



**UNAP**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**TESIS**  
**CONSUMO DE ALCOHOL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO  
EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN EN IQUITOS, AÑO 2025**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**ENRIQUE AMADEO VIGIL TUANAMA**

**ASESORES:**

**MC. HUGO MIGUEL RODRÍGUEZ FERRUCCI, Mg.**

**Psic. JULISSA ARÉVALO JIBAJA, Mstra.**

**IQUITOS, PERÚ**

**2025**



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**  
**N°043 / CGT- FMH-UNAP-2025**

En la ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, departamento de Loreto, a los 10 días del mes de noviembre del 2025 a horas 12:00 m, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulado "CONSUMO DE ALCOHOL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN IQUITOS, AÑO 2025", aprobada la sustentación con Resolución Decanal N.º 566-2025-FMH-UNAP del bachiller Enrique Amadeo Vigil Tuanama, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 565-2025-FMH-UNAP:

- Blga. Tania Lay Ríos, Dra. Presidente
- MC. Cristiam Armando Carey Ángeles, Mgtr. SP. Miembro
- MC. Julio César Arévalo Sánchez, Mgtr. SP. Miembro
- MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgtr. SP. Asesor
- Ps. Julissa Arévalo Jibaja, Mtra. Asesora

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas:

..... satisfactoriamente

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública de la tesis ha sido ..... Aprobada ..... con la calificación de ..... muy buena (18) .....

Estando el bachiller..... Apto ..... para obtener título profesional de Médico Cirujano.

Siendo las..... 13 h. ..... se dio por terminado el acto académico.

Blga. Tania Lay Ríos, Dra.  
Presidente

MC. Cristiam Armando Carey Ángeles, Mgtr. SP.  
Miembro

MC. Julio César Arévalo Sánchez, Mgtr. SP.  
Miembro

MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgtr. SP.  
Asesor

Ps. Julissa Arévalo Jibaja, Mtra.  
Asesora

**JURADO Y ASESORES**

**BLGA. TANIA LAY RÍOS, DRA.**



Blga. Tania Lay Ríos, Dra.  
Presidente

**MC. CRISTIAM ARMANDO CAREY ÁNGELES, MGTR. SP.**



MC. Cristian Armando Carey Ángeles, Mgtr. SP.  
Miembro

**MC. JULIO CÉSAR ARÉVALO SÁNCHEZ, MGTER.SP.**



MC. Julio César Arévalo Sánchez, Mgtr. SP.  
Miembro

**MC. HUGO MIGUEL RODRÍGUEZ FERRUCCI. MGTER. SP.**



MC. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mgtr. SP.  
Asesor

**PSIC. JULISSA ARÉVALO JIBAJA. MSTR.**



Psic. Julissa Arévalo Jibaja, Mstra.  
Asesora

# RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD




## 14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

### Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la oportunidad de haber empezado y culminado esta  
carrera tan sacrificada.

A mi papá Augusto, que desde el Cielo siempre me guío en todo este  
proceso, y a mi familia por siempre haber confiado en mí.

**Enrique Amadeo Vigil Tuanama**

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero agradecimiento a mis asesores, Dr. Hugo y Psic. Julissa, por su orientación, compromiso y valiosos aportes que guiaron el desarrollo de esta investigación.

A los docentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por su dedicación y por haber contribuido a mi formación profesional.

Al personal de salud miembros de las 4 IPRESS y a mi amigo Roberto, por su colaboración y disposición durante la recolección de datos.

A mi amigo Joaquín, por su apoyo desde el día 0 de la carrera hasta el final con el grandioso gesto que ambos sabemos.

A mi amigo Diego, por cada desvelada y por ser sostén firme con sus consejos en los momentos precisos de mi formación.

Finalmente, a mi familia y amigos, por su comprensión, apoyo incondicional y confianza en cada etapa de este proceso académico.

# ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>i</b>
<b>ACTA DE SUSTENTACIÓN</b>	<b>ii</b>
<b>JURADO Y ASESORES</b>	<b>iii</b>
<b>RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>vi</b>
<b>INDICE</b>	<b>vii</b>
<b>INDICE DE TABLAS</b>	<b>ix</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>xiii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Antecedentes</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Bases teóricas</b>	<b>16</b>
<b>1.3. Definición de términos básicos</b>	<b>24</b>
<b>CAPITULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>27</b>
<b>2.1. Formulación de la hipótesis</b>	<b>27</b>
<b>2.2. Variables y su operacionalización</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>32</b>

<b>3.1. Diseño metodológico</b>	<b>32</b>
<b>3.2. Población de estudio</b>	<b>32</b>
<b>3.3. Diseño muestral</b>	<b>33</b>
<b>3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b>	<b>36</b>
<b>3.5. Procesamiento y análisis de datos</b>	<b>38</b>
<b>3.6. Aspectos éticos</b>	<b>40</b>
<b>3.7. Consideraciones durante la recolección de datos</b>	<b>41</b>
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	<b>42</b>
<b>CAPITULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>74</b>
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES</b>	<b>80</b>
<b>CAPITULO VII: RECOMENDACIONES</b>	<b>82</b>
<b>CAPITULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO 1: Matriz de consistencia</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos-ficha sociodemográfica</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO 3: Ficha técnica del test AUDIT</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO 4: Instrumento de recolección de datos-test AUDIT</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 5: Interpretación del puntaje total del test AUDIT</b>	<b>91</b>

<b>ANEXO 6: Ficha técnica de la escala de bienestar psicológico de Ryff</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO 7: Instrumento de recolección de datos - escala de bienestar psicológico de Ryff (versión de 29 ítems)</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO 8: Interpretación del puntaje en la escala de bienestar psicológico de Ryff (versión 29 ítems)</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO 9: Consentimiento informado</b>	<b>96</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	
<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de variables del estudio	<b>28</b>
<b>Tabla 2.</b> Características sociodemográficas de los trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	<b>43</b>
<b>Tabla 3.</b> Pruebas de normalidad de las variables principales en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	<b>45</b>
<b>Tabla 4.</b> Nivel de consumo de alcohol según el AUDIT en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	<b>46</b>
<b>Tabla 5.</b> Niveles de bienestar psicológico según la escala de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	<b>47</b>
<b>Tabla 6.</b> Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (autoaceptación) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	<b>48</b>

<b>Tabla 7.</b> Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Relaciones positivas con otros) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	50
<b>Tabla 8.</b> Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Autonomía) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	51
<b>Tabla 9.</b> Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Dominio del entorno) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	53
<b>Tabla 10.</b> Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Propósito en la vida) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	54
<b>Tabla 11.</b> Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Crecimiento personal) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	56
<b>Tabla 12.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el sexo en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	58
<b>Tabla 13.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el estado civil en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	59
<b>Tabla 14.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la profesión en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	61
<b>Tabla 15.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el número de hijos en trabajadores de salud del primer nivel de atención en	

Iquitos, 2025	62
<b>Tabla 16.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el tipo de práctica profesional en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	64
<b>Tabla 17.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el tiempo de ejercicio profesional en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	66
<b>Tabla 18.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la presencia de comorbilidades en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	68
<b>Tabla 19.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el trabajo en otro centro de salud en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	69
<b>Tabla 20.</b> Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la edad en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025	71
<b>Tabla 21.</b> Nivel de consumo de alcohol según establecimiento de salud.	72

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.

**Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, analítico y transversal realizado en 215 trabajadores de salud. Se emplearon el Test AUDIT para medir el nivel de consumo de alcohol y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (29 ítems). El procesamiento se efectuó con SPSS v25, aplicando pruebas de correlación y Chi-cuadrado, con significancia de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** El 40,5 % presentó consumo de bajo riesgo, 26,0 % consumo de riesgo, 15,8 % consumo perjudicial y 17,7 % probable dependencia. Predominó un nivel moderado de bienestar psicológico. Se halló asociación significativa entre el consumo de alcohol y las dimensiones autonomía ( $p = 0,046$ ) y propósito de vida ( $p = 0,040$ ). Asimismo, las variables edad ( $p = 0,041$ ) y labor en otro centro de salud ( $p = 0,039$ ) se relacionaron con un mayor consumo.

**Conclusiones:** Se evidencia alta frecuencia de consumo problemático de alcohol en los trabajadores evaluados. Si bien no hubo relación significativa con el bienestar psicológico total, las dimensiones de autonomía y propósito de vida mostraron asociaciones relevantes, lo que resalta la necesidad de fortalecer el bienestar emocional y las estrategias preventivas en el personal sanitario.

**Palabras clave:** Consumo de alcohol; Bienestar psicológico; Trabajadores de salud; AUDIT; Escala de Ryff; Iquitos.

## **Abstract**

**Objective:** To determine the relationship between alcohol consumption and psychological well-being among healthcare workers at the primary level of care in Iquitos, 2025.

**Materials and methods:** A quantitative, analytical, and cross-sectional study was conducted with 215 healthcare workers. The AUDIT Test was used to assess alcohol consumption, and the Ryff Psychological Well-Being Scale (29 items) evaluated the dimensions of psychological well-being. Data were processed using SPSS v25, applying correlation and Chi-square tests with a significance level of  $p < 0.05$ .

**Results:** A total of 40.5% presented low-risk consumption, 26.0% risky consumption, 15.8% harmful consumption, and 17.7% probable dependence. A moderate level of psychological well-being predominated. A significant association was found between alcohol consumption and the dimensions of autonomy ( $p = 0.046$ ) and purpose in life ( $p = 0.040$ ). Likewise, age ( $p = 0.041$ ) and working in another health center ( $p = 0.039$ ) were associated with higher consumption levels.

**Conclusions:** There is a high frequency of problematic alcohol consumption among healthcare workers. Although no significant relationship was found with overall psychological well-being, the autonomy and purpose in life dimensions showed relevant associations, highlighting the need to strengthen emotional well-being and preventive strategies within the health workforce.

**Keywords:** Alcohol consumption; Psychological well-being; Healthcare workers; AUDIT; Ryff Scale; Iquitos.

## INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de alcohol se refiere a una forma de beber que incrementa el nivel de alcohol en la sangre hasta alcanzar un 0.08%, equivalente a 0.08 gramos por decilitro. En personas adultas con una complexión promedio, esto equivale a la ingesta de cinco o más bebidas alcohólicas en el caso de los hombres, o de cuatro o más en el caso de las mujeres, dentro de un período aproximado de dos horas.(1) Se sabe también que según la OPS/PAHO, aproximadamente el 54% de la población total se considera bebedora en la actualidad, y en cuanto al consumo y la carga de alcohol a nivel global, la región de Las Américas se sitúa en segunda posición. (2)

Se ha estudiado los efectos genotóxicos del acetaldehído que es el compuesto resultante del metabolismo del alcohol en el organismo.(3) El acetaldehído y sus compuestos tóxicos finales producen cambios en el metabolismo del folato y la metilación del ADN, provocando deficiencias nutricionales, deterioro de la vigilancia inmunológica. Además de causar distintos tipos de cáncer dependiendo su frecuencia y dosis de consumo. (4)

Por otro lado, el personal de salud es esencial para el funcionamiento de los sistemas de atención médica, los cuales descuidan su propia salud mental y emocional priorizando el bienestar del paciente (2) y también son pasibles de consumo de alcohol en sus horas libre o fines de semana como una forma de escape y relajación a la presión generada por su actividad en el establecimiento de salud. (5)

Este personal de salud, diariamente toma decisiones que las llevarán a situaciones de alto estrés en su trabajo. Sin embargo, la búsqueda de relajación con el consumo de alcohol opera en sentido contrario generando el desarrollo de trastornos de salud mental. (6)

También se ha identificado una fuerte relación entre los trastornos de salud mental y la pandemia causada por el SARS-CoV-2, la cual ha tenido efectos negativos en el bienestar psicológico del personal de salud, tanto en profesionales como en técnicos. Según una investigación, cerca de uno de cada diez trabajadores de la salud experimentó síntomas de depresión durante este periodo, y dentro de los determinantes de la depresión en esta población, se ha encontrado que trabajar en centros de salud de mayor complejidad como un catalizador. (7)

Por otro lado, se descubrió que la angustia psicológica estaba significativamente relacionada con el consumo perjudicial de alcohol. (8) De igual manera, se observó que, entre médicos residentes de traumatología y ortopedia, se ha reconocido que el consumo de alcohol se constituye como un elemento de peligro en la aparición de trastornos de ansiedad. (9)

En nuestra región, en el 2020, el 90,2% de individuos de 15 años o más habían probado alguna vez bebidas alcohólicas, con una tasa más elevada en zonas urbanas (92,2%) en comparación con las áreas rurales (86,3%). En términos de género, una mayor proporción de hombres que mujeres habían consumido bebidas alcohólicas en algún momento (95,1% y 85,3%, respectivamente). (10)

En el mismo año, en Loreto, se registró el índice más alto de consumo de alcohol en los últimos 12 meses entre personas con un nivel de educación más elevado. Se observa una diferencia de 27,2 puntos porcentuales al comparar los extremos del nivel de educación (superior 82,9% y primaria o menos 55,7%). (11)

Por su parte, el bienestar psicológico representa un aspecto crucial en el contexto laboral, ya que influye directamente en la motivación, el compromiso y el desempeño del personal de salud. Un bajo nivel de bienestar puede manifestarse en actitudes de desinterés, ausentismo y una disminución notable de la productividad, lo cual repercute no solo en la satisfacción individual, sino también en la calidad del servicio brindado a los pacientes. Factores como la sobrecarga laboral, el estrés crónico y la escasa percepción de propósito vital pueden afectar negativamente dimensiones como la autonomía, el crecimiento personal y el sentido de competencia profesional.

En este contexto, surgen interrogantes importantes sobre cómo el consumo de alcohol podría relacionarse con los niveles de bienestar psicológico en esta población. Se plantea la necesidad de comprender si el uso de sustancias como estrategia de afrontamiento impacta en la salud emocional del personal de salud y en su capacidad para brindar atención integral y de calidad. En este marco, la finalidad de la presente investigación es analizar la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico en los trabajadores de salud que laboran en el primer nivel de atención en la ciudad de Iquitos.

## **Objetivos:**

### **Objetivo general:**

1-Determinar la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico en los trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025.

### **Objetivos específicos:**

1-Evaluar el nivel de consumo de alcohol en los trabajadores de salud del primer nivel de atención mediante el Test de AUDIT.

2-Medir el nivel de bienestar psicológico en los trabajadores de salud utilizando la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

3-Analizar la relación entre el nivel de consumo de alcohol y cada una de las dimensiones del bienestar psicológico (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal).

4-Identificar si existen diferencias en la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico según las características sociodemográficas de los trabajadores de salud (edad, sexo, profesión, comorbilidades, tiempo ejerciendo la profesión, tipo de práctica profesional, número de hijos y si labora en otro centro de salud).

### **Justificación e importancia**

Es ampliamente reconocido que el consumo de alcohol puede estar vinculado a diversos factores psicosociales, incluyendo el bienestar psicológico. En lugar de centrarse únicamente en trastornos mentales clínicos, el enfoque actual de la psicología positiva resalta la importancia de comprender el

funcionamiento psicológico óptimo de las personas. Desde esta perspectiva, el modelo de bienestar psicológico propuesto por Carol Ryff permite evaluar dimensiones fundamentales como la autoaceptación, las relaciones interpersonales positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el crecimiento personal y el propósito en la vida.

La evidencia sugiere que un menor nivel de bienestar psicológico puede aumentar la probabilidad de recurrir a estrategias de afrontamiento disfuncionales, como el consumo de alcohol, especialmente en contextos de alta demanda emocional como el ámbito sanitario. En trabajadores de salud del primer nivel de atención, donde el estrés laboral, la presión asistencial y la exposición constante al sufrimiento son frecuentes, evaluar el bienestar psicológico es clave no solo para prevenir conductas de riesgo, sino también para fortalecer recursos personales que promuevan la resiliencia, el compromiso profesional y la calidad del cuidado brindado.

En los últimos años, ha surgido una creciente preocupación debido al incremento alarmante en el consumo de alcohol en el personal de salud, que incluye a enfermeras, terapeutas, médicos y personal no asistencial del centro de salud. Estos profesionales se encuentran en una posición particularmente propensa a problemas relacionados con el abuso de sustancias, en gran parte debido a su acceso más directo a sustancias psicotrópicas y su familiaridad con su utilización. Además, afrontan presiones laborales significativas, horarios desafiantes en algunos casos, una carga sustancial de responsabilidad y están expuestos al agotamiento laboral, factores que pueden incrementar sustancialmente la probabilidad de problemas relacionados con el abuso de sustancias.

En este sentido, la presente investigación se justifica en la necesidad de analizar la relación entre el bienestar psicológico y el consumo de alcohol, con el fin de aportar evidencia que oriente intervenciones institucionales dirigidas a promover la salud emocional del personal sanitario y optimizar su desempeño dentro del sistema de salud.

### **Viabilidad**

La investigación no presenta barrera alguna para la recolección de información ya que los profesionales de la salud son una población accesible y se contará con permisos previos a través de un consentimiento informado, haciendo uso debido del tiempo ya que se buscará y fijará un horario adecuado para el llenado de los formularios. El investigador y todas las personas involucradas en la realización del estudio poseen tanto los conocimientos teóricos como la experiencia práctica necesaria para llevar a cabo el proyecto de manera exitosa. Los recursos económicos de la investigación serán autofinanciados.

No existen conflictos éticos, ni vulneración de derechos de los participantes en el desarrollo del estudio ya que la información necesaria para la investigación se obtendrá voluntariamente a través del llenado de los formularios.

### **Limitaciones**

El estudio presenta algunas restricciones, dado que es un estudio transversal, lo que significa que no podemos establecer conexiones de causa y efecto. Además, se llevará a cabo en centros de atención primaria en salud con un grupo reducido de participantes, situación que restringe la generalización de los hallazgos a contextos poblacionales más amplios.

Aun con las limitaciones mencionadas, esta investigación resulta valiosa, ya que se encuentra entre los escasos estudios que abordan la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico en profesionales de la salud en el contexto regional. Proporciona información clave acerca de los patrones de consumo de alcohol, el estado de salud mental del personal sanitario y la interacción entre ambos factores.

## **. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Antecedentes**

#### **Internacionales**

En el año 2018, la investigación se desarrolló bajo un enfoque metodológico de tipo transversal en el Hospital Universitario Estatal de Nigeria que se centró en profesionales de la salud en áreas médicas y quirúrgicas. Su objetivo era entender el consumo de alcohol y su correlación con el bienestar psicológico para estos profesionales de la salud. Se evaluaron aspectos sociodemográficos, consumo de alcohol y bienestar psicológico utilizando cuestionarios específicos. Se entrevistaron a 256 participantes y se descubrió que un 5.9% tenía problemas con el consumo de alcohol, y un 17.2% experimentaba angustia psicológica. Se descubrió que la angustia psicológica estaba significativamente relacionada con el consumo perjudicial de alcohol.

(12)

En el 2019, se llevó a cabo una investigación transversal que involucró a los residentes de Traumatología y Ortopedia en España, donde se aplicó cuestionarios de evaluación de depresión y ansiedad a 31 residentes de dicha especialidad. El trabajo tuvo como objeto presentar la situación actual y los factores de riesgo relacionados con síntomas depresivos y síntomas de ansiedad en los médicos residentes especializados en Traumatología y Ortopedia. Dentro de los resultados obtenidos el 41.9% fumaba y el 41.9% consumía bebidas alcohólicas. En cuanto a los resultados de salud mental, se encontró que el 16.1% experimentaba una depresión leve, el 22.5% una depresión moderada, el 16.1% una depresión grave y el 6.4% una depresión muy grave. En cuanto a la ansiedad, el 38.7% la experimentaba en grado leve,

el 41.9% en grado moderado y el 3.2% en grado grave. Además, el 58% de los residentes presentaba tanto depresión como ansiedad. (16)

En el año 2019, se realizó una investigación de tipo transversal utilizando un cuestionario en línea dirigido a médicos generales y hospitalarios en París. El propósito consistía en describir y evaluar la frecuencia del consumo riesgoso de alcohol entre los médicos franceses. Se definió el consumo peligroso de alcohol como aquel que obtuviera un puntaje de  $\geq 8$  en la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT). El análisis de los datos se realizó en el año 2020. Un total de 515 médicos completaron la encuesta, compuestos por 108 médicos generales y 407 médicos hospitalarios. Un 10% de ellos consideró su estado de salud física como promedio o deficiente, mientras que un 8% manifestó lo mismo acerca de su salud mental. La tasa de consumo peligroso de alcohol se registró en un 12.6%. Se observó que aquellos que consumían sustancias ilegales y los médicos hospitalarios con contratos a término fijo mostraban una mayor tendencia a tener un consumo de alcohol riesgoso. Se concluye que se debería realizar un estudio nacional para determinar factores relacionados con el fin de tomar medidas preventivas. (13)

Un estudio transversal realizado en 2020, que abarcó el primer semestre de 2018, tuvo como propósito investigar los patrones de consumo de alcohol entre profesionales de la salud en Italia, empleando la herramienta AUDIT-C para la identificación de trastornos relacionados con el alcohol. En total, 639 profesionales de sanidad se hicieron presentes en el estudio. Dentro de los

resultados encontrados, se identificó que el 43,8% de ellos reportó una puntuación de 0 en la prueba AUDIT-C. Los bebedores se dividieron en "bajo riesgo" y "en alto riesgo", siendo respectivamente el 47,1% y el 9,1% de toda la muestra. Hubo diferencias significativas entre abstemios y bebedores, y entre bebedores de bajo riesgo y de alto riesgo. En el modelo de regresión logística multivariado, ser más joven, hombre y médico se asoció con el perfil de bebedores habituales de alcohol. En resumen, los resultados de este estudio confirmaron la suposición de que los profesionales de la salud presentan un patrón de consumo de alcohol considerado riesgoso. Es necesario llevar a cabo acciones de educación y prevención para reducir el consumo de alcohol en esta población. (15)

En 2021 se realizó un estudio observacional, de corte transversal y descriptivo, cuyo propósito fue determinar la prevalencia del consumo de alcohol y caracterizar los patrones de consumo en los proveedores de servicios de atención primaria en salud. Se llevó a cabo en Centros de APS del Sistema Nacional de Salud (SNHS) en médicos y enfermeras en Madrid que completaron un cuestionario en línea que exploró su consumo de alcohol, utilizando la herramienta de evaluación de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C). Entre los hallazgos, el porcentaje de consumo de alto riesgo, de acuerdo a los criterios fue del 32% (IC del 95%: 26,7 a 37,3), con una mayor frecuencia de ingesta en los profesionales de mayor edad. Los hallazgos del estudio indican que el consumo actual de alcohol entre los proveedores de atención primaria en salud en España, demuestra una tasa más alta de consumo de alcohol en comparación con la población en general. Se deben

implementar estrategias preventivas para mejorar la sensibilización y la capacitación de los profesionales de Atención Primaria en Salud respecto al consumo de alcohol. (14)

### **Latinoamérica**

En 2017, se realizó un estudio con un diseño transversal que se enfocó en examinar las características sociodemográficas y los hábitos de consumo en los profesionales de enfermería de dos centros hospitalarios en el área metropolitana de Medellín. El objetivo principal del estudio era proporcionar una descripción del riesgo de depresión, alcoholismo, consumo de tabaco y el uso de sustancias psicoactivas, así como las variables relacionadas con estos comportamientos. El estudio se realizó con 157 enfermeras y auxiliares de enfermería que desempeñan sus funciones en los departamentos de cirugía y urgencias. El estudio reveló que el 9.5% del personal de enfermería presentaba un riesgo potencial de depresión. Además, se identificó que el 67.5% de los profesionales había consumido alguna vez sustancias psicoactivas, con el alcohol ocupando el primer lugar (65%), seguido por el consumo de marihuana, alucinógenos, sedantes y benzodiazepinas sin prescripción médica. (17)

López-Paredes y Gutiérrez (2020) aplicaron la escala de Ryff y el AUDIT en 147 trabajadores del sistema de salud en Ecuador. Los resultados mostraron una correlación negativa significativa entre el puntaje total de bienestar psicológico y el nivel de consumo de alcohol ( $r = -0.46$ ;  $p < 0.001$ ). Las dimensiones de autonomía y crecimiento personal fueron las más afectadas en quienes reportaban consumo habitual. (22)

En 2020, se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo-correlacional con el objetivo de investigar la relación entre los síntomas depresivos y los niveles de consumo de alcohol en el personal de salud de la ciudad de Tabasco, México.

Esta investigación incluyó a 119 participantes, conformados por diversas áreas (enfermería, medicina, nutrición, psicología y trabajo social) de salud en Villahermosa, Tabasco. Los resultados del estudio revelaron que el 56.3% de la muestra estaba compuesta por personal de Enfermería, seguido por un 22.7% de personal de Medicina, y un 25.2% de personal no asistencial. El 73.1% de los participantes reportó dificultades para dormir. Respecto a la prevalencia del consumo de alcohol, se encontró que el 74.8% de los individuos había ingerido alcohol alguna vez en su vida, el 57.1% en el último año, el 34.5% en el último mes y el 12.6% en la semana última. En cuanto al tipo de consumo, el 66.4% tuvo un moderado consumo, mientras que el 21.0% mostró un perjudicial consumo. Además, el 62.2% de los participantes reportaron niveles elevados de depresión. Se identificó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las dos variables investigadas en el estudio. ( $p = .005$ ,  $r_s = .461$ ) (21)

En 2022, un estudio realizado en Colombia se centró en explorar la relación entre varias variables sociodemográficas y clínicas, el consumo de alcohol y tabaco, el temor al COVID-19, y la presencia de depresión, ansiedad y agotamiento laboral en médicos y personal de enfermería durante la pandemia. A través de un diseño transversal analítico, se utilizaron

herramientas como el GAD-7, PHQ-9, BSI, FCV-19S y un cuestionario estructurado para recolectar datos sobre los hábitos de consumo y las características sociodemográficas de los participantes. El propósito fue analizar cómo estas variables se relacionaban con los síntomas psicológicos y el desgaste profesional. En total, participaron 597 personas, con una edad media de 34 años (RIC: 28 a 41 años); el 20% eran hombres y el 80% mujeres. Los resultados revelaron que el 12,4% presentó síntomas depresivos, el 22,3% mostró signos de ansiedad y el 2,8% manifestó agotamiento laboral. Entre las variables asociadas a la aparición de síntomas depresivos se encuentran el miedo al COVID-19, el consumo de tabaco, tener 28 años o menos y pertenecer a un nivel socioeconómico medio. En cuanto al agotamiento profesional, este se asocia con ingresos superiores a dos salarios mínimos, la presencia de enfermedades adicionales y el incremento de la carga horaria durante la pandemia. (18)

En el año 2022, se llevó a cabo una investigación en México, en el Hospital Ángeles Pedregal, relacionada con la pandemia del coronavirus. En este contexto, se investigó la incidencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol, agotamiento y riesgo de suicidio entre los trabajadores en dicha institución. Se realizó un estudio longitudinal, observacional, anónimo y voluntario que incluyó a médicos, residentes, estudiantes de medicina, enfermeras, así como a personal administrativo y de limpieza. Se evaluaron 190 individuos y durante los meses de abril a junio, se utilizaron la escala de ansiedad y depresión de Beck, junto con los cuestionarios de Maslach, CAGE y Plutchick. Aquellos que solicitaron tratamiento recibieron la atención

correspondiente. El 26,3% de los participantes eran hombres, el 73,6% mujeres, y el 40% formaba parte del personal administrativo. el 28,9% al área de enfermería y el 18,9% eran médicos en formación; el 11,5% presentó depresión, el 11,0% mostró trastornos de ansiedad, y se reportaron riesgos suicidas del 11% en abril y del 3% en junio. No se registraron casos de agotamiento. El uso nocivo de alcohol se reportó en el 2% de los participantes. Un número significativo mostró síntomas de depresión y riesgo suicida, los cuales fueron detectados y atendidos oportunamente, logrando finalmente su resolución. El estudio resalta la necesidad de establecer protocolos de atención emocional efectiva dentro de las instituciones. (20)

En 2023 se publicó un estudio en México que tuvo como finalidad examinar cómo se interrelacionan la satisfacción laboral, la inteligencia emocional y los patrones de consumo de alcohol en los profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel. El 75% de los participantes correspondía a mujeres con formación universitaria, y más del 45% indicó haber consumido alcohol durante la última semana. Los hallazgos sugieren una correlación positiva significativa entre la inteligencia emocional y la satisfacción laboral ( $r_s = .236$ ,  $p < .001$ ), mientras que la satisfacción laboral presenta una correlación negativa significativa con el consumo de alcohol ( $r_s = -.195$ ,  $p < .05$ ). (19)

Melgarejo-Vásquez, Trujillo-Osorio y Arévalo-Ramírez (2024) realizaron un estudio transversal en un hospital público de México, con 124 médicos residentes. Se aplicaron la Escala de Ansiedad de Goldberg y el cuestionario AUDIT. Se encontró que el 41.1% de los participantes presentaba un consumo

perjudicial o peligroso de alcohol. Aquellos con alta sintomatología emocional tuvieron una odds ratio (OR) de 2.83 (IC 95%: 1.41–5.67;  $p < 0.01$ ) para consumo de riesgo. Aunque no se utilizó directamente la escala de Ryff, los autores destacaron la importancia de fortalecer el bienestar subjetivo como medida preventiva. (9)

### **Nacionales**

Se realizó una investigación de diseño descriptivo y transversal en el Hospital Naylamp-Chiclayo durante el 2017, se contó con 238 profesionales de salud., con el propósito de identificar los elementos vinculados a los patrones de vida poco saludables en el personal de salud que labora en dicho hospital. Se empleó un cuestionario adaptado para evaluar las creencias y prácticas relacionadas con el estilo de vida, donde se abordó aspectos sociodemográficos, el estado nutricional y prácticas saludables que engloban la actividad física, los patrones dietéticos y el consumo de tabaco y alcohol. Las respuestas recopiladas se categorizaron en dos grupos: aquellas consideradas saludables y aquellas que se consideraron no saludables. Entre los hallazgos del estudio, se destacó que el 40% de los participantes reportaron un consumo habitual de alcohol, y un 44.6% presentaba sobrepeso u obesidad. Se destacaron las prácticas alimenticias poco saludables, con un 52,1 %, así como el hábito de fumar (ya sea activo o pasivo), que afectaba al 58,7 % de los participantes. (23)

## **Locales**

En el 2012, se realizó una investigación de tipo transversal que incluyó un muestreo aleatorio por conveniencia. Se reclutaron 150 trabajadores de atención primaria de la salud donde se involucró a médicos, obstetras y enfermeras de 3 centros de salud del primer nivel. Los participantes completaron el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) como parte del proceso de evaluación. Los resultados revelaron que, en los tres centros de salud estudiados, había un alto porcentaje de personas que consumían alcohol en un nivel de riesgo elevado, que oscilaba entre el 40% y el 46%. Se observó que aproximadamente el 50% de las personas con un alto riesgo de consumo de alcohol eran hombres, siendo la mayoría de ellos adultos de entre 31 y 40 años, lo que representaba el 56.3% de este grupo. El estudio señala que el elevado riesgo de consumo de alcohol podría representar un problema de salud laboral que aún no ha sido suficientemente abordado, lo que sugiere la necesidad de explorarlo más a fondo en futuras investigaciones. (24)

## **1.2. Bases teóricas**

### **Alcoholismo**

La OMS lo define como cualquier daño en el funcionar mental, físico o social de un individuo, cuyo origen sugiere de manera razonable que el alcohol es un factor clave en el desarrollo de dicho trastorno. (25)

Lo podemos definir también como un trastorno crónico que provoca en un individuo un anhelo por ingerir bebidas con alcohol, sin poder dominar esa necesidad. Una persona que padece esta condición también requiere

cantidades más elevadas para lograr el mismo efecto y presenta signos de síndrome de

abstinencia al dejar de consumir alcohol. El consumir excesivamente alcohol afecta tanto la salud mental como a la física, provocando problemas en las relaciones familiares, de amistad y en el entorno laboral. La ingesta regular de alcohol eleva significativamente el riesgo de aparición de varios tipos de cáncer. Esta afección también se conoce como adicción al alcohol. (26)

Existen grados de alcoholismo y son los siguientes:

El contenido de alcohol en la sangre es el indicador utilizado para evaluar, desde el punto de vista legal, si una persona se encuentra en estado de ebriedad. En Estados Unidos, el límite legal permitido para el alcohol en la sangre es de 0,08. A continuación, se presenta un listado de los niveles de alcohol en la sangre junto con sus posibles manifestaciones:

0. 05: reducción de inhibiciones

0. 10: problemas de articulación de palabras

0. 20: sensación de euforia y pérdida de coordinación

0. 30: estado de confusión

0. 40 o más: estupor, coma, paro respiratorio y la muerte. (27)

Respecto a la evaluación diagnóstica, un especialista en salud mental tiene la capacidad de llevar a cabo una valoración del uso de alcohol, se dedica a identificar y tratar afecciones relacionadas con la salud psicológica. (27)

Existen diversas modalidades de valoración del uso de alcohol. No obstante, todas incluyen interrogantes sobre sus patrones de consumo de alcohol y

cómo estos pueden influir en su vida. Las evaluaciones más frecuentes sobre el uso de alcohol son:

-Cuestionario AUDIT: Herramienta utilizada para identificar trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

-AUDIT-C: Versión abreviada del Cuestionario AUDIT, diseñada para realizar una evaluación más rápida del consumo de alcohol.

-Cuestionario CAGE (28)

### **Trastorno por consumo de alcohol**

El trastorno por uso de alcohol se clasifica como una condición de salud en los sistemas de diagnóstico médico que requiere atención médica que se caracteriza por la incapacidad de frenar o manejar el consumo de bebidas alcohólicas, incluso ante efectos negativos en lo social, laboral o en la salud. Incluye situaciones que algunas personas describen como abuso de alcohol, dependencia, adicción y la expresión común de alcoholismo. Este trastorno puede presentarse en formas leves, moderadas o severas. El uso excesivo de alcohol genera alteraciones cerebrales, lo que favorece la persistencia del trastorno y hace que los individuos sean más propensos a recaer. (29)

La guía "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales es una guía que recopila el trabajo de muchos investigadores que se encargaron de enlazar los criterios diagnósticos de afecciones de diversas patologías y trastornos mentales en adultos y niños, entre ellas los criterios diagnósticos asociados al trastorno por consumo de alcohol, esto señala que basta con satisfacer 2 de los 11 criterios diagnósticos para obtener el diagnóstico de

trastorno por consumo de alcohol. Los 11 criterios diagnósticos pueden encontrarse en el anexo. (30)

### **Bienestar psicológico**

El bienestar psicológico ha sido abordado desde diversas perspectivas teóricas, todas coincidiendo en que no se trata simplemente de la ausencia de enfermedad mental, sino de un funcionamiento óptimo del individuo en su entorno personal y social. A lo largo del tiempo, varios autores han contribuido con modelos y enfoques que permiten comprender este constructo de manera integral.

Desde una visión eudaimónica, Carol Ryff (1989) propuso un modelo multidimensional del bienestar psicológico que pone énfasis en el desarrollo del potencial humano. Su propuesta considera seis dimensiones clave: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito vital y crecimiento personal. Este enfoque ha sido ampliamente validado y es especialmente útil en contextos de salud, ya que permite identificar áreas específicas de vulnerabilidad o fortaleza en los profesionales del sector.

Antes que Ryff, Marie Jahoda (1958) ya había esbozado una visión integral de la salud mental positiva. Para ella, la salud mental no solo se define por la falta de síntomas patológicos, sino también por la presencia de cualidades como la autonomía, la percepción realista del entorno, la integración social y la autorrealización. Estos criterios sentaron las bases para los enfoques posteriores centrados en el bienestar psicológico.

Corey Keyes (2002), por su parte, introdujo el concepto de "floreCIMIENTO humano" (flourishing), que amplía la noción de bienestar al integrar elementos emocionales, psicológicos y sociales. Según Keyes, una persona florece cuando experimenta emociones positivas, se desarrolla personalmente y mantiene relaciones sociales constructivas. Su aporte también incluye el concepto de languidecimiento, el cual describe estados de bajo bienestar sin que exista necesariamente un trastorno clínico.

En otro enfoque, Ed Diener y sus colegas (1999) desarrollaron el modelo de bienestar subjetivo, que se centra en cómo las personas valoran sus vidas a partir de tres componentes: la satisfacción vital, las emociones positivas y las emociones negativas. Este marco conceptual se relaciona más con una perspectiva hedonista, pero complementa la visión de Ryff al ofrecer herramientas para medir la experiencia emocional del individuo.

Por último, Martin Seligman (2011), en el contexto de la psicología positiva, propuso el modelo PERMA, que identifica cinco componentes esenciales del bienestar: emociones positivas, compromiso, relaciones interpersonales positivas, sentido de vida y logros. Aunque su enfoque es práctico y orientado a la intervención, comparte puntos en común con el modelo de Ryff, especialmente en lo que respecta a la búsqueda de sentido y el desarrollo personal.

Cada uno de estos modelos aporta elementos valiosos para la comprensión del bienestar psicológico. Su aplicación conjunta permite un abordaje más holístico y contextualizado, especialmente relevante en profesiones exigentes

como la del personal de salud, donde el equilibrio emocional y la satisfacción vital son fundamentales para el desempeño y la calidad de vida.

**Dimensiones del modelo de Ryff:**

**Autoaceptación:** Se refiere a la capacidad de reconocer y valorar las propias características, aceptando tanto los aspectos positivos como las limitaciones personales. En trabajadores de salud, esto se manifiesta cuando enfrentan errores o desafíos laborales sin deteriorar su autoconcepto.

**Relaciones positivas con los demás:** Esta dimensión alude a la habilidad para establecer y mantener vínculos saludables, basados en la empatía, la confianza y la reciprocidad. En el ámbito sanitario, se refleja en relaciones colaborativas con colegas y pacientes.

**Autonomía:** Implica actuar de acuerdo con las propias convicciones, tomando decisiones de manera independiente. En profesionales de salud, se observa en la capacidad de ejercer su criterio clínico sin ceder ante presiones externas.

**Dominio del entorno:** Hace referencia a la habilidad para gestionar de forma eficaz las circunstancias del entorno y utilizar los recursos disponibles. Se manifiesta cuando un trabajador de salud organiza su tiempo y tareas de forma eficiente, incluso en situaciones de alta demanda.

**Propósito en la vida:** Consiste en tener metas claras y un sentido de dirección, lo cual otorga significado a la experiencia vital. En contextos sanitarios, se refleja en el compromiso con el bienestar de los pacientes y la comunidad.

**Crecimiento personal:** Representa la disposición constante al aprendizaje, la superación y la expansión de las capacidades individuales. En el caso del personal de salud, se evidencia en la búsqueda continua de actualización y desarrollo profesional.

### **Test de AUDIT**

El test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), conocido en español como "Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol". La Organización Mundial de la Salud propuso este cuestionario como una forma precisa de evaluar el riesgo del consumo de alcohol, teniendo en cuenta factores como el género, la edad y las diversas influencias culturales

El instrumento está compuesto por diez ítems que abordan distintos aspectos, incluyendo el consumo reciente de alcohol, manifestaciones asociadas a la dependencia y otros factores vinculados al uso de esta sustancia. Este cuestionario tiene un alcance internacional y tiene la capacidad de detectar tanto el consumo riesgoso como el perjudicial de alcohol, además de señalar posibles signos de dependencia. El AUDIT, desarrollado por la OMS, es ampliamente reconocido por su alta validez clínica como instrumento de tamizaje del consumo problemático de alcohol. Se ha reportado una sensibilidad del 92 % y una especificidad del 94 % en poblaciones generales, lo que lo convierte en una herramienta eficaz para identificar casos de consumo riesgoso o dependencia de forma temprana. En estudios latinoamericanos también se ha confirmado su adecuación cultural y aplicabilidad (por ejemplo, Córdoba et al., 2011). En cuanto a confiabilidad, este instrumento ha mostrado coeficientes de alfa de Cronbach en el rango de 0.80 a 0.90, lo que respalda su consistencia interna.

Es caracterizado por su brevedad, rapidez y adaptabilidad, poniendo un énfasis particular en evaluar el consumo más reciente de alcohol. (31)

Por otro lado, de acuerdo a la puntuación se dividen en zonas de riesgo del I al IV, este cuadro esta detallado en los anexos del estudio. (31)

### **Instrumento de evaluación del bienestar psicológico de Ryff**

La escala de evaluación desarrollada por Carol Ryff está diseñada para medir el bienestar psicológico desde un enfoque orientado al desarrollo personal. Fue elaborada inicialmente en 1989 y ha sido aplicada y validada en múltiples países y grupos sociales.

Este instrumento evalúa seis áreas clave del bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones interpersonales positivas, autonomía, control del entorno, sentido de vida y crecimiento personal. Está disponible en diferentes versiones que varían en longitud:

→La versión completa contiene 84 enunciados, distribuidos equitativamente entre las seis dimensiones.

→Existen versiones intermedias de 54 y 29 ítems.

→También se cuenta con una versión breve de 18 ítems, útil en contextos donde el tiempo de evaluación es limitado.

Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert, generalmente de seis o siete niveles, que van desde un grado de desacuerdo total hasta un acuerdo completo. Algunos enunciados están redactados en sentido negativo, por lo que requieren inversión al momento del análisis.

Aunque no cuenta con datos de sensibilidad y especificidad al ser una escala de constructo, ha sido ampliamente validada mediante análisis factoriales y su confiabilidad ha sido bien respaldada.

Las investigaciones que han utilizado esta escala han reportado una alta consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0.70 y 0.90, según la dimensión evaluada y demostrando su validez de constructo. Asimismo, se ha comprobado su validez a través de correlaciones con variables como autoestima, satisfacción con la vida, salud mental general y bienestar subjetivo.

En cuanto a su aplicación, la escala puede ser autoaplicada de forma individual o grupal, y requiere entre 10 y 20 minutos, dependiendo de la versión. Su uso ha sido ampliamente respaldado en estudios realizados en América Latina, incluidos algunos en el contexto peruano, lo que demuestra su utilidad en investigaciones relacionadas con el personal de salud.

La aplicación y la interpretación de esta escala se definirá como un apartado en los anexos.

### **2.3. Definición de términos básicos**

**Trastorno por consumo de alcohol:** Conjunto de síntomas, tanto de carácter conductual como físico, que incluye abstinencia, tolerancia y el fuerte deseo de consumir. (26)

**Bienestar psicológico:** Se refiere al estado en el que una persona experimenta un funcionamiento mental saludable, caracterizado por una percepción positiva de sí misma, relaciones interpersonales satisfactorias, sentido de propósito, autonomía, y una capacidad constante para crecer y adaptarse a su entorno. Este concepto va más allá de la simple ausencia de trastornos mentales, ya que implica el desarrollo pleno del potencial humano y la capacidad de afrontar los desafíos de la vida con equilibrio emocional y sentido personal. (32)

**Personal de salud:** Las personas que ejercen funciones relacionadas con la provisión de servicios, tanto en calidad de profesionales autónomos como en condición de empleados dentro de instituciones y programas del sector salud, independientemente de su formación profesional y sin importar si están o no regulados por el gobierno. (33)

**Escala de medición:** Se trata de un procedimiento que involucra la evaluación cuantitativa de dos o más elementos. En consecuencia, esta herramienta emplea tanto símbolos como cifras para detectar la frecuencia con la que un patrón específico aparece en el grupo de elementos bajo análisis. (34)

**Trabajadores de la salud:** Son un conjunto de personas que brindan servicios de salud, ya sea como empleados de instituciones o programas de salud, o como practicantes individuales. Se divide también como personal asistencial y no asistencial donde este se subdivide en personal administrativo y logístico. (35)

**Test de AUDIT:** El cuestionario AUDIT está compuesto por diez ítems diseñados para identificar patrones de consumo de alcohol considerados peligrosos o perjudiciales. Cada ítem se califica con una puntuación de 0 a 4, a excepción de las preguntas 9 y 10, cuyas opciones de respuesta se valoran con 0, 2 o 4 puntos. La total puntuación del instrumento puede oscilar entre 0 y 40. (31)

**Instrumento de medición del bienestar psicológico:** Se trata de un instrumento de evaluación psicológica creado con el propósito de valorar el bienestar personal desde un enfoque eudaimónico, el cual prioriza el

crecimiento y desarrollo integral del individuo por encima de la búsqueda inmediata de placer. Esta escala fue elaborada por Carol D. Ryff en el año 1989 y, desde entonces, ha sido ampliamente empleada en estudios científicos a nivel internacional. (32)

## **CAPITULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1. Formulación de la hipótesis:**

H1: Existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y el nivel de bienestar psicológico en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025.

H0: No existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y el nivel de bienestar psicológico en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025.

### **2.2. Variables y su operacionalización**

Variable dependiente:

- Bienestar psicológico

Variables independientes:

- Consumo de alcohol
- Edad
- Género
- Profesión
- Estado Civil
- Número de hijos
- Tipo de práctica profesional
- Tiempo de labor en Centro de Salud
- Comorbilidades
- Labora en otro Centro de salud

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Edad	Período que va desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Cualitativa	Edad en años	Nominal	Joven / Adulto	Instrumento de recolección de datos
Género	Define lo que se considera adecuado, aceptable y valioso para una mujer o un hombre dentro de un contexto específico.	Cualitativa	Género	Nominal	Femenino/ Masculino	
Profesión	Forma de ocupación que una persona desempeña de manera continua en beneficio de otros, enmarcada dentro de un contexto cultural determinado..	Cualitativa	Profesión	Nominal	Médico / Lic en Enfermería / Obstetra / Otros	
Estado civil	Estado civil o forma de convivencia oficialmente	Cualitativa	Estado Civil	Nominal	Soltero/ Conviviente/ Casado/ Divorciado/ Viudo	

	reconocida por las autoridades en el momento en que se recopila la información.					
Tiempo ejerciendo la profesión (en años)	Se refiere al período durante el cual una persona ha trabajado de forma continua en una institución o empresa específica.	Cualitativa	Tiempo ejerciendo la profesión	Nominal	6m-1a/ 1a-5a/ 5a-10a/ +10 <sup>a</sup>	
Labora en otro centro de salud	Condición que indica si el trabajador de una empresa determinada también trabaja en otra empresa	Cualitativa	Labora en otro centro de salud	Nominal	Si/ No	
Tipo de práctica profesional	Referido a un grupo de características que clasifican a los trabajadores dentro de un establecimiento laboral	Cualitativa	Tipo de práctica profesional:	Nominal	Asistencial/Administrativo/Servicio	
Comorbilidades	Referido al grupo de enfermedades que puede padecer una persona por condiciones	Cualitativa	Comorbilidades	Nominal	Si / No	

	genéticas o consecuente a su estilo de vida					
Número de hijos	Determina la cantidad de hijos que tiene una persona en un momento determinado	Cualitativa	Número de hijos	Nominal	Ninguno/ 1/ 2/ +3	
Test de AUDIT	Herramienta de detección de problemas asociados con el consumo de alcohol que evalúa el riesgo de abuso o dependencia en tres áreas: consumo, dependencia y las consecuencias derivadas del consumo.	Cualitativo	Puntuación del AUDIT	Ordinal	Consumo de bajo riesgo / Consumo de riesgo/ Consumo perjudicial/ Probable dependencia	Instrumento de recolección de datos.
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	Herramienta de evaluación empleada para medir el estado de funcionamiento	Cualitativo	Puntuación	Ordinal	-Alto bienestar -Moderado bienestar -Bajo bienestar	Instrumento de recolección de datos

	mental positivo que refleja la autoaceptación, el sentido de propósito, la autonomía, el desarrollo personal, las relaciones satisfactorias y la capacidad para manejar el entorno					
--	--	--	--	--	--	--

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño metodológico**

El enfoque del estudio será de tipo cuantitativo, dado que se utilizarán métodos estadísticos para el tratamiento y análisis de los datos recopilados.

El diseño de investigación adoptará un enfoque observacional, dado que las variables serán examinadas en su entorno natural, sin que el investigador intervenga de forma directa en su desarrollo; además, será de tipo analítico, puesto que se busca establecer una posible relación entre dos variables; y finalmente, tendrá un enfoque transversal, ya que la recolección y el análisis de los datos se llevarán a cabo en un solo período de tiempo, sin realizar un seguimiento a lo largo del tiempo.

### **3.2. Población del estudio:**

La población del estudio estará conformado por los trabajadores de salud correspondiente a las áreas del personal asistencial, personal de servicio y personal administrativo de 4 centros de salud de la ciudad de Iquitos, siendo el Centro de Salud de Bellavista Nanay correspondiente al distrito de Punchana, el Centro de Salud 6 de Octubre correspondiente al distrito de Belén, el Centro de Salud Moronacocha correspondiente al distrito de Iquitos y el Centro de Salud San Juan de Miraflores correspondiente al distrito de San Juan.

IPRESS	Médicos	Enfermero(a)	Tec. Enfermería	Obstetras	Administrativo	Servicio de limpieza	Total
C.S. Moronaco cha	14	24	68	10	8	6	130
C.S. San Juan	17	29	80	20	10	11	167
C.S. Bellavista Nanay	13	19	59	13	7	11	122
C.S. 6 de octubre	8	10	38	3	5	4	68
Total	52	82	245	46	30	32	487

### 3.3. Diseño muestral:

El tamaño muestral fue determinado considerando un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Donde:

Z: Coeficiente de confianza, el cual varía según el nivel de confianza establecido.

P: Proporción de elementos en la población que presentan el atributo de interés.

N: Número total de elementos que conforman la población

E: error absoluto.

• Se conoce N:

$$n = \frac{Z^2 * P * (1 - P) * N}{(N - 1) E^2 + Z^2 * P * (1 - P)}$$

Efectuando la fórmula para la obtención de la muestra:

**Donde:**

→ N: 487

→ Z: 1,96

→ p:0,5

→ q:  $1 - 0,5 = 0,5$

→ E: 5% = 0,05

$$N = \frac{Z^2 \times p \times (1-p) \times N}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \times p \times (1-p)}$$
$$\frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 487}{(487-1) \times (0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$
$$\frac{3,8416 \times 0,25 \times 487}{486 \times 0,0025 + 3,8416 \times 0,0025}$$
$$\frac{467,7148}{2,1754}$$
$$215,0017$$
$$215$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra será de 215 trabajadores de salud.

### → Distribución proporcional de la muestra

Posteriormente, se realizó una **distribución proporcional** de la muestra en función al número de trabajadores en cada establecimiento de salud, aplicando la siguiente fórmula:

$$n_i = (N_i \cdot n) / N$$

Donde:

- $n_i$  = número de participantes de la muestra en cada centro de salud
- $N_i$  = población de cada centro de salud

- N = población total (487)
- n = tamaño de la muestra total (215)

Aplicando la fórmula:

- C.S San Juan:  $(167/487) \times 215 = 74$
- C.S Moronacocha:  $(130/487) \times 215 = 57$
- C.S Bellavista Nanay:  $(122/487) \times 215 = 54$
- C.S 6 de Octubre:  $(68/487) \times 215 = 30$

De esta forma, la muestra quedó distribuida en 74 participantes en el C.S San Juan, 57 en el C.S Moronacocha, 54 en el C.S Bellavista Nanay y 30 en el C.S 6 de Octubre.

→ **Procedimiento de selección dentro de cada establecimiento**

Una vez determinada la cantidad de participantes por establecimiento, se empleó un muestreo aleatorio simple para seleccionar a los sujetos dentro de cada posta. Para ello, se procedió de la siguiente manera:

- 1- Con el registro de trabajadores de salud obtenida previamente se elaboró un listado completo de trabajadores de cada establecimiento de salud, asignando un número correlativo a cada uno.
- 2- En Microsoft Excel se utilizó la función =ALEATORIO() para generar un número aleatorio para cada trabajador.
- 3- Posteriormente, se ordenaron los registros de menor a mayor según el número aleatorio obtenido.

- 4- Finalmente, se seleccionaron los primeros 74, 57, 54 y 30 trabajadores de cada posta respectivamente, completando así la muestra de 215 sujetos.
- 5- En caso de no obtener la participación de dicho participante seleccionado, se elaboró una lista de participantes suplentes también obtenidos de la misma forma, de manera que se pueda llegar a la meta del número previo seleccionado por cada centro de salud.

Este procedimiento garantizó la aleatoriedad y representatividad de la muestra en relación con la población total, reduciendo el riesgo de sesgos en la selección de los participantes.

**Criterios de inclusión y exclusión:**

<p><b>Inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Participante mayor de 18 años.</li> <li>● Participantes que acepten ser parte del estudio.</li> <li>● Personal de salud que se encuentre laborando en el centro de salud al menos 1 año.</li> </ul>	<p><b>Exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Participantes con alteración del estado mental</li> <li>● Personal de salud que no se encuentre laborando en el centro de salud durante el estudio (últimos 30 días)</li> </ul>
---	---

**3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El estudiante que realiza la tesis solicitará permiso a la GERESA para llevar a cabo su investigación. En el proceso, presentará el protocolo de investigación y la autorización otorgada por el comité de ética de la UNAP.

Una vez obtenida la autorización correspondiente, se indagará sobre la cantidad de trabajadores que conforman la masa laboral de cada establecimiento que forma parte del estudio, la información de campo será recopilada con la asistencia de 2 test, el Test de AUDIT que evaluará el consumo de alcohol y consta de 10 preguntas de alternativa múltiple y la Escala de Bienestar Psicológico de Riff que consta de 29 preguntas que evaluará el bienestar psicológico según las dimensiones dadas y una ficha sociodemográfica:

- Inicialmente, se buscará al participante en un horario de menor carga laboral durante su turno o en su defecto al término de su turno laboral, se le explicará al participante sobre el estudio y se solicitará su consentimiento informado. De igual manera, se proporcionará una ficha sociodemográfica con el fin de recolectar los datos requeridos para el desarrollo del estudio
- Como punto siguiente se evaluará el consumo de alcohol utilizando el Test de AUDIT como herramienta de evaluación.

Este cuestionario consiste en diez preguntas que exploran el consumo de alcohol, los síntomas asociados a la dependencia y otros aspectos relacionados con el uso de esta sustancia. La respuesta se calificará con una puntuación de "0-4" según la opción marcada por el participante.

- Para finalizar se evaluará el bienestar psicológico utilizando la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff como herramienta de medición.

Esta escala comprende un conjunto de 29 ítems distribuidos en seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con los demás,

autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Cada ítem será respondido en una escala tipo Likert de seis niveles, que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, asignándose un puntaje de acuerdo con la opción seleccionada por el participante.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

La información recopilada La información recopilada fue organizada, codificada y procesada en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25.0. Para la presentación de los datos se empleó estadística descriptiva e inferencial, de acuerdo con la naturaleza de las variables y los objetivos planteados.

Las variables sociodemográficas y clínicas categóricas fueron analizadas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas continuas, como los puntajes totales de bienestar psicológico (Ryff) y de consumo de alcohol (AUDIT), fueron descritas a través de medias, desviación estándar, valores mínimos y máximos.

Previo a la aplicación de pruebas paramétricas o no paramétricas, se evaluó la normalidad de las variables cuantitativas mediante las pruebas de Kolmogorov–Smirnov y Shapiro–Wilk. Dado que las variables centrales del estudio como el nivel de consumo de alcohol (evaluado mediante el cuestionario AUDIT), las dimensiones del bienestar psicológico (según la Escala de Ryff) y las características sociodemográficas presentan una naturaleza ordinal y categórica, se optó por aplicar pruebas estadísticas no paramétricas

Respecto al objetivo específico 1, que consistió en establecer el nivel de consumo de alcohol en los trabajadores de salud, los resultados del AUDIT fueron categorizados en zonas de riesgo (no riesgoso, consumo de riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia) y se presentaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el objetivo específico 2, enfocado en determinar el nivel de bienestar psicológico, se utilizó la Escala de Ryff categorizada y los resultados fueron descritos a través de frecuencias y porcentajes, mostrando la distribución de los participantes según el nivel obtenido.

En el objetivo específico 3, orientado a analizar la relación entre el consumo de alcohol y las dimensiones del bienestar psicológico de los trabajadores de salud, se elaboraron tablas cruzadas entre el nivel de consumo de alcohol (evaluado mediante el cuestionario AUDIT) y cada una de las seis dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal.

Para el análisis, cada dimensión del bienestar psicológico fue categorizada en tres niveles (bajo, medio y alto), mientras que el consumo de alcohol se clasificó en consumo de bajo riesgo, de riesgo, perjudicial y probable dependencia.

Con el propósito de determinar la existencia de asociación entre las variables categorizadas, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, considerando un nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

Además, se calcularon las razones de prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%), a fin de estimar la fuerza y dirección de la asociación entre las categorías de consumo de alcohol y los niveles de bienestar psicológico en cada dimensión.

Finalmente, en el objetivo específico 4 , destinado a evaluar la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y las variables sociodemográficas , se elaboraron tablas cruzadas considerando como variable dependiente el nivel de consumo de alcohol (evaluado mediante el cuestionario AUDIT ) y como variables independientes las siguientes características sociodemográficas: sexo, estado civil, profesión, número de hijos, tipo de práctica profesional, tiempo ejerciendo la profesión, presencia de comorbilidades, labor en otro centro de salud y grupo etario .

Para determinar la existencia de asociación entre las variables categorizadas, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, estableciendo un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

Además, se calcularon las razones de prevalencia (RP) junto con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%), con el fin de estimar la magnitud de la asociación entre las categorías del consumo de alcohol y las distintas variables sociodemográficas.

### **3.6. Aspectos éticos**

El protocolo de investigación será sometido a evaluación por parte del comité de ética e investigación del HRL y la UNAP. Antes de iniciar el estudio, se obtendrá el consentimiento informado de los profesionales de la salud que participen en él. El propósito de la investigación es describir los patrones de

consumo de alcohol y el nivel del bienestar psicológico en el personal de salud de primer nivel de atención en la ciudad de Iquitos. Se asegurará la confidencialidad de los datos en todo momento. El estudio se llevará a cabo conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (2013). Los datos recolectados serán anónimos, asignándose a cada participante un código único para su identificación, y únicamente el investigador principal tendrá acceso a la información que permita identificar a los participantes.

### **3.7. Consideraciones durante la recolección de datos**

Durante el proceso de recolección de datos, se contó con la participación de 215 trabajadores de salud, quienes fueron informados previamente sobre los objetivos, alcances y confidencialidad del estudio. Una vez otorgado su consentimiento para participar, complete los instrumentos correspondientes de manera voluntaria.

Cabe precisar que un grupo de 47 participantes optó por no consignar información de identificación personal (como nombres o correos electrónicos), limitándose únicamente a responder los cuestionarios aplicados. Esta decisión respondió a su preferencia de mantener el anonimato, condición que fue respetada por la investigadora como una estrategia para fomentar la confianza y asegurar su participación.

La aceptación de estas condiciones permitió obtener información honesta y completa, garantizando al mismo tiempo la confidencialidad y el resguardo de los datos personales de los participantes.

## **CAPITULO IV: RESULTADOS**

A continuación, se exponen los hallazgos obtenidos tras la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los 215 trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, durante el año 2025. Los resultados se presentan de manera ordenada, iniciando con las características sociodemográficas de la población de estudio, para luego dar respuesta a cada uno de los objetivos tanto el general como los específicos planteados en la investigación. De esta forma, se describen inicialmente las variables relacionadas con el consumo de alcohol (AUDIT) y el bienestar psicológico (Ryff), seguidas de los análisis correlacionales y de asociación con las variables sociodemográficas.

En relación con las características sociodemográficas de los trabajadores de salud evaluados, se identificaron variables como sexo, edad, estado civil, profesión, número de hijos, tipo de práctica profesional, presencia de comorbilidades y si laboraban en otro centro de salud. En la Tabla 2 se muestran las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada una de estas variables, con el fin de describir el perfil general de la población de estudio.

**Tabla 2. Características sociodemográficas de los trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025 (n = 215)**

<b>Características sociodemográficas</b>			
<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Edad</b>	Jóven (18-35)	126	58.6
	Adulto (36 a +)	89	41.4
<b>Sexo</b>	Femenino	114	53.0
	Masculino	101	47.0
<b>Estado civil</b>	Soltero(a)	54	25.1
	Casado(a)	60	27.9
	Conviviente	44	20.5
	Divorciado(a)	57	26.5
<b>Profesión</b>	Enfermero(a)	34	15.8
	Médico	24	11.2
	Técnico(a)	88	40.9
	Obstetra	28	13.0
	Otro	41	19.1
<b>Número de hijos</b>	Ninguno	48	22.3
	1 hijo	60	27.9
	2 hijos	58	27.0
	3 a más	49	22.8
<b>Tipo de práctica profesional</b>	Administrativo	50	23.3
	Asistencial	112	52.1
	Servicio	53	24.7
<b>Comorbilidades</b>	No	150	69.7
	Sí	65	30.3
<b>Tiempo ejerciendo la profesión</b>	6 meses – 1 año	69	32.1
	1 año – 5 años	47	21.9
	5 años – 10 años	51	23.7
	+10 años	48	22.3
<b>Labora en otro centro de salud</b>	No	75	34.8
	Sí	140	65.2

En la Tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de los 215 trabajadores de salud del primer nivel de atención incluidos en el estudio. Se observó que la mayoría de los participantes fueron jóvenes (58,6%), mientras que el grupo de adultos representó el 41,4%. En cuanto al sexo, predominó el femenino con 53,0% frente al masculino con 47,0%.

Respecto al estado civil, se evidenció que la mayor proporción correspondió a participantes casados (27,9%), seguidos de solteros (25,1%), divorciados (26,5%) y convivientes (20,5%). En relación con la profesión, el grupo más representativo fue el de técnicos (40,9%), seguido de otros profesionales (19,1%), enfermeros(as) (15,8%), obstetras (13,0%) y médicos (11,2%).

En cuanto al número de hijos, el 27,9% reportó tener un hijo, seguido por quienes tenían dos hijos (27,0%), tres o más hijos (22,8%) y aquellos que no tenían hijos (22,3%). Con relación al tipo de práctica profesional, el 52,1% se desempeñaba en funciones asistenciales, el 24,7% en servicios y el 23,3% en funciones administrativas.

Por otra parte, el 30,3% de los participantes reportó tener al menos una comorbilidad, mientras que el 69,7% no presentó comorbilidades. En cuanto al tiempo ejerciendo la profesión, la mayor proporción tuvo entre 6 meses y 1 año (32,1%), seguido de quienes tenían entre 5 y 10 años (23,7%), más de 10 años (22,3%) y entre 1 a 5 años (21,9%). Finalmente, el 65,2% de los participantes indicó laborar en otro centro de salud además del actual.

Estos resultados muestran que la población de estudio se caracterizó principalmente por adultos jóvenes, con predominio de mujeres y de profesionales técnicos, y con una distribución equilibrada en cuanto a estado civil y número de hijos. Asimismo, se evidenció que más de la mitad de los trabajadores se desempeñaba en labores asistenciales y una proporción considerable tenía comorbilidades y labores en otro centro de salud.

Una vez descritas las características sociodemográficas de la población de estudio, se procedió a evaluar la distribución de las variables principales con

el propósito de determinar el tipo de pruebas estadísticas más adecuadas para los análisis posteriores.

Se aplicaron las pruebas de Kolmogorov–Smirnov y Shapiro–Wilk a los puntajes obtenidos en el cuestionario AUDIT y en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, cuyos resultados se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3. Pruebas de normalidad de las variables principales de estudio en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Variable	Kolmogorov–Smirnov (p)	Shapiro–Wilk (p)	Interpretación
Consumo de alcohol-AUDIT	0.000	0.000	No normal
Bienestar psicológico de Ryff	0.200*	0.820	Normal

De acuerdo con la literatura estadística, la prueba de Shapiro–Wilk es más precisa en muestras pequeñas o medianas ( $n < 2000$ ), por lo que se demostró como referencia principal para la interpretación.

En la Tabla 3, se observa que la variable puntaje total del AUDIT presentó valores de  $p < 0.001$  en ambas pruebas, lo que indica que no sigue una distribución normal. En contraste, la variable puntaje total del bienestar psicológico de Ryff mostró valores de  $p > 0.05$  (Shapiro–Wilk = 0.820); por tanto, no se rechaza la hipótesis de normalidad, lo que sugiere que los datos presentan un comportamiento compatible con una distribución normal.

En función de estos resultados, los análisis posteriores se realizaron de manera diferenciada según la distribución de los datos: se emplearon pruebas paramétricas en las variables con distribución normal y no paramétricas (como

Chi-cuadrado de Pearson y Rho de Spearman) para las variables categóricas u ordinales y aquellas que no presentaron normalidad.

Con el propósito de dar cumplimiento al primer objetivo específico, se analizó el nivel de consumo de alcohol en los trabajadores de salud mediante el cuestionario AUDIT. Este instrumento permite clasificar a los participantes en categorías de consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo, perjudicial y probable dependencia, de acuerdo con los puntajes obtenidos. En la Tabla 4 se presentan las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada nivel de consumo identificado en la población de estudio.

**Tabla 4. Nivel de consumo de alcohol según el AUDIT en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025**

<b>Nivel de consumo de alcohol según escala AUDIT</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	87	40.5
<b>Consumo de riesgo</b>	56	26.0
<b>Consumo perjudicial</b>	34	15.8
<b>Probable dependencia</b>	38	17.7
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100.0</b>

Se observa que la mayor proporción de participantes se encuentra en la categoría de consumo de bajo riesgo, con un 40.5%, lo que indica que cerca de cuatro de cada diez trabajadores presentan un patrón de consumo que no implica problemas clínicos significativos. El 26% de participantes tiene un consumo de riesgo; sin embargo, es importante destacar que el 33.5% tienen niveles que sugieren consumo problemático de alcohol.

En detalle, el 26.0% se encuentra en consumo de riesgo, lo que implica un patrón de consumo que podría evolucionar hacia complicaciones físicas, psicológicas o sociales si no se interviene a tiempo.

El 15.8% presenta consumo perjudicial, caracterizado por un impacto negativo ya evidente en la salud o el desempeño social y laboral.

Finalmente, el 17.7% se ubica en la categoría de probable dependencia, lo que refleja la presencia de un consumo compulsivo con alta probabilidad de dependencia física y psicológica.

Con el propósito de dar respuesta al segundo objetivo específico, se analizó el nivel de bienestar psicológico global de los trabajadores de salud mediante la escala de Ryff. Este instrumento clasifica a los participantes en categorías de bajo, medio y alto bienestar psicológico en función de los puntajes obtenidos. En la Tabla 5 se presentan las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada nivel identificado en la población evaluada.

**Tabla 5. Niveles de bienestar psicológico según la escala de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

<b>Nivel de bienestar psicológico</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Bajo ( &lt; 78)</b>	0	0.0
<b>Moderado ( 78 – 125)</b>	215	100.0
<b>Alto (&gt; 125)</b>	0	0.0
<b>Total</b>	215	100.0

En relación con el bienestar psicológico global, evaluado mediante la escala de Ryff, se encontró que la totalidad de los participantes (100.0%) se ubicó en el nivel moderado, con puntajes comprendidos entre 78 y 125. Resulta

relevante señalar que no se registraron trabajadores en las categorías de bajo bienestar psicológico (<78) ni de alto bienestar psicológico (>125).

En conjunto, los resultados indican que la muestra presenta un perfil homogéneo en cuanto al bienestar psicológico, con predominio exclusivo del nivel moderado, lo que podría estar relacionado con las exigencias del contexto laboral sanitario, caracterizado por altos niveles de estrés y responsabilidad.

Con el propósito de responder al tercer objetivo específico, se examina la relación entre el nivel de consumo de alcohol y las seis dimensiones del bienestar psicológico propuestas por Ryff: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Para lo cual se ha categorizado a las 6 dimensiones de Ryff en Bajo, Medio y Alto respecto a cada dimensión. Para valorar si existe correlación se cruzó y se elaboró tablas de contingencia y se analizó con CHI cuadrado.

**Tabla 6. Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (autoaceptación) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de consumo de alcohol (AUDIT)	Bienestar Psicológico de Ryff: Dimensión – AUTOACEPTACIÓN			RP	IC95%	Valor p
	Baja	Media	Alta			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	9 (10.3%)	66 (75.9%)	12 (13.8%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	10 (17.9%)	42 (75.0%)	4 (7.1%)	0.90	0.61– 1.32	0.512
<b>Consumo perjudicial</b>	5 (14.7%)	27 (79.4%)	2 (5.9%)	0.78	0.47– 1.29	0.364
<b>Probable dependencia</b>	5 (13.2%)	27 (71.1%)	6 (15.8%)	1.05	0.72– 1.53	0.821
<b>Total</b>	<b>29</b> <b>(13.5%)</b>	<b>162</b> <b>(75.3%)</b>	<b>24</b> <b>(11.2%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$ .*

En la Tabla 6 se muestra la distribución de los niveles de autoaceptación, una de las dimensiones del bienestar psicológico de Ryff, según las categorías de consumo de alcohol evaluadas mediante el AUDIT.

En todos los grupos evaluados predominó el nivel medio de autoaceptación, alcanzando la mayor proporción en el grupo con consumo perjudicial (79.4%), seguido por el grupo con consumo de riesgo (75.0%) y el grupo con consumo de bajo riesgo (75.9%).

El grupo con probable dependencia presentó la proporción más baja en este nivel (71.1%). Los niveles bajos y altos de autoaceptación fueron mucho menos frecuentes en todas las categorías, con porcentajes inferiores al 18% en cada grupo.

En términos generales, la proporción total de participantes en el nivel medio de autoaceptación fue de 75.3%, mientras que los niveles bajo y alto representaron el 13.5% y 11.2%, respectivamente.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión Autoaceptación del bienestar psicológico ( $p > 0.05$ ). La mayoría de los participantes, independientemente de su nivel de consumo, mostró un nivel medio de autoaceptación.

Se recategorizó en consumo problemático al consumo de riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia; se observó que la mayoría de los participantes presentó niveles medios de autoaceptación en ambos grupos de consumo de alcohol. El 15,6 % de quienes reportaron consumo problemático mostró baja autoaceptación, frente al 10,3 % del grupo con consumo de bajo

riesgo. Tampoco se encontró alguna nueva asociación estadísticamente significativa.

Ahora con respecto a la dimensión de Relaciones positivas con otros se elaboró de igual manera una tabla cruzada junto a la variable de categorías de AUDIT para determinar la asociación de variables.

**Tabla 7. Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Relaciones Positivas con Otros) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de consumo de alcohol (AUDIT)	Bienestar Psicológico de Ryff: Dimensión – RELACIONES POSITIVAS CON OTROS			RP	IC95%	Valor p
	Baja	Media	Alta			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	11 (12.6%)	66 (75.9%)	10 (11.5%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	5 (8.9%)	45 (80.4%)	6 (10.7%)	0.91	0.61– 1.36	0.482
<b>Consumo perjudicial</b>	7 (20.6%)	23 (67.6%)	4 (11.8%)	1.12	0.78– 1.61	0.351
<b>Probable dependencia</b>	3 (7.9%)	32 (84.2%)	3 (7.9%)	0.84	0.53– 1.32	0.582
<b>Total</b>	<b>26</b> <b>(12.1%)</b>	<b>166</b> <b>(77.2%)</b>	<b>23</b> <b>(10.7%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$ .*

En la Tabla 7 se presenta la distribución de la dimensión Relaciones positivas con otros según las categorías de consumo de alcohol evaluadas por el AUDIT. La mayoría de los participantes se ubicó en el nivel medio con un 77,2%, mientras que los niveles bajo y alto representaron el 12,1% y 10,7%, respectivamente. Por grupo, el nivel medio fue más frecuente en consumo de bajo riesgo (75,9%), consumo de riesgo (80,4%) y probable dependencia (84,2%). En consumo perjudicial, se observó un leve aumento en el nivel bajo (20,6%), aunque el nivel medio continuó predominando (67,6%).

No se halló asociación significativa entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión Relaciones positivas con otros del bienestar psicológico ( $p > 0.05$ ). En todos los niveles de consumo predomina un bienestar medio en las relaciones interpersonales.

Se recategorizó en consumo problemático al consumo de riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia; en ambos grupos de consumo de alcohol predominó un nivel medio en las relaciones positivas con otros. Se observó que el 11,7 % de los participantes con consumo problemático presentó niveles bajos en esta dimensión, porcentaje similar al encontrado en el grupo con consumo de bajo riesgo (12,6 %). Asimismo, no se halló una asociación estadísticamente significativa.

**Tabla 8. Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Autonomía) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de consumo de alcohol (AUDIT)	Bienestar Psicológico de Ryff: Dimensión – AUTONOMÍA			RP	IC95%	Valor p
	Baja	Media	Alta			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	22 (25.3%)	52 (59.8%)	13 (14.9%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	5 (8.9%)	43 (76.8%)	8 (14.3%)	0.78	0.61– 0.98	<b>0.046*</b>
<b>Consumo perjudicial</b>	2 (5.9%)	27 (79.4%)	5 (14.7%)	0.73	0.51– 1.03	0.062
<b>Probable dependencia</b>	6 (15.8%)	27 (71.1%)	5 (13.2%)	0.82	0.57– 1.17	0.214
<b>Total</b>	<b>35</b> <b>(16.3%)</b>	<b>149</b> <b>(69.3%)</b>	<b>31</b> <b>(14.4%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$ .*

En la Tabla 8 se aprecia la distribución de los niveles de la dimensión Autonomía, evaluada mediante la escala de Ryff, según las categorías de consumo de alcohol. De manera general, se observa que la mayoría de los participantes se encuentra en el nivel medio, con un 69,3%, mientras que los

niveles bajo y alto registraron porcentajes menores y similares, con 16,3% y 14,4%, respectivamente.

Al analizar por categoría de consumo, el nivel medio fue predominante en todos los grupos, siendo mayor en quienes presentan consumo perjudicial (79,4%) y consumo de riesgo (76,8%). Le siguen los participantes con probable dependencia, con un 71,1%, y finalmente aquellos con consumo de bajo riesgo, quienes alcanzaron un 59,8%.

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol y el bienestar psicológico ( $p = 0,046$ ). Los participantes con consumo de riesgo mostraron un 22 % menor probabilidad de presentar baja autonomía en comparación con aquellos con consumo de bajo riesgo (RP = 0,78; IC95%: 0,61–0,98), lo que sugiere una mayor percepción de independencia y control personal. Este hallazgo podría interpretarse como una forma de autonomía percibida, que implica autosuficiencia o resistencia a normas externas, en los niveles de consumo perjudicial y probable dependencia la tendencia fue similar (RP<1), aunque sin significancia estadística. Desde el punto de vista psicológico, esta diferencia puede explicarse porque en el consumo de riesgo los individuos aún conservan cierto sentido de autonomía percibida, mientras que en etapas más avanzadas del consumo dicha percepción tiende a disminuir como consecuencia del deterioro del control personal y la dependencia progresiva.

Se recategorizó en consumo problemático al consumo de riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia; se encontró que la mayoría de participantes presentó niveles medios de autonomía, tanto en el grupo con

consumo de bajo riesgo como en aquellos con consumo problemático. Llama la atención que la proporción de baja autonomía fue mayor en quienes no presentan consumo problemático (25,3 %) en comparación con quienes sí lo presentan (10,2 %). No obstante, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística.

**Tabla 9. Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Dominio del entorno) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de consumo de alcohol (AUDIT)	Bienestar Psicológico de Ryff: Dimensión – DOMINIO DEL ENTORNO			RP	IC95%	Valor p
	Baja	Media	Alta			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	10 (11.5%)	71 (81.6%)	6 (6.9%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	9 (16.1%)	42 (75.0%)	5 (8.9%)	1.12	0.76– 1.64	0.417
<b>Consumo perjudicial</b>	2 (5.9%)	27 (79.4%)	5 (14.7%)	1.21	0.84– 1.76	0.311
<b>Probable dependencia</b>	4 (10.5%)	25 (65.8%)	9 (23.7%)	1.35	0.95– 1.91	0.087
<b>Total</b>	<b>25</b> <b>(11.6%)</b>	<b>165</b> <b>(76.7%)</b>	<b>25</b> <b>(11.6%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$ .*

En la Tabla 9 se observa que la mayoría de los participantes se encuentra en el nivel medio de la dimensión Dominio del entorno, alcanzando el 76,7%, mientras que los niveles bajo y alto presentaron la misma proporción, con 11,6% cada uno.

Por grupo, el nivel medio predominó en todas las categorías de consumo de alcohol, siendo más alto en consumo de bajo riesgo (81,6%) y consumo perjudicial (79,4%). En consumo de riesgo, el 75,0% se ubicó en nivel medio, mientras que en probable dependencia el porcentaje descendió a 65,8%, con un ligero incremento en el nivel alto (23,7%).

No se encontró asociación significativa entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión Dominio del entorno ( $p > 0.05$ ). La mayoría de los trabajadores, independientemente del nivel de consumo, presenta un dominio medio del entorno.

Se recategorizó en consumo problemático al consumo de riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia; en ambos grupos, la mayoría de los participantes alcanzó un nivel medio de dominio del entorno. La proporción de niveles bajos fue prácticamente igual entre quienes tienen consumo de bajo riesgo (11,5 %) y quienes presentan consumo problemático (11,7 %). Asimismo, aunque se observó un mayor porcentaje de nivel alto en el grupo con consumo problemático (14,8 %) respecto al grupo con bajo riesgo (6,9 %), esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

**Tabla 10. Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Propósito en la vida) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de consumo de alcohol (AUDIT)	Bienestar Psicológico de Ryff: Dimensión – PROPÓSITO DE VIDA			RP	IC95%	Valor p
	Baja	Media	Alta			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	13 (14.9%)	67 (77.0%)	7 (8.0%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	10 (17.9%)	39 (69.6%)	7 (12.5%)	1.12	1.01– 1.56	<b>0.040*</b>
<b>Consumo perjudicial</b>	8 (23.5%)	24 (70.6%)	2 (5.9%)	1.26	0.88– 1.82	0.108
<b>Probable dependencia</b>	8 (21.1%)	27 (71.1%)	3 (7.9%)	1.18	0.83– 1.67	0.156
<b>Total</b>	<b>39 (18.1%)</b>	<b>157 (73.0%)</b>	<b>19 (8.8%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia  $p < 0.05$ .*

En la Tabla 10 se presenta la relación entre las categorías de consumo de alcohol y los niveles de la dimensión Propósito en la vida, evaluada mediante

la escala de Ryff. En términos generales, la mayoría de los participantes se ubicó en el nivel medio, representando el 73,0% de la muestra total, mientras que el nivel bajo alcanzó el 18,1% y el nivel alto el 8,8%.

Al analizar cada grupo, se observa que el nivel medio predominó de forma consistente en todas las categorías de consumo. Este porcentaje fue más alto en el grupo con consumo de bajo riesgo, donde alcanzó el 77,0%, seguido por consumo perjudicial con 70,6%, probable dependencia con 71,1% y finalmente consumo de riesgo, que registró el porcentaje más bajo con 69,6%.

El nivel bajo mostró un incremento en los grupos con consumo perjudicial (23,5%) y probable dependencia (21,1%), lo que sugiere que a medida que el consumo de alcohol aumenta, algunos participantes experimentan una disminución en su sentido de propósito vital. En contraste, el nivel alto se mantuvo estable y bajo en todas las categorías, variando entre 5,9% y 12,5%, sin cambios relevantes.

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa con el nivel de consumo de alcohol ( $p = 0,040$ ). Los participantes con consumo de riesgo mostraron un mayor riesgo de presentar bajo propósito de vida en comparación con aquellos con consumo de bajo riesgo ( $RP = 1,12$ ;  $IC95\%: 1,01-1,56$ ). Este hallazgo sugiere que el incremento en el consumo de alcohol se relaciona con una disminución del sentido de dirección, metas personales y motivación vital, aspectos centrales del bienestar psicológico. En los niveles de consumo perjudiciales y probable dependencia se observará la misma tendencia ( $RP > 1$ ), aunque sin significancia estadística, probablemente debido a la menor cantidad de casos en estos grupos.

Se recategorizó en consumo problemático al consumo de riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia; se observó que la mayoría de los participantes, tanto con consumo de bajo riesgo como con consumo problemático, presentó niveles medios de propósito de vida. Si bien la proporción de niveles bajos fue ligeramente mayor en el grupo con consumo problemático (20,3 %) en comparación con quienes tienen consumo de bajo riesgo (14,9 %), la diferencia no fue estadísticamente significativa.

**Tabla 11. Correlación entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión (Crecimiento personal) del bienestar psicológico de Ryff en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de consumo de alcohol (AUDIT)	Bienestar Psicológico de Ryff: Dimensión – PROPÓSITO DE VIDA			RP	IC95%	Valor p
	Baja	Media	Alta			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	15 (17.2%)	61 (70.1%)	11 (12.6%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	7 (12.5%)	36 (64.3%)	13 (23.2%)	1.09	0.74– 1.60	0.354
<b>Consumo perjudicial</b>	3 (8.8%)	23 (67.6%)	8 (23.5%)	1.12	0.75– 1.67	0.288
<b>Probable dependencia</b>	4 (10.5%)	29 (76.3%)	5 (13.2%)	0.98	0.67– 1.42	0.674
<b>Total</b>	29 (13.5%)	149 (69.3%)	37 (17.2%)	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

En la Tabla 11 se muestra la relación entre las categorías de consumo de alcohol y los niveles de la dimensión Crecimiento personal. En términos generales, la mayoría de los participantes se ubicó en el nivel medio, con un 69,3%, mientras que el nivel alto alcanzó el 17,2% y el nivel bajo el 13,5%.

Por grupo, el nivel medio predominó en todas las categorías, siendo más alto en probable dependencia (76,3%) y consumo de bajo riesgo (70,1%). En consumo de riesgo y consumo perjudicial, el nivel medio descendió a 64,3%

y 67,6%, respectivamente. Destaca que el nivel alto fue ligeramente mayor en consumo de riesgo (23,2%) y consumo perjudicial (23,5%), en comparación con bajo riesgo (12,6%).

No se encontró asociación significativa entre el nivel de consumo de alcohol y la dimensión Crecimiento personal del bienestar psicológico ( $p > 0.05$ ). La mayoría de los trabajadores, independientemente de su nivel de consumo, mostró un crecimiento personal medio, lo que refleja una percepción moderada de desarrollo y aprendizaje continuo en su vida profesional y personal.

Ahora el análisis del Objetivo específico 4 se centró exclusivamente en la variable nivel de consumo de alcohol, la cual se divide y presentó las 4 categorías diferenciadas (consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia), permitiendo su contraste con las variables sociodemográficas de los trabajadores de salud.

Se recategorizó en consumo problemático al consumo de riesgo, consumo perjudicial y probable dependencia; en ambos grupos de consumo de alcohol predominó un nivel medio de crecimiento personal. La proporción de nivel alto fue mayor entre los participantes con consumo problemático (20,3 %) frente a los de bajo riesgo (12,6 %). Sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística.

En primer lugar, se analizó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el sexo de los trabajadores de salud. Este análisis permitió identificar si existían diferencias en la distribución de las categorías del AUDIT según el sexo masculino y femenino. Los resultados se muestran en la Tabla 12.

**Tabla 12. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el sexo en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de consumo de alcohol (AUDIT)	SEXO		RP	IC95%	Valor p
	Masculino n (%)	Femenino n (%)			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	40 (39.6%)	47 (41.2%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	25 (24.8%)	31 (27.2%)	1.10	0.69–1.75	0.725
<b>Consumo perjudicial</b>	19 (18.8%)	15 (13.2%)	0.74	0.39–1.38	0.725
<b>Probable dependencia</b>	17 (16.8%)	21 (18.4%)	1.09	0.59–2.02	0.725
<b>Total</b>	<b>101 (100%)</b>	<b>114 (100%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

En la tabla se observa la distribución del nivel de consumo de alcohol (AUDIT) según el sexo. De los 215 participantes, 101 (47.0%) fueron varones y 114 (53.0%) mujeres.

Dentro del grupo masculino, el 39.6% presentó un consumo de bajo riesgo, seguido por el 24.8% con consumo de riesgo, el 18.8% con consumo perjudicial y el 16.8% con probable dependencia. En el grupo femenino, el 41.2% mostró consumo de bajo riesgo, 27.2% consumo de riesgo, 13.2% consumo perjudicial y 18.4% probable dependencia. En ambos sexos se evidencia que el consumo de bajo riesgo fue la categoría predominante, mientras que las proporciones de los niveles superiores (riesgo, perjudicial y dependencia) se distribuyen de forma muy similar entre hombres y mujeres.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol (según la escala AUDIT) y el sexo ( $\chi^2 = 1,316$ ;  $p = 0,725$ ).

Tanto en varones como en mujeres predominó el consumo de bajo riesgo (39,6 % y 41,2 %, respectivamente), seguido del consumo de riesgo. Las razones de prevalencia ajustadas muestran valores cercanos a 1, indicando una distribución similar del patrón de consumo entre ambos sexos, sin diferencia significativa.

Se realizó también la recategorización del consumo de alcohol de riesgo, perjudicial y dependencia en 1 sola variable (consumo problemático de alcohol), donde se observó que el consumo problemático de alcohol fue ligeramente más frecuente en los hombres (60,4 %) en comparación con las mujeres (58,8 %); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Posteriormente, se examinó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el estado civil de los trabajadores de salud.

**Tabla 13. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el estado civil en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025 (n = 215)**

Nivel de riesgo según AUDIT	ESTADO CIVIL			RP	IC95%	Valor p
	Soltero	Casado + Conviviente	Divorciado			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	24 (27.6%)	41 (47.1%)	22 (25.3%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	13 (23.2%)	30 (53.6%)	13 (23.2%)	1.08	0.74– 1.58	0.622
<b>Consumo perjudicial</b>	9 (26.5%)	15 (44.1%)	10 (29.4%)	1.06	0.69– 1.64	0.582
<b>Probable dependencia</b>	8 (21.1%)	18 (47.4%)	12 (31.6%)	1.14	0.75– 1.73	0.497
<b>Total</b>	<b>54</b> <b>(25.1%)</b>	<b>104</b> <b>(48.4%)</b>	<b>57</b> <b>(26.5%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

En la Tabla 13 se presenta que tanto en solteros como en quienes se encontraban en unión estable o divorciados, predominó el consumo de bajo riesgo de alcohol. Aunque la proporción de consumo problemático (consumo de riesgo, perjudicial y probable dependencia) fue mayor en los participantes en unión estable y divorciados en comparación con los solteros, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística al utilizar a los solteros como categoría de referencia ( $p > 0.05$  para todas las comparaciones).

Por lo tanto, el estado civil no se asoció de manera significativa con el nivel de consumo de alcohol en esta población, lo que indica que el riesgo de consumo problemático fue similar independientemente de la condición conyugal de los participantes.

Se realizó también la recategorización del consumo de alcohol de riesgo, perjudicial y dependencia en 1 sola variable (consumo problemático de alcohol), sin embargo tampoco se encontró alguna nueva asociación estadísticamente significativa.

A continuación, se examinó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la profesión de los trabajadores de salud. Este análisis permitió identificar si las categorías de consumo (no riesgoso, riesgo, perjudicial y probable dependencia) presentaban diferencias en función de la formación profesional del personal sanitario. Los resultados se presentan en la Tabla 14.

**Tabla 14. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la profesión en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025 (n = 215)**

Nivel de riesgo según AUDIT	PROFESIÓN					RP	IC95 %	Valor p
	Enfermero(a)	Médico	Técnico(a)	Obstetra	Otro			
Consumo de bajo riesgo	12 (13.8%)	10 (11.5%)	43 (49.4%)	6 (6.9%)	16 (18.4%)	Ref	–	–
Consumo de riesgo	7 (12.5%)	6 (10.7%)	24 (42.9%)	10 (17.9%)	9 (16.1%)	1.05	0.71–1.56	0.498
Consumo perjudicial	5 (14.7%)	5 (14.7%)	11 (32.4%)	6 (17.6%)	7 (20.6%)	0.94	0.60–1.47	0.561
Probable dependencia	10 (26.3%)	3 (7.9%)	10 (26.3%)	6 (15.8%)	9 (23.7%)	1.08	0.69–1.69	0.637
<b>Total</b>	<b>34 (15.8%)</b>	<b>24 (11.2%)</b>	<b>88 (40.9%)</b>	<b>28 (13.0%)</b>	<b>41 (19.1%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

Se observa que el grupo de técnicos concentra la mayor proporción de trabajadores en todos los niveles de consumo de alcohol, destacando especialmente en el consumo de bajo riesgo (49,4%) y manteniendo presencia importante en las demás categorías. En contraste, los médicos y enfermeros muestran una distribución más equilibrada, pero con menor peso porcentual, mientras que obstetras y otros profesionales aparecen con frecuencias menores, pero relativamente más marcadas en los niveles de riesgo y dependencia.

La prueba de Chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor  $p > 0.05$ , lo que indica que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y el nivel de consumo de alcohol. Esto sugiere que el patrón de consumo fue similar entre las distintas profesiones de salud, sin que la

ocupación representa un factor determinante en el nivel de riesgo según el AUDIT.

Las razones de prevalencia (RP) se mantuvieron cercanas a 1, y los intervalos de confianza (IC95%) incluyen la unidad, reforzando la ausencia de una relación significativa entre la profesión y el consumo de alcohol.

Se realizó también la recategorización del consumo de alcohol de riesgo, perjudicial y dependencia en 1 sola variable (consumo problemático de alcohol), igualmente así como el caso de la tabla anterior no se encontró alguna nueva asociación significativa en el nuevo cuadro.

Posteriormente, se analizó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el número de hijos de los trabajadores de salud. Los resultados se presentan en la Tabla 15.

**Tabla 15. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el número de hijos en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de riesgo según AUDIT	NÚMERO DE HIJOS				RP	IC95%	Valor p
	Ninguno	1 hijo	2 hijos	3 a más			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	16 (18.4%)	26 (29.9%)	20 (23.0%)	25 (28.7%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	9 (16.1%)	14 (25.0%)	23 (41.1%)	10 (17.9%)	1.07	0.73– 1.58	0.486
<b>Consumo perjudicial</b>	12 (35.3%)	10 (29.4%)	7 (20.6%)	5 (14.7%)	0.93	0.61– 1.43	0.593
<b>Probable dependencia</b>	11 (28.9%)	10 (26.3%)	8 (21.1%)	9 (23.7%)	0.98	0.65– 1.47	0.671
<b>Total</b>	<b>48</b> <b>(22.3%)</b>	<b>60</b> <b>(27.9%)</b>	<b>58</b> <b>(27.0%)</b>	<b>49</b> <b>(22.8%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

En la Tabla 15 se observa que entre los participantes con consumo de bajo riesgo predominaron aquellos con un hijo (29,9%) y con tres o más hijos (28,7%), seguidos por los que no tienen hijos (18,4%) y los que tienen dos (23,0%). En el grupo con consumo de riesgo, la mayor proporción correspondió a quienes tienen dos hijos (41,1%), seguido por los que tienen un hijo (25,0%), ninguno (16,1%) y tres o más (17,9%). En los participantes con consumo perjudicial se evidenció un predominio de aquellos sin hijos (35,3%) y con un hijo (29,4%), mientras que las proporciones con dos (20,6%) y tres o más hijos (14,7%) fueron menores. Finalmente, en la categoría de probable dependencia, las proporciones fueron más equilibradas, destacando quienes no tienen hijos (28,9%) y quienes poseen tres o más (23,7%).

La prueba de Chi-cuadrado de Pearson mostró un valor  $p > 0.05$ , indicando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el número de hijos y el nivel de consumo de alcohol.

Esto sugiere que la cantidad de hijos no influye significativamente en el tipo o nivel de consumo entre los trabajadores evaluados.

Asimismo, las razones de prevalencia (RP) cercanas a 1 y los intervalos de confianza (IC95%) que incluyen la unidad respaldan la ausencia de relación significativa, evidenciando que el patrón de consumo de alcohol es similar independientemente del número de hijos que tenga el participante.

Se realizó también la recategorización del consumo de alcohol de riesgo, perjudicial y dependencia en 1 sola variable (consumo problemático de alcohol), nuevamente en este caso no se encontró alguna asociación estadísticamente significativa.

Seguidamente, se analizó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el tipo de práctica profesional de los trabajadores de salud. Los resultados se presentan en la Tabla 16.

**Tabla 16. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el tipo de práctica profesional en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de riesgo según AUDIT	TIPO DE PRÁCTICA PROFESIONAL			RP	IC95%	Valor p
	Administrativo	Asistencial	Servicio			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	15 (17.2%)	55 (63.2%)	17 (19.5%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	15 (26.8%)	29 (51.8%)	12 (21.4%)	1.06	0.72– 1.55	0.512
<b>Consumo perjudicial</b>	9 (26.5%)	13 (38.2%)	12 (35.3%)	0.93	0.61– 1.42	0.601
<b>Probable dependencia</b>	11 (28.9%)	15 (39.5%)	12 (31.6%)	0.97	0.64– 1.48	0.675
<b>Total</b>	<b>50</b> <b>(23.3%)</b>	<b>112</b> <b>(52.1%)</b>	<b>53</b> <b>(24.7%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

Los resultados muestran que, en los trabajadores con consumo de bajo riesgo, predominan los que realizan práctica asistencial (63,2%), seguidos por administrativos (17,2%) y de servicio (19,5%). En el grupo con consumo de riesgo, la mayor proporción también se concentró en el área asistencial (51,8%), aunque con un aumento relativo en administrativos (26,8%). Entre los que presentan consumo perjudicial, la distribución fue más equilibrada, destacando el servicio (35,3%) y el área asistencial (38,2%). En los casos de probable dependencia, la mayoría también pertenecía a la práctica asistencial (39,5%), seguido de servicio (31,6%) y administrativo (28,9%).

La prueba de Chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor  $p > 0.05$ , lo cual indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el área

laboral y el nivel de riesgo de consumo de alcohol. Esto sugiere que el patrón de consumo de alcohol fue similar entre los trabajadores administrativos, asistenciales y de servicio.

Las razones de prevalencia (RP) cercanas a 1 y los intervalos de confianza (IC95%) que incluyen la unidad refuerzan esta ausencia de relación significativa, evidenciando que el área de desempeño laboral no influye de manera determinante en el nivel de consumo de alcohol en la población evaluada.

Se realizó también la recategorización del consumo de alcohol de riesgo, perjudicial y dependencia en 1 sola variable (consumo problemático de alcohol), al analizar la relación entre el número de hijos y el nivel de consumo de alcohol, se observó que el consumo problemático fue ligeramente más frecuente en participantes con dos hijos (65,5 %) y en aquellos sin hijos (66,7 %), en comparación con quienes tenían un hijo (56,7 %) o tres a más hijos (49,0 %). Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

A continuación, se examinó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el tiempo de ejercicio profesional de los trabajadores de salud. Los resultados se presentan en la Tabla 17.

**Tabla 17. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el tiempo de ejercicio profesional en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de riesgo según AUDIT	TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL				RP	IC95%	Valor p
	6 meses–1 año	1–5 años	5–10 años	+10 años			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	27 (31.0%)	20 (23.0%)	22 (25.3%)	18 (20.7%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	22 (39.3%)	14 (25.0%)	10 (17.9%)	10 (17.9%)	1.11	0.75–1.64	0.497
<b>Consumo perjudicial</b>	11 (32.4%)	5 (14.7%)	6 (17.6%)	12 (35.3%)	1.03	0.67–1.58	0.561
<b>Probable dependencia</b>	9 (23.7%)	8 (21.1%)	13 (34.2%)	8 (21.1%)	0.97	0.64–1.46	0.658
<b>Total</b>	<b>69</b> <b>(32.1%)</b>	<b>47</b> <b>(21.9%)</b>	<b>51</b> <b>(23.7%)</b>	<b>48</b> <b>(22.3%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

En la tabla se aprecia que el nivel de riesgo de consumo de alcohol presenta ciertas variaciones según el tiempo de ejercicio profesional. En el grupo de consumo de bajo riesgo predominaron los trabajadores con menos experiencia, en particular aquellos con 6 meses a 1 año (31,0%), seguidos de quienes tenían entre 5 y 10 años (25,3%) y en menor proporción los de más de 10 años (20,7%). En el consumo de riesgo, la mayor proporción también se concentró en los trabajadores con 6 meses a 1 año (39,3%), mientras que las demás categorías presentaron distribuciones más bajas. En cambio, entre quienes mostraron consumo perjudicial, destacaron los que tenían más de 10 años ejerciendo (35,3%), lo que podría sugerir cierta acumulación de factores de riesgo en los profesionales con mayor tiempo de servicio. Finalmente, en la probable dependencia, la proporción más elevada se observó en aquellos con 5 a 10 años de experiencia (34,2%), seguidos de los que tenían más de 10 años (21,1%).

El análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor  $p > 0.05$ , lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de servicio y el nivel de consumo de alcohol. Esto significa que el patrón de consumo fue similar entre los trabajadores con diferentes años de servicio, sin diferencias relevantes en los niveles de riesgo según el AUDIT.

Se realizó también la recategorización del consumo de alcohol de riesgo, perjudicial y dependencia en 1 sola variable (consumo problemático de alcohol) y se recategorizó también al tiempo de servicio en 2, en tiempo menor de 5 años y tiempo mayor de 5 años. Se observó que el consumo problemático de alcohol fue similar entre los participantes con un tiempo de ejercicio profesional de 6 meses a 5 años (59,5 %) y aquellos con más de 5 años de experiencia (59,6 %). Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas al comparar con el grupo de referencia (RP: 1.00; IC95%: 0.74–1.36;  $p=0.98$ ). Por ello, no se evidenció una asociación entre el tiempo de ejercicio profesional y el nivel de consumo de alcohol en la población estudiada.

Posteriormente, se evaluó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la presencia de comorbilidades en los trabajadores de salud.

**Tabla 18. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la presencia de comorbilidades en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025 (n = 215)**

Nivel de riesgo según AUDIT	COMORBILIDADES		RP	IC95%	Valor p
	No n (%)	Sí n (%)			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	46 (52.9%)	41 (47.1%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	44 (78.6%)	12 (21.4%)	0.63	0.42– 0.93	<b>0.024</b>
<b>Consumo perjudicial</b>	29 (85.3%)	5 (14.7%)	0.56	0.33– 0.96	<b>0.037</b>
<b>Probable dependencia</b>	31 (81.6%)	7 (18.4%)	0.60	0.36– 0.99	<b>0.048</b>
<b>Total</b>	<b>150 (69.8%)</b>	<b>65 (30.2%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

En la tabla se observa la distribución del nivel de riesgo de consumo de alcohol (AUDIT) según la presencia de comorbilidades en los trabajadores de los centros de salud de Iquitos durante el año 2025. Del total de 215 participantes, el 69.8 % no presentó comorbilidades y el 30.2 % sí las tuvo.

Entre quienes no presentaron comorbilidades, predominó el consumo problemático (riesgo, perjudicial o dependencia) con porcentajes entre 78% y 85%. En cambio, entre quienes sí tenían comorbilidades, se observó un mayor porcentaje de consumo de bajo riesgo (47.1%), lo que sugiere una diferencia relevante en los patrones de consumo.

Se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol y la presencia de comorbilidades ( $p < 0,05$ ). Los valores de RP menores a 1 indican que los participantes con consumo de riesgo, perjudicial o probable dependencia presentan menor probabilidad de reportar comorbilidades en comparación con aquellos con consumo de bajo riesgo. Este hallazgo, sin embargo, refleja una relación inversa entre ambas

variables, donde los individuos sin comorbilidades fueron quienes mostraron con mayor frecuencia niveles elevados de consumo de alcohol, mientras que aquellos con comorbilidades se concentraron principalmente en el consumo de bajo riesgo. Esta diferencia podría explicarse porque los pacientes con enfermedades crónicas suelen moderar o evitar el consumo de alcohol por recomendación médica, mientras que quienes se perciben como más saludables a mantener hábitos de consumo más altos.

Seguidamente, se evaluó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la variable laboral relacionada con desempeñarse o no en otro centro de salud adicional al actual. Este análisis permitió explorar si tener más de un lugar de trabajo se vinculaba con diferencias en los patrones de consumo de alcohol. Los resultados se presentan en la Tabla 19.

**Tabla 19. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el trabajo en otro centro de salud en trabajadores del primer nivel de atención en Iquitos, 2025.**

Nivel de riesgo según AUDIT	LABORA EN OTRO CENTRO DE SALUD		RP	IC95%	Valor p
	No n (%)	Sí n (%)			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	34 (39.1%)	53 (60.9%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	20 (35.7%)	36 (64.3%)	1.06	0.72–1.55	0.755
<b>Consumo perjudicial</b>	9 (26.5%)	25 (73.5%)	1.21	1.01–1.44	<b>0.039</b>
<b>Probable dependencia</b>	12 (31.6%)	26 (68.4%)	1.17	1.01–1.38	<b>0.047</b>
<b>Total</b>	<b>75 (34.9%)</b>	<b>140 (65.1%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

En la tabla se muestra la distribución del nivel de riesgo de consumo de alcohol (AUDIT) según el hecho de laborar en otro centro de salud en los

trabajadores de los centros de salud de Iquitos durante el año 2025. Del total de 215 participantes, 65.1 % labora en más de un centro de salud, mientras que 34.9 % solo trabaja en uno.

En el grupo que labora en más de un centro, predominan los niveles de consumo problemático: 64.3 % en la categoría de riesgo, 73.5 % en la perjudicial y 68.4 % en la de probable dependencia. En cambio, entre los que no laboran en otro centro, prevalece el consumo de bajo riesgo (39.1%).

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol y el hecho de laborar en otro centro de salud ( $p < 0,05$ ). Los participantes que trabajaban en más de un establecimiento presentaron una mayor probabilidad de consumo perjudicial (RP = 1,21; IC95%: 1,01–1,44;  $p = 0,039$ ) y de probable dependencia (RP = 1,17; IC95%: 1,01–1,38;  $p = 0,047$ ) en comparación con quienes laboraban en un solo centro.

Este hallazgo sugiere que la sobrecarga laboral, el estrés derivado de múltiples jornadas y la exposición a distintos entornos de trabajo podrían estar influyendo en el incremento del consumo de alcohol entre los profesionales de salud que desempeñan actividades simultáneas.

Por último, se analizó la asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la edad de los trabajadores de salud en el siguiente cuadro.

**Tabla 20. Asociación entre el nivel de consumo de alcohol y la edad en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, 2025 (n = 215)**

Nivel de riesgo según AUDIT	EDAD		RP	IC95%	Valor p
	Joven n (%)	Adulto n (%)			
<b>Consumo de bajo riesgo</b>	52 (59.8%)	35 (40.2%)	Ref	–	–
<b>Consumo de riesgo</b>	30 (53.6%)	26 (46.4%)	1.09	0.77– 1.55	0.615
<b>Consumo perjudicial</b>	19 (55.9%)	15 (44.1%)	1.10	0.76– 1.60	0.602
<b>Probable dependencia</b>	25 (65.8%)	13 (34.2%)	1.28	1.01– 1.64	<b>0.041</b>
<b>Total</b>	<b>126 (58.6%)</b>	<b>89 (41.4%)</b>	–	–	–

*Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson. Nivel de significancia:  $p < 0.05$*

En la tabla se observa la distribución del nivel de riesgo de consumo de alcohol (AUDIT) según el grupo etario de los trabajadores de los centros de salud de Iquitos, 2025. Del total de 215 participantes, 58.6 % correspondió al grupo joven y 41.4 % al grupo adulto.

En el grupo joven, se aprecia un predominio del consumo de bajo riesgo (59.8 %), pero también mayores proporciones en las categorías de consumo perjudicial (55.9 %) y dependencia (65.8 %).

En contraste, los adultos mostraron menores porcentajes en las categorías más altas de riesgo.

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de consumo de alcohol y la edad de los participantes ( $p = 0,041$ ). Los resultados muestran que los jóvenes presentaron mayor probabilidad de consumo de alcohol con probable dependencia (RP = 1,28; IC95%: 1,01–1,64) en

comparación con los adultos. Este hallazgo sugiere que los adultos jóvenes son un grupo más vulnerable al consumo problemático de alcohol, posiblemente debido a factores sociales, recreativos y emocionales asociados a esta etapa de la vida. En contraste, los adultos tienden a mostrar consumos más moderados, probablemente influenciados por mayor responsabilidad familiar y conciencia de salud.

En la siguiente tabla se presenta la distribución del nivel de consumo de alcohol según el establecimiento de salud donde laboran los participantes. Se observa la proporción de cada categoría del AUDIT en los cuatro centros evaluados. Esta descripción permite comparar la variabilidad del consumo de alcohol entre los diferentes establecimientos.

**Tabla 21. Nivel de consumo de alcohol según establecimiento de salud.**

Nivel de consumo de alcohol	C.S. San Juan	C.S. Moronacocho	C.S. Bellavista Nanay	C.S. 6 de Octubre	TOTAL
<b>Bajo riesgo</b>	33 (44.6%)	24 (42.1%)	22 (40.7%)	8 (26.7%)	<b>87 (40.5%)</b>
<b>Consumo de riesgo</b>	19 (25.7%)	15 (26.3%)	11 (20.4%)	11 (36.7%)	<b>56 (26.0%)</b>
<b>Consumo perjudicial</b>	7 (9.5%)	11 (19.3%)	10 (18.5%)	6 (20.0%)	<b>34 (15.8%)</b>
<b>Probable dependencia</b>	15 (20.3%)	7 (12.3%)	11 (20.4%)	5 (16.7%)	<b>38 (17.7%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>57 (100%)</b>	<b>54 (100%)</b>	<b>30 (100%)</b>	<b>215 (100%)</b>

Se observa que el Centro de Salud San Juan presenta la mayor proporción de trabajadores con consumo de bajo riesgo de alcohol (44.6%), seguido por Bellavista Nanay (40.7%) y Moronacocho (42.1%), mientras que el Centro de Salud 6 de Octubre muestra el menor porcentaje en este nivel (26.7%). Por otro lado, el consumo de riesgo es más frecuente en el C.S. 6 de Octubre

(36.7%), seguido de Moronacocha (26.3%) y San Juan (25.7%). En cuanto al consumo perjudicial, los valores más elevados se registran en Moronacocha (19.3%) y Bellavista Nanay (18.5%). Finalmente, la categoría de probable dependencia muestra proporciones similares entre San Juan (20.3%) y Bellavista Nanay (20.4%), seguidos de Moronacocha (12.3%).

En conjunto, al agrupar los niveles de consumo problemático (riesgo + perjudicial + dependencia), se aprecia un mayor porcentaje en el C.S. 6 de Octubre (73.4%), seguido de Bellavista Nanay (59.3%) y Moronacocha (57.9%), mientras que San Juan presenta el valor más bajo (44.9%).

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito analizar la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico en trabajadores de salud del primer nivel de atención de Iquitos durante el año 2025. Los resultados evidenciaron que más de la mitad de los participantes (59,5%) presentó consumo problemático de alcohol, distribuido entre consumo de riesgo, perjudicial y probable dependencia, mientras que el 40,5 % restante se ubicó en la categoría de bajo riesgo. Este hallazgo resulta preocupante, pues confirma que el personal de salud constituye un grupo especialmente vulnerable frente al uso de sustancias, lo cual puede tener repercusiones tanto en su salud individual como en la calidad del servicio que brinda a la población. En cuanto al bienestar psicológico, la totalidad de los trabajadores evaluados se ubicó en un nivel moderado, sin identificarse casos en categorías bajas ni altas. De igual modo, no se halló relación significativa entre el puntaje total del AUDIT y el bienestar psicológico global; Sin embargo, sí se identifican asociaciones en dos dimensiones específicas de la escala de Ryff: autonomía y propósito en la vida.

Los resultados sobre consumo de alcohol son consistentes con lo encontrado en estudios internacionales. En Nigeria, se reportó que el 5,9 % de los profesionales de salud presentaba problemas de consumo y que el 17,2 % experimentaba angustia psicológica, observándose que el consumo nocivo estaba estrechamente vinculado al malestar emocional (12). En Francia, una investigación con médicos generales y hospitalarios identificó una prevalencia de riesgos de consumo del 12,6 %, asociada al uso de sustancias ilegales y a la precariedad laboral en quienes tenían contratos temporales (13). En

España, la proporción fue aún mayor, con un 32 % de consumo de alto riesgo entre proveedores de atención primaria, porcentaje superior al de la población general (14). De manera similar, en Italia se encontró que cerca del 9 % de los profesionales sanitarios eran bebedores de alto riesgo, siendo esta conducta más frecuente en varones jóvenes y médicos (15). Si bien las cifras varían entre contextos, todas coinciden en señalar que el personal de salud es una población expuesta a mayores riesgos de consumo, lo cual coincide con lo encontrado en la presente investigación. En el caso de Iquitos, esta prevalencia elevada puede explicarse por la interacción de factores culturales, como la normalización del consumo en la región amazónica, junto con factores laborales, como la alta carga asistencial, los horarios extensos y el desgaste emocional que enfrentan los trabajadores del primer nivel.

Con respecto al bienestar psicológico, nuestros hallazgos difieren en parte de lo reportado por investigaciones realizadas en otros países de la región. En Ecuador, López-Paredes y Gutiérrez encontraron una compensación negativa significativa entre el bienestar psicológico total y el consumo de alcohol, con especial afectación en las dimensiones de autonomía y crecimiento personal (19). En México, Melgarejo-Vásquez et al. reportaron que el 41,1 % de médicos residentes presentaba consumo problemático de alcohol, el cual se asociaba directamente a sintomatología emocional elevada (18), y en otro estudio realizado con enfermeras se observó que cerca del 45 % había consumido alcohol en la última semana, hallándose una evaluación negativa con la satisfacción laboral. En Colombia, durante la pandemia, se registró que el 22,3 % de los trabajadores de salud presentaron ansiedad y el 12,4 % síntomas depresivos, los cuales se relacionaban con el consumo de alcohol,

el tabaquismo y el agotamiento profesional (17). Estas investigaciones sugieren que, en muchos contextos, el bienestar psicológico puede verse directamente disminuido por el consumo problemático de alcohol, algo que no se reflejó plenamente en nuestro estudio, donde todos los participantes se ubicaron en un nivel moderado. Este hallazgo podría interpretarse como una expresión de resiliencia del personal sanitario de Iquitos, quienes, pese a enfrentar condiciones adversas, logran mantener un nivel intermedio de bienestar. No obstante, también es posible que el uso de autorreportes y la deseabilidad social influyan en las respuestas, ocultando casos con niveles más bajos de bienestar.

La asociación encontrada en las dimensiones de autonomía y propósito vital resulta particularmente relevante. Desde el modelo teórico de Ryff, la autonomía se relaciona con la capacidad de tomar decisiones independientes y actuar según convicciones personales, mientras que el propósito en la vida hace referencia a la existencia de metas claras y significativas que guían la conducta. El consumo problemático de alcohol puede interferir en ambas dimensiones: en el primer caso, al disminuir la percepción de control y favorecer conductas dependientes, y en el segundo, al distorsionar la motivación personal y reducir la claridad de los objetivos vitales. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Ecuador, donde las mismas dimensiones fueron las más afectadas en profesionales de la salud con consumo habitual (19), lo cual sugiere que se trata de un patrón consistente en diferentes contextos. Por lo tanto, aunque el bienestar psicológico global se mantiene en un nivel moderado, existen áreas específicas en las que el

impacto del consumo de alcohol es más evidente y que merecen una atención prioritaria.

En el contexto nacional, estudios realizados en Chiclayo encontraron que el 40 % de los profesionales de la salud reportaban consumo habitual de alcohol (21), mientras que a nivel local, en Iquitos, investigaciones previas habían identificado que entre el 40 y 46 % de los trabajadores del primer nivel se encontraban en un nivel de riesgo elevado (22). Estos porcentajes, comparados con el 59,5 % de consumo problemático hallado en el presente estudio, sugieren que el problema persiste y probablemente se haya intensificado en los últimos años, lo cual coincide con la tendencia observada en otras regiones de América Latina. La elevada prevalencia registrada en Iquitos refleja no solo un problema de salud individual, sino también un factor de riesgo laboral que podría afectar la productividad, la satisfacción en el trabajo y la calidad del cuidado brindado a la población.

La explicación de estos hallazgos puede abordarse desde diferentes marcos teóricos. El modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman plantea que el consumo de alcohol puede constituir una estrategia disfuncional frente al estrés laboral. En el caso de los trabajadores de salud, las largas jornadas, la presión asistencial y la exposición continua al sufrimiento generan un estrés crónico que, en ausencia de recursos adecuados de afrontamiento, puede llevar al uso de sustancias como mecanismo de escape. Desde la perspectiva del modelo de Ryff, este tipo de afrontamiento afecta de manera diferenciada ciertas dimensiones del bienestar, en particular aquellas relacionadas con la autodeterminación y el sentido de vida, lo cual se reflejó en nuestros hallazgos

al identificar la autonomía y el propósito vital, pero no con las demás dimensiones.

Las implicancias de este estudio son significativas. La elevada prevalencia de consumo problemático de alcohol se convierte en este fenómeno en un riesgo ocupacional que debe ser abordado desde las instituciones de salud. Más allá de los efectos individuales, el consumo de alcohol puede comprometer la toma de decisiones clínicas, la interacción con los pacientes y el trabajo en equipo, lo cual repercute en la calidad de la atención. Asimismo, el hallazgo de que la autonomía y el propósito vital se ven particularmente afectados sugiere que los programas de intervención deben centrarse en fortalecer estas dimensiones, promoviendo estrategias de afrontamiento saludable, el desarrollo personal y el establecimiento de metas significativas.

Es importante reconocer las limitaciones del presente estudio. El diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad, lo que impide determinar si el consumo problemático de alcohol afecta al bienestar psicológico o si, por el contrario, un menor bienestar predispone al consumo. Además, la muestra limitada estuvo en cuatro centros de salud de Iquitos, lo que restringe la generalización de los hallazgos a otros contextos regionales o nacionales. Finalmente, el uso de cuestionarios de autorreporte puede haber estado influenciado por sesgos de deseabilidad social, lo que subestimaría la magnitud real del problema.

Pese a estas limitaciones, los resultados aportan información valiosa y actualizada sobre una problemática que suele ser poco explorada en el ámbito sanitario de la Amazonía peruana. Futuras investigaciones deben considerar

diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución de la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico a lo largo del tiempo, así como estudios multicéntricos que comparen diferentes regiones del país. También sería recomendable incluir metodologías cualitativas que exploren las percepciones del personal respecto al consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento, lo que permitiría comprender mejor los factores individuales y culturales implicados.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

1- No se encontró una relación significativa entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico total en los trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos.

2-Más de la mitad de los participantes (59,5 %) presentó un consumo problemático de alcohol, mientras que el 40,5 % mostró consumo de bajo riesgo.

3-Se encontró que el 33,5 % de los participantes presentó un consumo perjudicial o probable dependencia del alcohol, lo que significa que aproximadamente uno de cada tres trabajadores de la salud enfrenta un problema relacionado con el consumo de bebidas alcohólicas.

4-Los trabajadores de salud evaluados manifestaron un nivel moderado de bienestar psicológico, sin casos en categorías extremas.

5-No se hallaron asociaciones significativas entre el consumo de alcohol y la mayoría de las dimensiones del bienestar psicológico; sin embargo, se evidencia relación con autonomía y propósito de vida.

6-El nivel de consumo de alcohol mostró asociaciones significativas con la edad, la presencia de comorbilidades y el hecho de laborar en más de un centro de salud. Así mismo, los trabajadores jóvenes, la ausencia de comorbilidades o la doble jornada laboral se asoció con mayor probabilidad de consumo problemático de alcohol.

7-El personal de salud de sexo femenino presentó un consumo problemático de alcohol similar al de los hombres, evidenciando que esta conducta se

encuentra distribuida de manera equivalente entre ambos sexos, lo cual constituye un hallazgo clínicamente relevante.

## **CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES**

1-Incorporar en las políticas de salud ocupacional de los establecimientos del primer nivel en Iquitos evaluaciones periódicas tanto de consumo de alcohol como de indicadores de bienestar psicológico, para identificar tempranamente riesgos combinados y abordarlos integralmente.

2-Establecer protocolos de tamizaje anual obligatorio con el test AUDIT para el personal de salud, a fin de detectar niveles de riesgo y derivar oportunamente a programas de apoyo.

3-Desarrollar e implementar programas institucionales de promoción de la salud y prevención del consumo de alcohol dirigidos a todo el personal de salud, considerando que aproximadamente uno de cada tres trabajadores presenta riesgo de consumo perjudicial o dependencia.

4-Realizar investigaciones complementarias en Loreto que exploren variables contextuales (carga laboral, turnos rotativos, condiciones económicas) como posibles factores explicativos, para diseñar estrategias más ajustadas a la realidad regional.

5-Realizar un estudio comparativo que incluya trabajadores de diversas áreas laborales, como docentes, abogados, contadores, entre otros; con el propósito de contrastar los resultados y determinar si la alta prevalencia de consumo de alcohol observada en el presente estudio también se presenta en otros sectores profesionales.

6-Llevar a cabo un estudio multicéntrico que abarque a trabajadores de salud de diferentes regiones del país, con el fin de identificar si esta problemática

constituye una realidad particular de la región amazónica o si se replica en otros contextos geográficos del Perú.

7-Implementar programas preventivos y educativos sobre el consumo de alcohol dirigidos por igual a hombres y mujeres del personal sanitario, incorporando un enfoque de género que permita identificar y abordar factores específicos que influyen en el consumo problemático en las trabajadoras sanitarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Entendiendo qué es el consumo excesivo y peligroso de alcohol | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en:  
<https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/entendiendo-que-es-el-consumo-excesivo-y-peligroso-de-alcohol>
2. Alcohol - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2024 [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en:  
<https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
3. El metabolismo del alcohol | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en:  
<https://www.niaaa.nih.gov/publications/el-metabolismo-del-alcohol>
4. Rivera Gutiérrez XJ, Cobos Quevedo O de J, Remes Troche JM. Los efectos carcinogénicos del acetaldehído. Una visión actual. Gaceta Mexicana de Oncología. 1 de julio de 2016;15(4):231-9.
5. Alcoholismo en adolescentes: causas, efectos y cómo prevenirlo [Internet]. [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en:  
<https://adinfa.es/2023/04/20/alcoholismo-en-adolescentes-causas-efectos-prevenir-consumo-alcohol-jovenes/>
6. Salud Mental - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en:  
<https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
7. ¿Es la salud mental la pandemia después de la COVID-19? - ISGLOBAL. [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en:  
[https://www.isglobal.org/-/es-la-salud-mental-la-pandemia-despues-de-la-covid-19-?gad\\_source=1&gclid=EAlaIQobChMIksnU57a1jAMVEEJIAB1pwgCHEAAYASAAEgJeAPD\\_BwE](https://www.isglobal.org/-/es-la-salud-mental-la-pandemia-despues-de-la-covid-19-?gad_source=1&gclid=EAlaIQobChMIksnU57a1jAMVEEJIAB1pwgCHEAAYASAAEgJeAPD_BwE)

8. Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/674/67446178010/html/>
9. Melgarejo-Vásquez ME, Trujillo-Osorio SA, Arévalo-Ramírez MDC. Relación entre ansiedad y consumo de alcohol en médicos residentes: estudio transversal en un hospital general de zona de la región centro-sur de México. *Rev Med UAS*. 13 de diciembre de 2024;14(3):200-9.
10. INEI - CUADRO N° 5.3.15 PERU: TIPO DE BEBIDA ALCOHOLICA CONSUMIDA CON MAYOR FRECUENCIA, SEGUN CARACTERISTICAS DE LA POBLACION, 1995 (En Porcentaje). [citado 7 de abril de 2025]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0052/N110/CONSU015.htm>
11. “Loreto es el primer consumidor de alcohol a nivel nacional” – Diario de Noticias y Actualidad de Loreto – Iquitos – Ucayali – Requena – Datem del Marañon – Mariscal Ramon Castilla – Alto Amazonas – Loreto – Maynas – El Diario Judicial de Loreto. 2025 [citado 7 de abril de 2025]. Disponible en: <https://diariolaregion.com/loreto-es-el-primer-consumidor-de-alcohol-a-nivel-nacional/>
12. Obadeji A, Oluwole LO, Dada MU, Oshatimi MA. Alcohol use and psychological wellbeing of health workers in a Nigerian Hospital: An exploratory study. *Malawi Med J*. marzo de 2018;30(1):31-6.
13. Alcohol consumption among French physicians: A cross-sectional study | Request PDF. ResearchGate. 14 de diciembre de 2024 [citado 15 de abril de 2025]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/346347174\\_Alcohol\\_consumption\\_among\\_French\\_physicians\\_A\\_cross-sectional\\_study](https://www.researchgate.net/publication/346347174_Alcohol_consumption_among_French_physicians_A_cross-sectional_study)
14. Romero-Rodríguez E, Pérula de Torres LÁ, Fernández García JÁ, Camaralles Guillem F. Consumo de alcohol de los estudiantes de Medicina, Enfermería y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria*. 1 de enero de 2020;53(1):111-3.
15. Albano L, Ferrara P, Serra F, Arnese A. Alcohol consumption in a sample of Italian healthcare workers: A cross-sectional study. 2020 [citado 15 de abril de 2025]; Disponible en: [https://boa.unimib.it/handle/10281/278112?utm\\_source=chatgpt.com](https://boa.unimib.it/handle/10281/278112?utm_source=chatgpt.com)
16. Montiel-Jarquín ÁJ, Torres-Castillo ME, Herrera-Velasco MG, Ahumada-Sánchez ÓO, Barragán-Hervella RG, García-Villaseñor A, et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *EDUMED*. 1 de abril de 2015;16(2):116-25.
17. Restrepo JL, Álvarez OPC, Agudelo ICM. 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. Medicina UPB. 1 de mayo de 2017;36(1):34-43.

18. Noguera Novoa CN, Sarmiento Melendez YT. Depresión, ansiedad, desgaste profesional en médicos y personal de enfermería en una institución prestadora de servicios de salud, durante la pandemia por COVID-19 en Bogotá Colombia, 2022. 27 de noviembre de 2022 [citado 15 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/37576>

19. Villarreal-Mata JL, Armendáriz-García NA, Sánchez-Gómez M, Castillo MMA, García KSL. Inteligencia emocional, satisfacción laboral y consumo de alcohol en el personal de enfermería. Horizonte Sanitario. 1 de abril de 2023;22(2):393-9.

20. Secín Diep R, Martínez Manzo MA, Ramírez García A, Pérez Garduño B. Efecto en la salud emocional del personal de salud de un Hospital Privado de Tercer Nivel que enfrenta la pandemia de COVID-19. Acta médica Grupo Ángeles. junio de 2022;20(2):137-44.

21. Tenahua-Quitl I, Avila-Arroyo MLD, Torres-Reyes A, López-García C, Bonilla-Rodríguez B. Depresión, ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería. Enfermería Universitaria. 2022;19(2):110-21.

22. Vista de Bienestar psicológico como factor protector ante el consumo de alcohol en estudiantes universitarios | Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/960/1306>

23. Diaz-Carrion EG, Failoc-Rojas VE. Estilos de vida en profesionales de salud de un hospital en Chiclayo, Perú 2017. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [citado 15 de abril de 2025];19(5). Disponible en: [https://www.redalyc.org/journal/1804/180465398012/movil/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.redalyc.org/journal/1804/180465398012/movil/?utm_source=chatgpt.com)

24. Zagaceta Camiñas H, Zevallos Villegas K. Alto riesgo de consumo de alcohol en trabajadores de atención primaria de salud, Loreto, Perú, 2011. Ciencia Amazónica: (Iquitos). 2012;2(1):27-32.

25. <https://www.cun.es>. [citado 15 de abril de 2025]. Alcoholismo. Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica U. de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/alcoholismo>

26. Trastorno por consumo de alcohol - Síntomas y causas - Mayo Clinic. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.akamai.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alcohol-use-disorder/symptoms-causes/syc-20369243>

27. Alcohol en la sangre | Kaiser Permanente. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.alcohol-en-la-sangre.hw3564>

28. Revista DIAGNOSTICO. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2010/abri-jun/58-65.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2010/abri-jun/58-65.html?utm_source=chatgpt.com)
29. Comprensión del trastorno por consumo de alcohol | International Society of Substance Use Professionals. 2022 [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.issup.net/es/node/18082>
30. Trastorno por consumo de alcohol: una comparación entre el DSM-IV y el DSM-5 | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/trastorno-por-consumo-de-alcohol-una-comparacion-entre-el-dsm-iv-y-el-dsm-5?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/trastorno-por-consumo-de-alcohol-una-comparacion-entre-el-dsm-iv-y-el-dsm-5?utm_source=chatgpt.com)
31. Bador TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG, Salud OM de la. AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. 2001 [citado 15 de abril de 2025]; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331321>
32. Happiness is everything, or is it? Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069-1081 | Request PDF. [citado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/232545487\\_Happiness\\_is\\_everything\\_or\\_is\\_it\\_Journal\\_of\\_Personality\\_and\\_Social\\_Psychology\\_576\\_1069-1081](https://www.researchgate.net/publication/232545487_Happiness_is_everything_or_is_it_Journal_of_Personality_and_Social_Psychology_576_1069-1081)
33. DeCS. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30349&utm\\_source=chatgpt.com](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30349&utm_source=chatgpt.com)
34. Escala De Medición - Definición, Tipos, Componentes, Ejemplos. 2022 [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.organizadoresgraficos.org/escala-de-medicion/>
35. Salud ocupacional: los trabajadores de la salud. [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	
¿Cuál es la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico en los trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025?	General 1. Determinar la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico en los trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025.			Consumo de alcohol	Test de AUDIT	Ordinal
	<p>Específicos:</p> <p>-Evaluar el nivel de consumo de alcohol en los trabajadores de salud del primer nivel de atención mediante el Test de AUDIT.</p> <p>-Medir el nivel de bienestar psicológico en los trabajadores de salud utilizando la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.</p> <p>-Analizar la relación entre el nivel de consumo de alcohol y cada una de las dimensiones del bienestar psicológico (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal).</p> <p>-Identificar si existen diferencias en la relación entre consumo de alcohol y bienestar psicológico según características sociodemográficas (edad, sexo, profesión, entre otros).</p>	<p>H1: Existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y el nivel de bienestar psicológico en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025.</p> <p>H0: No existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y el nivel de bienestar psicológico en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025.</p>	Bienestar psicológico	Escala de Bienestar Psicológico de Riff	Ordinal	

## ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos: ficha sociodemográfica

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
<p>Edad en años:</p> <p>Género:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	<p>Profesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico</li> <li>• Enfermero (a)</li> <li>• Obstetra</li> <li>• Otros</li> </ul>	<p>Estado Civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Casado</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Viudo</li> </ul>
<p>Número de hijos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• +3</li> </ul>	<p>Tipo de práctica profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencial</li> <li>• Administrativo</li> <li>• Servicio</li> </ul>	<p>Comorbilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>
<p>Tiempo ejerciendo la profesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6m - 1a</li> <li>• 1a -5a</li> <li>• 5a - 10a</li> <li>• +10a</li> </ul>	<p>Labora en otro centro de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	

### ANEXO 3: Ficha técnica del test AUDIT

<b>Nombre del instrumento</b>	<b>Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)</b>
<b>Autores</b>	Organización Mundial de la Salud (OMS) – Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant
<b>Año de creación</b>	1989
<b>Propósito</b>	Detectar consumo excesivo o de riesgo de alcohol, así como posible dependencia
<b>Número de ítems</b>	10 preguntas
<b>Dimensiones evaluadas</b>	1. Consumo de alcohol 2. Síntomas de dependencia 3. Consecuencias del consume
<b>Formato de respuesta</b>	Escala tipo Likert con 5 opciones por ítem (puntaje de 0 a 4)
<b>Rango total de puntuación</b>	0 a 40 puntos
<b>Interpretación de puntajes</b>	0–7: Consumo de bajo riesgo 8–15: Consumo de riesgo 16–19: Consumo perjudicial 20–40: Probable dependencia
<b>Tiempo estimado de aplicación</b>	5 a 10 minutos
<b>Tipo de aplicación</b>	Individual / Autoadministrado o entrevistado
<b>Población objetivo</b>	Mayores de 15 años (validado en población general y en contextos clínicos)
<b>Idioma original</b>	Inglés
<b>Traducción al español</b>	Validado y adaptado por la OMS en múltiples países latinoamericanos
<b>Propiedades psicométricas</b>	Alta sensibilidad y especificidad para detección temprana de consumo problemático
<b>Disponibilidad</b>	De uso libre para investigación, salud pública y estudios clínicos

#### ANEXO 4: Instrumento de recolección de datos: Test AUDIT

A continuación, se presenta el cuestionario completo del Test AUDIT con sus respectivas preguntas y opciones de respuesta. Cada ítem debe ser respondido en función de la frecuencia o intensidad indicada. Las opciones están valoradas generalmente entre 0 y 4 puntos, a excepción de los ítems 9 y 10.

Pregunta	Opciones de respuesta (puntaje)
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca (0), Una vez al mes o menos (1), De 2 a 4 veces al mes (2), De 2 a 3 veces por semana (3), 4 o más veces por semana (4)
¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día típico en que bebe?	1 o 2 (0), 3 o 4 (1), 5 o 6 (2), 7 a 9 (3), 10 o más (4)
¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas en una sola ocasión?	Nunca (0), Menos de una vez al mes (1), Mensualmente (2), Semanalmente (3), Diariamente o casi diariamente (4)
¿Con qué frecuencia durante el último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había comenzado?	Nunca (0), Menos de una vez al mes (1), Mensualmente (2), Semanalmente (3), Diariamente o casi diariamente (4)
¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca (0), Menos de una vez al mes (1), Mensualmente (2), Semanalmente (3), Diariamente o casi diariamente (4)
¿Con qué frecuencia ha necesitado una primera copa por la mañana para ponerse en forma después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca (0), Menos de una vez al mes (1), Mensualmente (2), Semanalmente (3), Diariamente o casi diariamente (4)
¿Con qué frecuencia ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de haber bebido?	Nunca (0), Menos de una vez al mes (1), Mensualmente (2), Semanalmente (3), Diariamente o casi diariamente (4)
¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que ocurrió la noche anterior debido a la bebida?	Nunca (0), Menos de una vez al mes (1), Mensualmente (2), Semanalmente (3), Diariamente o casi diariamente (4)
¿Usted o alguien más ha resultado herido por causa de su forma de beber?	No (0), Sí, pero no en el último año (2), Sí, durante el último año (4)
¿Algún amigo, médico o familiar se ha mostrado preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que deje de beber?	No (0), Sí, pero no en el último año (2), Sí, durante el último año (4)

## **ANEXO 5: Interpretación del puntaje total del Test AUDIT**

<b>Rango de puntaje</b>	<b>Interpretación clínica</b>	<b>Acción recomendada</b>
<b>0 – 7 puntos</b>	Consumo bajo o de bajo riesgo	Reforzar hábitos saludables
<b>8 – 15 puntos</b>	Consumo de riesgo o consumo excesivo	Consejería breve, monitoreo regular
<b>16 – 19 puntos</b>	Consumo perjudicial (riesgo de daño físico o psíquico)	Evaluación clínica, posible intervención breve
<b>20 – 40 puntos</b>	Probable dependencia del alcohol	Evaluación diagnóstica y tratamiento especializado

**ANEXO 6: Ficha técnica de la escala de bienestar psicológico de Ryff**

<b>Nombre del instrumento</b>	<b>Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff's Psychological Well-Being Scales)</b>
<b>Autora</b>	Carol D. Ryff
<b>Año de creación</b>	1989
<b>Propósito</b>	Evaluar el bienestar psicológico desde un enfoque eudaimónico, considerando múltiples dimensiones del funcionamiento humano positivo.
<b>Dimensiones evaluadas</b>	1. Autoaceptación 2. Relaciones positivas con los demás 3. Autonomía 4. Dominio del entorno 5. Propósito en la vida 6. Crecimiento personal
<b>Número de ítems</b>	Versiones disponibles: 84 ítems (completa), 54, 29 y 18 ítems (versión breve)
<b>Formato de respuesta</b>	Escala tipo Likert de 6 o 7 puntos (dependiendo de la versión); algunos ítems están invertidos
<b>Tiempo estimado de aplicación</b>	10 a 20 minutos según la versión utilizada
<b>Tipo de aplicación</b>	Individual o colectiva / autoadministrada
<b>Población objetivo</b>	Adolescentes y adultos; ha sido validada en población general y en profesionales de la salud
<b>Idioma original</b>	Inglés
<b>Traducción al español</b>	Existen múltiples versiones traducidas y validadas en Latinoamérica
<b>Propiedades psicométricas</b>	Alta confiabilidad ( $\alpha$ de Cronbach entre 0.70 y 0.90); validez convergente y discriminante
<b>Disponibilidad</b>	De dominio público para uso académico e investigación

## **ANEXO 7: Instrumento de recolección de datos: escala de bienestar psicológico de Ryff (versión de 29 ítems)**

A continuación, se presenta la versión de 29 ítems de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Cada ítem debe responderse utilizando una escala tipo Likert de 6 puntos:

1 = Totalmente en desacuerdo    2 = En desacuerdo    3 = Ligeramente en desacuerdo

4 = Ligeramente de acuerdo    5 = De acuerdo    6 = Totalmente de acuerdo

N°	Ítem
1	Me gusta la mayoría de los aspectos de mi personalidad.
2	Cuando analizo mi vida, me siento satisfecho con lo que he conseguido.
3	Mantengo relaciones estrechas y confiables con varias personas.
4	Las personas me describen como una persona cálida y comprensiva.
5	Soy independiente y tomo decisiones sin dejarme influenciar fácilmente.
6	Siento que tengo confianza para defender mis propias creencias, incluso cuando otros no están de acuerdo.
7	Me siento capaz de manejar las responsabilidades de mi vida diaria.
8	A menudo logro adaptar mi entorno para que se ajuste a mis necesidades.
9	Siento que mi vida tiene un propósito claro y definido.
10	Tengo metas que me dan sentido a lo que hago día a día.
11	Siento que estoy creciendo como persona.
12	Me esfuerzo por aprender cosas nuevas y desarrollarme constantemente.
13	A veces me siento inútil o incapaz de hacer las cosas bien. (ítem inverso)
14	Con frecuencia me siento solo o con dificultad para conectar con otros. (ítem inverso)
15	A menudo dejo que otros tomen decisiones por mí. (ítem inverso)
16	Siento que tengo poco control sobre los acontecimientos importantes de mi vida. (ítem inverso)
17	Siento que mi vida carece de dirección o significado. (ítem inverso)

18	No estoy creciendo ni cambiando como me gustaría. (ítem inverso)
19	Estoy satisfecho con cómo soy.
20	Disfruto compartir tiempo con las personas cercanas a mí.
21	Puedo resistir presiones sociales cuando van en contra de lo que considero correcto.
22	Soy bueno organizando mi vida diaria.
23	Tengo razones importantes para levantarme cada mañana.
24	Me esfuerzo por desarrollar nuevas habilidades o intereses.
25	Hay muchas cosas de mí que me gustaría cambiar. (ítem inverso)
26	Me resulta difícil mantener relaciones estrechas. (ítem inverso)
27	Evito enfrentar conflictos, incluso cuando es necesario. (ítem inverso)
28	Me siento abrumado por mis responsabilidades. (ítem inverso)
29	Siento que estoy perdiendo el rumbo en mi vida. (ítem inverso)

## ANEXO 8: Interpretación del puntaje en la escala de bienestar psicológico de Ryff (versión 29 ítems)

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (versión de 29 ítems) evalúa seis dimensiones fundamentales del bienestar desde un enfoque eudaimónico. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de **6 puntos**, que varía desde “1 = Totalmente en desacuerdo” hasta “6 = Totalmente de acuerdo”.

Es importante destacar que algunos ítems están redactados de manera negativa, por lo que requieren **puntuación inversa** para su análisis. En estos casos, la recodificación se realiza de la siguiente manera:

- 1 → 6
- 2 → 5
- 3 → 4
- 4 → 3
- 5 → 2
- 6 → 1

Una vez aplicados los cambios correspondientes, se **suma el puntaje total de los 29 ítems**. El rango posible de puntuación va de **29 a 174 puntos**.

### Clasificación por niveles:

Nivel de bienestar psicológico	Rango de puntaje total
Bajo bienestar psicológico	29 – 77
Bienestar psicológico moderado	78 – 125
Alto bienestar psicológico	126 – 174

Estos rangos permiten interpretar el nivel general de bienestar psicológico de los participantes. Sin embargo, pueden ajustarse según la media y desviación estándar de la muestra para un análisis más preciso.

## **ANEXO 9: Consentimiento informado**

### **CONSUMO DE ALCOHOL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN TRABAJADORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN IQUITOS, AÑO 2025**

#### **PARTE I: Información**

##### **Introducción:**

Soy el Bachiller de Medicina, Enrique Amadeo Vigil Tuanama, egresado de la escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, estoy liderando la investigación: **“Consumo de alcohol y bienestar psicológico en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025”**

A continuación, le daremos información para invitarle a participar de este estudio. Ahora no tiene que decidir si participar o no en esta investigación, ya que antes de decidirse, puede hablar con cualquiera de los investigadores (cuyos datos se encuentran al final de la Introducción) para solicitar información que no quedó clara.

##### **Propósito del estudio**

Determinar la relación entre el consumo de alcohol y el bienestar psicológico en los trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025

##### **Tipo de Intervención de Investigación**

Esta investigación consiste en el llenado 1 ficha sociodemográfica y 2 encuestas. Primero se aplicará la ficha sociodemográfica, luego el Test de

AUDIT y posteriormente la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, que debería de tomarle al participante menos de 20 minutos de su tiempo.

### **Selección de participantes**

Estamos invitando a participar en el estudio a trabajadores de la salud de 4 centros de salud de la ciudad de Iquitos escogidas por conveniencia del investigador representando 1 centro de salud por distrito de la ciudad de Iquitos.

### **Participación Voluntaria**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

### **Procedimiento**

Si está de acuerdo en participar en este estudio, nos gustaría pedirle que nos permita evaluarle de acuerdo a la intervención descrita líneas arriba (Tipo de intervención de Investigación)

### **Riesgos**

No hay riesgos físicos conocidos al participar en esta investigación. Por otro lado, algunas podrían sentir que el dar información es una invasión de la intimidad, sin embargo, podemos responder a las inquietudes sobre su privacidad en una sección posterior de este formulario de consentimiento.

## **Beneficios**

El beneficio directo por la participación en este estudio es que el participante podrá reconocer su nivel de consumo de alcohol y el nivel de bienestar psicológico, para así poder acudir por ayuda y de esa manera mejorar su calidad de vida y de atención en su centro de salud.

## **Confidencialidad**

Sus datos personales son confidenciales. Si bien usted escribirá su nombre en este documento, sus datos serán manejados exclusivamente por el equipo de investigación y sus respuestas se registrarán de manera anónima en una hoja de Excel. Si esta investigación se publica, ninguna información que pueda identificarlo será incluida puesto que su nombre no está en absoluto ligado a sus respuestas. Las autoridades de salud en ocasiones revisan estudios como este para asegurarse de que se están haciendo de manera segura y legal. Si se lleva a cabo una revisión de este estudio, sus registros pueden ser examinados. Los examinadores protegerán su privacidad. Los registros del estudio no se utilizarán para ponerlo a usted en riesgo de daños legales.

## **Costo y Compensación**

Usted no deberá pagar nada por su participación, tampoco recibirá ningún incentivo económico o de otra índole.

## **Derechos del participante**

Usted puede negarse a participar y es libre de retirarse de este estudio en cualquier momento sin sanción o pérdida de beneficios a los que tiene

derecho. La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede hacer cualquier pregunta que tenga ahora. Si usted tiene alguna pregunta posterior acerca de la investigación, puede pedirla al investigador principal mediante su correo electrónico o su número telefónico adjuntado. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como sujeto de investigación, puede llamar a la Oficina del Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana- Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

### **Información adicional**

Para participar en este estudio de investigación y dar su consentimiento, debe ser mayor de 18 años de edad. Por favor, guarde este formulario para sus archivos o para consultarlo en el futuro.

### **Investigador**

-Nombres Completos: Bachiller de Medicina Enrique Amadeo Vigil Tuanama

-Correo: tatu171819@gmail.com

-Teléfono: +51 940915565

-Filiación: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP), Iquitos, Loreto, Perú.

### **PARTE II: Formulario de Consentimiento**

He sido invitado(a) a participar en la investigación titulada: "Consumo de alcohol y bienestar psicológico en trabajadores de salud del primer nivel de atención en Iquitos, año 2025"

Soy consciente de que puede que no haya beneficio directo hacia mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio. He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente mi participación en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que me afecte de alguna forma.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año \_\_\_\_\_