

TESIS

Estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales en la ciudad de Juliaca en el año

2014

Tesis Para Optar Título profesional de Psicóloga

JURADO CALIFICADOR

.....
Gino Gabriel Marca Dueñas

PRESIDENTE

.....
Mérida Emma Neira Suaña

SECRETARIA

.....
Helen Sara Flores Mamani

VOCAL

.....
Dora Taiña Vilca

VOCAL

.....
Oscar Javier Mamani Benito

ASESOR

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



Una Institución Adventista

TESIS

**Estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales en la ciudad de Juliaca en el
año 2014**

Tesis para optar el título profesional de Psicóloga

Autores

Bach. Coaquira Pinto, Jessica Paola

Bach. Sapillado Condori, Martha

Asesor

Psic. Oscar Javier Mamani Benito

Juliaca, Noviembre de 2015

Dedicatoria

La presente tesis dedico a mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en especial quiero expresar mi más grande agradecimiento a mi esposo Aurelio por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad y además de brindarme su comprensión, cariño y amor.

A mis hijas Karyme y Zohamy, porque son mi fuente de motivación e inspiración.

A mis hermanas, Hilda, Lidia y Gilda por su apoyo incondicional.

¡Gracias a ustedes!

Martha

Quiero dedicar esta tesis a mis padres Ubaldo y Yolanda porque ellos han dado razón a mi vida, por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia, todo lo que soy es gracias a ellos.

A mis Hermanos Sheila y Luis más que hermanos son mis mejores amigos

A mi familia que es lo mejor y más valioso que Dios me ha dado.

Jessica

Agradecimientos

En primer lugar a DIOS: Por darnos la fortaleza y guiarnos por el camino que nos hemos trazado.

A nuestros seres queridos: Por habernos apoyado incondicionalmente en todo momento

A las autoridades del Hospital Carlos Monge Medrano y al personal del Centro de CERITS: Por las facilidades otorgadas para la realización del presente estudio.

Al administrador del local “Las conejas”: Por su valiosa información durante la realización del presente estudio.

A la Asociación Movimiento El Pozo: quienes de manera incondicional y voluntaria participaron en el presente estudio.

A nuestra casa superior de estudios, Universidad Peruana Unión: Por acogernos en sus aulas y formarnos como profesionales íntegros y competentes listos para enfrentar los retos de esta vida y la eternidad.

Tabla de contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Tabla de contenido	iv
Resumen.....	1
Abstrac	2
Introducción	3
Capítulo I	5
El Problema.....	5
1.1. Descripción de la situación problemática	5
1.2. Formulación del problema	8
1.2.1. Problema general.....	8
1.2.2. Problemas específicos	8
1.3. Objetivos de la investigación.....	9
1.3.1. Objetivo general	9
1.3.2. Objetivos específicos	9
1.4. Justificación y viabilidad	10

Capítulo II.....	12
Marco Teórico.....	12
2.1. Antecedentes de la investigación.	12
2.2. Marco teórico	16
2.2.1. El estrés.....	16
2.2.1.1. Definiciones del estrés	16
2.2.1.2. Los estresores	18
2.2.1.3. Respuestas ante el estrés	21
2.2.1.4. Modelos teóricos del estrés	23
2.2.2. Alcoholismo	27
2.2.2.1. Definiciones	27
2.2.2.2. Consumo de alcohol	28
2.2.2.3. Características del alcoholismo.....	34
2.2.3. Prostitución y trabajo sexual	37
2.2.3.1. El trabajo sexual en el Perú	38
2.2.3.2. La prostitución como actividad laboral	39
2.2.3.3. Características del trabajo sexual en el Perú	40
2.2.3.4. Trabajo sexual, estrés y alcoholismo	43
2.3. Marco bíblico filosófico.....	45

2.4. Marco conceptual.....	47
2.4.1. Estrés	47
2.4.2. Alcohol	47
2.4.3. Consumo de alcohol	48
Capítulo III.....	49
Diseño Metodológico.....	49
3.1. Tipo de Investigación	49
3.2. Formulación de hipótesis	50
3.2.1. Hipótesis general	50
3.2.2. Hipótesis específicas.....	50
3.3. Identificación de variables	51
3.3.1. Operacionalización de variables	52
3.4. Descripción del lugar de la ejecución	52
3.6. Población y muestra	53
3.6.1. Población	53
3.6.2. Determinación de la muestra.....	53
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
3.8. Proceso de recolección de datos.....	57
3.9. Procesamiento y análisis de datos	57

Capítulo IV.....	58
Resultados y Discusión.....	58
4.1. Resultados de la investigación.....	58
4.1.1. En relación a la hipótesis general.....	58
4.1.2. En relación a la primera hipótesis específica.....	66
4.1.3. En relación a la segunda hipótesis específica.....	72
4.1.4. En relación a la tercera hipótesis específica.....	79
4.1.5. En relación a la cuarta hipótesis específica.....	85
4.2. Discusión.....	90
Capítulo V.....	95
Conclusiones y Recomendaciones.....	95
5.1. Conclusiones.....	95
5.2. Recomendaciones.....	96
Lista de Referencias.....	97

Índice de tablas

Tabla 1	52
Tabla 2	59
Tabla 3	60
Tabla 4	61
Tabla 5	63
Tabla 6	64
Tabla 8	65
Tabla 9	67
Tabla 10	68
Tabla 11	69
Tabla 12	70
Tabla 13	71
Tabla 14	73
Tabla 15	74
Tabla 16	76
Tabla 17	76
Tabla 18	78

Tabla 19	79
Tabla 20	81
Tabla 21	82
Tabla 22	82
Tabla 23	84
Tabla 24	85
Tabla 25	87
Tabla 26	88
Tabla 27	88
Tabla 28	89
Tabla 29	115
Tabla 30	115
Tabla 31	116
Tabla 32	116

Índice de figuras

Figura 1.	62
Figura 2.	68
Figura 3.	74
Figura 4.	80
Figura 5.	86

Resumen

El propósito del estudio fue determinar la relación entre el nivel de estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca. La muestra estuvo conformada por 103 trabajadoras sexuales, seleccionados mediante diseño muestral no probabilístico. La investigación corresponde al diseño no experimental transeccional de tipo descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de estrés con 31 ítems distribuidos y el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) con 10 ítems. Los resultados evidencian que el 43.7% de las trabajadoras sexuales presentan un nivel de estrés muy alto. Por otro lado el 39.8% presentan un nivel medio de consumo de alcohol; así mismo se halló correlación directa y significativa entre el consumo de alcohol y el estrés ($r=.500$; $p<0.05$); también con las dimensiones: síntomas fisiológicos y el consumo de alcohol ($r=.358$; $p<0.05$), síntomas de comportamiento social y el consumo de alcohol ($r=.459$; $p<0.05$), c), los síntomas intelectuales y laborales del estrés y el consumo de alcohol ($r=.482$; $p<0.05$), y finalmente con la dimensión síntomas psicoemocionales del estrés y el consumo de alcohol ($r=.376$ $p<0.05$).

Palabras Claves: estrés, consumo de alcohol, trabajadora sexual.

Abstrac

The purpose of the study was to determine the relationship between the level of stress and the consumption of alcohol in sex workers who come to the CERITS of the Hospital Carlos Monge Medrano of the city of Juliaca. The sample was composed of 103 sex workers, selected by non-probability sample design. The research it corresponds to the non-experimental transectional descriptive correlational design. The stress questionnaire with 31 items distributed and the questionnaire for identification of disorders due to use of alcohol (AUDIT) with 10 items. The results show that the 43.7% of sex workers have a level of very high stress. On the other hand the 39.8% have an average level of alcohol consumption; In the same way it was found direct and significant correlation between alcohol consumption and stress ($r = .500$; $p < 0.05$), also with the dimensions: physiological symptoms and alcohol consumption ($r = .358$; $p < 0.05$), symptoms of social behaviour and the consumption of alcohol ($r = .459$; $p < 0.05$), c), intellectual and labor symptoms of stress and alcohol consumption ($r = .482$; $p < 0.05$). , and finally with the dimension psycho-emotional stress symptoms and alcohol consumption ($r = .376$ $p < 0.05$).

Keywords: stress, alcohol, sex worker.

Introducción

El presente trabajo surge de las observaciones diarias realizadas durante la realización del internado en dicho centro, lo cual permitió conocer las situaciones que cada una de ellas experimentan en su centro de trabajo, donde están expuestas constantemente a múltiples acontecimientos estresantes y el consumo de alcohol diario y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) menciona que en las personas trabajadoras del sexo se perciben algunos inconvenientes como maltrato psicológico, físico sin poder afiliarse a la seguridad social, entendiéndose como prostitución como la práctica, con insensibilidad emocional de relaciones sexuales promiscuas y con fines de lucro, en cualquiera de sus formas. En estas relaciones sexuales en las que alguna de las personas involucradas “considera a la otra como objeto, le depositará lo más negativo de sí misma: sus miedos, sus complejos de inferioridad, sus traumas y sus angustias o su violencia, su odio y su misoginia” (Vargas, 2014, p. 1), donde la otra persona se llega a sentir envilecida y empobrecida, corporal y anímicamente, con repercusiones negativas en su salud mental. El número de clientes que hayan tenido y la cantidad e intensidad de maltratos que tienen que soportan por parte de sus clientes son factores estresantes que ellas experimentan constantemente.

Las situaciones que generan estrés, inevitables en la vida de una trabajadora sexual, determinan las primeras experiencias del alcohol. El trabajo sexual es un tema que se encuentra llena de mitos y estigmas sociales, pues es más compleja de lo que se podría pensar. Sin embargo, una mirada más profunda y completa sobre el trabajo sexual permite

comprender el mundo subjetivo de las personas involucradas, la situación estresante que conllevan demandas conductuales pueden originar problemas psicológicos.

En el Capítulo I está el planteamiento del problema de investigación, la caracterización y formulación del problema, seguidos por los objetivos y la justificación de la investigación.

En el Capítulo II, se esboza el marco teórico, haciendo el recuento de los principales estudios empíricos relacionados con la investigación, así como los elementos teórico-conceptuales que enmarcan y guían el desarrollo de la investigación y la hipótesis formuladas.

En el Capítulo III se diseña la metodología de la investigación, determinando el tipo, nivel, diseño de la investigación, delimitación de la población y muestra; planteamiento de las hipótesis y la operacionalización de las variables, así como, la descripción e interpretación de las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el Capítulo IV se presentan los resultados y discusión de la investigación para culminar en el Capítulo V con las conclusiones y recomendaciones que se esgrimen de la investigación. Finalmente se consideran las referencias bibliográficas y los anexos de esta investigación.

Capítulo I

El Problema

1.1. Descripción de la situación problemática

Azaña (2004) refiere que la Prostitución es un síntoma visible de la situación general de la mujer dentro de una sociedad, en especial en el Perú que atraviesa una situación crítica política, económica y de valores que genera desempleo, hambre y violencia, aunado a esto, los pobres valores ético morales presentes en la población que va en aumento, debido al crecimiento de la pobreza, a la falta de oportunidades laborales, y a la creciente desigualdad social que vive la región. (Urzua, 2005).

Las trabajadoras sexuales no disponen de una identidad autónoma. Su situación vital está estrechamente subordinada a las normas sociales. De esta manera, las trabajadoras sexuales no están integradas socialmente, viven inmersas en una sociedad que valora las cosas y devalúa el mundo de las personas, por ello, la pretendida libertad de la venta del cuerpo, resulta desprotegida legalmente (Urzua, 2005).

Dentro del trabajo experimentan diversas fuentes de estrés; como el trato con los clientes, la preocupación por las enfermedades de ITS, el conocimiento de

la familia acerca del trabajo que realizan, la sensación de llevar una doble vida. Asimismo la relación con los hijos y la vergüenza por la forma en que se ganan el dinero. (Reaño, 2010).

Asimismo Macías (2007) menciona que el estrés está relacionado con otras alteraciones de salud, que deterioran notablemente el funcionamiento normal, el bienestar y la calidad de las personas que la padecen como el consumo de alcohol.

Demostrando en un estudio realizado por Rodríguez, et al. (2014) donde reportan que el 98% de las trabajadoras sexuales consumen alcohol, concluyendo que el 75% de las trabajadoras sexuales se reporta como bebedora alta, como resultado de las fuentes de estrés que ellas experimentan en su lugar de trabajo.

En el Perú, desde 1911, el trabajo sexual es considerado una actividad lícita para las mujeres mayores de 18 años, siempre que se realice en los lugares y bajo las condiciones que señalan las normas administrativas pertinentes. De lo contrario, se le considera una actividad ilegal, pero no sujeta a sanción legal, a diferencia del proxenetismo que es considerado ilegal (Reaño, 2010)

Además según los estudios de la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Cayetano Heredia, la mayoría de trabajadoras sexuales ingresan a esta peligrosa actividad entre los 20 y 24 años (Perú 21, 2012).

En Lima La prostitución callejera en los jirones Caylloma, Zepita y Washington, y en las avenidas Garcilaso de la Vega y Nicolás de Piérola, entre otras vías del Cercado de Lima, crece y sobrepasa el horario nocturno (El Comercio, 2015).

En la Región Puno el tema de la prostitución, actualmente, es un problema social pendiente de solucionar. Tal es así, que en más de una oportunidad se puso en debate la creación de una “zona rosa” para controlar su proliferación en las calles. Pero no hay mecanismos apropiados, hasta el momento, para lidiar con ella, principalmente en la ciudades de Puno y Juliaca, las urbes con mayor población en la región Puno, donde se observa el desmedido incremento de establecimientos nocturnos, en muchos de los casos, asociados a la prostitución, donde las mujeres venden sexo, sin control alguno (Los Andes, 2015).

El Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca; es un servicio de salud que brinda Atención Médica Periódica (AMP), cuentan con profesionales capacitados para el manejo clínico, diagnóstico de laboratorio y consejería a población general especialmente a trabajadoras sexuales y homosexuales.

Nuestra interrogante para este proyecto de investigación, da su inicio durante nuestro internado en dicho centro de salud, donde tuvimos la oportunidad de observar a una manifestada población durante seis meses, lo cual nos permitió conocer las situaciones que cada una de ellas, experimentan en su centro de trabajo, donde están expuestas constantemente a múltiples acontecimientos estresantes y el consumo de alcohol diario.

De todo lo mencionado se desprende como pregunta para el presente estudio ¿Cuáles son las principales niveles de estrés y consumo de alcohol a las que están expuestas el grupo de trabajadoras sexuales?, lo cual resulta relevante a modo de

tener un mayor conocimiento de las necesidades y realidad de esta población tan olvidada.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué relación existe entre el nivel de estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca-2014?

1.2.2. Problemas específicos

- a. ¿Qué relación existe entre los síntomas fisiológicos del estrés y el consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014?
- b. ¿Qué relación existe entre los síntomas de comportamiento social del estrés y el consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014?
- c. ¿Qué relación existe entre los síntomas intelectuales y laborales del estrés y el consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014?
- d. ¿Qué relación existe entre los síntomas psicoemocionales del estrés y el consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación existente entre el nivel de estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad Juliaca-2014

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Determinar la relación existente entre los síntomas fisiológicos del estrés y consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.
- b. Determinar la relación existente entre los síntomas de comportamiento social del estrés y consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.
- c. Determinar la relación existente entre los síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.
- d. Determinar la relación existente entre los síntomas psicoemocionales del estrés y consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.

1.4. Justificación y viabilidad

Las condiciones de trabajo y la violencia ejercida contra las trabajadoras sexuales han sido relacionadas con el incremento de las tasas de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, también se encuentran enfermedades que afectan su salud mental. (Bohórquez, y otros, 2010)

Por otra parte existen hoy en día diferentes factores y formas de consumo excesivo de alcohol que implican un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellos se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, los consumos de alcohol que están asociados a factores de desestrés, consumo social y/o ocasional, pero en sí todos están destinados a causar un daño físico o mental y el consumo tiene como resultado el desarrollo de dependencia o adicción (Flores, et al 2013).

En el presente trabajo centramos la atención principalmente en el nivel de estrés y el consumo de alcohol que constituyen un factor de riesgo para la salud de esta población, no solo en lo físico también en la salud mental, los problemas no solucionados pueden reducir la calidad de vida, la salud está profundamente afectada por la conducta, pensamientos y relaciones sociales. Uno de los grandes desafíos que enfrentamos como psicólogos es promocionar los estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades: modificando hábitos perjudiciales asociados a enfermedades, simultáneamente realizando talleres y terapias.

Los resultados de la presente investigación explicara la problemática de este grupo de personas y poder realizar acciones de intervención destinados a mejorar la calidad de vida, beneficiando a la población de estudio.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la investigación.

A continuación se expondrán distintas investigaciones que guardan relación respecto a la temática planteada y que vale la pena mencionar, ya que constituyen antecedentes en el presente estudio de investigación.

Reaño (2010) en su investigación titulada “Fuentes de estrés en un grupo de trabajadoras sexuales”, cuyo objetivo fue el de describir las fuentes de estrés a las que están expuestas un grupo de trabajadoras sexuales. La investigación corresponde a un estudio de tipo exploratorio, donde la muestra estuvo conformado por un grupo de 20 mujeres dedicadas al trabajo sexual clandestino, conformado por una modalidad de prostitución en lo que laboran la mayoría de trabajadoras sexuales en nuestro país, con un rango de edad 22 y 48 años, donde el 50% son solteras, los resultados muestran que se concluye que en el ámbito laboral la incertidumbre de la identidad y del trato del cliente es una fuente de estrés, las características de las personas que solicite sus servicios, pedidos y exigencias de riesgo durante el intercambio sexual; que una persona cercana haga

que su trabajo sea descubierto y la falta de competencia. En el ámbito Económico las trabajadoras sexuales en su mayoría tienen grandes deudas que pagar.

Bohórquez, et al. (2010) realizaron el trabajo titulado “Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales”, cuyo objetivo fue determinar la magnitud de síntomas depresivos y factores asociados en trabajadoras sexuales. La investigación pertenece al diseño de estudio transversal-analítico, la muestra estuvo conformada por 117 trabajadoras sexuales, que fueron atendidas durante los meses de mayo y junio del 2010, se aplicó el test de Beck para medir la sintomatología depresiva y una encuesta para medir los siguientes factores: socio-demográficos, sociales (antecedentes de maltrato físico, psicológico y sexual en el trabajo y hábitos nocivos: alcohol y drogas), conductas sexuales de riesgo y características del trabajo (edad de inicio, años de trabajo, satisfacción con el trabajo). Los resultados muestran que el 56,4% de las trabajadoras sexuales presentó algún nivel de sintomatología depresiva. El nivel de síntomas depresivos graves estuvo presente en 23,9%. Los factores que se encontraron asociados a depresión, independiente del nivel, fue el antecedente de maltrato físico frecuente, con $OR=9,46$, $IC\ 95\% 1,05$ a $85,07$; $p=0,045$. Los factores asociados a nivel de síntomas depresivos graves fueron: ingreso económico menor a S/. 1 000.00, tener hijos, haberse iniciado en el trabajo sexual antes de los 18 años y consumo de drogas ($p<0,05$). En conclusión más de 50% de trabajadoras presentó algún nivel de síntomas depresivos, que estuvieron asociados al antecedente de maltrato físico. Para el nivel síntomas depresivos graves, los factores asociados fueron:

ingreso económico menor a S/. 1 000.00, tener hijos, haberse iniciado en el trabajo sexual antes de los 18 años y consumir drogas.

Beltrán y López (2010) realizaron el trabajo titulado “Comprensión desde la historia de vida de los estilos de afrontamiento ante el estrés en un grupo de trabajadores sexuales de Bogotá”, cuyo objetivo fue de comprender desde las historias de vida los estilos de afrontamiento ante el estrés en un grupo de trabajadoras sexuales de Bogotá. La investigación está enmarcada con un corte cualitativo de enfoque histórico hermenéutico y método histórico biográfico; la muestra fue un grupo de tres mujeres en situación de prostitución al sur de Bogotá, ubicada en la zona de alto impacto localizada en la localidad de los Mártires al sur de Bogotá. Se concluye que para comprender las estrategias de afrontamiento que se emplean en el contexto laboral de las trabajadoras sexuales ante el estrés, específicamente en algunas situaciones difíciles en el centro laboral, como la relación con los clientes problemáticos, la inclinación que más se evidencia en la ausencia del pago, el incumplimiento de límites establecidos y la apreciación de la prostitución.

Rodríguez, Fuentes, Ramos-Lira, Gutiérrez, y Ruiz (2014) en su investigación “Violencia en el entorno laboral del entorno sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas”, cuyo objetivo fue conocer la violencia que viven las trabajadoras sexuales en el ejercicio de su actividad y si ésta se asocia con su consumo de alcohol y otras sustancias, siendo la muestra un total de 103 trabajadoras sexuales seleccionadas por conveniencia en los criterios de 18 y 65

años en México. Se concluyen que el 50,8% trabajan en un bar, el 39,0% en la calle y el 10,2% en un cabaret. Más de la mitad (52.4%) refirió haber vivido experiencias violentas en el lugar de trabajo de estas, el 95.8% sufrió violencia física, el 26.0% violencia sexual y el 24.0% violencia emocional. Respecto a los actores involucrados en episodios violentos, en el 97.9% de los casos fueron acompañados de trabajo, en el 77.2% clientes; en el 30.2% propietarios del bar o empleados del bar y en el 25.0% la policía, en el cual podemos apreciar que si existe un alto índice de violencia hacia trabajadoras sexuales, en cuanto al consumo de alcohol en el último mes el 98% de las trabajadoras sexuales reportaran haber consumido alcohol en el último mes, el 23,3% cocaína y el 11.7% marihuana, el 40% fuma tabaco. Se concluye que el 75% de las trabajadoras sexuales se reporta como bebedora alta. El 97% informo que generalmente los clientes las presionan para beber alcohol y un porcentaje similar refirió que consumen por las exigencias de los encargados de lugares de trabajo. Finalizan que las experiencias de violencia en el trabajo se asocian con el consumo de cocaína y tabaco. Esta asociación se mantuvo si la violencia había ocurrido en el último mes. El consumo de alcohol se relacionó con las experiencias de violencia física. Los resultados nos muestra que la violencia es una experiencia frecuente en su ambiente de trabajo y es ejercida por múltiples actores, destaca el que se mencione a otras trabajadoras sexuales como quienes lo ejercen. El consumo de alcohol y drogas se asocia con esta violencia, por lo que debe explorarse más este vínculo en futuros episodios.

Salinas, Padilla, Ruiz, y Vera (2014) realizaron la investigación titulada “La autoestima como factor estresor intrapersonal para el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales”. Su planteamiento de problema es el alcoholismo es un problema mundial de salud y en las mujeres consumidoras se está incrementando. El sexo servicio podría estar ligado al consumo de alcohol, cuyo objetivo de la investigación fue medir la relación entre autoestima como factor estresor intrapersonal y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales. Es un estudio transversal analítico en sexoservidoras en Cosoleacaque, Veracruz; para evaluar el consumo de alcohol se utilizó el cuestionario AUDIT y para la evaluación de autoestima el inventario de Coopersmith en una muestra de 50 sexoservidoras. Para el análisis estadístico se calculó Razón de Momios entre autoestima baja y consumo de alcohol, intervalos de confianza al 95% y la Fracción Atribuible en los Expuestos. Se intentó generar un modelo de regresión logística. Se concluye que la Razón de Momios entre autoestima baja y consumo de alcohol fue de 5.08, con una Fracción Atribuible en Expuestos de 80.3%. No se construyó el modelo logístico ya que ninguna variable de estudio mostró mejorar el modelo con el Test de Razón de Probabilidad. De acuerdo con el modelo de los Sistemas de Betty Neuman, la autoestima baja tiene efecto e impacto en el consumo de alcohol.

2.2. Marco teórico

2.2.1. El estrés

2.2.1.1. Definiciones del estrés

La OMS (1996, citado en Fonseca 2008, p 13) define al estrés “como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”.

Según Montero (2010) menciona que Hans Selye (considerado el padre del estrés) es quien introdujo el concepto del estrés como un síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química”. Concluyendo que el estrés es lo que uno nota como consecuencia de la presión siendo producido por el instinto del organismo de protegerse de las presiones físicas y emocionales

Asimismo Lazarus y Folkman, (1986, citado en Reaño 2010) definen al estrés como la expresión de la interrelación de la persona con su entorno, en la que una determinada situación ha sido evaluada como amenazante y demandante, en la que los recursos de la persona para hacerle frente a una determinada situación ha sido desbordada. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como una situación que sobrepasa a los recursos de respuesta con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal, es la apreciación por parte de la persona de que su entorno le exige demasiado o sobrepasa sus recursos y es perjudicial para su bienestar. Por lo tanto, la forma en que la persona aprecia la situación determina que sea percibida como estresante.

McEwen (2000) puntualiza que el estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan.

Por su parte Chanes, Pérez, y Castello (2010) mencionan que el estrés es una reacción normal de la vida de las personas de cualquier edad; es producido por el instinto del organismo a protegerse de presiones físicas, emocionales, situaciones extremas de peligro.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, s/f) define al estrés como una reacción física del cuerpo hacia una demanda o una intrusión perjudicante. Además que es una prueba a la que el organismo se ve sometido por parte de su entorno (ambiente); es la respuesta del organismo a las pruebas.

Así mismo Zelaschi, et al. (2015) mencionan que el estrés es un conjunto de reacciones de carácter psicológico, emocional y comportamental, que se produce cuando el individuo debe enfrentar demandas derivadas de su interacción con el medio (factores de riesgo psicosocial), ante las cuales su capacidad de afrontamiento es insuficiente, causando un desbalance que altera su bienestar incluso su salud.

Por nuestra parte, consideramos que al estrés como un proceso en el que las exigencias de la vida se vuelven intensas, demasiado frecuente y duradera como para actuar y hacer frente, provocando distintos problemas de salud y reacciones emocionales que pueden tener repercusiones negativas.

2.2.1.2. Los estresores

Elliott y Eisdorfer (1999) mencionan que los estresores podrían definirse como aquellos acontecimientos ambientales que obligan a llevar a cabo cambios

adaptativos por parte del sujeto sobre el que inciden, provocando un aumento de la tensión emocional y dificultando los patrones normales de respuesta.

Las categorías que engloban tales acontecimientos son las siguientes:

- Estresores agudos, limitados en el tiempo.
- Secuencias estresantes.
- Estresores intermitentes crónicos.
- Estresores crónicos continuos.

Así también Nogareda (1999) menciona que el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisoadrenal y del sistema nervioso vegetativo.

Según Macías (2007) las reacciones de distintos individuos frente a los diferentes estresores que los pueden afectar están en cierto modo condicionales por sus perfiles de personalidad. No todos los organismos responderán del mismo modo, teniendo en cuenta que gran parte de las respuestas al estrés dependen de factores psicológicos, y sobretodo no todos desarrollaran las mismas enfermedades de adaptación ante la persistencia de las condiciones de estrés.

Trujillo (2006, citado en Masías 2007) analiza las situaciones que afectan a las personas según el momento y su estado emocional. Cada persona posee un “filtro”, que le permite excluir, aminorar o amplificar la percepción de la situación y sus demandas. Este “filtro” está ligado a cada persona con su carácter,

sensibilidad, modo de enfrentar los sucesos, experiencias pasadas, y sus mecanismos de defensa. Los factores que determinantes son:

- La forma de evaluar el suceso y/o las capacidades para hacerle frente: mientras alguien, por ejemplo puede considerar un suceso en su escala como una amenaza, para otro puede suponer un reto personal
- La manera de hacer frente a las dificultades: negar el problema, aplazarlo o poner en marcha conductas de autocontrol, por citar solo algunas, que conlleva distintas consecuencias en la percepción del estrés.
- Características personales: las personas tenemos estilos de reaccionar ante las circunstancias que demandan un esfuerzo de nuestra parte, son rasgos que si bien no pueden considerarse como definitivos, si es cierto que se van consolidando con la acumulación de experiencias, como por ejemplo la emotividad o la reactividad al estrés, la tensión o el nerviosismo son variables individuales, tanto en su percepción como en sus consecuencias.
- Apoyo social: el número y calidad de relaciones que la persona mantiene puede servir como amortiguadores de los acontecimientos potencialmente estresantes, así como la habilidad para pedir consejo o ayuda últimamente se habla de la importancia de la percepción que la persona tiene de apoyo social.

Para Reaño (2010) las circunstancias que se han clasificado como probables fuentes de estrés como problemas potenciales de salud, en constantes situaciones de estrés, la ejecución de múltiples tareas, sobrecarga de roles, conflictos

interpersonales, pertenece a determinados grupos de estresores cotidianos. La sociedad se considera como generadora de demandas estresantes para el individuo y de coacciones a las formas en que se afronta.

Para Sauter, Murphy, Hurrell, y Levi (2001) enuncian que los estresores de nivel individual pueden explicarse como el resultado causal de procesos sociales, dinámicos y político-económicos de mayor alcance, además se expresa que la tensión psicológica es más común en los empleos de nivel bajo, las dimensiones psicosociales determinan un panorama de riesgo de tensión que es notablemente independiente de las medidas tradicionales de clase social.

2.2.1.3. Respuestas ante el estrés

El estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y de las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación estresante cuando esta frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil estar en sus actividades con normalidad, es decir que depende de las demandas del medio como de sus propios recursos. La respuesta del estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan ante una situación nueva, esto facilita el disponer de recursos para enfrentarse a la demanda de nuevas situaciones (Macías, 2007).

Las respuestas del estrés pueden manifestarse de diferentes formas en el organismo, como ansiedad, dolor de cabeza y espalda, insomnio, tensión muscular (Sandin et al 2002).

ISSSTE (2010) describe el estrés como externo de una persona, cuando es un estímulo ambiental que ocasiona que una persona se sienta tensa. Se determina por el significado que le asignamos diferentes eventos de nuestras vidas, como, desengaños, cambio de trabajo, problemas económicos, dificultades para tomar decisiones, cambios en la familia, etc.

Las manifestaciones psicológicas del estrés se dividen en tres áreas: cognitiva, emotiva y conductual (Buendia, et al. 2001).

Área cognitiva

- Concentración y atención: dificultad para permanecer concentrado en una actividad, y frecuente pérdida de atención.
- Memoria. Reducción de la memoria a corto plazo como a largo plazo.
- Evaluación actual y proyecto Futuro: la mente es incapaz de evaluar acertadamente una situación del presente y mucho menos del futuro.
- Lógica y organización del pensamiento: la manera de pensar no sigue patrones lógicos y coherentes dentro de un orden, sino que es desorganizada.

Área emotiva

- Tensión: dificultad de mantenerse relajado como en lo físico y emotivo.
- Hipocondrías. Aparte de los desajustes físicos reales, se empieza a sospechar nuevas enfermedades.

- Ética. Los principios morales o éticos que rigen en la vida de uno se relajan y se posee menor dominio propio.
- Depresión y desanimo: aumento del desánimo, descenso del deseo de vivir.
- Autoestima: pensamiento de incapacidad y de inferioridad.

Área conductual

- Lenguaje: incapacidad de dirigirse a un grupo de personas.
- Intereses: falta de entusiasmo por los pasatiempos favoritos.
- Estimulantes. Aumento de consumo de alcohol, tabaco, café u otras drogas.
- Sueño: se alteran los patrones de sueño, generalmente se sufre de insomnio, muy pocas veces en una extrema necesidad de sueño.
- Relaciones: tiende a culpar a otros y pasa a otros las responsabilidades.
- Suicidio: Mantiene ideas suicidas e incluso intentos de llevarlos a cabo.

2.2.1.4. Modelos teóricos del estrés

Las teorías del estrés están agrupadas en tres, según se considere, como un estímulo, respuesta o proceso interactivo entre la persona y el ambiente (Psicología & Crecimiento, 2014).

2.3.1.2.1. Teoría basada en la respuesta

Selye fue el pionero en el campo de la investigación psicobiología sobre el estrés, lo define como respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre él. Es decir, el estrés es una respuesta a un estresor, cualquier estímulo puede ser un estresor ante una situación de estrés, el organismo tiene una

serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo, produciendo un síndrome de estrés.

El término “homeostasis” que es capacidad de todo organismo para mantener constante equilibrio interno, así como su concepción del estrés como la reacción de lucha-huida (respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes internos o externos). En esta respuesta interviene, la activación del Sistema Nervioso Simpático, enfatizando más la activación de la medula suprarrenal.

Por último la respuesta de estrés se constituye en un mecanismo conformado por tres etapas, Denominado Síndrome General de Adaptación (SGA), que consiste en la consideración de la respuesta de estrés mantenida en el tiempo.

Reacción de alarma: fenómenos catabólicos

Es la respuesta inicial del organismo cuando está expuesto a diversos estímulos a los que no está adaptado. Tiene dos fases:

Choque, es la reacción inicial al organismo al agente estresor y sus síntomas son taquicardia, pérdida del tono muscular, disminución de la temperatura y presión sanguínea; se descarga adrenalina, y corticoides,

Contrachoque, es una reacción de rebote contra el choque y de movilización, que consiste en hipertensión, hiperglicemia, diuresis, hipertermia.

Etapa de Resistencia: fenómenos anabólicos.

Es cuando el estresor permanece por más tiempo, el organismo se defiende produciendo una adaptación al estresor junto con la mejora y desaparición de los síntomas de la primera etapa, caracterizándose por una mayor resistencia al estímulo específico y una menor resistencia a otros estímulos. Esto produce una impresión de que el organismo está adaptado, pudiendo presentar síntomas inversos a los de alarma (Lévano, 2003).

Etapa de Agotamiento:

Es cuando el estresor permanece por más tiempo y es severo, reaparecen los primeros síntomas, lo que puede causar trastornos psicofisiológicos más o menos generalizados o irreversibles (Lévano, 2003).

2.3.1.2.2. Teoría basada en el estímulo

En esta teoría el estrés se perciben como características asociadas a los estímulos del ambiente (demandas psicosociales), los que pueden alterar el funcionamiento del organismo, y se indica que es el principal responsable del modelo, el enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales, interpreta el estrés asociado a estímulos del ambiente que pueden perturbar el funcionamiento del organismo.

Por su parte Lévano (2003) refiere que ésta teoría localiza al estrés fuera del individuo, entendiéndolo en términos de características asociadas a estímulos del ambiente, interpretando que pueden alterar el funcionamiento del organismo,

siendo el Strain (efecto producido por el estrés) el aspecto correspondiente a la persona. El estrés es visto como una variable independiente contrariamente a aquellos que ven como respuesta. El Strain es producido a consecuencia de un estrés crónico que sobrepasa ciertos límites, produciendo alteraciones físicas y psicológicas.

La limitación de este modelo se encuentra en aquellas situaciones “estresantes”, puesto que la percepción de cada sujeto a un evento es diferente lo que para unos es un problema para otros no lo es.

2.3.1.2.3. Teoría basadas en la interacción

Lazarus y Folkman (1999 citado en Lévano 2003) proponen que la definición de estrés es importante para la mediación de factores psicológicos, principalmente cognitivos que intervienen entre los estresores y las respuestas de estrés. Definen al estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que “grava” o excede los propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal. Lazarus denomina a la Aproximación Mediacional Cognitiva a la evaluación que el sujeto valoran constantemente el significado de lo que está ocurriendo, relacionando con su bienestar personal.

Por otro lado en cuanto a la Evaluación Cognitiva es un proceso por el cual la persona valora la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal.

Lazarus distingue 3 tipos de evaluación, de cuales son:

- Evaluación Primaria, se produce en cada interacción con algún tipo de demanda (externa o interna). existen 4 modalidades.
 - Amenaza, anticipación de daño.
 - Daño o pérdida, daño psicológico ya se ha producido.
 - Desafío, amenaza que conlleva ganancia. Demanda difícil.
 - Bienestar, no induce estrés.
- Evaluación Secundaria, es la valoración de los propios recursos de afrontamiento, incluye las propias habilidades de coping, apoyo social, etc.
- Reevaluación, es el proceso de feedback a medida que se desarrolla la interacción. Permite correcciones.

Lo que diferencia a este modelo mediacional cognitivo de Lazarus de otras aproximaciones es la gran relevancia de la evaluación cognitiva, es el factor determinante. Enfatiza a la persona como algo activo interactuando con el medio.

2.2.2. Alcoholismo

2.2.2.1. Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al alcohol como una droga, como sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía, modifica una o varias funciones, siendo las drogas psicotrópicas aquellas capaces de ejercer un efecto sobre el sistema nervioso central (SNC). El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El uso nocivo del alcohol es una como una pesada carga social y económica para las sociedades, afecta de

diferentes maneras y sus efectos están determinados por el volumen del alcohol consumido, los hábitos de consumo y en rara ocasiones, la calidad del alcohol (OMS, 2015)

La OMS define al alcoholismo como un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, con la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos) (García, et al 2014)

Por último el MINSA (2015) considera al alcohol como un depresor del sistema nervioso y produce cambios en la conducta humana. Sus efectos van desde la pérdida de las inhibiciones y sentimientos de relajación hasta alteraciones en el comportamiento que derivan en conductas agresivas y violentas.

El tema de la definición del alcoholismo está pues lejos de ser una sola tarea. Por nuestra parte siguiendo a la OMS, consideramos al alcoholismo como depresor del sistema nervioso que produce cambios en la conducta, es la más consumida a nivel mundial, el alcohol contenido en vinos, cervezas, vodka, etc. Asimismo es una enfermedad que afecta no solamente al que lo padece, sino también los seres cercanos y queridos, sobre todo esposo (a) e hijos.

2.2.2.2. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en los países en vías de desarrollo de las Américas, y el segundo

factor de riesgo en los países en vías de desarrollo de la región. A pesar de que se observan diferencias regionales, el consumo de alcohol en el continente americano fue, en promedio, más de 50% mayor que en el mundo en general. Se advirtió la tendencia a beber en exceso de manera errática (Rehm, et al. 2005)

Según la OMS América Latina es la segunda región en el mundo con mayor consumo per cápita de alcohol, donde el Perú ocupa el sexto lugar, con respecto al tipo de alcohol consumido nuestra cultura latina lo que más se ingiere es cerveza 53%; seguida de un 32,6% de licores (vodka, whisky), y un 11,7% de vino (El Mundo, 2014).

Sin embargo un número importante de usuarios desarrollarán dependencia a esta sustancia, desconociendo los mecanismos que el alcohol actuará sobre ello.

La presencia de la cultura del alcohol, consolidada durante siglos en todas las capas sociales, enseña desde la infancia no sólo cómo usar el alcohol, sino también, dentro de ciertos límites, cómo no abusar de él. Así, el hecho de que tomar alcohol, sea “normal” contribuye también a enmascarar y a normalizar sus efectos y lleva a no exhibir públicamente sus consecuencias; el sujeto que bebe moderadamente se siente aceptado en su ambiente si no exagera (y el ambiente en general es muy tolerante) y ello le estimula a no “perderse” tal aceptación con comportamientos cuando menos molestos (Moñino, 2012).

Cuando estas conductas aparecen regularmente como consecuencia del abuso del alcohol cuya prevalencia presenta actualmente en línea ascendente a nivel mundial. Donde la dependencia incluye dos conceptos: la dependencia

psicológica y física, la dependencia psicológica enfatiza en las actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia de patrones de uso patológico y en la parte física resalta los múltiples episodios de uso de la sustancia (Salazar, et al. 2004). Así también es un problema de salud que se va agravando por los efectos del consumo de esta sustancia, donde existen comportamientos que colocan en situaciones estresantes entre las que se encuentran tener relaciones sexuales sin protección, entre otras.

Consumo indebido de alcohol

OPS (2008) Es un término que describe la utilización del alcohol en forma no consistente con las normas legales o médicas, como el uso no médico de los remedios que requieren prescripción médica. Se prefiere la utilización del término consumo de riesgo.

La OMS estableció su medida a través de la Unidad de Bebida Estándar (U.B.E.). Cada U.B.E. equivalente a 10 gramos de alcohol puro, se puede medir la cantidad de alcohol puro, no la cantidad de líquido que se bebe. Cómo calcularlo según (Federación Española de Bebidas Espirituosas [FEBE])

$$\frac{\text{Centilitros o mililitros de bebida alcohólica x graduación de esa bebida x 0,8}}{100}$$

- Fórmula para calcular el nivel de alcoholemia en hombres:

$$\frac{\text{Gramos de alcohol}}{\text{Peso en kg. X 0,7}}$$

- Fórmula para calcular el nivel de alcoholemia en mujeres:

$$\frac{\text{Gramos de alcohol}}{\text{Peso en kg. X 0,6}}$$

Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro (2001) propusieron los siguientes valores para las bebidas estándar:

- 330 ml de cerveza al 5%
- 140 ml de vino al 12%
- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo jerez) al 18%
- 70 ml de licor o aperitivo al 25%
- 40 ml de bebidas espirituosas al 40%

Por su gravedad específica, un mililitro de alcohol contiene 0.785 gr de alcohol puro; por lo tanto, la definición de la OMS con respecto a las bebidas estándar es de aproximadamente 13 gr de alcohol. Se debe recordar que en Europa, una bebida estándar contiene aproximadamente 10 gr de alcohol.

La recomendación es no superar los límites: como consumo regular diario de 20 a 40 gr de Alcohol en mujeres, y de 40 a 60 gr diarios en hombres (OPS, 2008).

Vallejo (2006) menciona acerca de los riesgos asociados al consumo de bebidas alcohólicas empiezan con niveles de consumo relativamente bajos, y se incrementan de forma progresiva y sin solución de continuidad simultánea a la frecuencia e intensidad de las ingestiones étlicas. Desde la perspectiva médica y

psiquiátrica existe cuatro bloques temáticos las cuales son: consumo de riesgo y el consumo perjudicial, el Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA), la intoxicación alcohólica, y los trastornos relacionados con el alcohol.

Babor et al. (2001) también señalan que hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo.

Consumo de riesgo de alcohol

Babor et al. (2001) definen el consumo de riesgo de alcohol como un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor. Asimismo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

De la misma manera añaden Sanacreu, Zaccagnini y Márquez, (1992) que es un motivo de gran preocupación sanitaria y social, dado que su prevalencia, más elevada que el alcoholismo puede causar las mismas enfermedades y las mismas alteraciones de comportamiento que el alcoholismo suponiendo un gran

reto en prevención. Igualmente se considera que los que superan los límites del consumo moderado (prudente), aumentan el riesgo de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento (Guardia, et al 2008)

Síntomas de dependencia

Se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. Por otro lado el concepto de dependencia ha sido objeto de diferentes revisiones por parte de la OMS, la American Psychiatric Association y otros organismos, en las que se ha insistido en la sustitución de la denominación de alcoholismo por la de dependencia del alcohol (Babor, et al. 2001).

Según OPS (2008) refiere que es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioridad para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

Para Martínez y Rubio (2002) la dependencia es un estado adaptativo del organismo hacia la sustancia, caracterizado por la aparición de problemas físicos, cuando la administración de la droga se interrumpe.

Medanik y Room (1992) señalan que el riesgo de desarrollar dependencia al alcohol se incrementa de manera significativa cuando se bebe más de 12 litros/etanol/año, lo que viene a ser unos 230 gramos/etanol a la semana.

Babor et al. (2001) indican que los síntomas son un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

Vallejo (2006) considera que es un patrón de consumo que en la actualidad está ocasionando al individuo daños a la salud, ya sea física o mental.

Sin embargo en nuestro país aún no se ha realizado un estudio completo que cuantifique la prevalencia tanto del alcoholismo como del consumo de riesgo en toda la población peruana.

2.2.2.3. Características del alcoholismo

Según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) el problema de consumo del alcohol en el Perú ha tomado dimensiones cada vez más complejas y ha complicado la vida de miles de ciudadanos, ocurre generalmente antes que cualquier otra droga, en edades cada vez más tempranas, esto es similar en cada una de las regiones naturales del país. La prevalencia de consumo del alcohol es de 75% de la población, siendo la gran mayoría en población urbana. En cuanto a la dependencia al alcohol entre las edades de 20 a 40 años, es mayor en hombres que en mujeres, 4 hombres por cada mujer. En relación al consumo en los adolescentes entre los 12 y 19 años de edad han

consumido mayormente alcohol y tabaco. En este grupo etario, la probabilidad es casi el doble que la del consumo de tabaco. Los patrones de consumo por género para alcohol muestran que, entre los 13 y los 15 años, una mayor proporción de mujeres que hombres han consumido alcohol, no existiendo diferencias en el nivel de consumo por sexo entre los 16 años y 19 años de edad. En cuanto al desarrollo de dependencia, se estimó por cada 100 personas que prueban alcohol, 11 de ellas se vuelven dependientes; el riesgo de progresar hacia una dependencia es más grande entre los varones que las mujeres (DEVIDA, 2003)

En una encuesta específicamente en Lima el consumo de alcohol, ha mostrado un incremento importante, se reporta un incremento del consumo en la población femenina, así como en la prevalencia de vida para el consumo de sustancias legales a 71,6%, mientras que para el consumo de sustancias ilegales se encontraba en 7,8%. (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2002).

La prevalencia de vida de consumo de alcohol y tabaco es de 94,2% y 68% respectivamente, por lo que se concluía que más de once millones de peruanos habrían probado alcohol y más de ocho millones habían consumido tabaco (DEVIDA, 2002). El mismo incremento lo reporta el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO, 2006).

Para el interior del País se observaba otra realidad, según el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra 2003, realizada en tres ciudades Cajamarca, Ayacucho y Huancayo, que reveló cifras alarmantes como el hecho

que en el último año, el 10% de la población habría presentado problemas de consumo perjudicial o dependencia del alcohol. En el caso de la ciudad de Ayacucho, esta cifra se elevaba al 15%. El año 2004 el Estudio de la Selva Peruana, revelaba una prevalencia actual de consumo de alcohol del 40,7% para varones y del 16,6% para mujeres. (Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", 2004)

CEDRO (2006) reporta incrementos en las prevalencias actuales de consumo de alcohol de 34,8% y 40,5% para la sierra y selva, respectivamente para la población en general.

Para el año 2006, la III Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas, muestra aumento de la prevalencia (63,0%) e incidencia (30,2%) de consumo en los últimos 12 meses. En el mismo estudio se observa que las mujeres van incrementando su tasa de consumo al 55,7%, con tendencia a aproximarse a la de los varones 72,4% (DEVIDA, 2006).

Según la OPS (2007) el consumo excesivo episódico, definido como cinco o más tragos estándar (cualquier bebida alcohólica que contenga el equivalente de 10 gr de alcohol puro) por ocasión (por un periodo de dos horas) para el hombre y cuatro o más tragos estándar para la mujer, es un patrón de uso de alcohol asociado con mayores daños físicos y emocionales, incluyendo violencia, accidentes, embarazos no planificados, sexo sin protección.

2.2.3. Prostitución y trabajo sexual

Según la Real Academia Española (2001) la prostitución es la actividad a la que se dedica quien mantiene relaciones sexuales con otras personas por dinero. Así como ésta, existen diversas definiciones que proporcionan el entendimiento de la prostitución, por otro lado el Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) considera que es un poder que el hombre ejerce sobre la mujer que lleva a una relación directa con la cultura sexual machista y los roles sexuales de género que la sociedad atribuye a hombres y mujeres, otorgando mayor poder y privilegio a lo masculino (CLADEM, 2003).

Por otro lado Quintanilla (2004) define el trabajo sexual como una práctica social en donde participan varios agentes, no sólo la prostituta sino el cliente y el proxeneta, además de terceros como ciertos comerciantes e instituciones representantes del Estado como la policía y las municipalidades. La prostitución consiste en el uso de un cuerpo ajeno para satisfacer la propia sexualidad. Este acto es justificado por algunos sectores como trabajo por haber un pago a cambio.

Igualmente Tirado (2011) menciona que la prostitución es una forma de expresar la libertad corporal de la que dispone la persona, tanto en la actividad económica que genera beneficios al individuo.

Para el Ministerio de Salud (MINSA) el trabajo sexual es una persona que tiene como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, está considerado/a dentro de las poblaciones vulnerables, por su alto recambio de

parejas sexuales y alta exposición a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (MINSA, s/f).

Por último el trabajo sexual debería ser entendido como un fenómeno social complejo, estable en una sociedad, y que responde a múltiples causas (Jauregui, 1996).

2.2.3.1. El trabajo sexual en el Perú

En el Perú, desde 1911, el trabajo sexual es considerado una actividad lícita para las mujeres mayores de 18 años, siempre que se formalice en los lugares y bajo las condiciones que señalan las normas administrativas pertinentes. De lo contrario, se le considera una actividad ilegal, pero no sujeta a sanción legal, a diferencia del proxenetismo que es considerado ilegal. Hasta 1953, la política estatal reglamentada funcionaba bajo el control del Ministerio del Interior y a partir de ese año, se transfiere a las municipalidades la facultad de otorgamiento de licencias a los prostíbulos (Reaño, 2010).

Presentar un panorama general de la prostitución en nuestro país es una tarea difícil ya que las investigaciones sobre el tema son escasas. En el plano cuantitativo, no existe un estimado del número total de prostíbulos, este dato es de difícil estimación por el hecho de que la mayor parte de la prostitución es clandestina. Para fines la única fuente bibliográfica con la que se cuenta es una encuesta realizada por la ONG Movimiento el Pozo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), que brinda datos sobre la prostitución ejercida legalmente. Según dicho

estudio, el número de prostíbulos sería de 49, distribuidos en 23 ciudades de las 31 en que se aplicó la encuesta, siendo las ciudades con mayor cantidad de prostíbulos Lima, Chiclayo e Iquitos (Motta, 2010).

Según la constitución política del Perú, las leyes en nuestro país en cuanto al trabajo sexual es una actividad que no está prohibida, no es un delito, por lo tanto esto solo se aplica sólo a un grupo legalizado (Arbulú, 2010).

El Estado tiene la facultad de otorgar licencias para el funcionamiento de prostíbulos; aplicar un sistema de tributos y multas; sancionar la prostitución clandestina; y realizar control sanitario de las mujeres dedicadas al ejercicio de la prostitución (Motta, 2010).

En la actualidad nuestro país tiene el sistema reglamentario de la prostitución, por medio de las Municipalidades se solicita la licencia para su funcionamiento como prostíbulo, cuyo requisito para que puedan trabajar con licencia es el control sanitario quincenal (Arbulú, 2010).

2.2.3.2. La prostitución como actividad laboral

Según Reaño (2010) en el Perú, existen mujeres de todos los estratos socioeconómicos y de todas las edades dedicadas al trabajo sexual, y el nivel socioeconómico del que provengan influirá en la categoría en la que realizan su actividad. Es así que hay trabajo sexual en todos los estratos sociales y la cantidad de dinero que reciben a cambio de sus servicios también mantiene una gran variación.

Sin embargo Garbay (2012) expresa del reconocimiento de la prostitución como una actividad laboral, puede ser una estrategia de protección frente a situaciones de explotación, y también puede ser un mecanismo para superar el contenido humillante de la nominación “prostituta”. No obstante puede en lugar de independizar a las mujeres, encubrir las relaciones de poder y dominación que son elementos constitutivos de la prostitución. Si bien el contrato de empleo y el de prostitución son posibles en el sistema capitalista, en un contrato de trabajo, el empleador no tiene ningún interés especial en el cuerpo del trabajador, sino en los bienes que puede producir y en los beneficios que le pueda reportar, para ello el empleador debe organizar a los trabajadores e inducirlos a producir bienes con otros medios de producción. En el caso de la prostitución, el único interés es sobre el cuerpo de la mujer. El objeto del contrato de prostitución es el cuerpo y el acceso sexual al cuerpo.

2.2.3.3. Características del trabajo sexual en el Perú

Salazar, Ugarte, Vasquez y Loaisa (2004) en un estudio que realizaron de mapeo encuesta en relación a las condiciones socioeconómicas, demográficas y sociales de las mujeres que ejercen el trabajo sexual en las ciudades de Huancayo, Pucallpa, Arequipa y Piura.

En cuanto al nivel de instrucción es menor en la ciudad de Pucallpa donde una mayor proporción de mujeres tiene estudios primarios o secundarios incompletos

Por otro lado el estado civil, la mayoría de las Trabajadoras Sexuales son solteras y la fracción de las que reportan convivencia con su pareja varía de acuerdo a las ciudades, siendo mayor en Piura (29.4%) y menor en Arequipa (16.2%). Este dato se relaciona con los hallazgos de estudios previos en esta población. Sin embargo desempeñan su actividad con menor frecuencia en Pucallpa, en relación a otras ciudades.

No obstante la mayoría de mujeres realizan su trabajo en espacios públicos, un grupo lo ejerce en diferentes locales como burdeles, bares o “night clubs”. Estos locales tienen algunas características en su funcionamiento que los diferencian entre ellos (presencia de proxenetas, pago a los dueños, tipos de clientes).

Referente al abandono del trabajo en algún momento de sus vidas y la vuelta al mismo por motivos económicos pueden evidenciar la pobreza y la falta de oportunidades para el desarrollo individual, en ese sentido poseen cuenta en el banco el 20% en las cuatro ciudades. Se trata entonces de mujeres que no tienen acceso a un sistema formal de créditos.

Con relación de que si cuentan con seguro de salud es muy bajo en las cuatro ciudades y muestra el escaso acceso a servicios de salud con los que cuenta esta población, lo cual resulta paradójico ya que por norma estas mujeres deben asistir mensualmente a realizarse controles médicos en los Centro de Referencia de ITS. Es por eso que la mayoría de la población acude al servicio de Atención Médica

Periódica (AMP) mensualmente de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud.

Esto concuerda con datos encontrados en estudios previos que además reportan que en las trabajadoras sexuales mujeres el acceso a los servicios de AMP es un ejercicio frecuente, lo que muchas consideran un derecho más que una obligación.

En cuanto al uso de condón se ratifica tienen un uso consistente del condón con sus clientes pero éste es muy bajo con sus parejas. A este nivel entran en juego las relaciones de poder y la asimetría en la capacidad de negociación que tienen las mujeres en general para exigir el uso de condón por parte de sus parejas fuera del trabajo sexual.

Con referencia a la situación de los hijos la mayoría de las encuestadas son madres. De este grupo gran parte ha obtenido partida de nacimiento de todos sus hijos aunque algunas mujeres reportan solo haber inscrito a alguno de sus hijos. Por otro lado, si bien más de las tres cuartas partes de la población en las cuatro ciudades refieren que sus hijos han sido reconocidos por el padre, menos del 40% (llegando a ser 13% en Arequipa) reporta recibir manutención. Este dato refleja el grado de vulnerabilidad y abandono que pueden presentar este grupo de mujeres en el interior del país, pero podría ser también un reflejo de la situación de la mujer pobre en dichas ciudades.

Con respecto a las situaciones de violencia física y psicológica, en violencia psicológica los reportes de amenaza se dan en mayor proporción en la ciudad de

Huancayo y en esta ciudad los mayores índices se producen con el serenazgo y la policía. Existe una alta variabilidad entre las ciudades. No obstante en todas estas (salvo Huancayo) la proporción de amenazas permanece por debajo del 20%. Con respecto a las burlas y humillaciones, salvo Pucallpa, la proporción es relativamente homogénea en las otras tres ciudades, presentando proporciones similares en lo reportado con respecto a la pareja, al cliente y a la policía.

Respectivamente a la violencia física, Arequipa presenta las proporciones más altas de agresiones, y dentro de esta la pareja reporta los niveles más altos de agresión seguida por la policía. En las otras ciudades las agresiones son menores y las cifras son similares, salvo en Huancayo donde el serenazgo aparece como un mayor agente efector de violencia. A diferencia de la población que ejerce el trabajo sexual en locales privados. Esto podría darle un grado de protección a la trabajadora ya que le confiere al trabajo sexual un cierto grado de legalidad y lo hace menos vulnerable a intervenciones de la policía y el serenazgo.

2.2.3.4. Trabajo sexual, estrés y alcoholismo

Según Reaño (2010) los principales estresores están referidos al trato con los clientes, la preocupación por las enfermedades, el conocimiento de la familia acerca del trabajo que realizan, la sensación de llevar una doble vida. Asimismo la relación con los hijos y la vergüenza por la forma en que se ganan el dinero.

Castellanos y Ranea (2014) indican que el trabajo sexual origina tensiones de las conductas de riesgo llevadas a cabo por algunos clientes, especialmente en

cuanto al uso del preservativo, la responsabilidad en el uso del mismo recae en ellas.

Macías (2007) menciona que el estrés está relacionado con otras alteraciones de salud y otros habituales que no suelen ser mortales (algunos son factores de riesgo), pero que deterioran notablemente el funcionamiento normal, el bienestar y la calidad de las personas que la padecen (alteraciones gastrointestinales, insomnio, el alcoholismo, etc.)

El trabajo sexual presenta riesgos como el abuso que incluyen violencia física, sexual, psicológica, ser forzadas a consumir drogas y alcohol, explotación económica y deuda, condiciones de vida infrahumanas. Todos estos abusos tienen graves consecuencias en la salud de las mujeres, tienen impacto en su salud física incluyendo la salud reproductiva para poder soportar la situación de prostitución. Así como posibles adicciones a las drogas que han sido obligadas a consumir para poder soportar la situación de prostitución (Castellanos y Ranea, 2014).

Además se realizaron un estudio con una muestra de 854 mujeres en situación de prostitución en nueve países diferentes concluyendo que: el 71% de las entrevistadas había sufrido violencia física; el 63% habían sido violadas; el 89% quería abandonar la prostitución, pero manifestaron no tener otra opción de supervivencia; y de todas ellas, un 61% mostró síntomas de padecer trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático está asociado a personas que sufren violencia sexual y física de forma continua durante un periodo de tiempo. Por ultimo Las agresiones sufridas por las mujeres en situación de

prostitución, muestran que son especialmente vulnerables debido a su previa estigmatización social. Por la estigmatización y la violencia a la que están sometidas sistemáticamente, por parte de proxenetas y clientes, algunas de las entrevistadas manifiestan dificultades para establecer relaciones de pareja y muestran desconfianza hacia los hombres (Farley, et al 2003 citado en Castellanos y Ranea, 2014).

En Perú y muchas otras partes del mundo, esta población experimenta mayor riesgo y vulnerabilidad debido a una falta de habilidades, además de altos niveles de exposición a violencia y marginalización, empieza a temprana edad y persiste durante la edad adulta con alta frecuencia (CARE, 2009).

2.3. Marco bíblico filosófico

La sexualidad humana está representada en la biblia como parte de la imagen de Dios en la humanidad. Nos creó en su infinito amor y misericordia, a su imagen que piensa, siente y actúa de acuerdo a sus principios. Dado que el uso de las bebidas alcohólicas, y el cuidado inadecuado de nuestro cuerpo son dañinos para nuestra salud, debemos de abstenernos de ellos pues se considera así, según 1 Corintios 3:16-17 Versión Nueva Reina Valera 2000), ya que nuestro cuerpo es el templo del Espíritu Santo, debemos cuidarlos inteligentemente. Dios está atento a cómo tratamos nuestros cuerpos, su obra de arte sin igual, el sabio Salomón dijo, “El vino es escarnecedor, la sidra alborotadora, y cualquiera que por ellos yerra no es sabio.” (Proverbios 20:1) Y otra vez dice, “*No mires al vino cuando rojea, cuando resplandece su color en la copa. Se entra suavemente...*” (Proverbios 23:31).

Según White (1978) aconseja que debemos abstenernos de los deseos carnales que batallan contra el alma, algunos consideran que esta advertencia sólo se aplica al vicio; pero tiene un sentido más amplio. Nos guarda contra toda complacencia perjudicial del apetito o la pasión. Es una de las advertencias más fuertes contra el uso de estimulantes y narcóticos tales como el té, el café, el alcohol y otros. Cuanto más temprano en la vida se forme estos hábitos perjudiciales, más firmemente tomarán posesión de la víctima convirtiéndola en un esclavo de la pasión, y más indudablemente humillarán la norma de espiritualidad (White, 1905).

Por otro lado el origen de la sexualidad es divino, por lo tanto santo a la vez. La ley de Dios es el único modelo de perfección moral. Esta ley es demostrada en la práctica en la vida de Cristo (White, 2008), por eso toda la vida del cristiano debe estar basado en ella. Además la obra de Jesús no fue deshacer lo que Dios había creado él no puede destruir la relación sagrada, que creo anteriormente. También amonesta: “Hombre o mujer...que entregan sus propios cuerpos a la indulgencia de pasiones corruptas...abusan de los poderes que Dios les ha dado para preservarse en santidad y honra. Salud y vida son sacrificados sobre el altar de la pasión. Los más altos, más nobles poderes están sujetos a las propensiones animales”. (White 1978, p.110-111)

Continua con la siguiente declaración: “Yo desearía que todos entendieran su obligación para con Dios de preservar la salud mental y física en la mejor condición para rendirle un servicio perfecto a su Creador” (White 1978, p.113). Otro de los peligros es que “bajo la sensualidad que corrompe el hombre es separado de la experiencia religiosa”

(White TCSAD, p.119). Lo que en ninguna manera es el deseo de Dios, los excesos no son en ninguna manera beneficiosos para el ser humano

Los resultados degradantes de la obsesión con el sexo, la búsqueda de placeres sensuales y el consumo de alcohol en esta época están claramente trazados en la Palabra de Dios. Más Cristo vino para destruir las obras del diablo y restaurar una relación correcta de sus hijos con su Creador. De este modo el tiempo que nos ha tocado vivir demanda de nosotros un mayor compromiso al servicio, siendo nuestra mayor necesidad terminar la misión que se nos ha encomendado.

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Estrés

Se define el estrés como la expresión de la interrelación de la persona con su entorno, en la que una determinada situación ha sido evaluada como amenazante y demandante, en la que los recursos de la persona para hacerle frente a una determinada situación ha sido desbordada Asimismo Lazarus y Folkman, (1986, citado en Reaño 2010).

2.4.2. Alcohol

Se define al alcohol como una droga, como sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía, modifica una o varias funciones, siendo las drogas psicotrópicas aquellas capaces de ejercer un efecto sobre el sistema nervioso central (OMS, 2015).

2.4.3. Consumo de alcohol

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El uso nocivo del alcohol es una como una pesada carga social y económica para las sociedades, afecta de diferentes maneras y sus efectos están determinados por el volumen del alcohol consumido, los hábitos de consumo y en rara ocasiones, la calidad del alcohol (OMS, 2015) .

2.4.4. Trabajadora sexual

Se define el trabajo sexual como una práctica social en donde participan varios agentes, como la prostituta, el cliente y el proxeneta, además de terceros como ciertos comerciantes e instituciones representantes del Estado como la policía y las municipalidades. La prostitución consiste en el uso de un cuerpo ajeno para satisfacer la propia sexualidad. Este acto es justificado por algunos sectores como trabajo por haber un pago a cambio (Quintanilla, 2004).

Capítulo III

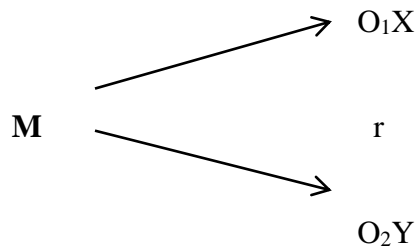
Diseño Metodológico

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio corresponde al tipo de investigación descriptivo correlacional, Se utiliza cuando se tiene como propósito conocer la relación existente entre dos o más conceptos, categorías o variables, pues intenta analizar la relación entre el nivel estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca (Hernández, et al 2010).

Según Hernández et al. (2010) el diseño de la investigación es no experimental, transeccional o transversal; ya que no existe manipulación activa de alguna variable y se busca establecer la relación de variables medidas en una muestra en un único momento del tiempo (Valderrama, 2002).

Charaja (2004) plantea el siguiente bosquejo para los trabajos los correlacionales.



Donde:

M = Muestra de trabajadoras sexuales

X = Estrés

Y = Consumo de alcohol

r = Correlación entre dos variables de estudio

O₁ = Evaluación de estrés

O₂ = Evaluación de consumo de alcohol

3.2. Formulación de hipótesis

3.2.1. Hipótesis general

Existe relación directa y significativa entre el nivel de estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.

3.2.2. Hipótesis específicas

- a. Existe relación directa y significativa entre los síntomas fisiológicos del estrés y consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de

CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.

- b. Existe relación directa y significativa entre los síntomas de comportamiento social del estrés y consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.
- c. Existe relación directa y significativa entre los síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.
- d. Existe relación directa y significativa entre los síntomas psicoemocionales del estrés y consumo del alcohol en trabajadoras sexuales que acuden al centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el año 2014.

3.3. Identificación de variables

Primera variable de estudio: Estrés

Segunda variable de estudio: Consumo de alcohol

3.3.1. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Primera variable Estrés	Síntomas fisiológicos	Respuestas fisiológicas. Ítems del 1 al 8	Muy bajo (0.0 – 6.5) Bajo (6.6 – 11.8)
	Síntomas de comportamiento social	Dificultad con las relaciones sociales Ítems del 9 al 12	Medio (11.9 – 17.0) Alto (17.1 – 23.4) Muy alto (23.5 – 100)
	Síntomas intelectuales y laborales	Sobrecarga por trabajo Ítems del 13 al 22	
	Síntomas psicoemocionales	Pensamientos negativos Ítems del 23 al 31	
Segunda variable Consumo de Alcohol	Consumo de Riesgo	Frecuencia de consumo Ítems del 1 al 3	Bajo (0- 7) Medio (8 – 15) Alto (+ de 15)
	Síntomas de dependencia	Pérdida de control sobre el consumo Ítems del 4 al 6	
	Consumo perjudicial	Sentimiento de culpa tras el consumo Ítems del 7 al 10	

3.4. Descripción del lugar de la ejecución

La investigación se llevó a cabo durante los meses enero a agosto del presente año 2014 específicamente en el centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano en la ciudad Juliaca, ubicado en la Av. Circunvalación, carretera a Huancané Km. 2 de la ciudad de Juliaca del departamento de Puno; es considerado como un Hospital de Nivel II-2.

3.6. Población y muestra

3.6.1. Población

La población de esta investigación estuvo constituida por trabajadoras sexuales de la ciudad de Juliaca, que se encuentran registradas en CERITS (Centro de Referencia Contra Infecciones de Trasmisión Sexual) del Hospital Carlos Monge Medrano, ya que se encuentran trabajando en los locales “Las Conejas”, “Mis Liz”, “El Fogón Chino”, y que según registro son 150 trabajadoras.

3.6.2. Determinación de la muestra

Para la determinación de la muestra, se consideró el diseño muestral no probabilístico intencional, considerando criterios de inclusión y exclusión, la muestra estuvo constituida por 103 trabajadoras sexuales.

Criterios de inclusión

- Trabajadora sexual registrada en CERITS
- Trabajadoras sexuales que asistan a sus controles en el Hospital Carlos Monge Medrano en la ciudad de Juliaca
- Trabajadora sexual que desee participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de Exclusión

- Trabajadora sexual no registrada en CERITS.
- Trabajadoras sexuales que no asistan a sus controles en el Hospital Carlos Monge Medrano en la ciudad de Juliaca
- Trabajadora sexual que no desee participar voluntariamente en la investigación

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Según Valderrama (2002) se utilizó la técnica de la encuesta, aplicando el cuestionario de estrés y el cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT)

Cuestionario para la evaluación de estrés (tercera versión)

El cuestionario para la evaluación del estrés (anexo 1) fue tomado de la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial elaborado por Pontífice Universidad Javeriana y avalado por el Ministerio de Protección Social. Está dividido en cuatro partes con el fin de medir el estrés laboral en dimensiones diferentes, según las posibles reacciones. Dichas dimensiones están categorizadas en los siguientes niveles: fisiológico, social, intelectual y del trabajo y psicoemocional.

Los primeros ocho ítems hacen referencia a sintomatologías a nivel fisiológico, las cuales son desencadenadas por situaciones de estrés en el trabajo; a nivel social, el instrumento tiene en cuenta cuatro factores; la tercera parte del instrumento está compuesta por diez ítems a nivel intelectual y de trabajo; y por

último, presenta nueve afirmaciones a nivel psicoemocional. Adicional a esto, el instrumento presenta en su parte inicial una serie de datos sociodemográficos. De esta forma, el cuestionario busca globalizar diferentes áreas de ajuste del individuo y cómo éstas se pueden ver afectadas ante situaciones de estrés laboral.

Este cuestionario está diseñado con escala Likert, planteando una serie de afirmaciones para que el individuo reporte la frecuencia con que ocurren estas situaciones en su vida cotidiana; las opciones de respuesta son: siempre, casi siempre, a veces o nunca. Cada una de estas opciones de respuesta adquiere un valor diferente, dependiendo de la pregunta y del área de ajuste a evaluar.

Los baremos de calificación de este cuestionario permiten clasificar los niveles de estrés en tres categorías: alto, medio y bajo. Para esto plantea dos tipos de puntajes; uno de ellos es para la población en general y el otro clasifica a los trabajadores en cuatro niveles de cargos, dependiendo de cada nivel, asigna un puntaje diferente; dichos niveles son: nivel 1 (para los directivos), nivel 2 (para personal calificado), nivel 3 (personal administrativo auxiliar) y nivel 4 (para el personal no calificado u operarios). La ficha descriptiva de este instrumento se encuentra en el Anexo 2.

Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT)

Este instrumento (anexo 3), fue diseñado como parte de un proyecto multinacional auspiciado por la Organización Mundial de Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo

en la evaluación breve. Se trata de una prueba útil y con validez transcultural para identificar el consumo excesivo de alcohol. Además, explora la frecuencia y la cantidad del consumo de alcohol, tomando en cuenta lo que podría considerarse consumo excesivo, además explora la posibilidad de que haya dependencia al alcohol y un consumo dañino del mismo y consta de 10 preguntas de respuestas múltiples tipo Likert. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.

Las consumiciones a la que hacen referencia las preguntas están basadas en bebidas estándar, lo cual se aclaró durante el desarrollo de la encuesta.

El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional; es además breve, rápido, y flexible. El instrumento es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol. Estos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80. La confiabilidad se obtuvo mediante el cálculo del alpha de Cronbach, obteniendo un valor para casos de 0,66 y para controles de 0,68. Diversos estudios han descrito la fiabilidad del test, los resultados indican una alta consistencia interna, lo que sugiere está midiendo un constructo único de modo confiable. Un estudio de fiabilidad test-retest indicó una alta fiabilidad ($r=0.86$) en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo, sujetos con abuso de cocaína y alcohólicos.

3.8. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo previo trámites administrativos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Para ello primero se contó con la aprobación del proyecto de tesis por el comité de investigación de la escuela de Psicología de la Universidad Peruana Unión. Además se contó con la aprobación del proyecto de tesis por los administrativos del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca y finalmente se realizaron las coordinaciones respectivas con la institución a fin de programar la fecha de recolección de datos con la jefa del centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Los datos fueron recogidos de forma anónima durante los controles que se realizaban.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Una vez que se recogieron los datos, estos fueron ingresados y procesados por medio del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19.0 para Windows. Para el análisis de los datos se obtuvieron las frecuencias, porcentajes, medias y desvíos típicos de la escala en general y de las dimensiones en particular. Para la prueba de correlación se usó la r de Pearson, así como los estadísticos de regresión y el ANOVA correspondiente para la validación del modelo.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

Realizado el recojo de datos, se procedió a la calificación y tabulación del Cuestionario de estrés y el AUDIT, obteniendo los siguientes resultados.

4.1. Resultados de la investigación

4.1.1. En relación a la hipótesis general

Con respecto al nivel de estrés que presentan las trabajadoras sexuales, la tabla 2 muestra que el 43.7% de las trabajadoras sexuales presentan un nivel de estrés muy alto, es decir, que la cantidad de síntomas y su frecuencia de presentación es indicativa de una respuesta de estrés severa y perjudicial para la salud y que requieren intervención inmediata; el 25.2% presenta un nivel de estrés medio, seguido del 13.6% con niveles de estrés bajo y alto respectivamente y finalmente sólo el 3.9% de las trabajadoras sexuales presenta un nivel de estrés muy bajo, indicando la ausencia de síntomas de estrés u ocurrencia muy rara que no amerita desarrollar actividades de intervención.

Tabla 2

Nivel de estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	4	3.9	3.9	3.9
Bajo	14	13.6	13.6	17.5
Medio	26	25.2	25.2	42.7
Alto	14	13.6	13.6	56.3
Muy alto	45	43.7	43.7	100.0
Total	103	100.0	100.0	

La tabla 3 muestra los síntomas de estrés que presentan las trabajadoras sexuales en sus diferentes dimensiones, y se aprecia que los síntomas fisiológicos que más padecen las trabajadoras sexuales son los dolores en el cuello y espalda o tensión muscular (3.7282), seguido de los síntomas de dolores de cabeza; en relación a los síntomas de comportamiento social las trabajadoras manifiestan tener problemas en sus relaciones familiares (1.5146), es decir que llegan a cumplir con su trabajo con algunos problemas que se presentan en sus hogares; con respecto a los síntomas intelectuales y laborales presentan sentimiento de sobrecarga de trabajo (2,7670) y sentimientos de frustración (2.0485) y deseos de no ir al trabajo; y en relación a los síntomas psicoemocionales presentan sentimientos de soledad (2.8252), pensamientos negativos, de irritabilidad y consumo de bebidas alcohólicas, café y cigarrillos (2.4466).

Tabla 3

Síntomas de estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

Dimensión	Indicadores (ítems)	Media	Desv. típ.
Síntomas Fisiológicos	Dolores en el cuello y espalda o tensión muscular	3.7282	2.28033
	Problemas gastrointestinales ,ulcera péptica, acidez , problemas digestivos o del colon	2.2718	2.35644
	Problemas respiratorios	2.3010	2.69653
	Dolor de cabeza	2.3107	1.60287
	Trastornos de sueño como somnolencia durante el día o desvelo durante la noche ,palpitaciones en el pecho o problemas cardiacos	1.5534	1.67875
	Palpitaciones en el pecho o problemas cardiacos	.7573	1.12430
	Cambios fuertes de apetito	.8155	.82542
	Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez)	.2621	.57669
Síntomas de comportamiento social	Dificultad en relaciones familiares	1.5146	2.00912
	Dificultades para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades	1.1068	1.50106
	Dificultad en las relaciones con otras personas	.9709	1.53045
	Sensación de aislamiento y desinterés	.6505	.96719
Síntomas intelectuales y laborales	Sentimiento de sobrecarga de trabajo	2.7670	2.40181
	Dificultad para concentrarse olvidos frecuentes	2.0388	2.23134
	Aumento de número de accidentes en el trabajo	.8155	1.69050
	Sentimiento de frustración, de no haber hecho lo que se quería en la vida	2.0485	1.68254
	Cansancio, tedio o desgano	2.2718	1.40164
	Disminución de rendimiento de trabajo o poca creatividad	1.2816	1.27892
	Deseo de no asistir al trabajo	2.2136	1.89763
	Bajo compromiso o poco interés con lo que se hace	.8350	.86429
	Dificultad para tomar decisiones	1.1068	.98928
	Deseo de cambiar de empleo	1.4272	1.09904
Síntomas Psicoemocionales	Sentimiento de soledad y miedo	2.8252	2.40680
	Sentimiento de irritabilidad ,actitudes y pensamientos negativos	2.7087	2.73908

... Continuación de la tabla 3

	Sentimiento de angustia preocupación o tristeza	2.4563	1.79201
	Consumo de drogas para aliviar la tensión o los nervios	.3301	1.01352
	Sentimiento de que "no vale nada" o "no sirve para nada"	.8350	1.44234
	consumo de bebidas alcohólicas o café o cigarrillo	2.4466	1.76972
	Sentimiento de que está perdiendo la razón	.2136	.49804
	Comportamientos rígidos, obstinación o terquedad	.7476	.84851
	Sensación de no poder manejar los problemas de la vida	.660	.7482
	N válido (según lista)	103	

La tabla 4 muestra el nivel de consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales, y se evidencia que el 39.8% de ellas presenta un nivel medio de consumo de alcohol, seguido del 31.1% con un nivel de consumo bajo y finalmente el 29.1% presenta un nivel de consumo alto, indicando que debe de derivarse a un especialista para su evaluación diagnóstica y tratamiento.

Tabla 4

Nivel de consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	32	31.1	31.1	31.1
Medio	41	39.8	39.8	70.9
Alto	30	29.1	29.1	100.0
Total	103	100.0	100.0	

4.1.1.1. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

4.1.1.2. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Estrés

Variable y = Consumo de alcohol

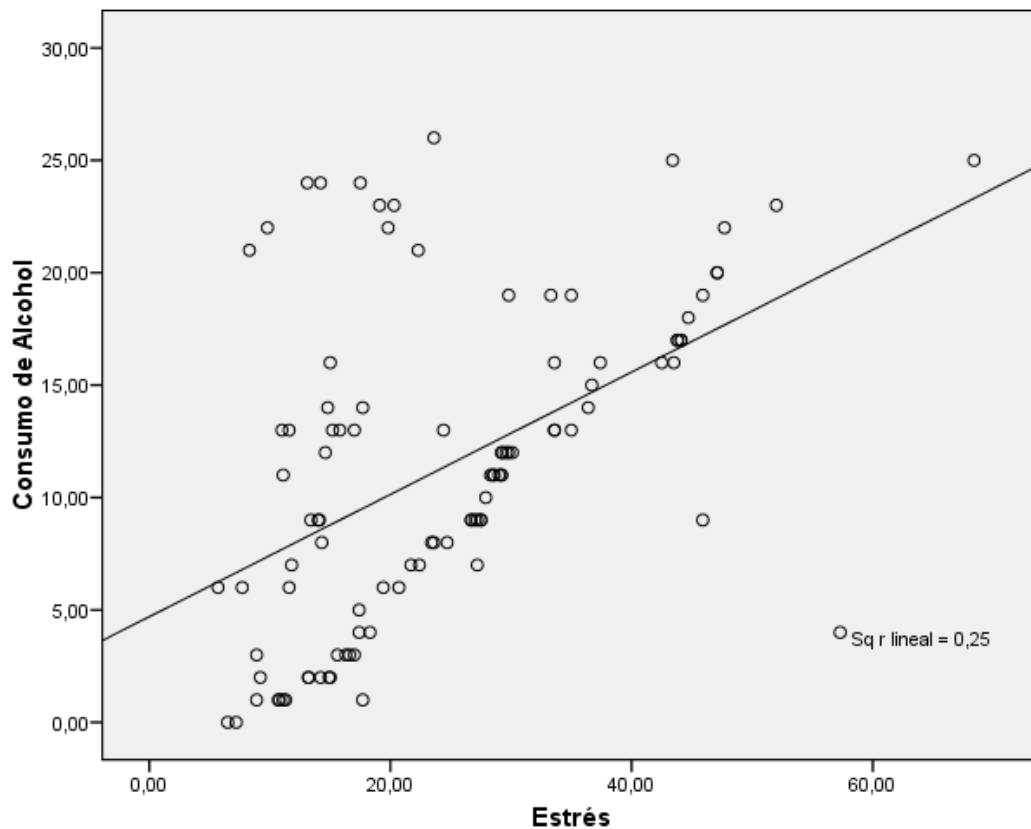


Figura 1. Dispersión de las variables estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS

La figura 1 evidencia una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación entre las variables.

4.1.1.3. Modelo de ecuación de las variables

Tabla 5

Análisis de coeficientes entre estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	4.702	1.295		3.630	.000
	Estrés	.272	.047	.500	5.806	.000

a Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables estrés y consumo de alcohol.

Donde la pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = .272$$

Este resultado afirma que la relación entre la variables es directa positiva con una pendiente de .272

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 4.702$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 4.702 + .272x$$

4.1.1.4. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 6

Análisis de correlación entre estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

		Estrés	Consumo de Alcohol
Estrés	Correlación de Pearson	1	.500(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	103	103
Consumo de alcohol	Correlación de Pearson	.500(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	103	103

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 7

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.500(a)	.250	.243	6.10688

a Variables predictoras: (Constante), Estrés

El análisis de correlación determina la existencia de una relación directa y significativa entre el estrés y consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, y se aprecia un coeficiente de correlación $r = .500$, como se observa en la tabla 6, siendo esta relación significativa, por otro lado el coeficiente de determinación declara que el $r^2 = .250$ indicando que la variación del consumo de alcohol se explica por la variación del nivel de estrés en un 25.0%, la cual es significativa como se evidencia en la tabla 7.

4.1.1.5. Planteamiento de hipótesis

H₀: b = 0: El nivel de estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, no es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

H_a: b ≠ 0: El nivel de estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

4.1.1.6. Regla de decisión

Rechazar H₀ si sig < α

Aceptar H₀ si sig > α

4.1.1.7. Estadístico de prueba

Tabla 8

Análisis de ANOVA entre estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1257.021	1	1257.021	33.706	.000(a)
	Residual	3766.688	101	37.294		
	Total	5023.709	102			

a Variables predictoras: (Constante), Estrés

b Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente sig.=0.000 < α = 0.05; estos resultados declaran una relación entre el nivel de estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

4.1.1.8. Regla de decisión

Como el valor de sig. = 0.000 < α = 0.05 Se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que el nivel de estrés se relaciona con el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

4.1.1.9. Conclusión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre el nivel de estrés y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, es decir, a mayor nivel de estrés mayor consumo de alcohol.

4.1.2. En relación a la primera hipótesis específica

La tabla 4 muestra el nivel de consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales, y se evidencia que el 39.8% de ellas presenta un nivel medio de consumo de alcohol, seguido del 31.1% con un nivel de consumo bajo y finalmente el 29.1% presenta un nivel de consumo alto, indicando que debe de derivarse a un especialista para su evaluación diagnóstica y tratamiento.

En la tabla 9 se aprecia los niveles de síntomas fisiológicos del estrés en las trabajadoras sexuales y se aprecia que el 47.6% de las trabajadoras sexuales presentan un nivel de estrés muy alto, es decir, que la cantidad de síntomas fisiológicos y su frecuencia de presentación es indicativo de una respuesta de estrés severa y perjudicial para la salud; el 24.3% presenta un nivel alto de síntomas fisiológicos del estrés, seguido del 13.6% con un nivel bajo y 12.6% con un nivel medio; y finalmente sólo el 1.9% de las trabajadoras sexuales presenta un nivel muy bajo de síntomas fisiológicos del estrés.

Tabla 9

Nivel de síntomas fisiológicos del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	2	1.9	1.9	1.9
Bajo	14	13.6	13.6	15.5
Medio	13	12.6	12.6	28.2
Alto	25	24.3	24.3	52.4
Muy alto	49	47.6	47.6	100.0
Total	103	100.0	100.0	

4.1.2.1. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

4.1.2.2. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Síntomas fisiológicos del estrés

Variable y = Consumo de alcohol

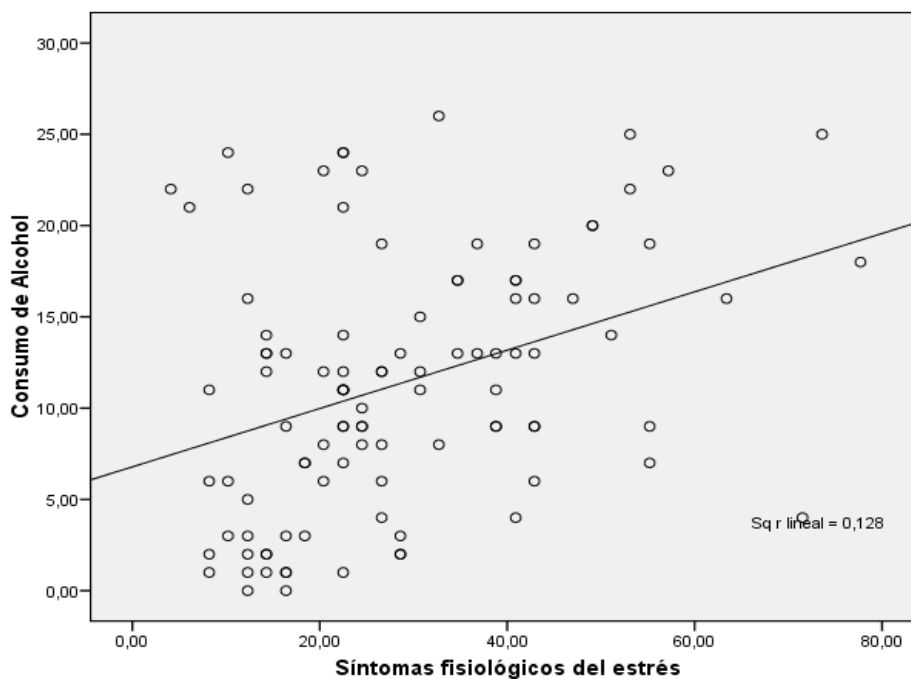


Figura 2. Dispersión de las variables síntomas fisiológicos del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS

La figura 2 evidencia una distribución directa, existiendo poca dispersión entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación entre las variables.

4.1.2.3. Modelo de ecuación de las variables

Tabla 10

Análisis de coeficientes entre síntomas fisiológicos del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	6.786	1.354		5.011	.000
	Síntomas fisiológicos del estrés	.160	.042	.358	3.848	.000

a Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables síntomas fisiológicos del estrés y consumo de alcohol.

Donde la pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = .160$$

Este resultado afirma que la relación entre la variables es directa positiva con una pendiente de .160

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 6.786$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 6.786 + .160x$$

4.1.2.4. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 11

Análisis de correlación entre síntomas fisiológicos del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

		Síntomas fisiológicos del estrés	Consumo de Alcohol
Síntomas fisiológicos del estrés	Correlación de Pearson	1	.358(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	103	103
Consumo de Alcohol	Correlación de Pearson	.358(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	103	103

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 12

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre síntomas fisiológicos del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.358(a)	.128	.119	6.58640

a Variables predictoras: (Constante), Síntomas fisiológicos del estrés

El análisis de correlación determina la existencia de una relación directa y significativa entre los síntomas fisiológicos del estrés y consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, y se aprecia un coeficiente de correlación $r = .358$, como se observa en la tabla 12, siendo esta relación significativa, por otro lado el coeficiente de determinación declara que el $r^2 = .128$ indicando que la variación del consumo de alcohol se explica por la variación de los síntomas fisiológicos del estrés en un 12.8%, la cual es significativa como se evidencia en la tabla 12, siendo su valor predictivo bajo.

4.1.2.5. Planteamiento de hipótesis

H₀: b = 0: El nivel de los síntomas fisiológicos del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, no es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

H_a: b ≠ 0: El nivel de los síntomas fisiológicos del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

4.1.2.6. Regla de decisión

Rechazar H_0 si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H_0 si $\text{sig} > \alpha$

4.1.2.7. Estadístico de prueba

Tabla 13

Análisis de ANOVA entre síntomas fisiológicos del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	642.263	1	642.263	14.805	.000(a)
	Residual	4381.446	101	43.381		
	Total	5023.709	102			

a Variables predictoras: (Constante), Síntomas fisiológicos del estrés

b Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran una relación entre el nivel de los síntomas fisiológicos del estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

4.1.2.8. Regla de decisión

Como el valor de $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$ Se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que los síntomas fisiológicos del estrés se relaciona con el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

4.1.2.9. Conclusión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre los síntomas fisiológicos del estrés y el consumo de alcohol en las

trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, es decir, a mayor nivel de síntomas fisiológicos del estrés mayor consumo de alcohol.

4.1.3. En relación a la segunda hipótesis específica

La tabla 4 muestra el nivel de consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales, y se evidencia que el 39.8% de ellas presenta un nivel medio de consumo de alcohol, seguido del 31.1% con un nivel de consumo bajo y finalmente el 29.1% presenta un nivel de consumo alto, indicando que debe de derivarse a un especialista para su evaluación diagnóstica y tratamiento.

En la tabla 14 se aprecia los niveles de síntomas de comportamiento social del estrés en las trabajadoras sexuales y se aprecia que el 33.0% de las trabajadoras sexuales presentan un nivel muy bajo de síntomas de comportamiento social del estrés, es decir, que su ocurrencia es muy rara y no amerita ninguna intervención; el 32.0% presenta un nivel muy alto de síntomas de comportamiento social del estrés, indicando estrés severo; el 22.3% presenta un nivel bajo, el 6.8% presenta un nivel alto y finalmente el 5.8% presenta un nivel medio de síntomas de comportamiento social del estrés.

Tabla 14

Nivel de síntomas de comportamiento social del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	34	33.0	33.0	33.0
Bajo	23	22.3	22.3	55.3
Medio	6	5.8	5.8	61.2
Alto	7	6.8	6.8	68.0
Muy alto	33	32.0	32.0	100.0
Total	103	100.0	100.0	

4.1.3.1. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

4.1.3.2. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Síntomas de comportamiento social del estrés

Variable y = Consumo de alcohol

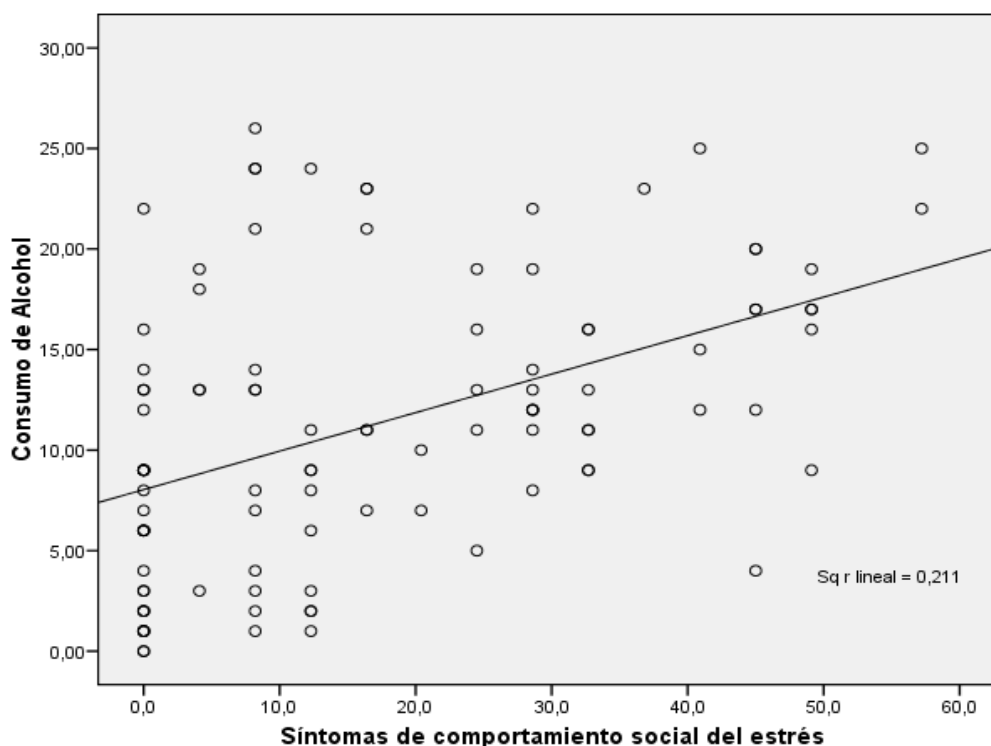


Figura 3. Dispersión de las variables síntomas de comportamiento social del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS

La figura 3 evidencia una distribución directa, existiendo poca dispersión entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación entre las variables.

4.1.3.3. Modelo de ecuación de las variables

Tabla 15

Análisis de coeficientes entre síntomas de comportamiento social del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	8.035	.889		9.036	.000
	Síntomas de comportamiento social del estrés	.192	.037	.459	5.194	.000

a Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables síntomas de comportamiento social del estrés y consumo de alcohol.

Donde la pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = .192$$

Este resultado afirma que la relación entre la variables es directa positiva con una pendiente de .192

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 8.035$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 8.035 + .192x$$

4.1.3.4. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 16

Análisis de correlación entre síntomas de comportamiento social del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

		Consumo de Alcohol	Síntomas de comportamiento social del estrés
Consumo de Alcohol	Correlación de Pearson	1	.459(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	103	103
Síntomas de comportamiento social del estrés	Correlación de Pearson	.459(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	103	103

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 17

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre síntomas de comportamiento social del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.459(a)	.211	.203	6.26547

a Variables predictoras: (Constante), Síntomas de comportamiento social del estrés

El análisis de correlación determina la existencia de una relación directa y significativa entre los síntomas de comportamiento social del estrés y consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, y se aprecia un coeficiente de correlación $r = .459$, como se observa en la tabla 16, siendo esta relación significativa, por otro lado el coeficiente de determinación declara que el $r^2 = .211$ indicando que la variación del consumo de alcohol

se explica por la variación de los síntomas de comportamiento social del estrés en un 21.1%, la cual es significativa como se evidencia en la tabla 16, siendo su valor predictivo bajo.

4.1.3.5. Planteamiento de hipótesis

H₀: b = 0: El nivel de los síntomas de comportamiento social del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, no es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

H_a: b ≠ 0: El nivel de los síntomas de comportamiento social del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

4.1.3.6. Regla de decisión

Rechazar H₀ si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H₀ si $\text{sig} > \alpha$

4.1.3.7. Estadístico de prueba

Tabla 18

Análisis de ANOVA entre síntomas de comportamiento social del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1058.845	1	1058.845	26.973	.000(a)
	Residual	3964.863	101	39.256		
	Total	5023.709	102			

a Variables predictoras: (Constante), Síntomas de comportamiento social del estrés

b Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran una relación entre el nivel de los síntomas de comportamiento social del estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

4.1.3.8. Regla de decisión

Como el valor de $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$ Se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que los síntomas de comportamiento social del estrés se relaciona con el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

4.1.3.9. Conclusión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre los síntomas de comportamiento social del estrés y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

4.1.4. En relación a la tercera hipótesis específica

La tabla 4 muestra el nivel de consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales, y se evidencia que el 39.8% de ellas presenta un nivel medio de consumo de alcohol, seguido del 31.1% con un nivel de consumo bajo y finalmente el 29.1% presenta un nivel de consumo alto, indicando que debe de derivarse a un especialista para su evaluación diagnóstica y tratamiento.

En la tabla 19 se aprecia los niveles de síntomas intelectuales y laborales del estrés en las trabajadoras sexuales y se aprecia que el 52.4% de las trabajadoras sexuales presentan un nivel muy alto de síntomas intelectuales y laborales del estrés, es decir, que la ocurrencia de los síntomas es muy frecuente y perjudicial para la salud; el 22.3% presenta un nivel alto de síntomas intelectuales y laborales del estrés; el 11.7% presenta un nivel bajo, el 8.7% presenta un nivel muy bajo y finalmente el 4.9% presenta un nivel medio de síntomas intelectuales y laborales del estrés.

Tabla 19

Nivel de síntomas intelectuales y laborales del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	9	8.7	8.7	8.7
Bajo	12	11.7	11.7	20.4
Medio	5	4.9	4.9	25.2
Alto	23	22.3	22.3	47.6
Muy alto	54	52.4	52.4	100.0
Total	103	100.0	100.0	

4.1.4.1. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

4.1.4.2. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Síntomas intelectuales y laborales del estrés

Variable y = Consumo de alcohol

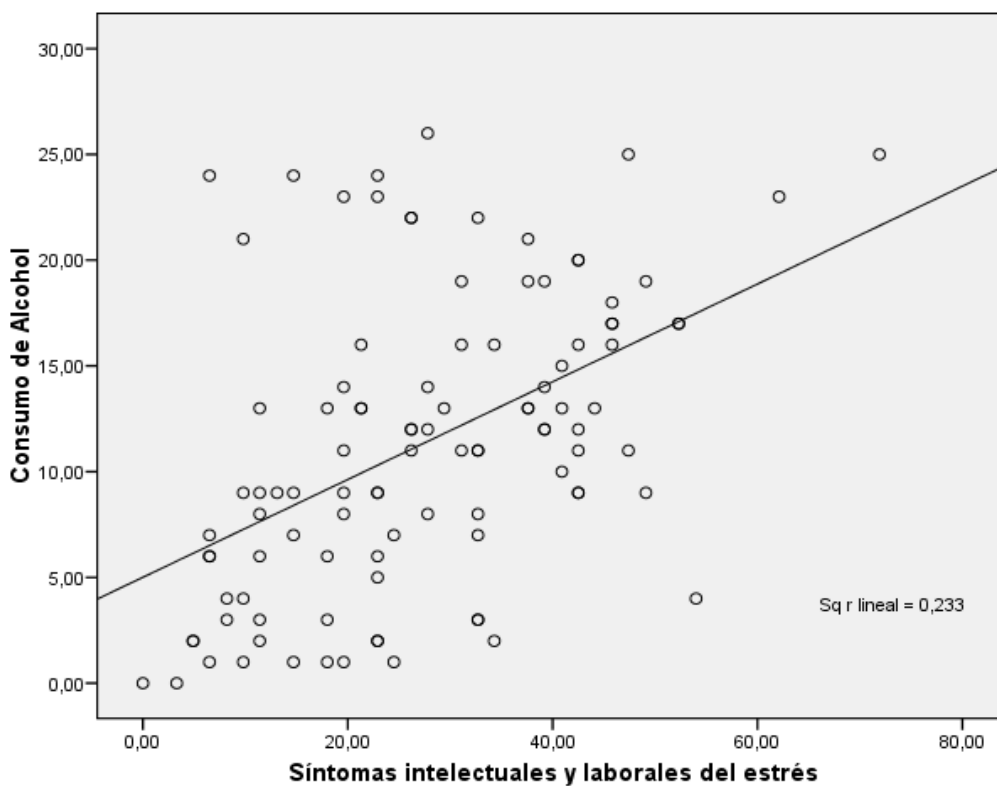


Figura 4. Dispersión de las variables síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS

La figura 4 evidencia una distribución directa, existiendo poca dispersión entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación entre las variables.

4.1.4.3. Modelo de ecuación de las variables

Tabla 20

Análisis de coeficientes entre síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	5.009	1.299		3.855	.000
	Síntomas intelectuales y laborales del estrés	.231	.042	.482	5.532	.000

a Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo de alcohol.

Donde la pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = .231$$

Este resultado afirma que la relación entre la variables es directa positiva con una pendiente de .231

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 5.009$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 5.009 + .231x$$

4.1.4.4. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 21

Análisis de correlación entre síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

		Consumo de Alcohol	Síntomas intelectuales y laborales del estrés
Consumo de Alcohol	Correlación de Pearson	1	.482(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	103	103
Síntomas intelectuales y laborales del estrés	Correlación de Pearson	.482(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	103	103

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 22

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.482(a)	.233	.225	6.17855

a Variables predictoras: (Constante), Síntomas intelectuales y laborales del estrés

El análisis de correlación determina la existencia de una relación directa y significativa entre los síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, y se aprecia un coeficiente de correlación $r = .482$, como se observa en la tabla 21, siendo esta relación significativa, por otro lado el coeficiente de determinación declara que el $r^2 = .233$ indicando que la variación del consumo de alcohol

se explica por la variación de los síntomas intelectuales y laborales del estrés en un 23.3%, la cual es significativa como se evidencia en la tabla 22, siendo su valor predictivo bajo.

4.1.4.5. Planteamiento de hipótesis

H₀: b = 0: El nivel de los síntomas intelectuales y laborales del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, no es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

H_a: b ≠ 0: El nivel de los síntomas intelectuales y laborales del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

4.1.4.6. Regla de decisión

Rechazar H₀ si sig < α

Aceptar H₀ si sig > α

4.1.4.7. Estadístico de prueba

Tabla 23

Análisis de ANOVA entre síntomas intelectuales y laborales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1168.081	1	1168.081	30.598	.000(a)
	Residual	3855.627	101	38.175		
	Total	5023.709	102			

a Variables predictoras: (Constante), Síntomas intelectuales y laborales del estrés

b Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran una relación entre el nivel de los síntomas intelectuales y laborales del estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

4.1.4.8. Regla de decisión

Como el valor de $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$ Se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que los síntomas intelectuales y laborales del estrés se relaciona con el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

4.1.4.9. Conclusión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre los síntomas intelectuales y laborales del estrés y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

4.1.5. En relación a la cuarta hipótesis específica

La tabla 4 muestra el nivel de consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales, y se evidencia que el 39.8% de ellas presenta un nivel medio de consumo de alcohol, seguido del 31.1% con un nivel de consumo bajo y finalmente el 29.1% presenta un nivel de consumo alto, indicando que debe de derivarse a un especialista para su evaluación diagnóstica y tratamiento.

En la tabla 24 se aprecia los niveles de síntomas psicoemocionales del estrés en las trabajadoras sexuales y se aprecia que el 42.7% de las trabajadoras sexuales presentan un nivel muy alto de síntomas psicoemocionales del estrés, es decir, que la ocurrencia de los síntomas es muy frecuente y perjudicial para la salud; el 19.4% presenta un nivel alto de síntomas psicoemocionales del estrés; el 14.6% presenta un nivel muy bajo, el 13.6% presenta un nivel medio y finalmente el 9.7% presenta un nivel bajo de síntomas psicoemocionales del estrés.

Tabla 24

Nivel de síntomas psicoemocionales del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	15	14.6	14.6	14.6
Bajo	10	9.7	9.7	24.3
Medio	14	13.6	13.6	37.9
Alto	20	19.4	19.4	57.3
Muy alto	44	42.7	42.7	100.0
Total	103	100.0	100.0	

4.1.5.1. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

4.1.5.2. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Síntomas psicoemocionales del estrés

Variable y = Consumo de alcohol

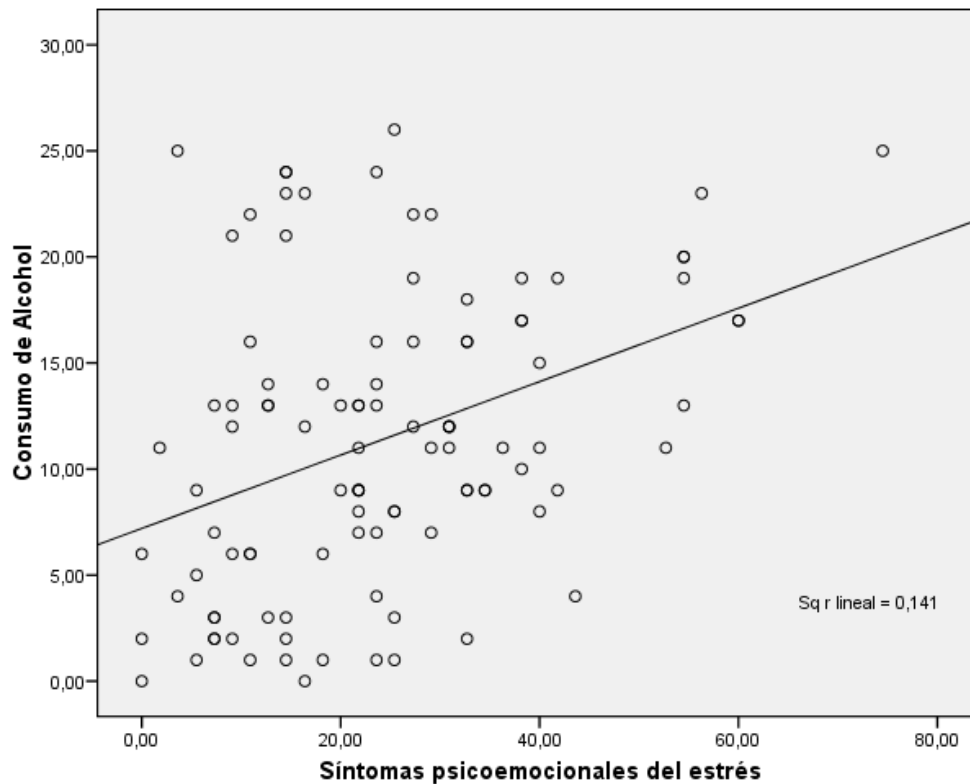


Figura 5. Dispersión de las variables síntomas psicoemocionales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS

La figura 5 evidencia una distribución directa, existiendo poca dispersión entre los puntos, permitiendo afirmar que existe correlación entre las variables.

4.1.5.3. Modelo de ecuación de las variables

Tabla 25

Análisis de coeficientes entre síntomas psicoemocionales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	7.201	1.207		5.967	.000
	Síntomas psicoemocionales del estrés	.173	.042	.376	4.074	.000

a Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables síntomas psicoemocionales del estrés y consumo de alcohol.

Donde la pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = .173$$

Este resultado afirma que la relación entre la variables es directa positiva con una pendiente de .173

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 7.201$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 7.201 + .173x$$

4.1.5.4. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 26

Análisis de correlación entre síntomas psicoemocionales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

		Consumo de Alcohol	Síntomas psicoemocionales del estrés
Consumo de Alcohol	Correlación de Pearson	1	.376(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	103	103
Síntomas psicoemocionales del estrés	Correlación de Pearson	.376(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	103	103

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 27

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre síntomas psicoemocionales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.376(a)	.141	.133	6.53594

a Variables predictoras: (Constante), Síntomas psicoemocionales del estrés

El análisis de correlación determina la existencia de una relación directa y significativa entre los síntomas psicoemocionales del estrés y consumo de alcohol que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, y se aprecia un coeficiente de correlación $r = .376$, como se observa en la tabla 26, siendo esta relación significativa, por otro lado el coeficiente de determinación declara que el $r^2 = .141$ indicando que la variación del consumo de alcohol

se explica por la variación de los síntomas psicoemocionales del estrés en un 14.1%, la cual es significativa como se evidencia en la tabla 27, siendo su valor predictivo bajo.

4.1.5.5. Planteamiento de hipótesis

H₀: b = 0: El nivel de los síntomas psicoemocionales del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, no es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

H_a: b ≠ 0: El nivel de los síntomas psicoemocionales del estrés que presentan las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano, es significativo o relevante para explicar la relación con el consumo de alcohol.

4.1.5.6. Regla de decisión

Rechazar H₀ si sig < α

Aceptar H₀ si sig > α

4.1.5.7. Estadístico de prueba

Tabla 28

Análisis de ANOVA entre síntomas psicoemocionales del estrés y consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	709.144	1	709.144	16.600	.000(a)
	Residual	4314.565	101	42.718		
	Total	5023.709	102			

a Variables predictoras: (Constante), Síntomas psicoemocionales del estrés

b Variable dependiente: Consumo de Alcohol

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran una relación entre el nivel de los síntomas psicoemocionales del estrés y el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales.

4.1.5.8. Regla de decisión

Como el valor de $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$ Se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que los síntomas psicoemocionales del estrés se relaciona con el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

4.1.5.9. Conclusión

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre los síntomas psicoemocionales del estrés y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

4.2. Discusión

Los resultados de la presente investigación muestran que el 43.7% (tabla 2) de las trabajadoras sexuales presentan un estrés muy alto, indicando que la cantidad de síntomas y su frecuencia de presentación es indicativa de una respuesta de estrés severa y perjudicial para la salud. Dentro de los síntomas que más padecen las trabajadoras sexuales se aprecia que en los síntomas fisiológicos son los dolores en el cuello y espalda o tensión muscular (3.7282), seguido de los síntomas de dolores de cabeza; en relación a los síntomas de comportamiento social las trabajadoras manifiestan tener problemas en sus relaciones familiares (1.5146), es decir que llegan a cumplir con su trabajo con algunos problemas

que se presentan en sus hogares; con respecto a los síntomas intelectuales y laborales presentan sentimiento de sobrecarga de trabajo (2,7670) y sentimientos de frustración (2.0485) y deseos de no ir al trabajo; y en relación a los síntomas psicoemocionales presentan sentimientos de soledad (2.8252), pensamientos negativos, de irritabilidad y consumo de bebidas alcohólicas, café y cigarrillos (2.4466); como se puede apreciar los resultados desprendidos de los reportado guardan gran parecido a los reportados por Reaño (2010), donde además las trabajadoras sexuales ven como factor importante, predisponente a situaciones estresantes el de la incertidumbre, que está presente en muchos de los estresores reportados, así como el desconocimiento sobre la identidad o características personales del cliente con el que tratarán, lo que se ve relacionado no solo con el trato que recibirán, sino también con las probabilidades de contagio de enfermedad, que no pueden predecir ni anticipar.

Los resultados también guardan relación con los reportados por Bohórquez et al., (2010), quien reporta que el 56,4% de las trabajadoras sexuales presentó algún nivel de sintomatología depresiva, siendo los factores del maltrato físico frecuente, ingresos económicos menores a mil soles, haberse iniciado en el trabajo sexual antes de los 18 años y el consumo de drogas los factores asociados a depresión en las trabajadoras sexuales.

Así mismo los resultados reportados por Rodríguez, et al. (2014) hacen referencia que más de la mitad de las trabajadoras sexuales entrevistadas (52.4%) refieren haber vivido experiencias violentas en su lugar de trabajo, el 95.8 % sufrió violencia física, el 26.0% violencia sexual y el 24.0% violencia emocional, resultados que guardan relación con la presente investigación.

Los resultados con respecto a los síntomas psicoemocionales, se aprecia que las trabajadoras sexuales presentan sentimientos de soledad, miedo, angustia y dificultad en las relaciones familiares, resultados que guardan relación con los reportados por Reaño (2010) quien menciona que fuera del trabajo que realizan las trabajadoras sexuales, sus relaciones amorosas también están teñidas por la violencia y la desconfianza; el profundo sentimiento de culpa que carga la mayoría de estas mujeres debido a las mentiras en torno a su ocupación, tiene como resultado que no se sientan en la libertad de ejercer ciertas demandas a sus parejas o a callar ante algún malestar dentro de la relación sexual.

Con respecto al consumo de alcohol, los resultados muestran que el 39.8% de las trabajadoras sexuales presentan un nivel medio de consumo de alcohol y el 29.1% un nivel de consumo alto, resultados similares son reportados por Rodríguez, et al. (2014) quien en el estudio realizado menciona que el 98% de las trabajadoras sexuales reportaran haber consumido alcohol en el último mes, el 23,3% cocaína y el 11.7% marihuana, el 40% fuma tabaco y concluye que el 75% de las trabajadoras sexuales se reporta como bebedora alta. Así mismo el 97% de las trabajadoras sexuales informaron que generalmente los clientes las presionan para beber alcohol y un porcentaje similar refirió que consumen por las exigencias de los encargados de lugares de trabajo.

La situación de violencia en la que viven también está relacionado al consumo del alcohol; a consecuencia de la violencia contra las mujeres, éstas ven resentida su salud y su bienestar, situación que acarrea un costo humano y económico. La violencia contra las mujeres no sólo afecta la salud física y mental sino que puede provocar adicción a las drogas y al alcohol en las mujeres que la padecen (Lujan, 2013).

Los resultados muestran que existe una correlación baja pero significativa entre el nivel de estrés (y sus dimensiones) y el consumo de alcohol, siendo el valor predictivo del coeficiente de determinación muy bajo, es decir que existen otros factores involucrados en la relación de los síntomas fisiológicos y el consumo del alcohol; los resultados guardan relación con los reportados por Reaño (2010), quien refiere que el consumo de drogas y alcohol está presente en la mayoría de las trabajadoras sexuales sean estas clandestinas o registradas, además añade que en las trabajadoras sexuales entrevistadas el consumo de alcohol es esporádicamente en reuniones sociales y fuera del trabajo; y solo una entrevistada reportó consumir alguna droga la cocaína cuando algún cliente consumidor se lo exigía.

Lujan (2013) menciona que las trabajadoras sexuales son objeto de abuso sexual al realizar actos sexuales no consentidos o realizar actos sexuales sin protección a cambio de más dinero, o el de ingerir licor o drogas, aumentando el riesgo de contraer una ITS, similares resultados también son reportados por Reaño (2010).

Las trabajadoras sexuales reportan que el hecho de no sentir que cuentan con vínculos estrechos y estables tanto fuera como dentro de sus trabajos, les genera mucha tristeza y reconocen la necesidad de contar con un otro a quien acudir para desahogarse, para ser escuchadas y contenidas. Sin embargo, al igual que en el caso de las investigaciones revisadas de otros países, su condición de trabajadoras sexuales, no solo por tratarse de una modalidad clandestina, sino sobre todo por realizarlo a escondidas de sus familiares, las lleva al aislamiento, como un modo de proteger su vida privada, y mantener su secreto a salvo (Reaño, 2010).

Por lo mencionado, el estrés no puede ser entendido como un fenómeno estático sino dinámico, bajo la premisa de que el individuo mantiene una relación recíproca y dinámica con su entorno y para que se presente una situación estresante, es necesaria la existencia de diversos factores tanto en la persona como en el ambiente, así como una determinada combinación entre ellos y el trabajo realizado por ellas predispone su condición de persona estresada.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

Primera.- A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa con $.500 < \alpha = 0.05$; entre el nivel de estrés y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, es decir, a mayor nivel de estrés mayor consumo de alcohol.

Segunda.- A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa con $.358 < \alpha = 0.05$; entre los síntomas fisiológicos del estrés y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, es decir, a mayor nivel de síntomas fisiológicos del estrés mayor consumo de alcohol.

Tercera.- A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa con $.459 < \alpha = 0.05$; entre los síntomas de comportamiento social del estrés y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

Cuarta.- A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa con $.482 < \alpha = 0.05$; entre los síntomas intelectuales y laborales del estrés y el consumo de alcohol en las trabajadoras sexuales atendidas en el centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

Quinta.- A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa $.376 < \alpha = 0.05$; entre los síntomas psicoemocionales del estrés y el consumo de alcohol con en las trabajadoras sexuales atendidas en el centro de CERITS del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca.

5.2. Recomendaciones

En función a los resultados encontrados se recomienda

Primera.- A la dirección del CERITS realizar un programa de intervención en las trabajadoras sexuales tendientes a mejorar la inteligencia emocional y poder disminuir los niveles de estrés en la población estudiada.

Segunda.- A la dirección del CERITS realizar un programa de intervención para disminuir el consumo de alcohol en la población de las trabajadoras sexuales.

Tercera.- A la Dirección Regional de Salud realizar campañas sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud para concientizar en la población el abuso de su consumo.

Lista de Referencias

- Álvarez, F. J., Rios, M. d., & Pelayo, F. (2003). *Pautas de consumo de medicamentos, alcohol y drogas en los conductores españoles*. Valladolid, España: Universidad de Valladolid.
- Arbulú, N. (2010). *Hacia un proceso de empoderamiento de los derechos humanos de las trabajadoras sexuales en el Perú*. Lima, Perú. Obtenido de http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20140108_02.pdf
- Azaña, J. C. (2004). *Prsotitución femenina: historia de vida de mujeres que ejercen el trabajo sexual Centro de Salud Tahuantinsuyo bajo. Independencia. Lima. Julio - Diciembre 2003*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Beltrán, A. J., & López, J. D. (2010). Comprensión desde las historias de la vida de los estilos de afrontamiento ante el estrés en un grupo de trabajadoras sexuales de Bogotá. *Psychologia: Avences de la disciplina*, 4(2), 131-141.
- Bohórquez, I. M., Caballero, S., Carrera, L., Chávez, R., Espinoza, R., Flores, L., . . . Pereyra, H. (2010). Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(4), 277-282.
- Buendia, J., & Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid, España: Piramida.

- CARE. (2009). *Empoderamiento de las Mujeres Trabajadoras Sexuales en el Perú y Prevención del VIH y Sida. Estudio de Impacto Estratégico*. Lima-Perú: CARE.
- Castellanos, E., & Ranea, B. (2014). La perspectiva de género y de los Derechos Humanos en el análisis de la prostitución y la trata de mujeres con fine de explotación sexual: con una aproximación de la voz propia de las mujeres. *Dilemata*, 6(16), 161-179.
- CEDRO- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. (2006). *El problemas de las drogas en el peru*. Lima- Perú: CEDRO.
- Chanes, H., Pérez, M. Á., & Castello, F. (2010). *Guía sobre el manejo y prevención del estrés laboral*. México D.F.: Secretaría de Salud. Gobierno Federal de México.
- Charaja, F. (2004). *Manual de investigación científica*. Lima - Perú: San Marcos.
- CLADEM. (2003). *“Prostitución: ¿trabajo o esclavitud sexual?”*. Lima, Perú: Cladem.
- DEVIDA Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2003). *Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002*. Perú: proyecto RLA/AD/PER/99/D77.
- El Comercio. (20 de Marzo de 2015). Avanza la prostitución callejera en el Centro de Lima.
- El Mundo. (12 de Mayo de 2014). Economía & Negocios El Mundo. *Venezuela es el tercer país con mayor consumo de alcohol en la región*. Obtenido de <http://www.elmundo.com.ve/noticias/negocios/consumo/venezuela-es-el-tercer-pais-con-mayor-consumo-de-a.aspx>

- Elliott, G. R., & Eisdorfer, C. (Abril de 1999). Stress and coping as determinants of adolescent smokin behavior. *journal of Applied social Psychology*, 29(4), 870-888.
- Flores, C., Huerta, M. R., Hernández, J., Páramo, D., & Morales, I. (2013). Prevalencia de Alcoholismo en Trabajadores de la Industria del Cuero-Calzado y su Asociación con el Nivel de Desestrés. *Ciencia & Trabajo*, 15(47). Recuperado el 28 de Agosto de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492013000200006
- Fonseca, Y. (2008). *El estrés psicológico y sus principales formas de expresión en el ámbito laboral*. Informe de investigación, Universidad de la Habana, Facultad de Psicología, La Habana.
- Garbay, S. (Diciembre de 2012). *Programa Andino de Derechos Humanos (PADH)*.
Obtenido de La prostitución: ¿una institucion patriarcal? : http://www.uasb.edu.ec/padh_contenido.php?cd=4360&pagpath=1&swpath=infb&cd_centro=5&ug=pu
- García, J. A., Espada, J., Segura, M. d., Lopez-Sanchez, C., & García, a. (2014). *Fundamentos de prevención de adicciones*. Madrid, España: EDAF.
- Guardia, J., Jimenez, M. Á., Pascual, F., Flórez, G., & Contel, M. (2008). *Alcoholismo* (Segunda ed.). Valencia: SOCIDROGALCOHOL. Obtenido de Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica SOCIDROGALCOHOL.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (Vol. 5ta). México: McGRAW-HILL/ Interamericana Editores, S.A de C.V.

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". (2004). *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Peruana 2004*. Lima: IESM HD-HN.

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental*. Lima: Anales de Salud Mental.

ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). (s/f). *Guía para el estrés, causas, consecuencias y prevención*. México D.F.: ISSSTE. Recuperado el 30 de Agosto de 2015, de <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/prevencion-riesgos-trabajo/Guia-para-el-Estres.pdf>

Jauregui, L. (1996). *Mujer y prostitucion en nuestro medio*. Lima: Movimiento. El pozo.

Lévano, J. R. (2003). *El patrón de conducta Tipo A y Tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar*. Tesis para optar el grado de Magister en Psicología: mención Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología.

Los Andes. (27 de Abril de 2015). "Zona Rosa" para regular la prostitución ilegal en Puno y Juliaca. *Los Andes*.

- Lujan, M. (2013). *Violencia contra las mujeres y alguien mas...* Universidad de Valencia, Facultad de Derecho, Valencia, España.
- Macías, H. (2007). *Estudio de los niveles de estrés del contingente español desplegado en Irak en misión de mantenimiento de paz*. Tesis para optar el grado de Doctor en Psicología, Universidad de Granada, Facultad de Psicología.
- Martínez, M., & Rubio, G. (2002). *Manual de Drogodependencias para enfermería*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- McEwen, B. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research Interactive*, 172-189. Recuperado el 25 de Agosto de 2015, de <http://psych.colorado.edu/~munakata/csh/mcewen.pdf>
- Medanik, L., & Room, R. (1992). Epidemiology of alcohol consumption. *Alcohol Health and Research World*, 16(3), 183-190. Obtenido de Abstracts of some of robin room's papers-1: WWW,robinroom.net/roomabs1-htm
- MINSA. (13 de Agosto de 2015). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Campaña nacional contra el uso nocivo del alcohol: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2008/amorycontrol/cartilla.htm>
- MINSA. (s/f). *Directiva sanitaria para la atención médica periódica a las/os trabajadoras/es sexuales y HSH*. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/archivo/Directiva_Sanitaria_AMP_final.pdf

Montero, G. (2010). *Nivel del estrés laboral y patrón de conducta en los empleados de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle*. Informe de investigación. Vicerrectorado Académico, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle La Cantuta, Dirección del Instituto de Investigación, Lima, Perú.

Moñino, M. (2012). *Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la Región de Murcia*. Memoria presentada para optar el Grado de Doctor, Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Murcia, España.

Motta, A. (2010). *Perú, políticas en sexualidad*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Fondo Editorial.

Nogareda, S. (1999). *Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales de España*. Recuperado el 25 de Agosto de 2015, de NTP 355: Fisiología del estrés:
http://www.insht.es/inshtweb/contenidos/documentacion/fichastecnicas/ntp/ficheros/301a400/ntp_355.pdf

OMS. (2015). *Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas*. OMS. Recuperado el 22 de Septiembre de 2015, de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176025/1/9789243506180_spa.pdf?ua=1&ua=1

OMS. (Enero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 20 de Abril de 2015, de Alcohol: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

OPS. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas*. Washington: Biblioteca Sede

OPS. Obtenido de

http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_american_spanish.pdf

OPS. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud*. Washington D.C.: OPS.

Perú 21. (31 de Enero de 2012). *Prostitución toma las calles de Lima*.

Psicología & Crecimiento. (12 de Marzo de 2014). *Psicología y Crecimiento*. Obtenido de Escuela de Desarrollo Personal:

<http://www.psicologiaycrecimiento.org/articulo%20estres.htm>

Quintanilla, T. (2004). *Explotación Sexual y Tráfico de Mujeres y Niñas Latinoamericanas*. Lima: CLADEM-PERU.

Reaño, M. P. (2010). *Fuentes de estrés en un grupo de trabajadoras sexuales*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Humanidades.

Rehm, J., & Monteiro, M. (2005). El consumo de alcohol y la carga de morbilidad en el continente americano: implicaciones para las políticas de control del consumo de alcohol. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 241-248. Recuperado el Abril de 2015, de

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900003

- Rodríguez, E., Fuentes, P., Ramos-Lira, L., Gutiérrez, R., & Ruiz, E. (2014). Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 37(4), 355-360.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vasquez, L., & Loaisa, J. (2004). Consumo de Alcohol y Drogas Y Factores Psicosociales Asociados en Adolescentes. *Anales de la Facultad de Medicina*, 179-188.
- Salinas, C. E., Padilla, N., Ruiz, M. L., & Vera, A. M. (2014). La autoestima como factor estresor intrapersonal para el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales. *Enfermería Global*, 13(33). Recuperado el 12 de Agosto de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100007&script=sci_arttext&tlng=en
- Sanacreu, J., Zaccagnini, J. L., & Márquez, M. (1992). *El problema de la droga: un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Generalitat Valencia.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (2002). Estrés y salud: relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Revista electrónica Ansiedad y Estrés*, 8(1), 73-87.
- Sauter, S., Murphy, L., Hurrell, J., & Levi, L. (2001). Factores psicosociales y de organización. En O. I. Trabajo, *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo*. Madrid, España: OIT.
- Tirado, M. (2011). El debate entre prostitución y trabajo sexual. Una mirada desde lo socio-jurídico y la política pública. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, 6(1).

- Urzua, K. (Agosto de 2005). *Diálogos, propuestas, historias para una Ciudadanía Mundial*. Recuperado el 25 de Agosto de 2015, de La otra cara de la prostitución: <http://base.d-p-h.info/es/fiches/dph/fiche-dph-6666.html>
- Valderrama, S. (2002). *Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica*. Lima: San Marcos.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona, España: MASSON.
- Vargas, L. E. (2014). *Condiciones socio - sanitarias de las Trabajadoras Sexuales (TS) de los centros de tolerancia de la ciudad de Esmeraldas de marzo - abril del 2014*. Tesis de grado para la obtención de la Licenciatura en Enfermería, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Enfermería.
- White. (1905). *Consejo sobre el regimen alimenticio*. Argentina: Casa editora sudamericana.
- White, E. (1978). *Testimonios acerca de conducta sexual adulterio y divorcio*. Buenos Aires, Argentina: ACES.
- White, E. (2008). *La temperancia*.
- Zelaschi, C., Amable, M., Reif, L., Gonzales, R., Cornelio, C. A., Contreras, A., & Gerke, J. (2015). *Estudio de adaptación y validación para Argentina del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ-ISTAS21)*. Informe de investigación, Universidad Nacional de Avellaneda.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS

TERCERA VERSIÓN

Nombres: _____

Señale con una X la casilla que indique la frecuencia con que se le han presentado los siguientes malestares en los últimos tres meses.

Malestares	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
1. Dolores en el cuello y espalda o tensión muscular.				
2. Problemas gastrointestinales, úlcera péptica, acidez, problemas digestivos o del colon.				
3. Problemas respiratorios.				
4. Dolor de cabeza.				
5. Trastornos del sueño como somnolencia durante el día o desvelo en la noche.				
6. Palpitaciones en el pecho o problemas cardíacos.				
7. Cambios fuertes del apetito.				
8. Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez).				
9. Dificultad en las relaciones familiares.				
10. Dificultad para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades.				
11. Dificultad en las relaciones con otras personas.				
12. Sensación de aislamiento y desinterés.				
13. Sentimiento de sobrecarga de trabajo.				

14. Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes.				
15. Aumento en el número de accidentes de trabajo.				
16. Sentimiento de frustración, de no haber hecho lo que se quería en la vida.				
17. Cansancio, tedio o desgano.				
18. Disminución del rendimiento en el trabajo o poca creatividad.				
19. Deseo de no asistir al trabajo.				
20. Bajo compromiso o poco interés con lo que se hace.				
21. Dificultad para tomar decisiones.				
22. Deseo de cambiar de empleo.				
23. Sentimiento de soledad y miedo.				
24. Sentimiento de irritabilidad, actitudes y pensamientos negativos.				
25. Sentimiento de angustia, preocupación o tristeza.				
26. Consumo de drogas para aliviar la tensión o los nervios.				
27. Sentimientos de que "no vale nada", o "no sirve para nada".				
28. Consumo de bebidas alcohólicas o café o cigarrillo.				
29. Sentimiento de que está perdiendo la razón.				
30. Comportamientos rígidos, obstinación o terquedad.				
31. Sensación de no poder manejar los problemas de la vida.				

ANEXO 2.

Características del Cuestionario para la evaluación del estrés.

A) Ficha técnica

FICHA TÉCNICA	
Nombre:	Cuestionario para la evaluación del estrés. Tercera versión.
Fecha de publicación:	Tercera versión 2010
Autores:	Revalidación Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana, Subcentro de Seguridad Social y Riesgos Profesionales, 2010.
Tipos de aplicación:	Individual o colectiva
Modalidades de aplicación:	Autoaplicación o heteroaplicación
Población a quien se puede aplicar:	Trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales en Colombia, de todas las ocupaciones, sectores económicos y regiones del país.
Objetivo del cuestionario:	Identificar los síntomas fisiológicos, de comportamiento social y laboral, intelectuales y psicoemocionales del estrés.
Baremación:	<p>Baremos en centiles obtenidos de una muestra de 4521 trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales pertenecientes a las seis regiones del país y a los cuatro grandes sectores económicos.</p> <p>Baremos diferenciales para dos grupos ocupacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trabajadores con cargos de jefatura, profesionales o técnicos. - Trabajadores con cargos de auxiliares y operarios.
Tipo de instrumento:	Cuestionario que recopila información subjetiva del trabajador que lo responde.

Número de ítems:	31 ítems
Duración de la aplicación:	7 minutos (duración promedio)
Materiales	- Cuestionario para la evaluación del estrés. Tercera versión

B) Estructura del cuestionario

El “Cuestionario para la evaluación del estrés” es un instrumento diseñado para evaluar síntomas reveladores de la presencia de reacciones de estrés, distribuidos en cuatro categorías principales según el tipo de síntomas de estrés:

Categorías	Cantidad de ítems
Síntomas fisiológicos	8
Síntomas de comportamiento social	4
Síntomas intelectuales y laborales	10
Síntomas psicoemocionales	9
Total	31

C) Calificación de las opciones de respuesta de los ítems

NIVEL DE SINTOMAS DE ESTRÉS	PUNTAJE TOTAL TRANSFORMADO
Muy bajo	0,0 a 6,5
Bajo	6,6 a 11,8
Medio	11,9 a 17,0
Alto	17,1 a 23,4
Muy alto	23,5 a 100

ANEXO 3

CUESTIONARIO AUDIT

(Test de Identificación de desórdenes por Uso de Alcohol)

IDENTIFICACIÓN DE LA TRABAJADORA

Nombre del Paciente: Edad:

Sexo: femenino () Masculino ()

Nº	PREGUNTA	0	1	2	3	4
1	¿Qué tan frecuente consume bebidas alcohólicas?	NUNCA (pase a la pregunta 9 y 10)	Una vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2	¿Cuándo bebe, cuantas copas toma usted?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 u 8	10 ó más veces a la semana
3	¿Durante el último año, tomo 6 o más copas, en una misma ocasión o reunión?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
4	¿Durante el último año cuantas veces ha sido incapaz de para su consumo una vez que había empezado?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
5	¿Cuántas veces durante el último año, no ha podido hacer lo que esperaba, debido a la bebida?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
6	¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado beber en la mañana para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
7	¿Cuántas veces durante el último año, ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de beber?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente
8	¿Cuántas veces durante el último año, olvido lo que pasó la noche anterior porque estuvo bebiendo?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	1 vez a la semana	Diariamente o casi diariamente

9	¿Usted o alguna otra persona, resulto herido después de que haya bebido?	NO		Sí, pero no durante el año pasado		Si, durante el año pasado
10	¿Algún familiar, amigo, médico u otro personal de salud, ha mostrado preocupación porque Usted está bebiendo mucho, o le ha sugerido que debería dejar de beber?	NO		Sí, pero no durante el año pasado		Si, durante el año pasado

ANEXO 4

Características del Cuestionario para la evaluación del alcoholismo

A) Ficha técnica

FICHA TÉCNICA	
Nombre:	Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol - AUDIT
Autores:	Organización Mundial de la Salud (OMS) Riesgos Profesionales, 2010.
Tipos de aplicación:	Individual o colectiva
Modalidades de aplicación:	Autoaplicación o entrevista
Población a quien se puede aplicar:	Personas del consumo excesivo de alcohol
Objetivo del cuestionario:	Utilizado para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol
Tipo de instrumento:	Cuestionario que recopila información de la persona entrevistada
Definiciones	CIE - 10
Número de ítems:	10
Duración de la aplicación:	4 minutos (duración promedio)

B) Estructura del cuestionario

Una estandarización transnacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países.^{1,2} Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional; identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia; breve, rápido, y flexible; diseñado para el personal de atención

primaria; es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol; se centra en el consumo reciente de alcohol.

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

ANEXO 5

Validación de instrumentos

El cuestionario de estrés tercera versión y el cuestionario de AUDIT, este último han sido contextualizados para la zona y se ha realizado el cálculo de la confiabilidad mediante el análisis de confiabilidad de Alfa de Cronbach, los cuales se reportan en las siguientes tablas.

La muestra para los cálculos de confiabilidad fueron 33 trabajadores de la empresa SHEMICO IERL de la ciudad de Juliaca, la edad de la muestra osciló entre 22 y 36 años y eran de ambos sexos

Confiabilidad del cuestionario de estrés tercera versión.

Tabla 29

Resumen del procesamiento de datos para el cuestionario de estrés tercera versión

		N	%
Casos	Válidos	33	100.0
	Excluidos(a)	0	.0
	Total	33	100.0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 30

Estadístico de fiabilidad para el cuestionario de estrés tercera versión

Alfa de Cronbach	N de elementos
.924	31

Tabla 31

Resumen del procesamiento de datos para el cuestionario de consumo de alcohol (AUDIT)

		N	%
Casos	Válidos	33	100.0
	Excluidos(a)	0	.0
	Total	33	100.0

Tabla 32

Estadístico de fiabilidad para el cuestionario de consumo de alcohol (AUDIT)

Alfa de Cronbach	N de elementos
.851	10

Los resultados muestran que ambos instrumentos presentan confiabilidad, el Cuestionario de estrés tercera versión presenta un alfa de Cronbach de .924 y el cuestionario de consumo de alcohol (AUDIT) un alfa de Cronbach de .851, ambos son superiores a .7, por lo tanto los instrumentos utilizados en la presente investigación son confiables.