrumento realmente mide las variables que se investigan. O sea que el mismo, presenta validez de contenido.

En cuanto a la validez del constructo, el instrumento está vinculado al marco teórico que sustenta este trabajo de investigación.

### **Objetividad:**

El instrumento está estandarizado, tanto en su aplicación ya que presenta las mismas instrucciones y condiciones para todos los participantes; como en la evaluación de sus resultados y la forma de prepararlos para su análisis.

## **11.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Previo a la aplicación del instrumento se solicitará autorización por escrito a los directivos de la Institución Privada de Salud. (Ver Anexo 1)

Posteriormente se realizará la misma solicitud al Departamento de Enfermería a cargo de la Licenciada Jefa y su equipo.

El presente estudio se llevará a cabo con seres humanos, por lo que nos basaremos en el Decreto 158/019 con fecha de publicación del 12/06/2019. Elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del MSP (31) (Ver Anexo 5) y en la Declaración de Helsinki. (32) Adoptada por la Asociación Médica Mundial. (Ver Anexo 6).

Teniendo en cuenta todo esto es que se respetará la decisión de los participantes de colaborar o no con la investigación.

A su vez el mismo tendrá la libertad de retractarse o retirarse en cualquier momento.

Se solicitará la firma por parte del participante de un consentimiento informado (ver Anexo 2), a través del cual se confirmará la participación voluntaria, se le brindará la hoja de información correspondiente a los objetivos del estudio y procedimientos que se llevan a cabo en la misma con los datos de la investigación.

Se mantendrá preservada la confidencialidad y el anonimato con la utilización de instrumentos que no requieren la identificación, y los resultados solo se presentarán en forma grupal, asegurando al participante que nunca se revelará información personal.

## **12. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

---

Una vez recolectados los datos, se continua con el análisis descriptivo por variable, describimos la distribución de las frecuencias de cada una de ellas.

Esta distribución se representa en tablas ordenadas en sus respectivas categorías.

Para completar se agrega en estas tablas los porcentajes en cada categoría y los porcentajes acumulados.

Las distribuciones de frecuencias se presentan a su vez en gráficas del tipo circular.

## 13. RESULTADOS Y ANÁLISIS

---

El presente trabajo de investigación cuenta con un universo de 69 funcionarios y la muestra de 59.

Como primer objetivo específico planteamos caracterizar la población, cumpliendo con éste, se identifica que el 68% de la muestra estudiada tienen entre 19 y 40 años que corresponde al grupo etario adulto joven, y el 32% restante entre 41 y 65 años, adultos maduros. Sobre la variable género pudimos identificar que el 88% son femeninos y el 12% masculino, no identificándose otro género.

Según la variable estado civil se constata que el 47% de la población son solteros, el 20% casados, 19% unión libre, 10% divorciados y 4% restante viudos.

De acuerdo con la variable nivel de instrucción el 34% de la población tiene secundaria incompleta, le sigue secundaria completa y nivel terciario completo con 24% cada uno. El 12% corresponde a nivel terciario incompleto y el 6% restante a estudios de posgrado completo. No habiendo población perteneciente a estudios de posgrado incompletos.

En cuanto a la antigüedad laboral del personal, el 68% tiene entre 1 y 10 años, el 24% de 11 a 20 años y el 8% restante mayor a 20 años.

Según la variable horas de jornada laboral el 81% trabaja 6hs, el 17% trabaja 12 hs y el 2% trabaja 18 hs. No habiendo población que trabaje más de 18 hs.

En relación al segundo objetivo, el cual se refiere a identificar el tipo de consumo de alcohol en el personal de enfermería, que fue evaluado mediante el Cuestionario AUDIT que consta de las siguientes variables;

Según la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas el 12% refiere no consumir, el 39% manifiesta consumir menos de una vez al mes, el 41% consume de 2 a 4 veces al mes, el 7% 2 o 3 veces a la semana y el 1% restante consume 4 o más veces a la semana.

De acuerdo a la cantidad de alcohol que consumen normalmente cuando beben, el 12% refiere no consumir. El 66% consume 1 o 2 UBE. El 17% consume entre 3 o 4 UBE, excediendo éstos el límite manejable por el organismo, el 5% restante entre 5 o 6 UBE, lo que ocasiona un consumo episódico excesivo. No hay población que consuma 7 o más UBE.

En cuanto a la frecuencia con que consume 6 o más unidades de alcohol en un solo día el 78% manifiesta no consumir, el 17% consume menos de una vez al mes, el 5% consume mensualmente. No hay población que consuma semanalmente, ni a diario.

En relación a la frecuencia en el curso del último año, que ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado, el 96% de la población nunca, el 2% menos de una vez al mes y el mismo porcentaje mensualmente. No hay población que consuma ni semanalmente ni a diario.

De acuerdo a la frecuencia en el curso del último año, que no pudo atender sus obligaciones porque había bebido, el 100% de la población refiere que nunca. No hay población que consuma menos de una vez al mes, ni mensualmente, ni semanalmente, ni a diario.

Según frecuencia en el curso del último año, que ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior, el 98% de la población refiere que nunca y el 2% restante refiere menos de una vez al mes. No hay población que consuma mensualmente, ni semanalmente, ni a diario.

En relación a la frecuencia que en el curso del último año ha tenido sentimiento de culpa después de haber bebido, el 98% de la población refiere que nunca y el 2% restante refiere menos de una vez al mes. No hay población que consuma mensualmente, ni semanalmente, ni a diario.

Según la frecuencia en el curso del último año en que no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior, porque había estado bebiendo, el 100% de la población refiere que nunca. No hay población que consuma menos de una vez al mes, ni mensualmente, ni semanalmente, ni a diario.

En relación a la distribución de la población según si resultaron heridos u otra persona por haber bebido alcohol, el 100% de la población refiere que nunca. No hay población que consuma menos de una vez al mes, ni mensualmente, ni semanalmente, ni a diario.

De acuerdo a la preocupación por su consumo de alcohol de algún familiar, amigo, médico, o profesional sanitario, o si le han sugerido que deje de beber, el 100 % de la población refiere que no. No hay población que refiera que sí.

Dando como resultado final que el 90% de la población presenta consumo sin riesgo, el 10% restante presenta consumo de riesgo, aumentando el riesgo de presentar consecuencias adversas para éste o para los demás. No identificándose en la muestra, consumo perjudicial ni dependencia al alcohol.

Debido a las consecuencias del aislamiento social a causa de la pandemia actual por Covid-19, se considera pertinente investigar sobre el aumento del consumo de alcohol, teniendo como referencia estudios que indican este aumento. La variable investigada es el aumento del consumo de alcohol. En relación al aislamiento social por Covid-19, el 15% de la población refiere que aumentó su consumo y el 85% refiere que no.

En relación a la situación personal, en cuanto a la presencia de consumo problemático de alcohol de algún miembro de su familia, el 27% de la población indica que sí, el 69% indica que no y el 4% restante no sabe.

Según la vivencia de algún conflicto familiar, el 7% de la población refiere que sí, y el 93% refiere que no.

De acuerdo con la conformidad con lo realizado hasta ahora en lo personal el 97% de la población refiere que está satisfecha y el 3% restante refiere que no.

En cuanto a la situación laboral, con relación a la conformidad por la remuneración que recibe en su trabajo, el 20% de la población refiere estar satisfecha y 80% refiere estar insatisfecha.

Según la relación entre la dotación de personal en su turno y la cantidad de trabajo, el 36% refiere que es suficiente y el 64% refiere que es insuficiente

Según el nivel de exigencia en relación al trabajo realizado, el 59% de la población refiere que es alto y el 41% que es adecuado. No hay población que considere que la exigencia es baja.

En relación a la vivencia de situaciones de conflicto entre el personal sanitario, el 27% de la población considera que si vive situaciones de conflicto y el 73% considera que no.

De acuerdo a la vivencia de situaciones de estrés en el trabajo, el 86% de la población considera que, si enfrenta situaciones de estrés, aumenta la posibilidad de sufrir consecuencias físicas, psíquicas y de conducta. y el 14% considera que no.

Según la motivación a realizar su trabajo, el 71% de la población se siente motivado y el 29% no.

En relación a la consideración de su desempeño laboral, el 93% de la población considera que si es el que debería ser y el 7 % que no.

## 14. CONCLUSIONES

---

Se concluye luego de finalizado el trabajo de investigación que se logra cumplir con los objetivos planteados, tanto el general como los específicos.

En relación a la investigación que realizó el psicólogo Paul Ruiz sobre consecuencias del aislamiento social por covid-19 en la que concluye que hubo un aumento en el consumo de alcohol durante la pandemia. En nuestra investigación también pudimos observar un aumento significativo del consumo de alcohol en esta situación.

Por otra parte, se observa en esta investigación que la mayoría de la población considera que enfrenta situaciones de estrés en el trabajo, e insatisfacción con varios puntos relacionados a este, no habiendo relación con la dependencia de consumo de alcohol tal como muestra el segundo antecedentes personal internacional titulado tal como muestra el segundo antecedente internacional titulado "Relación entre estrés de conciencia y riesgo de consumo de alcohol en el personal de enfermería" donde concluyeron que el estrés de conciencia total se relaciona de forma significativa y positivamente con el consumo dependiente. De acuerdo con el cuestionario de AUDIT donde pudimos observar como resultado final que la mayoría de la población de la muestra no presenta riesgo de consumo.

A través de esta investigación observamos, que el personal de enfermería logra entender su propia conducta, afrontando las situaciones de estrés laboral y sus inconformidades, sin que esto lleve al consumo perjudicial de alcohol, como dice Peplau, pudiendo llevar una vida constructiva y productiva, y así ayudar a otros a identificar sus dificultades.

Como grupo consideramos que no solo logramos cumplir con los objetivos planteados, a pesar de la difícil situación sanitaria a la que nos enfrentamos actualmente; sino que además logramos sobrepasar nuestras expectativas en esta enriquecedora experiencia para nuestra formación como futuros profesionales, exponiendo nuestros conocimientos en el trabajo de investigación final.

## **15. APORTES Y SUGERENCIAS**

---

Fortalecer factores que ayuden a reducir el estrés laboral, como la actividad física, el reposo adecuado, cuidar el tipo de alimentación, expresar sentimientos y pensamientos.

Desarrollar intervenciones dirigidas al consumo sin riesgo o no consumo de alcohol, a través de estrategias de afrontamiento saludables, informar sobre en qué situaciones no beber (manejando, embarazo, entre otras), y los beneficios de esto.

## 16. CRONOGRAMA

Cronograma de Gantt, Año 2020

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Protocolo de Investigación												
Recolección de Datos												
Análisis de los Resultados												
Defensa												

## 17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Alcohol. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Set. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> [Consulta: 8 Ene. 2020]
2. VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. [Internet] Dic. 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-2018> [Consulta: 17 Feb. 2020]
3. Lagos L. "¿Cómo afecta el aislamiento social en el consumo de drogas?". [Internet]. La Diaria. Abr 2020. Disponible en: <https://psico.edu.uy/presencias-en-medios/como-afecta-el-aislamiento-social-en-el-consumo-de-drogas> [Consulta: 15 May. 2020]
4. Neufeld M, Ferreira C. El Alcohol y la Covid-19: Lo que debe saber. Oficina Regional de la OMS para Europa 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-alcohol-covid-19-lo-que-debe-saber> [Consultado: 16 May. 2020]
5. Forestieri, V. Guía del formador. SOLVE: INTEGRANDO LA PROMOCIÓN DE SALUD A LAS POLÍTICAS SST EN EL LUGAR DE TRABAJO. Alcohol y drogas en el trabajo. [Internet]. 2012 Ginebra, Suiza, ITCILO; 84 (388). Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms\\_203380.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203380.pdf) [consulta: 11 Ene. 2020]
6. Alonso Castillo M, Armendáriz-García N, López García K, Facundo F, Almanza S. Valores, estrés de conciencia y el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en enfermería. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30681/252610102921> [Consulta: 2 Feb. 2020].

7. Londoño J, Chica OP, Marín IC. Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín. Med U.P.B. [Internet] 2017; 36(1): 34-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159051102005> [consulta: 28 Nov 2019].
  
8. Alonso Castillo M, Alonso Castillo M M, Rodríguez N, Martínez L, Legaspi L. Relación entre estrés de conciencia y riesgo de consumo de alcohol en personal de enfermería. [Internet]. 2014 Ene.; (114); 41-43. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/4285/1/1080253764.pdf> [consulta: 30 Ene. 2020]
  
9. Díaz C Lourdes, Ulloa Célia Marina, Taubert De Freitas Fabiana, Amorim A Lilliana, Barcelos D Maria Célia, Valenzuela S Sandra Verónica et al . EL USO DE DROGAS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 ; 17( 2 ): 37-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000200005>. [consulta: 5 Mar. 2020].
  
10. Barreiro G, Benia W, Francolino C, Dapuetto J, Sztern P, Gonio M. Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay. [Internet]. 2001. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v17n1/barreiro\\_texto\\_completo.pdf](http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v17n1/barreiro_texto_completo.pdf) [Consulta: 29 Agosto. 2020].
  
11. Plan de estudios 1993. Licenciatura en Enfermería. Concepto de Enfermería. 26: 2. Disponible en: <https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/08/pdee-93-ultimo-compaginado.pdf> [Consulta: 10 Mar. 2020].
  
12. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Internet]. 2011. 33( 1 ): 7-11. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003) [Consulta: 2 Mar. 2020]
  
13. Adicciones. Universidad Rafael Landívar. México. 2013. Disponible en: [http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones\\_completo.pdf](http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf) [Consulta: 2 Mar. 2020]

14. Junta Nacional de Drogas. Guía más información, menos riesgo. 11a Edición. [Internet]. Uruguay. Marzo, 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/drogas-informacion-menos-riesgos> [Consulta: 18 May. 2020]
15. Zorrilla Martínez LB. Estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería de una institución de salud [tesis] [Internet]. 2014. 114: 8. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/4285/1/1080253764.pdf> [consulta: 28 nov 2019].
16. Pereiro-Gómez C. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. [Internet]. 2009. Disponible en : <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/243.pdf> [Consulta: 4 Mar. 2020]
17. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbretch N, Graham k, et al. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas, Segunda edición. Washington, D.C. 2010. (p.16) Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/El\\_alcohol-producto\\_de\\_consumo\\_no-ordinario.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/El_alcohol-producto_de_consumo_no-ordinario.pdf) [Consulta: 20 May. 2020]
18. Cámara de Senadores. Comisión de Salud Pública. Consumo problemático de alcohol. [Internet] Set. 2017. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/136515>. [3898114.PDF]. [Consulta 12 May. 2020]
19. VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. [Internet] Dic. 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-2018> [Consulta: 27 May. 2020]
20. Organización Mundial de la Salud. Definición Factores de riesgo. [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/) [Consultado: 2 Mar. 2020]
21. Manejo del estrés, Talento Humano en salud. Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud del Gobierno de Salvador. [Internet]. 2016. Disponible en: [https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad\\_ocupacional\\_2016\\_presentacion\\_es/presentacion09082016/MANEJO-DEL-ESTRES-TALENTO-HUMANO-EN-SALUD.pdf](https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentacion_es/presentacion09082016/MANEJO-DEL-ESTRES-TALENTO-HUMANO-EN-SALUD.pdf) [Consulta: 29 Feb. 2020].
22. Naranjo-Pereira M. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. Rev. Educación. [Internet]. 2009. Vol 33,

No 2. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf> [Consultado 29 Feb. 2020]

23. Toro M, Balleste M, Badenas M, Pequerul E, Serrano P, Mateos R. Covid- 19 y consumo de alcohol. Rev. Ocronos. Junio 2020. Vol. III; n°2:157. Disponible en: <https://revistamedica.com/covid-19-consumo-de-alcohol/> [Consulta: 19 Jul. 2020]

24. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Que es un coronavirus. Que es la COVID-19. [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?qclid=CjwKCAjw8J32BRBCEiwApQEKgcmcba-3k-A8Bh2YR2pjeLnPCb72Z0fo4C8\\_8R1Qg8OVWmhPCqVKZRoCuzoQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?qclid=CjwKCAjw8J32BRBCEiwApQEKgcmcba-3k-A8Bh2YR2pjeLnPCb72Z0fo4C8_8R1Qg8OVWmhPCqVKZRoCuzoQAvD_BwE) [Consulta: 25 May. 2020]

25. Ley N°19529. LEY DE SALUD MENTAL. [Internet]. Set. 2017. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>. [Consulta 27 May. 2020]

26. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027. [Internet]. Uruguay. 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf> [Consulta 20 May. 2020]

27. Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid [Internet]. 17 de julio de 2015. [citado 30 de mayo de 2020];6(2):1108-20. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/172>

28. Organización Mundial de la Salud. Audit. Cuestionario de identificación de los transitorios debidos al consumo de alcohol [Internet]. 2001. Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activinties/en/AUDITmanualSpanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/activinties/en/AUDITmanualSpanish.pdf?ua=1) [Consulta: 27 Feb. 2020].

29. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Género. [Internet]. 2020. [Citado 27 May. 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/gender/es>

30. Uruguay XXI PROMOCIÓN DE INVERSIONES, EXPORTACIONES E IMAGEN PAÍS. Guía Laboral. Guía del Inversor [Internet] Oct. 2019. Disponible en: [www.investinuruguay.uy/guia-laboral](http://www.investinuruguay.uy/guia-laboral)

31. Decreto N° 158/019, APROBACIÓN DEL PROYECTO ELABORADO POR LA COMISIÓN NACIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN VINCULADA A LA DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD, REFERIDA A LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS [Internet]. Jun. 2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/158-2019> [Consultado 10 Mar. 2020]

32. Declaración de Helsinki. [Internet]. Mar. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> [Consultado 1 Mar. 2020]

33. González N, Núñez G. Guía para el diagnóstico de situación de salud comunitaria. Universidad de la República. Cátedra de Administración. Cap. III. 2002-2004. [Consulta 9 Set. 2020].

- Sampieri. R, Fernández. C, Batista. P. Metodología de la Investigación, Editorial Mc Graw Hill, 5ta Edición, 2010

## 18. ANEXOS

---

### 18.1 ANEXO 1: CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA INSTITUCIÓN DE SALUD PRIVADA.

Canelones, 15 de Septiembre de 2020.

Departamento de Enfermería:

Lic. Jefa Graciela Berrutti

Nos dirigimos a usted con el fin de solicitar su apoyo a quienes debajo firmamos, estudiantes de la Licenciatura de enfermería de la Facultad de Enfermería, UdelaR, en nuestro estudio de Tesis de grado, en emplear nuestro instrumento de recolección de datos aplicándolo al personal de enfermería; auxiliares y licenciados de los turnos matutino, tarde y vespertino del segundo nivel de atención de su institución.

El estudio se titula “Factores de riesgo para el consumo de alcohol en el personal de enfermería de una institución privada”.

Además de solicitar su autorización, solicitaremos el consentimiento del personal.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y que se tomarán los recaudos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades laborales.

Sin otro particular, agradeciendo su atención prestada, nos despedimos atentamente.

Br. Baceda Romina,

Br. Ferreira Verónica,

Br. García Tamara,

Br. Nasso Gimena,

Br. Ojeda Romina

## **18.2 ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

**Título del proyecto: “Factores de riesgo para el consumo de alcohol en el personal de enfermería de una Institución Privada”**

**Autores de la investigación:** Br. Baceda Romina, Br. Ferreira Verónica, Br. García Tamara, Br. Nasso Gimena, Br. Ojeda Romina

**Tutores de la tesis:** Prof. Adj. Mg Lic. Esp. Cecilia Luquez, Prof. Asist. Lic. Braulio Peraza

### **Prólogo:**

Con esta investigación se pretenden conocer los factores de riesgo que influyen en el consumo de alcohol en el personal de enfermería de una Institución privada, en su segundo nivel de atención.

### **Propósito de estudio:**

La información obtenida nos permitirá conocer si la prevalencia y características de este grupo coinciden con los hallados en la literatura. Pudiendo así ser útil para diseñar estrategias de educación y prevención de consumo de alcohol en el personal de enfermería.

### **Implicaciones para el participante:**

La participación es totalmente voluntaria.

El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin presentar ningún perjuicio.

La información obtenida se utilizará exclusivamente para los objetivos de este estudio, preservando el anonimato del participante.

**Riesgos de la investigación para el participante:**

No existen riesgos.

**Beneficios:**

No existe ningún beneficio a su persona, pero los resultados de estudio podrán ser utilizados para diseñar estrategias de educación y prevención de consumo de alcohol en el personal de enfermería.

**Costos:**

No existen costos para usted.

**Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:**

La información que proporcione es confidencial, sus respuestas no serán reveladas en forma individual.

Si la investigación fuere a ser publicada, ninguna información personal será incluida.

El cuestionario es anónimo.

La información solo será procesada por las autoras de la investigación y será almacenada por 12 meses, para luego ser eliminadas.

**Procedimiento:**

Si usted acepta participar del estudio, le pedimos que firme este consentimiento donde se indica más abajo.

Para llevar a cabo este estudio se utilizará un cuestionario de preguntas cerradas, con un tiempo estimado de 20 minutos.

El cuestionario se aplicará dentro del centro de salud.

## **CONSENTIMIENTO**

Manifiesto que he leído el documento informativo que acompaña este consentimiento.

Comprendo que la participación es voluntaria y soy libre de participar o no.

Puedo retirarme en cualquier momento si así lo manifiesto.

Se me informó que los datos obtenidos sólo se utilizarán para los fines específicos de la investigación. Se me garantiza la confidencialidad y el anonimato de los datos brindados.

Todas mis preguntas han sido respondidas.

Firma del participante:

Aclaración:

Firma de investigadores:

Fecha

## 18.3 ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



### **FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA**

Introducción:

El presente trabajo de investigación se realiza como requisito para obtener el título de grado de la Licenciatura de Enfermería.

Dicha tesis pretende conocer los factores de riesgo que llevan al consumo de alcohol en el personal de enfermería de un segundo nivel de atención.

Por lo que lo estamos invitando a participar en esta investigación.

Los participantes fueron seleccionados al azar.

Las respuestas serán confidenciales y anónimas. Se sumarán todas y se incluirán en el estudio sin comunicar datos individuales.

Le pedimos que sus respuestas sean lo más sinceras posibles.

No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Por favor lea cuidadosamente cada una de las preguntas, utilice lapicera para rellenar el cuestionario. Marque con una cruz la respuesta que más se acerque a su realidad.

Muchas gracias por su colaboración.

**1) Edad**

- 19 - 40
- 41 - 65

**2) Género**

- Mujer
- Mujer trans
- Varón
- Varón trans
- Otros (Especifique .....)
- No sabe/No contesta

**3) Estado Civil**

- Casado
- Soltero
- Viudo
- Divorciado
- Unión libre

**4) Tipo de contrato laboral:**

- Titular
- Suplente

**5) Nivel de instrucción**

- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Nivel terciario incompleto
- Nivel terciario completo
- Estudios de posgrado completo
- Estudios de posgrado Incompleto

**6) Antigüedad laboral**

- < 1 año
- 1 a 10 años
- 11 a 20 años
- > 20 años

**7) Horas de jornada laboral**

- 6 hs
- 12 hs
- 18 h
- Más de 18 hs

**En cuanto al consumo de alcohol:**

**8) ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?**

- Nunca (0)
- Menos de 1 vez al mes (1)
- 2 a 4 veces al mes (2)
- 2 o 3 veces a la semana (3)
- 4 o más veces en la semana (4)

**9) ¿Qué cantidad de alcohol consumes normalmente cuando bebes?** (cada unidad corresponde a 1 lata de cerveza, 1 vaso de vino, 1 medida de bebida destilada)

- 1 o 2 (0)
- 3 o 4 (1)
- 5 o 6 (2)
- 7 a 9 (3)
- 10 o más (4)

**10) ¿Con qué frecuencia consumes 6 o más unidades de alcohol en un solo día?**

- Nunca (0)
- Menos de una vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

**11) ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?**

- Nunca (0)
- Menos de 1 vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

**12) ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?**

- Nunca (0)
- Menos de 1 vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

**13) ¿Con qué frecuencia, en el curso de este último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?**

- Nunca (0)
- Menos de 1 vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

**14) ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido sentimiento de culpa después de haber bebido?**

- Nunca (0)

- Menos de 1 vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

**15) ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?**

- Nunca (0)
- Menos de 1 vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

**16) Tú o alguna otra persona, ¿han resultado heridos porque habías bebido?**

- Nunca (0)
- Menos de 1 vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

**17) ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?**

- No (0)

- Si, hace más de 1 año (2)
- Si, en el último año (4)

**18) ¿Cree usted, que durante el aislamiento social debido a la pandemia por Covid-19, aumentó su consumo de bebidas alcohólicas?**

- Si
- No

**En cuanto a tu situación personal:**

**19) ¿Algún miembro de tu familia presenta o presentó consumo problemático de alcohol?**

- si
- no
- nose

**20) ¿Estás viviendo algún conflicto familiar?**

- si
- no

**21) ¿Cómo se siente con lo que ha realizado hasta ahora en lo personal?**

- Satisfecho
- Insatisfecho

**En cuanto a tu situación laboral:**

**22) ¿Está conforme con la remuneración que recibe en su trabajo?**

- Satisfecho
- Insatisfecho

**23) ¿Cómo es la relación entre la dotación de personal en su turno y la cantidad de trabajo?**

- Suficiente
- Insuficiente

**24) ¿Cómo es el nivel de exigencia en relación al trabajo?**

- Alto
- Adecuado
- Bajo

**25) ¿Vive situaciones de conflicto entre el personal sanitario?**

- Si
- No

**26) ¿Enfrenta situaciones de estrés en el trabajo?**

- Si
- No

**27) ¿Se siente motivado a realizar su trabajo?**

- Si
- No

**28) En cuanto a su desempeño laboral, ¿es el que debería ser?**

- Si
- No

## **18.4 ANEXO 4: LEY 19529, LEY DE SALUD MENTAL**

Promulgación: 24/08/2017

Publicación: 19/09/2017

## CAPÍTULO I - DISPOSICIONES GENERALES

### Artículo 1

(Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

### Artículo 2

(Definición).- A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno.

### Artículo 3

(Principios rectores).- Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

- A) Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.

- B) La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental.
- C) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- D) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.
- E) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- F) La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- G) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.
- H) Debe considerarse que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.
- I) La posibilidad de autodeterminarse y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.
- J) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.
- K) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3° y 4° de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

#### Artículo 4

(Principio de no discriminación).- En ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- A) Estatus político, económico, social o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- B) Solicitudes familiares o laborales.
- C) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- D) Orientación sexual e identidad de género.
- E) Mera existencia de una historia de tratamiento u hospitalización.

#### Artículo 5

(Consumo problemático de sustancias psicoactivas).- El consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario.

### CAPÍTULO II - DERECHOS

#### Artículo 6

(Derechos).- La persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a:

- A) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano.
- B) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión.
- C) Ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.

- D) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- E) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- F) Recibir información completa y comprensible inherente a su situación, a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.
- G) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.
- H) Solicitar cambio de profesionales o de equipo tratante.
- I) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona designe, de acuerdo al procedimiento indicado por el equipo tratante.
- J) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.
- K) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.
- L) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador correspondiente.
- M) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que se crea en la presente ley.

- N) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.
- O) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales y recreativas.
- P) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.
- Q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un diagnóstico actual o pasado.
- R) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin el consentimiento informado.
- S) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.
- T) Contar con asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y bienes. Si fuera objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.

### CAPÍTULO III - AUTORIDAD DE APLICACIÓN

#### Artículo 7

(Rectoría).- Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

#### Artículo 8

(Plan Nacional de Salud Mental).- El Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva.

## Artículo 9

(Formación profesional).- El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental, así como para los equipos básicos de salud, en base a los mismos criterios.

## Artículo 10

(Investigación).- Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiere el país.

## CAPÍTULO IV - INTERINSTITUCIONALIDAD

### Artículo 11

(Coordinación).- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

(\*)Notas:

Reglamentado por: Decreto N° 331/019 de 04/11/2019.

#### Artículo 12

(Capacitación e inserción laboral).- Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, promoverán:

- A) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona.
- B) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada.
- C) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares.
- D) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los de empleos con apoyo y trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

#### Artículo 13

(Acceso a vivienda).- Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

- A) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía como son entre otras las cooperativas de viviendas y de la Comisión Honoraria pro Erradicación de la Vivienda Rural Insalubre (MEVIR Doctor Alberto Gallinal Heber).
- B) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

- C) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños o adolescentes con trastornos mentales. Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

#### Artículo 14

(Inclusión educativa y cultural).- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la integración educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.

### CAPÍTULO V - ABORDAJE

#### Artículo 15

(Integralidad de las prestaciones).- Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

#### Artículo 16

(Niveles de atención).- La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios, establecerá las competencias de cada uno de ellos y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

#### Artículo 17

(Ámbito de atención).- El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

#### Artículo 18

(Redes territoriales).- Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

#### Artículo 19

(Equipos interdisciplinarios).- La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial.

#### Artículo 20

(Salud y capacitación de recursos humanos).- Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

#### Artículo 21

(Rehabilitación).- Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.

## Artículo 22

(Dispositivos residenciales con apoyo).- Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivo a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.

## Artículo 23

(Consentimiento informado).- Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de éste, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

(\*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 27.

## Artículo 24

(Hospitalización).- La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

#### Artículo 25

(Extensión de la cobertura).- La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria.

#### Artículo 26

(Modalidades de hospitalización).- Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

#### Artículo 27

(Requisitos previos).- Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- A) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.
- B) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

#### Artículo 28

(Hospitalización voluntaria).- Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

#### Artículo 29

(Deber de notificación).- El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos, las hospitalizaciones voluntarias e involuntarias que se prolonguen por más de cuarenta y cinco días corridos, dentro de las setenta y dos horas de vencido dicho plazo.

#### Artículo 30

(Hospitalización involuntaria).- La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

- A) Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros.
- B) Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

En la reglamentación de la presente ley, el Poder Ejecutivo establecerá cuáles son las situaciones de riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros.

(\*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 31.

#### Artículo 31

(Formalidades para hospitalización involuntaria).- La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

- A) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o

representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el literal siguiente del presente artículo.

- B) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.
- C) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

(\*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 32.

### Artículo 32

(Carga de la notificación).- Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, la institución Nacional de Derechos Humanos y al Juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

El Juez podrá requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

### Artículo 33

(Hospitalización por orden judicial).- El Juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

El Juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización, información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

Cuando estén dadas las condiciones para el alta de la persona, el Director Técnico del prestador deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al Juez. Éste deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a tres días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

### Artículo 34

(Hospitalización de niñas, niños y adolescentes).- El Juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niñas, niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley N° 19.149, de 24 de octubre de 2013.

### Artículo 35

(Notificación de hospitalización por orden judicial).- En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras veinticuatro horas a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos.

### Artículo 36

(Alta y permiso de salida).- El alta y el permiso de salida son facultad del médico tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

### Artículo 37

(Desinstitucionalización).- Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

#### Artículo 38

(Establecimientos asilares y monovalentes).- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas en los establecimientos asilares existentes. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes. El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley.

El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025.

### CAPÍTULO VI - ÓRGANO DEL CONTRALOR

#### Artículo 39

(Creación).- Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

#### Artículo 40

(Cometidos).- Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- A) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del

ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

- B) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales, públicos y privados, incluyendo las sujetas a procedimientos judiciales.
- C) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental, con la debida protección a los derechos de los usuarios.
- D) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.
- E) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.
- F) Inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.
- G) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, actores involucrados en el proceso asistencial y de terceros.
- H) Requerir la intervención judicial o de otros organismos competentes, ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su

reglamentación.

- I) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.
- J) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- K) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.
- L) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.
- M) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

#### Artículo 41

(Integración).- La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimientos, formación y experiencia en el tema de la salud mental. Uno de ellos la presidirá.
- B) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a

propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley.

- C) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.
- D) Un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental.
- E) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.
- F) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental.
- G) Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

#### Artículo 42

(Descentralización).- Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento.

Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social.

#### Artículo 43

(Duración del mandato).- La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de tres años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos. Sin perjuicio de ello, la delegación del Poder Ejecutivo podrá modificarse en todo momento.

#### Artículo 44

(Quórum).- Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de siete de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

#### Artículo 45

(Competencia del Presidente).- Compete al Presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- A) Presidir las sesiones de la Comisión.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos ocho de los miembros de la Comisión.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

#### Artículo 46

(Protección especial). Encomiéndase especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada por la Ley N° 18.446, de 24 de diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley.

### CAPÍTULO VII - DEROGACIÓN Y ADECUACIÓN

#### Artículo 47

Derógase la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

#### Artículo 48

Efectúanse las siguientes adecuaciones en la normativa vigente:

- A) La remisión efectuada por los artículos 40 y 46 de la Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974, debe entenderse realizada a la presente ley.
- B) La remisión efectuada por el literal B) del artículo 35, del Decreto-Ley N° 15.032, de 7 de julio de 1980 (Código del Proceso Penal), debe entenderse realizada a la presente ley.
- C) La remisión efectuada por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, debe entenderse realizada al artículo 23 de la presente ley.

TABARÉ VÁZQUEZ - EDUARDO BONOMI - RODOLFO NIN NOVOA - DANILO ASTORI - JORGE MENÉNDEZ - MARÍA JULIA MUÑOZ - VÍCTOR ROSSI - CAROLINA COSSE - ERNESTO MURRO - CRISTINA LUSTEMBERG - TABARÉ AGUERRE - LILIAM KECHICHIAN - ENEIDA de LEÓN - MARINA ARISMENDI

## **18.5 ANEXO 5: DECRETO N° 158/019**

APROBACION DEL PROYECTO ELABORADO POR LA COMISION NACIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION VINCULADA A LA DIRECCION GENERAL DE LA SALUD, REFERIDA A LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS

Promulgación: 03/06/2019

Publicación: 12/06/2019

El Registro Nacional de Leyes y Decretos del presente semestre aún no fue editado.

VISTO: el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, que asigna especial importancia a las actividades de investigación en seres humanos, cuya regulación compete al Ministerio de Salud Pública, especialmente respecto de los aspectos vinculados a la protección de la salud y dignidad de las personas que voluntariamente participan en ella como sujetos de la misma;

RESULTANDO: I) que la investigación en seres humanos es una práctica muy extendida en los sistemas de salud a nivel internacional, que la misma es imprescindible para promover el desarrollo científico;

II) que desde la bioética deben preservarse en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de todas las personas que participan en ella;

III) que es prioritario disponer de un adecuado sistema de cobertura contra los riesgos a que quedan expuestos los sujetos de las investigaciones en seres humanos en los que participan;

CONSIDERANDO: que la Comisión Nacional de Ética en Investigación, a que refiere el Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, estima necesario introducir modificaciones en el texto del mismo y del Anexo que lo integra;

ATENTO: a lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki (año 2000), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Artículos 44 y 72 de la Constitución de la República, la Ley N° 9.202 del 12 de enero de 1934, el literal c) del Artículo 44 del Anexo del Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, la Ley N° 18.331 del 11 de agosto de 2008, la Ley 18.335 del 15 de agosto de 2008 y Artículo 339 de la Ley N° 18.362 del 6 de octubre de 2008;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  
actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

Artículo 1

Apruébase el Proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, referido a la investigación en seres humanos, contenido en el Anexo (\*) que se adjunta y forma parte del presente Decreto. Este Anexo sustituye al elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud, dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, referido a la investigación en Seres humanos, que forma parte del Decreto N° 379/008 de 4 de agosto de 2008.

(\*)Notas:

Ver: Texto/imagen.

Artículo 2

Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, los patrocinadores y los investigadores deberán velar para que toda modalidad de investigación que se realice en su seno, en la que participen seres humanos respete la presente normativa.

Artículo 3

Previamente a toda investigación se deberá contar con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Institucional acreditado, la que deberá ser acompañada de su respectivo protocolo de investigación. El Ministerio de Salud Pública acreditará a los Comités de Ética en Investigaciones Institucionales según los criterios que se elaborarán en consulta con la Comisión Nacional de Ética en Investigación.

Artículo 4

La Comisión Nacional de Ética en Investigación velará por el buen funcionamiento de los Comités de Ética en Investigaciones Institucionales.

Artículo 5

Las investigaciones transnacionales con seres humanos que se desarrollen en nuestro país, deberán responder también a necesidades sanitarias nacionales.

Artículo 6

Se crea un Grupo de Trabajo con el cometido de analizar y proyectar la regulación de un sistema de cobertura de los gastos de tratamientos y de la indemnización de

los daños y perjuicios causados a los sujetos de investigaciones en seres humanos por su participación en las mismas. El Ministerio de Salud Pública designará a los miembros del referido Grupo.

Artículo 7

Derógase el Decreto 379/008 del 4 de agosto de 2008.

Artículo 8

Comuníquese, publíquese.

TABARÉ VÁZQUEZ - JORGE VAZQUEZ - RODOLFO NIN NOVOA; DANILO  
ASTORI - JOSÉ BAYARDI - EDITH MORAES - VÍCTOR ROSSI - GUILLERMO  
MONCECCHI - ERNESTO MURRO - JORGE BASSO - ENZO BENECH -  
BENJAMÍN LIBEROFF - JORGE RUCKS - MARINA ARISMENDI

## **18.6 ANEXO 6: DECLARACIÓN DE HELSINKI**

### DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS

Adoptada por la

18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964

y enmendada por la

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

#### Introducción

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

#### Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica».

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

#### Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

#### Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo

podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

#### Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

#### Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

#### Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

#### Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

#### Uso del placebo

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o

cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

#### Estipulaciones post ensayo

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

#### Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

#### Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un paciente las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

***\*Los párrafos 26, 27, 28 y 29 han sido revisados editorialmente por el Secretariado de la AMM el 5 de mayo de 2015.***

## **18.7 ANEXO 7: PROTOCOLO PARA EXÁMENES PRESENCIALES ENFCEA**

Todos los asistentes deberán cumplir las principales medidas de prevención de la transmisión contra el Coronavirus COVID 19 y se recuerdan los siguientes detalles:

- Utilización obligatoria de la mascarilla o tapabocas.
- Higiene de manos de forma frecuente y meticulosa.
- Cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo al toser y estornudar, y desecharlo a un cubo de basura. Si no se dispone de pañuelos emplear la parte interna del codo para no contaminar las manos. Es especialmente importante lavarse después de toser o estornudar.
- Los baños contarán con jabón líquido, papel higiénico y toallas de papel a efectos de contar con las medidas sanitarias dispuestas por protocolos.
- El salón dispondrá de alcohol en gel para el uso general.

Recomendaciones al personal docente:

Los docentes ingresarán con mascarilla o tapabocas y la utilizarán durante toda la estancia en Facultad, de acuerdo al “Protocolo General para la realización de actividades en los edificios universitarios”.

Se indicará al estudiante el lugar a ocupar en el salón, así como las pautas señaladas en el protocolo para estudiantes.

Sobre el tratamiento del papel en general:

1. El docente retirará los exámenes impresos desde la Sección Reproducciones (luego de haber acordado la realización de las pruebas mediante agenda previa), la cual tendrá los cuidados necesarios para el tratamiento del papel.
2. Sección Bedelía entregará al docente de cada salón, una caja con alcohol en gel para uso personal mientras dure la prueba, el cual deberá devolverse al finalizar la misma, y guantes descartables.
3. La hoja con las respuestas del estudiante y las hojas complementarias que utilizará para realizar el examen, serán colocadas por el docente sobre los bancos habilitados en cada salón, así como el sobre en caso de ser necesario.
4. La hoja con la letra de la prueba será distribuida por el docente responsable del salón, el cual deberá utilizar guantes para manipularlas.

5. El acta del llamado será retirada por el docente de la Sección Bedelía. En ella se tildará con un (√) indicando los estudiantes presentes y se entregará al finalizar la prueba en Sección Bedelía.
6. El salón contará con alcohol en gel a efectos de facilitar la desinfección durante el horario que duren los exámenes.
7. En la corrección de exámenes, la medida principal de protección es la limpieza de manos de forma reiterada y uso de alcohol en gel para desinfección.
8. Se recomienda corregir y manipular los exámenes siempre en el mismo sitio con mascarilla o tapabocas.

#### Protocolo para Estudiantes

1. Ingresar sólo en el horario y día que fue convocado para rendir el examen
2. El salón asignado será informado en la web (junto con salón y puerta de acceso) como habitualmente se realiza. Se ingresará a rendir las pruebas según el salón asignado por Gonzalo Ramírez, Eduardo Acevedo o Aulario del Área Social según lo detallado oportunamente.
3. Será obligatorio el uso de tapabocas o mascarillas desde el ingreso y durante toda la prueba y estadía en el local de Facultad asignado al examen. Se recomienda concurrir a su vez con alcohol en gel a efectos de contar con una adecuada desinfección durante la estadía en el examen.
4. Llegar a Facultad a la hora en la cual está citado para el examen a efectos de evitar aglomeraciones.
5. Se tomará la temperatura en las puertas de acceso a los distintos locales. En caso de presentar una temperatura por encima de 37.2 °C, no se permitirá el acceso a la Institución y se dejará constancia en la Vigilancia.
6. Concurrir con el mínimo de objetos al examen; antes de ingresar al salón, cerrar la mochila o bolso dejando fuera los materiales necesarios para la realización de la prueba. La Cédula de Identidad, será colocada sobre el pupitre asignado al estudiante y deberá quedar exhibida allí para constatar la identidad durante toda la prueba, y no se entregará a funcionarios ni docentes.
7. Al ingresar tome asiento en el lugar asignado y no lo abandone sin autorización previa del docente.
8. Cuando finalice la prueba, permanecer sentado en su lugar y levantar la mano a efectos de que el docente autorice su retiro, coloque la prueba en la caja asignada destinada a estos efectos y firme el acta que estará ubicada próxima a la misma.

Las hojas con la letra y hojas adicionales utilizadas se colocarán en otra caja debidamente identificada.

9. No se entregarán constancias de asistencia a examen en formato papel a efectos de minimizar riesgos durante su manipulación. El link al acta se publicará en la web de FCEA y oficiará de comprobante de presentación para exámenes presenciales y virtuales.

#### Recomendaciones de limpieza y desinfección del salón

1. La limpieza se realizará siguiendo el Protocolo establecido y repartido al Departamento de Intendencia según “Protocolo de limpieza y desinfección de salones, oficinas y espacios de trabajo” que utiliza la Universidad.
2. Luego de culminado cada turno, se deberá realizar la limpieza de cada salón, por el personal asignado a la tarea.
3. El equipamiento informático se desinfectará con paño de microfibra y alcohol isopropílico al 70% en caso de corresponder.
4. Se ventilará el salón en la medida de lo posible durante el examen, obligatoriamente después de cada examen y hasta el ingreso del siguiente turno de exámenes.

## 18.8 ANEXO 8: FÓRMULA PARA DETERMINAR LA MUESTRA

### CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parametro	Insertar Valor
<b>N</b>	69
<b>Z</b>	1,960
<b>P</b>	50,00%
<b>Q</b>	50,00%
<b>e</b>	5,00%

Tamaño de muestra

"n" =

**58,62**

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

e = Erro de estimación máximo aceptado

P = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

Q = (1 –) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Nivel de confianza	Z <sub>alfa</sub>
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

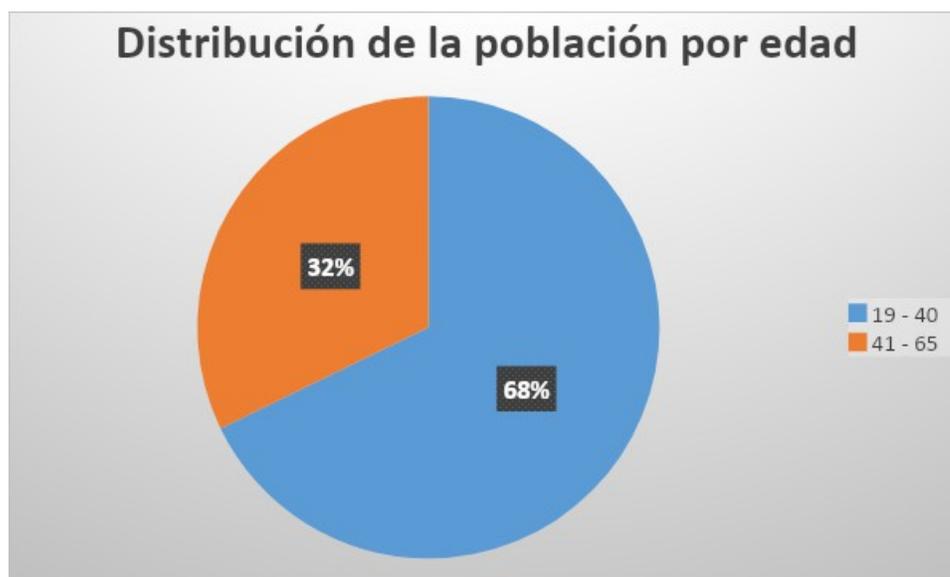
## 18.9 ANEXO 9: TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla N° 1 Distribución de la población según edad:

Edad	FA	FR	FR%
19 - 40	40	0.68	68
41 - 65	19	0.32	32
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

Gráfica N°1

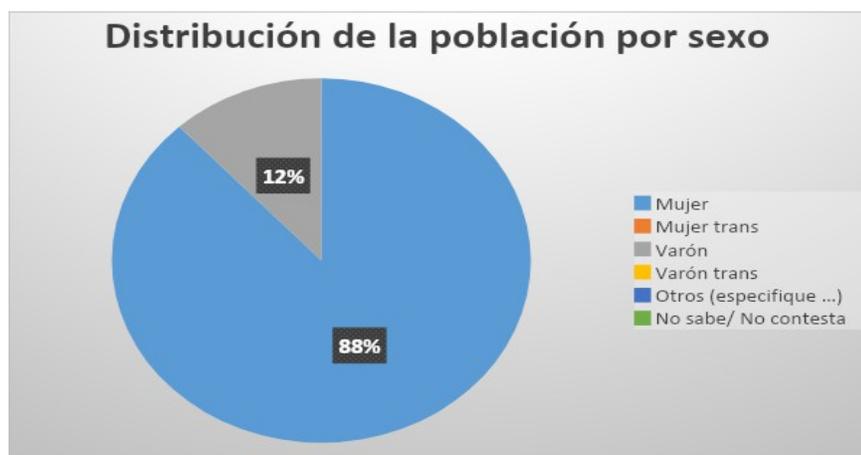


Fuente: Tabla N° 1

**Tabla N° 2 Distribución de la población según género:**

Género	FA	FR	FR%
Mujer	52	0.88	88
Mujer trans	0	0	0
Varón	7	0.12	12
Varón trans	0	0	0
Otros (especifique ...)	0	0	0
No sabe/ No contesta	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°2**

**Fuente:** Tabla N° 2

**Tabla N° 3 Distribución de la población según estado civil:**

Estado Civil	FA	FR	FR%
Casado	12	0.20	20
Soltero	28	0.47	47
Viudo	2	0.04	4
Divorciado	6	0.10	10
Unión libre	11	0.19	19
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°3**

**Fuente:** Tabla N°3

**Tabla N° 4 Distribución de la población según tipo de contrato laboral:**

Tipo de contrato laboral	FA	FR	FR%
Titular	59	1	100
Suplente	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

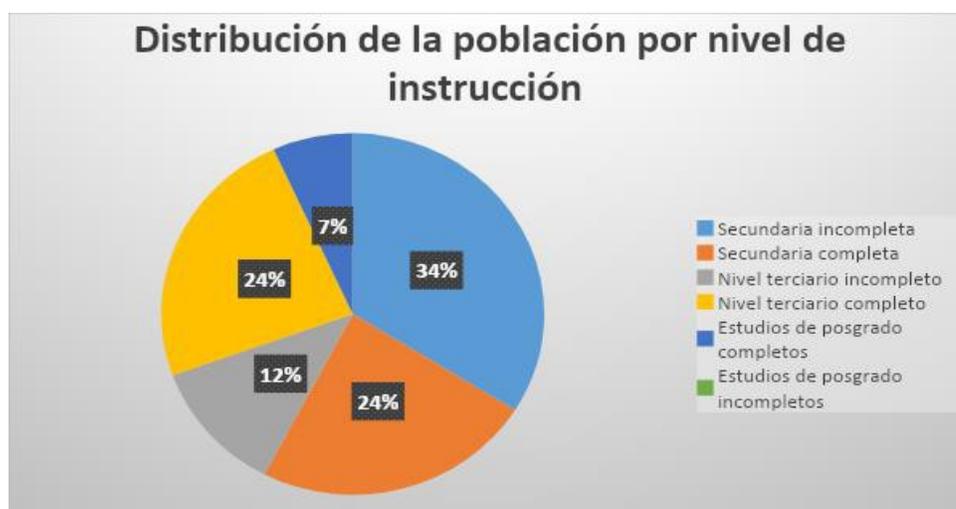
**Gráfica N°4**

**Fuente:** Tabla N° 4

**Tabla N° 5 Distribución de la población según nivel de instrucción:**

Nivel de instrucción	FA	FR	FR%
Secundaria incompleta	20	0.34	34
Secundaria completa	14	0.24	24
Nivel terciario incompleto	7	0.12	12
Nivel terciario completo	14	0.24	24
Estudios de posgrado completos	4	0.06	6
Estudios de posgrado incompletos	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

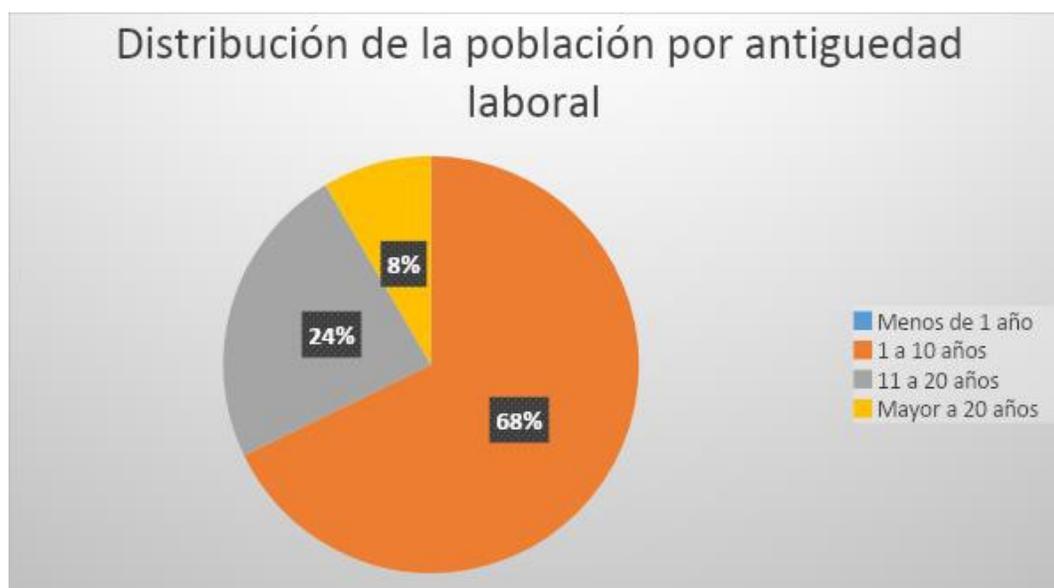
**Gráfica N°5**

**Fuente:** Tabla N° 5

**Tabla N° 6 Distribución de la población según antigüedad laboral**

Antigüedad laboral	FA	FR	FR%
Menos de 1 año	0	0	0
1 a 10 años	40	0.68	68
11 a 20 años	14	0.24	24
Mayor a 20 años	5	0.08	8
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

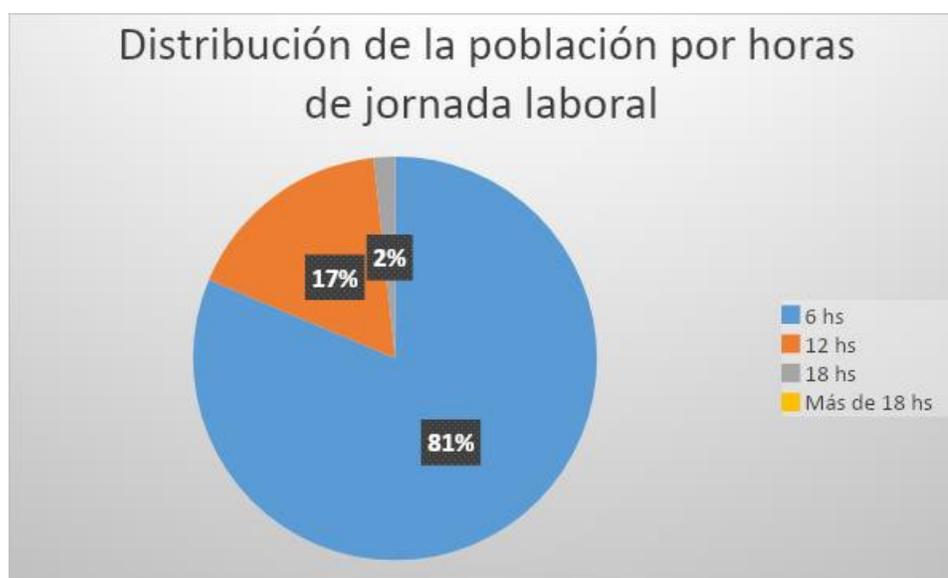
**Gráfica N°6**

**Fuente:** Tabla N° 6

**Tabla N° 7 Distribución de la población según horas de jornada laboral**

Horas de jornada laboral	FA	FR	FR%
6 hs	48	0.81	81
12 hs	10	0.17	17
18 hs	1	0.02	2
Más de 18 hs	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°7**

**Fuente:** Tabla N° 7

**En cuanto al consumo de alcohol:****Tabla N° 8 Distribución de la población según frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas**

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	FA	FR	FR%
Nunca	7	0.12	12
Menos de una vez al mes	23	0.39	39
2 a 4 veces al mes	24	0.41	41
2 o 3 veces a la semana	4	0.07	7
4 o más veces a la semana	1	0.01	1
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°8**

**Fuente:** Tabla N° 8

**Tabla N° 9 Distribución de la población según cantidad de alcohol que consume normalmente cuando bebe** (cada unidad corresponde a 1 lata de cerveza, 1 vaso de vino, 1 medida de bebida destilad

Cantidad de alcohol que consume normalmente cuando bebe	FA	FR	FR%
0	7	0.12	12
1 o 2	39	0.66	66
3 o 4	10	0.17	17
5 o 6	3	0.05	5
7 a 9	0	0	0
10 o más	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°9**



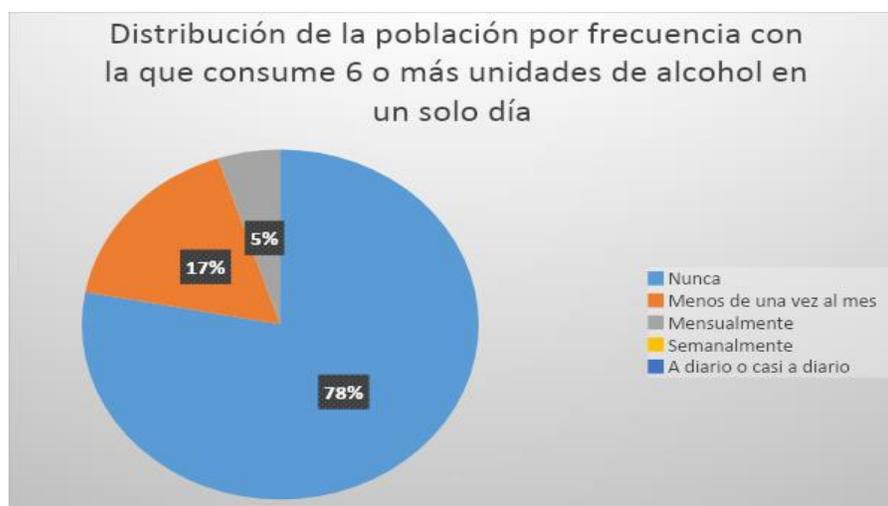
**Fuente:** Tabla N° 9

**Tabla N° 10 Distribución de la población según frecuencia con que consume 6 o más unidades de alcohol en un solo día**

Frecuencia con que consume 6 o más unidades de alcohol en un solo día	FA	FR	FR%
Nunca	46	0.78	78
Menos de una vez al mes	10	0.17	17
Mensualmente	3	0.05	5
Semanalmente	0	0	0
A diario o casi a diario	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°10**



**Fuente:** Tabla N° 10

**Tabla N° 11 Distribución de la población según frecuencia en el curso del último año, que ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado**

<b>Frecuencia en el curso del último año, que ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
Nunca	57	0.96	96
Menos de una vez al mes	1	0.02	2
Mensualmente	1	0.02	2
Semanalmente	0	0	0
A diario o casi a diario	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°11**



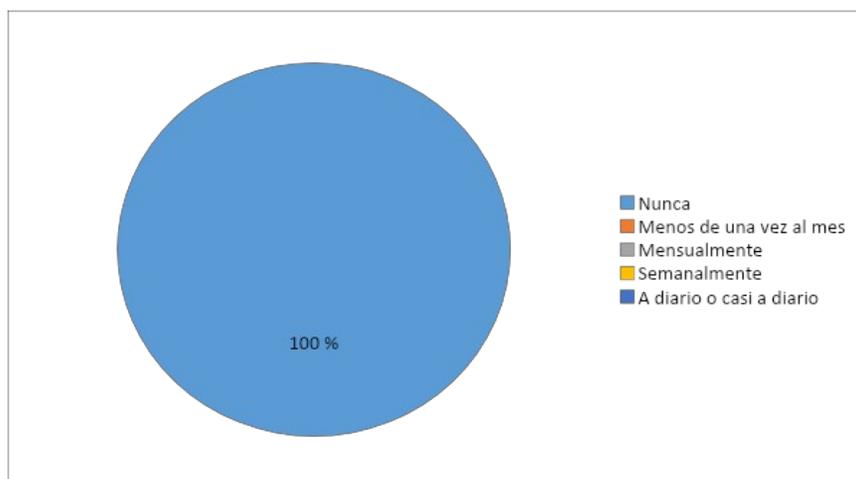
**Fuente:** Tabla N° 11

**Tabla N° 12 Distribución de la población según frecuencia en el curso del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido**

Frecuencia en el curso del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido	FA	FR	FR%
Nunca	59	1	100
Menos de una vez al mes	0	0	0
Mensualmente	0	0	0
Semanalmente	0	0	0
A diario o casi a diario	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°12**



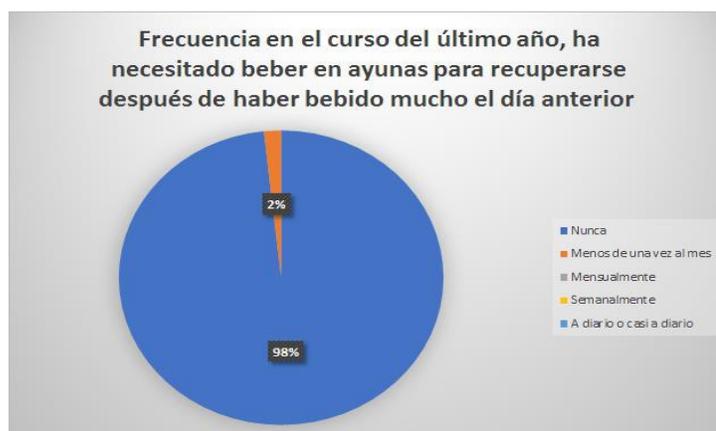
**Fuente:** Tabla N° 12

**Tabla N° 13 Distribución de la población según frecuencia en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior**

Frecuencia en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior	FA	FR	FR%
Nunca	58	0.98	98
Menos de una vez al mes	1	0.02	2
Mensualmente	0	0	0
Semanalmente	0	0	0
A diario o casi a diario	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°13**



**Fuente:** Tabla N° 13

**Tabla N° 14 Distribución de la población según frecuencia en el curso del último año, ha tenido sentimiento de culpa después de haber bebido**

Frecuencia en el curso del último año, ha tenido sentimiento de culpa después de haber bebido	FA	FR	FR%
Nunca	58	0.98	98
Menos de una vez al mes	1	0.02	2
Mensualmente	0	0	0
Semanalmente	0	0	0
A diario o casi a diario	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°14**



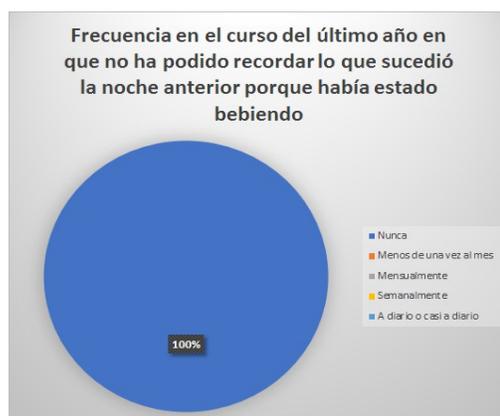
**Fuente:** Tabla N° 14

**Tabla N° 15 Distribución de la población según frecuencia en el curso del último año, en que no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo**

<b>Frecuencia en el curso del último año en que no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
Nunca	59	1.00	100
Menos de una vez al mes	0	0	0
Mensualmente	0	0	0
Semanalmente	0	0	0
A diario o casi a diario	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020.

**Gráfica N°15**



**Fuente:** Tabla N° 15

**Tabla N° 16 Distribución de la población según si resultaron heridos u otra persona por haber bebido alcohol.**

<b>Resultaron heridos u otra persona por haber bebido alcohol</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
Nunca	59	1.00	100
Menos de una vez al mes	0	0	0
Mensualmente	0	0	0
Semanalmente	0	0	0
A diario o casi a diario	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°16**



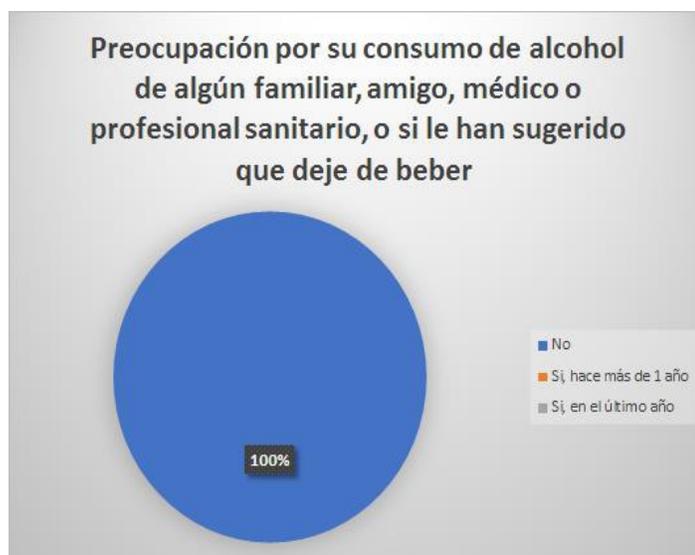
**Fuente:** Tabla N° 16

**Tabla N° 17 Distribución de la población según si han mostrado preocupación por su consumo de alcohol algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario, o si han sugerido que deje de beber**

Preocupación por su consumo de alcohol de algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario, o si le han sugerido que deje de beber	FA	FR	FR%
No	59	1.00	100
Si, hace más de 1 año	0	0	0
Si, en el último año	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°17**



**Fuente:** Tabla N° 17

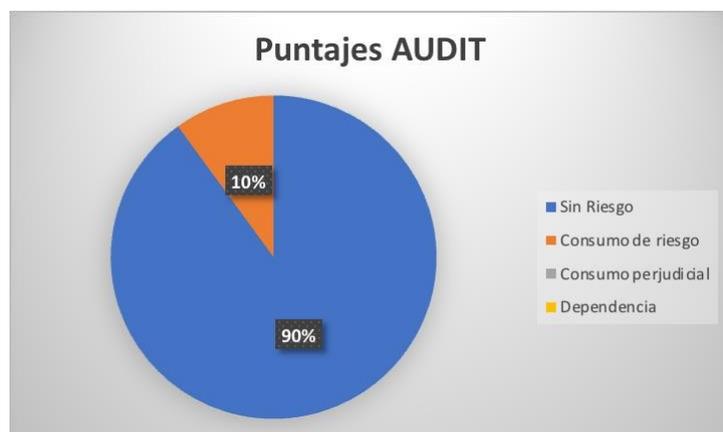
## **Cuestionario AUDIT**

**Tabla N°18**

<b>Puntajes AUDIT</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
Sin Riesgo	53	0.90	90
Consumo de riesgo	6	0.10	10
Consumo perjudicial	0	0	0
Dependencia	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°18**



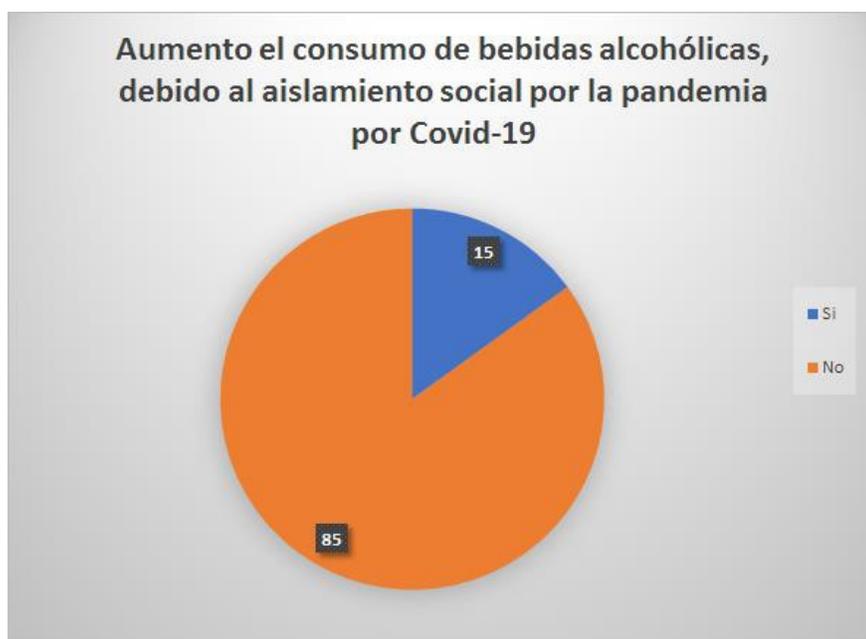
**Fuente:** Tabla N° 18

**Tabla N° 19 Distribución de la población según aumento de consumo de bebidas alcohólicas por el aislamiento social debido a la pandemia por Covid-19**

Aumento el consumo de bebidas alcohólicas, debido al aislamiento social por la pandemia por Covid-19	FA	FR	FR%
Si	9	0.15	15
No	50	0.85	85
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°19**

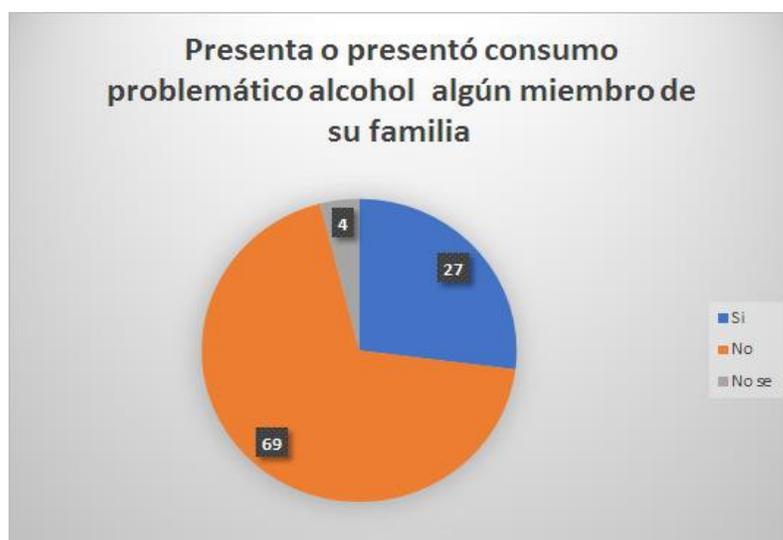


**Fuente:** Tabla N° 19

**En cuanto a tu situación personal:****Tabla N° 20 Distribución de la población según si presenta o presentó consumo problemático de alcohol algún miembro de su familia**

<b>Presenta o presentó consumo problemático alcohol algún miembro de su familia</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
Si	16	0.27	27
No	41	0.69	69
No se	2	0.04	4
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°20**

**Fuente:** Tablas N° 20

**Tabla N° 21 Distribución de la población según vivencia de algún conflicto familiar**

Vivencia de algún conflicto familiar	FA	FR	FR%
Si	4	0.07	7
No	55	0.93	93
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°21**

**Fuente:** Tabla N° 21

**Tabla N° 22 Distribución de la población según conformidad con lo realizado hasta ahora en lo personal**

<b>Conformidad con lo realizado hasta ahora en lo personal</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FR%</b>
Satisfecho	57	0.97	97
Insatisfecho	2	0.03	3
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°22**



**Fuente:** Tabla N°22

**En cuanto a tu situación laboral:****Tabla N° 23 Distribución de la población según conformidad por la remuneración que recibe en su trabajo**

Conformidad por la remuneración que recibe por su trabajo	FA	FR	FR%
Satisfecho	12	0.2	20
Insatisfecho	47	0.8	80
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°23**

**Fuente:** Tabla N°23

**Tabla N° 24 Distribución de la población según relación entre la dotación de personal en su turno y la cantidad de trabajo**

Relación entre la dotación de personal en su turno y la cantidad de trabajo	FA	FR	FR%
Suficiente	21	0.36	36
Insuficiente	38	0.64	64
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°24**



Fuente: Tabla N°24

**Tabla N° 25 Distribución de la población según nivel de exigencia en relación al trabajo realizado**

Nivel de exigencia en relación al trabajo realizado	FA	FR	FR%
Alto	34	0.59	59
Adecuado	24	0.41	41
Bajo	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°25**

Fuente: Tabla N°25

**Tabla N° 26 Distribución de la población según vivencia de situaciones de conflicto entre el personal sanitario**

Vivencia de situaciones de conflicto entre el personal sanitario	FA	FR	FR%
Si	16	0.27	27
No	43	0.73	73
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°26**



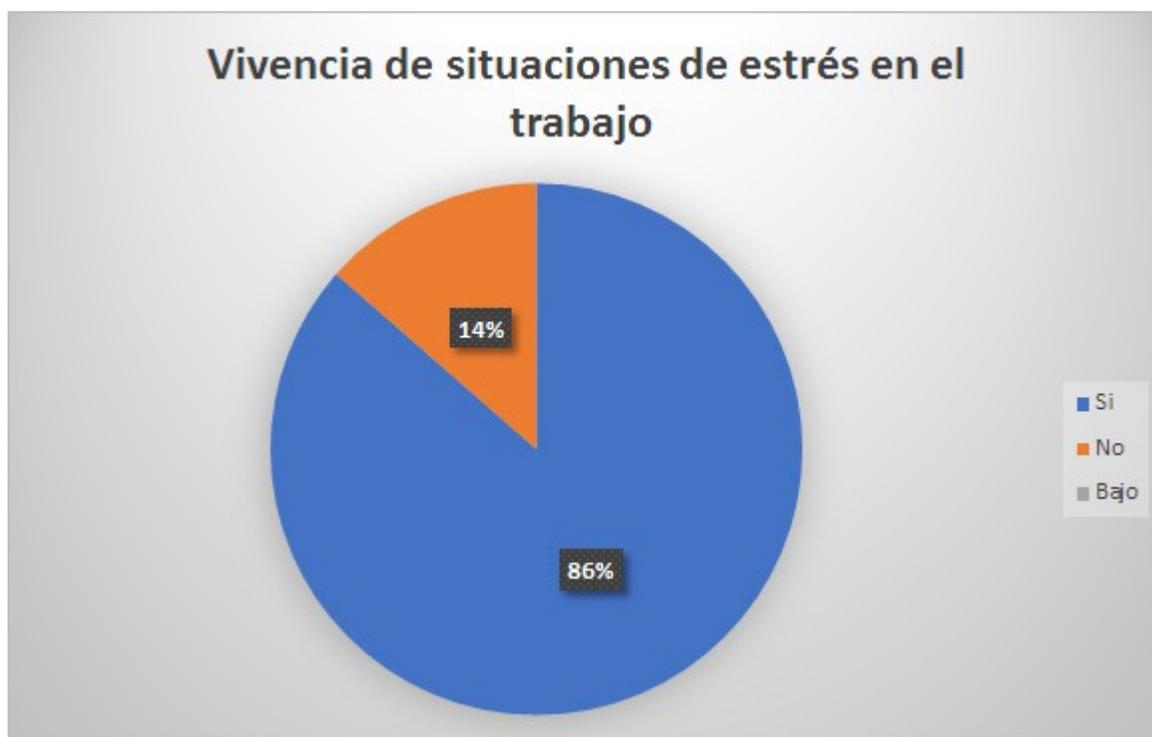
**Fuente:** Tabla N°26

**Tabla N° 27 Distribución de la población según vivencia de situaciones de estrés en el trabajo**

Vivencia de situaciones de estrés en el trabajo	FA	FR	FR%
Si	51	0.86	86
No	8	0.14	14
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°27**



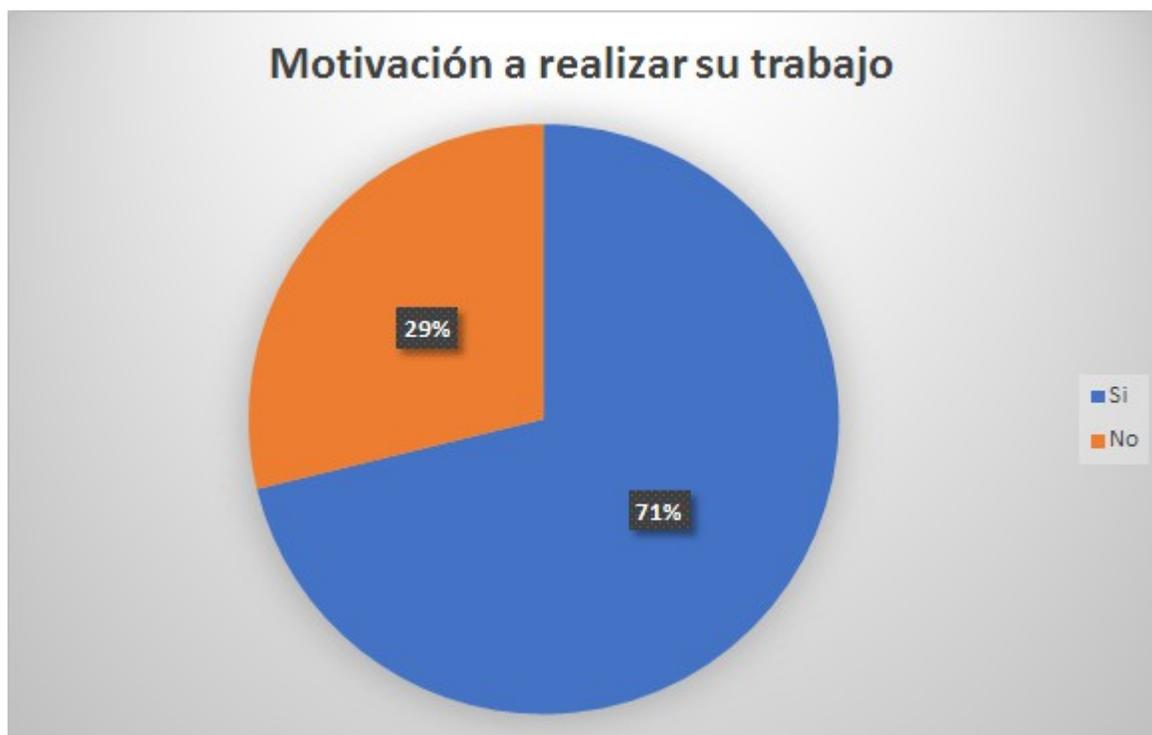
**Fuente:** Tabla N°27

**Tabla N° 28 Distribución de la población según motivación a realizar su trabajo**

Motivación a realizar su trabajo	FA	FR	FR%
Si	42	0.71	71
No	17	0.29	29
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°28**



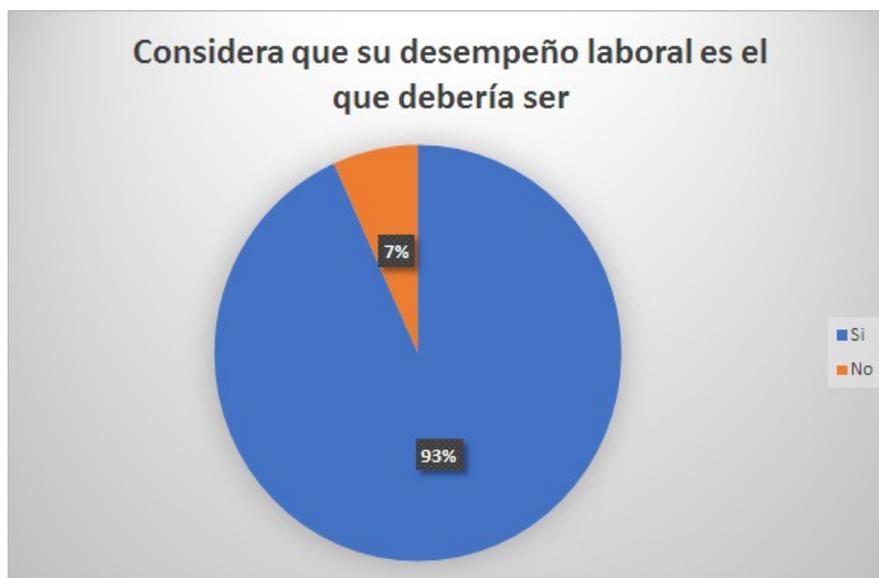
**Fuente:** Tabla N°28

**Tabla N° 29 Distribución de la población según si considera que su desempeño laboral es el que debería ser**

Considera que su desempeño laboral es el que debería ser	FA	FR	FR%
Si	55	0.93	93
No	4	0.07	7
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>1.00</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada sobre factores de riesgo que inciden en el consumo de alcohol en el personal de enfermería, de un segundo nivel de atención, de una institución privada del departamento de Canelones, Uruguay, Octubre 2020

**Gráfica N°29**



**Fuente:** Tabla N°2