

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO /FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS/
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**“CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES
RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL
BÍO-BÍO”**

AUTORES: CASTILLO SALAZAR MARIELLE
ECHEVERRÍA ISLA PAMELA
FONSECA FERNÁNDEZ GERALDINE
PALMA OPAZO PRISCILA
PROFESOR GUÍA TESIS: MG. BELLO ESCAMILLA NATALIA

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
2016**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primer lugar a nuestras familias y seres queridos, por su apoyo, amor incondicional y por hacer de nosotras personas luchadoras y de bien. Gracias a cada uno de ellos por proporcionarnos fortaleza para superar las adversidades que impone la vida.

A la universidad, por brindarnos herramientas y oportunidades para crecer como personas y futuras profesionales del área de la salud. A la escuela de Enfermería y cuerpo docente por sentar la base de la vocación, el amor al prójimo y los valores necesarios para enfrentar el compromiso con esta hermosa carrera.

A nuestra docente guía, Mg. Natalia Bello Escamilla, por su constante motivación, ánimo, buenas energías y confianza otorgados a lo largo de este proyecto, porque sin su aliento diario no habiéramos concretado esta meta. Agradecemos también a nuestro asesor estadístico Miguel Ángel López Espinoza, por los conocimientos, paciencia y apoyo entregados, imprescindibles para culminar esta investigación.

Por último agradecer especialmente a nuestros docentes metodológicos; Carmen Luz Muñoz Mendoza y José Álex Leiva Caro, por su tiempo y paciencia, por motivarnos a ser mejores y luchar por nuestros sueños, pero sobre todo por impregnarnos del mundo de la investigación.

DEDICATORIAS

Dedico estos resultados a Dios, por darme los conocimientos y fuerzas para terminar este trabajo, también a mi novio Paul, por su paciencia, por contenerme cuando lo necesité, por sus palabras de apoyo y por sobre todo, por su amor incondicional. También a mi familia, a mi madre Wilma, que soportaron mis momentos de estrés y me dieron su apoyo incondicional. Dedico unas palabras a nuestras compañeras mexicanas Atzyri y Vianey al igual que a mis compañeras de tesis por el cariño que me entregaron mientras estuvieron realizando este trabajo junto a mí. Gracias por todo.

Marielle Castillo Salazar

Primero agradezco a Dios por permitirme llegar a estas circunstancias. Dedicar estos resultados a mis padres Luis y María que gracias a ellos, puedo llegar a estas instancias, por el cariño, la responsabilidad y la fuerza que dan en los momentos de mayor dificultad, a mis hermanos, Florencia y Pablo, a mis amigas que siempre estuvieron presente, y en especial a Anita por contenerme cuando más lo necesite, a mis compañeras de tesis, por los buenos momentos.

Pamela Echeverría Isla

Quiero primero que todo agradecer a Jehová por estar presente en mi vida. Dedicar esta tesis a mi amado esposo Jorge Garcés que me brinda su apoyo incondicional, sobre todo en los momentos de estrés, que cree en mis capacidades y aunque hemos pasado momentos difíciles siempre me ha brindado su cariño y amor, a mis padres Luis y Sonia por ser una parte fundamental en mi vida, por ser mis pilares y que juntos a mis hermanos Brayan y Anaís me entregan lo mejor de ellos día a día, a mis suegros Pilar y Jorge que son como mis segundos padres, y en especial a mis amigas y compañeras de tesis. Gracias porque sin uds. nada hubiera sido posible.

Geraldine Fonseca Fernández

Se lo dedico a Dios por no abandonarme y acompañarme en cada momento, a mi hijo Thomas que con sus pequeñas cosas me alentaba a seguir con más ganas este proceso, a mis compañeras de tesis que me dieron la oportunidad de compartir este proyecto, además por su apoyo, confianza y paciencia. Gracias.

Priscila Palma Opazo

RESUMEN

Introducción: el consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública, causal de más de 200 enfermedades y trastornos, siendo los jóvenes Universitarios los que presentan un mayor consumo de alcohol. Objetivo: relacionar las características personales y familiares con el consumo de alcohol y el riesgo de dependencia al consumo de alcohol de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío. Metodología: Estudio Descriptivo, Correlacional, Transversal, en 229 estudiantes de segundo a quinto año de la carrera de enfermería de la Universidad del Bío-Bío. Se aplicó “Ficha de Antecedentes Sociodemográficos, Académicos y de Consumo de Alcohol”, “AUDIT”, “FACES III” y “Escala de Comunicación de FACES IV”. Se analizaron los datos con SPSS, y Epidat 3.1. Resultados: la religión evangélica, otras religiones; antecedentes familiares de consumo de alcohol; alta y muy alta comunicación familiar y funcionamiento familiar balanceado se relacionaron estadísticamente con el consumo de alcohol. Así también, cursar segundo y quinto año, y grupo socioeconómico se relacionaron estadísticamente con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol. Conclusión: la religión y presentar un funcionamiento familiar balanceado, influirá como factor protector, ayudando a prevenir el consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería; por el contrario, estar cursando segundo o quinto año de la carrera, tener familiares que consuman alcohol, tener alta y muy alta comunicación familiar influirán como factor de riesgo ante el consumo de alcohol. Tener mayor nivel socioeconómico influye de manera negativa en los estudiantes, generando que éstos consuman alcohol de manera más riesgosa.

Palabras clave: consumo de alcohol, riesgo de dependencia al consumo de alcohol, características familiares y características personales.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol consumption is one of the main public health problems, causal of more than 200 diseases and disorders, being young university people that present a higher alcohol consumption. Objective: relate personal and family characteristics with alcohol consumption and the risk of alcohol dependence of nursing students from the Bío-Bío's University. Methodology: Descriptive, correlational, Transversal, 229 students from second to fifth year nursing career of Bio-Bio's University. " Sociodemographic Background Sheet , Academic and Alcohol " , "audit " , " FACES III " and " Communication Scale FACES IV " was applied. Data were analyzed with SPSS Epidat and 3.1. Results: evangelical religion, other religions; family history of alcohol; high and very high family communication and family functioning were related statistically balanced with alcohol. Also, take second and fifth year, and socioeconomic group were associated statistically with the risk of dependence on alcohol. Conclusion: present a balanced familiar functioning, and religion, will influence as a protective factor, helping to prevent alcohol use in nursing students. Conversely, be pursuing second or fifth year of studies, to have family members who consume alcohol, to have high and very high family communication will influence as a risk factor to alcohol. Having higher socioeconomic status has a negative influence on students, generating they consume alcohol more risky way.

Key Word: Alcohol consumption, risk of alcohol dependence, family characteristics and personal characteristics.

Índice

I. Introducción	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Fundamentación del Problema	¡Error! Marcador no definido.
1.2 Problema de Investigación	¡Error! Marcador no definido.
1.3 Problematización.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4 Marco Teórico	¡Error! Marcador no definido.
1.4.1 Teoría de Dorothea Orem	¡Error! Marcador no definido.
1.5 Marco Empírico	¡Error! Marcador no definido.4
1.5.1 Amaro-Navarrete <i>et al.</i> Factores Sociodemograficos relacionados al patrón de Consumo De Alcohol en estudiantes universitarios del área de las ciencias de salud de la Universidad Autónoma de Nayarid.2013	¡Error! Marcador no definido.4
1.5.2 Puig-Nolasco <i>et al.</i> Consumo De Alcohol entre estudiantes mexicanos de Medicina.Mexico, 2011	¡Error! Marcador no definido.5
1.5.3 Fernadez Angulo. Estudio del patrón de consumo de Alcohol entre los estudiantes de Nutrición y medicina a través del AUDIT. España, 2015	¡Error! Marcador no definido.5
1.5.4 Da Sila-Pires <i>et al.</i> Consumption of alcohol among nursing students.Brazil, 2015.	¡Error! Marcador no definido.6
1.5.5 Maria Latorres y Andrea Huidobro.Prevalencia de Consumo de alcohol en estudiantes de la Facultad de Medicina en la Universidad Católica del Maule. Chile, 2012	¡Error! Marcador no definido.6
1.5.6 Villareal, Musitu, Sánchez y Varela. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. España, 2010.	¡Error! Marcador no definido.7
1.5.7 Sepúlveda <i>et al.</i> Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena.Chile, 2011.	¡Error! Marcador no definido.7

1.5.8 Razvodovsky. Influencia de la cultura sobre las actitudes hacia el alcohol de los estudiantes universitarios árabes de la religión musulmana. 2004.	Error! Marcador no definido.8
1.6 Propósito	Error! Marcador no definido.8
1.7 Objetivos	Error! Marcador no definido.8
1.7.1 Objetivo General.....	Error! Marcador no definido.8
1.7.2 Objetivos Específicos	18
1.8 Hipótesis.....	19
II. Método	Error! Marcador no definido.0
2.1 Tipo De Diseño	Error! Marcador no definido.0
2.2 Población de Estudio	Error! Marcador no definido.0
2.3 Unidad de Análisis	Error! Marcador no definido.0
2.4 Criterios de Elegibilidad.....	Error! Marcador no definido.0
2.4.1 Criterios de Inclusión	Error! Marcador no definido.0
2.4.1 Criterios de Exclusión	Error! Marcador no definido.0
2.5 Listado de Variables:	Error! Marcador no definido.0
2.5.1 Variables Dependientes.....	Error! Marcador no definido.0
2.5.2 Variables Independientes.....	Error! Marcador no definido.0
2.5.3 Co-Variable	Error! Marcador no definido.1
2.6 Descripción Instrumento Recolector	Error! Marcador no definido.1
2.6.1 Ficha de Antecedentes Sociodemográficos, Académicos y Consumo de Alcohol	Error! Marcador no definido.1
2.6.2 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	Error! Marcador no definido.2
2.6.3 FACES III	Error! Marcador no definido.3

2.6.4 Escala De Comunicación de FACES IV.....	¡Error! Marcador no definido.	4
2.7 Procedimiento para Recolectar Datos	¡Error! Marcador no definido.	4
2.8 Aspectos Éticos	¡Error! Marcador no definido.	5
2.9 Procesamiento de los Datos.....	¡Error! Marcador no definido.	6
III. Resultados.....	¡Error! Marcador no definido.	7
IV. Discusión.....		37
4.1 Discusión de Resultados.....		37
4.2 Limitaciones	¡Error! Marcador no definido.	
4.3 Sugerencias	¡Error! Marcador no definido.	
4.4 Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.	7
V. Bibliografía.....		50
VI. ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.	2
6.1 Tabla 7. Valores de UBE según tipo de bebida alcohólica (ANEXO 1)	¡Error! Marcador no definido.	2
6.2 Definición Nominal y Operacional de Variables (ANEXO 2).....	¡Error! Marcador no definido.	3
6.3 Ficha de Antecedentes Sociodemográficos, Académicos y Consumo De Alcohol elaborado por autores del estudio (ANEXO 3).....	¡Error! Marcador no definido.	5
6.4 Test de Identificación del Trastorno del Consumo de Alcohol (AUDIT) (ANEXO 4)....		67
6.5 Lámina anexa del AUDIT de equivalencias de “tragos”(ANEXO 5)	¡Error! Marcador no definido.	8
6.6 Escala FACES III (ANEXO 6)		69
6.7 Escala de Comunicación Familiar de FACES IV: (ANEXO 7)		70
6.8 Tabla de Caracterización de Los Sistemas Familiares y Maritales, según el nivel de Cohesión y Flexibilidad (ANEXO 8).....	¡Error! Marcador no definido.	1

6.9 Consentimiento Informado (ANEXO 9).....	72
6.10 Carta Gantt (ANEXO 10).....	74

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial; el uso nocivo de esta sustancia es causal de más de 200 enfermedades y trastornos, encontrándose entre los 5 principales factores de riesgo de enfermedades, discapacidades y muertes ¹. Asimismo, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel global cada año se producen 3,3 millones de muertes por consumo perjudicial de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones ¹. Las principales enfermedades causadas por el consumo son: cirrosis hepática ²⁻⁴ enfermedades crónicas no trasmisibles ⁵⁻⁷, suicidios ⁸, VIH ⁹, enfermedades neurológicas y psicológicas ⁷.

En relación al consumo de alcohol, en América latina y el Caribe las personas consumen una media de 8,4 litros de alcohol puro por año, lo que supone 2,2 litros más del promedio anual mundial, donde el país que consume mayor cantidad de alcohol es Chile, con un uso de 9,6 litros anuales ¹.

El alcohol es la sustancia más consumida entre los jóvenes, en un 62%, siendo estrechas las diferencias del consumo entre hombres y mujeres ¹⁰⁻¹², los hombres presentan un consumo de alcohol de 69% y las mujeres de 55%, siendo los tipos de alcohol de preferencia para los jóvenes la cerveza en un 49%, el vodka en un 27% y el vino en un 24% ¹³. El sexo es una de las características personales que se relaciona con “el consumo de alcohol” y “riesgo de dependencia al consumo de alcohol” así como también: “religión”, “lugar de residencia” y “año que cursa”. La religión es un factor protector frente al consumo de alcohol ¹⁴⁻¹⁷, en Chile el año 2015, se muestran 3 creencias a las que se adscriben los chilenos, que son la religión católica, los sin religión o agnósticos y la religión evangélica respectivamente ¹⁸. El lugar de residencia se vincula al consumo de alcohol, debido a que se presenta en mayor frecuencia en las localidades rurales ^{11, 19}. Del mismo modo se relaciona el consumo de alcohol con el vivir solo, puesto que los universitarios están en una etapa de independencia lejos de su núcleo familiar ²⁰.

Es importante mencionar que cada vez es más frecuente el consumo de alcohol en los jóvenes universitarios, en la cual, en la universidad, el consumo es mayor en segundo y quinto año de la carrera ²¹, esto constituye uno de los principales problemas a abordar, a pesar de que las acciones de prevención se han ido incrementando, el problema persiste y va empeorando ¹⁰.

También los jóvenes son influenciados por características familiares, siendo algunas: “antecedentes familiares de consumo de alcohol”, “con quien vive”, “grupo socioeconómico”, “comunicación familiar” y “funcionamiento familiar” ^{14, 22-25}. Algunos estudios han demostrado que el poseer “antecedentes familiares de consumo de alcohol” aumenta este hábito en los jóvenes, por el contrario quien no presenta éstas características en su historia familiar tienen un bajo o nulo consumo de alcohol ^{22, 23}.

El “grupo socioeconómico” al que pertenezcan los jóvenes, de igual forma puede influir en el consumo de alcohol, puesto que a mayor grupo socioeconómico, mayor será el consumo de este ¹⁴. La familia que posee una alta comunicación, buena adaptabilidad, relación positiva y un amplio vínculo afectivo entre padres e hijos, genera que sea menos probable el consumo de alcohol en los jóvenes universitarios ²⁴, relacionado a que la familia, es un subsistema social transmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos de una generación a otra ²⁵.

En consecuencia, este estudio pretende identificar la existencia de una relación entre características personales y familiares con el consumo de alcohol y riesgo de dependencia al consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío, con el fin de identificar si estos serán factores protectores o de riesgo y así abordar esta temática para contribuir con información que sea útil a la comunidad, al equipo de salud, y en lo particular a los profesionales de enfermería, para que estos intervengan en el autocuidado de los jóvenes universitarios, potenciando sus factores protectores o aplicando consejería si éstos son de riesgo.

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Según la OMS, el alcohol es una sustancia psicoactiva que puede producir dependencia y que durante años ha sido utilizado por diferentes culturas en todo el mundo ¹, siendo la sustancia más consumida a nivel mundial ⁹. “El uso perjudicial de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la carga de enfermedades, contribuyendo a la violencia, lesiones, suicidios, enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos de salud mental y además la dependencia del alcohol” ^{4,5}.

El consumo proviene de la palabra consumir, que significa utilizar comestibles u otros bienes para satisfacer necesidades o deseos ²⁶. Para la OMS, un consumo de riesgo moderado de alcohol es equivalente a 3 vasos al día para un hombre y 2 vasos al día para una mujer (en razón de las diferencias metabólicas), considerando 10 gramos de alcohol por cada vaso, un consumo superior a éstas medidas, aumentan notablemente los riesgos de enfermedades y trastornos de la personalidad ¹.

En Chile, se define “bajo la influencia del alcohol” cuando el índice de alcohol en la sangre es superior a 0,3 gramos por mil e inferior a 0,8 gramos por mil, siendo “estado de ebriedad” cuando el nivel de alcohol en la sangre es igual o superior a 0,8 gramos por mil ²⁷.

Por el contrario, la dependencia se diferencia del consumo, porque es la necesidad convulsiva de ingerir alguna sustancia como el alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación ²⁸. Definido también como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso de alcohol se transforma en prioritario para el individuo, por encima de otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él ²⁹.

A nivel latino americano, Chile es uno de los países que tiene los mayores índices de consumo de alcohol, donde es frecuente que los jóvenes tengan episodios de consumo excesivo y comportamientos imprudentes ¹. Más de la mitad de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en su vida ^{12, 30, 31}, además, los jóvenes, presentan las cifras más altas de intoxicaciones etílicas ^{12, 32}. A saber, el consumo de alcohol comienza en la

adolescencia siendo la edad promedio alrededor de los 14 años ^{12, 23, 33-35}, etapa en la que el individuo es más susceptible y vulnerable, aumentando por ende el riesgo de consumo ^{20, 32}, a pesar de esto, el consumir alcohol es más perjudicial para la salud en edades superiores a los 18 años, en la cual los jóvenes están insertos en la etapa universitaria ²⁹, en la cual el consumo de alcohol es visto como algo “normal” ¹⁰, siendo segundo año, el curso con mayor aumento de este ²¹. Una característica personal que se relaciona con el consumo de alcohol es el sexo, donde las diferencias del consumo son estrechas entre hombres y mujeres, debido a que en éstas últimas el consumo se ha ido incrementando en los últimos años ¹⁰⁻¹².

El consumo de alcohol en los universitarios se ve influenciado por las amistades ^{19, 30, 35}, por la presión de grupo que éstos ejercen ¹⁰ y por el estrés de la sobrecarga académica ^{30, 36}, además existen diferentes consecuencias tras el consumo de alcohol: 1 de cada 4 jóvenes se ha visto enfrentado a riñas y 1 de cada 10 ha sido víctima de agresiones, siendo los hombres los que presentan 8 veces más riesgo ^{30, 37}, teniendo 4 veces más probabilidades de verse involucrados en muertes por accidentes de tránsito ^{4, 33}. En Chile, el 11% ha conducido un vehículo motorizado luego de haber consumido alcohol, y un 41% ha sido copiloto de un conductor bajo el efecto de este ¹¹. Los jóvenes con alto consumo de alcohol, incrementan entre 2 a 3 veces más la probabilidad de ejercer violencia física y sexual contra la pareja, aunque no agresión psicológica ^{37, 38}.

Así mismo, otras características personales que influyen en el consumo de alcohol es la religión evangélica, la cual actúa como un factor protector ante el consumo de alcohol, así también el hecho de vincularse a alguna otra creencia religiosa ^{14, 39}, a pesar de esto, los estudiantes católicos respecto a este consumo no tienen diferencias significativas con los estudiantes que no se adscriben a alguna creencia religiosa ^{13, 14}.

Otro factor personal, es el lugar de residencia, el cual según la literatura, se presenta mayor consumo de alcohol en las localidades rurales ^{11, 19}, del mismo modo el vivir solo, puesto que los universitarios están en una etapa de independencia y lejos del núcleo familiar ²⁰.

Así también, la familia puede ser considerada como un factor protector o de riesgo ante el consumo de alcohol. Esto dependerá de la estructura familiar, puesto que si existe un funcionamiento familiar con mala jerarquía y sin límites habrá un mayor riesgo^{20, 40-42}. La literatura señala que la mayoría de los universitarios que presentan antecedentes de consumo de alcohol en la familia aumenta el riesgo de este^{7, 19, 22, 30, 40, 41, 43}, por el contrario sí hay un clima de cohesión, comunicación y seguridad, los hijos adquirirán un sentimiento de confianza y crecimiento, que prevendrá el consumo de alcohol⁴². Además se ha demostrado que mientras exista una efectiva comunicación con la familia, se puede minimizar las probabilidades de la ingesta de alcohol por parte de los adolescentes²⁴.

Asimismo, otro factor familiar que se relaciona con el “consumo de alcohol”, es el grupo socioeconómico, que según la literatura, influye de manera directamente proporcional, es decir, a mayor ingreso económico mayor es el consumo de alcohol^{14, 39}.

Algunos estudios sobre el tema plantean que es importante investigar el consumo de alcohol en los jóvenes, debido a que conocer los factores de riesgo que se relacionan con el consumo permite realizar actividades de promoción y prevención en este grupo etario. Por otro lado, Restrepo *et al.*⁴¹, refieren que se debe seguir investigando y reproduciendo los estudios en distintas localidades, para que éstas actividades sean más personalizadas y se ajusten más con la realidad de la ciudad en donde se estén ejecutando, logrando mayor identificación en los jóvenes^{40, 41}

En consecuencia, en Chile existe una política pública de salud, dentro de la cual se encuentra el Examen de Medicina Preventiva (EMP)⁴⁴, la que se aplica en población entre los 15 a 64 años, cuyo objetivo es la pesquisa e intervención precoz del consumo de alcohol, el profesional de salud encargado de esta misión, que es por lo general el profesional de enfermería, deberá conocer los factores de riesgo que influyen en el consumo de alcohol entre los jóvenes y en particular entre los universitarios.

Sin duda la meta del cuidado de enfermería es mantener un estado de bienestar de las personas, sus familiares y terceros, reduciendo factores de riesgo de comportamientos no saludables como el uso y abuso de alcohol.

Dado que el consumo de alcohol se atribuye a causas multifactoriales y a nivel local la información es acotada ⁴⁵, en este estudio se plantea analizar la relación entre las características personales y familiares con el consumo y riesgo de dependencia al consumo de alcohol de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío, con el fin de aumentar la información en este tema y de esta manera conocer los factores que influyen en el consumo de alcohol y riesgo de dependencia al consumo de alcohol en el estudiante de enfermería, de acuerdo a esto, realizar intervenciones, fortaleciendo su autocuidado para así minimizar los riesgos que conllevan al consumo y abuso de alcohol.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Las características personales y familiares se relacionan con el consumo de alcohol y con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol en estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío?

1.3 PROBLEMATIZACIÓN

1- ¿Cuáles son las características sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia, año que cursa, religión, con quien vive, antecedentes familiares de consumo y grupo socioeconómico) de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío?

2- ¿Cuál es la cantidad, frecuencia y tipo de alcohol consumido por los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío?

3- ¿Existe relación entre sexo, religión, lugar de residencia y año que cursa con el consumo de alcohol y con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol con los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío?

4- ¿Cuál es la relación que existe entre antecedentes familiares de consumo de alcohol, con quien vive, grupo socioeconómico, comunicación y funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad), con el consumo de alcohol y con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío?

1.4 MARCO TEÓRICO

El consumo de alcohol se define como la ingesta de algún tipo de bebida con contenido alcohólico, el cual ingresa al torrente sanguíneo rápidamente, permaneciendo en este hasta que el hígado lo descompone ⁴⁶. Existen diversos factores que influyen en el consumo de alcohol tanto a nivel individual como grupal, así también en las consecuencias y problemas que conlleva este consumo en las comunidades ⁴.

No existe un único factor de riesgo predominante, pero entre más factores vulnerables existan en el entorno en el que se desarrolla una persona (progreso económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol), será mayor la probabilidad que se generen problemas que lo lleven al consumo de alcohol, lo que a su vez traerá ciertas repercusiones sobre la incidencia de enfermedades y/o traumatismos ⁴.

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, que se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos ¹. El consumo nocivo de alcohol conlleva una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad, el cual puede ser perjudicial a otras personas: familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Un nocivo consumo de alcohol, puede ocasionar la muerte y además traumatismos mortales que tienden a afectar a personas relativamente jóvenes ^{1, 4}.

Dependiendo de la cantidad de alcohol que se ingiera y de la condición física del individuo, el consumo de alcohol puede causar efectos a corto y a largo plazo ⁴⁷. A corto plazo los efectos son: habla confusa, somnolencia, vómitos, diarrea, molestias estomacales, dolores de cabeza, dificultades respiratorias, distorsiones visuales y auditivas, capacidad de juicio deteriorada, disminución de la percepción y la coordinación, pérdida del conocimiento, coma, entre otros ⁴⁷; en cuanto a los efectos a largo plazo existen: el consumo constante de alcohol en grandes cantidades pueden llevar a lesiones no intencionales, como choques automovilísticos, caídas, lesiones intencionales como heridas por arma de fuego, agresiones sexuales, violencia doméstica, incremento de las lesiones en el trabajo, disminución de la productividad, incremento en los problemas familiares, intoxicación por

alcohol, alta presión arterial, derrame cerebral, enfermedades hepáticas, daños a los nervios, apatía, desorientación, úlceras, gastritis, entre otros efectos ⁴⁷.

Las bebidas alcohólicas se pueden clasificar en bebidas fermentadas y destiladas. Las fermentadas son procedentes de frutas o de cereales, que por acción de la levadura, el azúcar que contienen se convierte en alcohol, entre ellas se encuentran: el vino, que tiene un contenido alcohólico de 10,4 gramos de alcohol en 100 ml y la cerveza que se obtiene a partir de la malta cervecera, suele contener entre 13,2 gramos de alcohol en 330 ml ⁴⁸. Por otro lado, se encuentran las bebidas destiladas que son las que se consiguen a través del calor, que son parte del agua contenida en las bebidas fermentadas, tales como el whiskey, el coñac, o brandy ^{1, 48}. Los tipos de alcohol más consumidos por los jóvenes universitarios son la cerveza, el vodka y el vino ¹³.

Según la OMS, la medida del consumo de alcohol se estipuló a través de la Unidad de Bebida Estándar (UBE) la que equivale entre 8 y 13 gramos de alcohol puro. Un hígado sano puede metabolizar alrededor de 1 UBE cada hora u hora y media ⁴⁹. En la tabla 7 del ANEXO 1 se muestra el contenido de algunas bebidas alcohólicas, en donde cada UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro ⁵⁰.

El consumo de riesgo, aumenta la probabilidad de consecuencias adversas para el bebedor o su entorno ⁵¹. Para el diagnóstico de este, se utiliza la recomendación propuesta por la OMS, que considera el consumo de riesgo moderado en hombres a toda ingesta superior a 40 gramos de alcohol y en mujeres cuando ésta es mayor a 20 gramos de alcohol, siendo consumido cualquier día del mes ¹.

Por otra parte, el consumo perjudicial se refiere a aquél que conlleva a consecuencias para la salud física y mental, incluyendo consecuencias sociales ⁵¹ siendo sobre los siguientes límites considerados como consumo perjudicial: en hombre mayor a 30 gramos y en mujer mayor a 20 gramos de alcohol diarios ⁴⁹.

Además la dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol ⁵¹. 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, siendo Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) el instrumento más preciso para la detección de dependencia de alcohol en jóvenes universitarios ⁵¹.

Según la organización de las naciones unidas (ONU), define juventud como la etapa que comienza a los 15 y se prolonga a los 24 años de vida de todo ser humano ⁵². Son los jóvenes los que presentan mayor cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad ⁵³, es por esto, que algunos parecen más vulnerables ante la transición a la independencia ⁵⁴, puesto que el terminar la enseñanza media marca un fin de una etapa vital, como lo es la adolescencia, esta etapa va acompañado de salidas, de sentirse más libres, y a la vez de enfrentarse a nuevas situaciones, como el mundo laboral o la universidad ⁵⁵, en la cual los estudiantes universitarios se caracterizan por poseer un mayor carga académica y estrés, donde específicamente el estudiante de enfermería posee una preparación académica esmerada desde diversos ángulos del saber científico, tecnológico y humanizado, dado que los estudiantes serán los profesionales que estarán a cargo de entregar cuidados holísticos, tanto a personas sanas como enfermas⁴⁹.

Es por lo anteriormente descrito, que los estudiantes universitarios se ven más proclives al consumo de alcohol, algunos estudios señalan que la mayoría de los estudiantes presentan un tipo de consumo sin riesgo o de bajo riesgo de dependencia al consumo de alcohol ^{41, 43}, influyendo en esto las características personales que posea el universitario tales como: sexo, religión, lugar de residencia y año que cursa. En la literatura se ha demostrado que el hecho de vincularse a alguna creencia religiosa actúa como factor protector ^{14, 16}, siendo la religión evangélica la que tiene menor índice de consumo ¹⁴, a pesar de esto, los estudiantes católicos respecto al consumo de alcohol no tienen diferencias significativas con los estudiantes que no se adscriben a alguna creencia religiosa ^{13, 14}.

El ambiente universitario incrementa situaciones que llevan a consumir alcohol, así también la falta de control de los padres ⁵⁶, debido a que en algunos jóvenes el lugar de residencia cambia en esta etapa, por tanto se independizan del núcleo familiar ²⁰. Además en la literatura se sustenta que el lugar de residencia influye en el consumo de alcohol, puesto que su presencia es mayor en las localidades rurales ^{11, 19}.

Asimismo, se ha demostrado que en el segundo año de carrera universitaria el consumo de alcohol se ve aumentado, evidenciando que el sexo masculino es el que presenta mayor riesgo de dependencia al consumo de alcohol ²¹, siendo el acceso para comprar alcohol mayor en los universitarios, pues presentan más independencia y autonomía ¹², así, a medida que los jóvenes van adquiriendo nuevas experiencias de vida, construyendo sus proyectos y su identidad; es el contexto familiar, social, cultural y económico, los que hacen que los jóvenes se puedan desarrollar ⁵⁷, es por esto, que los estudiantes universitarios presentan características familiares tales como presentar “antecedentes familiares de consumo de alcohol” ¹⁴, “con quien vive” ¹⁴, “grupo socioeconómico” ¹⁴ al cual pertenece la familia, la “comunicación familiar” ²⁴ y “funcionamiento familiar” ^{19, 23} que van a influir en el consumo de alcohol.

Los jóvenes, según el “grupo socioeconómico” al que pertenecen, pueden verse influenciados por el consumo de alcohol, debido a que a mayor grupo socioeconómico mayor será el consumo, es por esto que tienen acceso a diferentes tipos de alcoholes ¹⁴. Los grupos socioeconómicos en Chile se clasifica en los siguientes niveles: ABC1 nivel alto en un 16% (>\$1.800.000), C2 nivel medio en un 17,9% (\$670.000 a \$1.800.000), C3 nivel medio bajo en un 29,1% (>\$440.000 a <\$670.000), D nivel bajo en un 24,2% (\$245.000 a \$440.000) y E nivel extrema pobreza en un 12% (<\$245.000)⁵⁸.

Así también se ha evidenciado que la familia marca un papel importante en los estudiantes universitarios, la cual puede favorecer o perjudicar sus estilos de vida, pues si los familiares consumen alcohol esta práctica será común en la vida del estudiante universitario ^{22, 23}, siendo en su mayoría un consumo de bajo riesgo de dependencia al consumo de alcohol, seguido por un consumo riesgoso o perjudicial ²².

La familia, según la Declaración Universal de Derechos Humanos, es “el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”⁵⁹. Cabe destacar que la familia cumple diversas funciones, como promover condiciones que ayudan a sus miembros en el desarrollo biopsicosocial, además el afecto, en la que interactúan los sentimientos y emociones de los miembros que favorecen la cohesión familiar, así también el desarrollo psicológico y cuidado que provee protección, asistencia incondicional y respetuosa para manejar diversas necesidades⁶⁰.

En esta nueva etapa universitaria corresponde un nuevo sistema de organización y comunicación entre padres e hijos, que incluye el nexo hogar-escuela, el cual no debe romperse cuando el hijo o hija termina la educación de nivel medio⁶¹, es por esto que la comunicación satisfactoria logra evitar el aislamiento por parte del hijo, facilita su desarrollo personal, promueve la expresión de los sentimientos y logra adquirir mejores relaciones extra-familiares; por el contrario, una comunicación familiar deficiente contribuye a generar déficits en los hijos y crear carencias, donde para compensarlas, los adolescentes muchas veces buscan refugio en las drogas y/o en el alcohol⁶². La importancia de la familia se mantiene y crece; debido a que funciona como sistema de vigilancia ante cualquier problema que el joven presente, siempre y cuando este permita que la familia participe en su desarrollo universitario⁶¹.

Según su funcionalidad, la familia se puede clasificar en familia funcional y disfuncional⁶³. La familia funcional mantiene un estado de equilibrio, unido a cada individuo perteneciente a este sistema, permitiendo que cada ser progrese con el fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y alcance un mayor grado de madurez⁶³. Estas familias se caracterizan porque los roles de cada miembro están establecidos y son cumplidos, todos trabajan en equipo para alcanzar el bienestar haciéndolo con entusiasmo y amor⁶³.

Por el contrario, la familia disfuncional, presenta dentro del sistema familiar una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros, además se invierte la jerarquía, su estructura familiar está alterada, la

interacción entre los miembros es deficiente⁶³. Los padres culpan a sus hijos de todo el mal en el hogar, no existe comunicación, honestidad y cada miembro vela por sus propios intereses⁶³. Se caracteriza esta familia porque los límites y reglas son rígidos, se presentan dificultades para cumplir cada uno con su rol, existiendo una lucha constante entre todos⁶³. Es por esto que la funcionalidad familiar actúa como factor protector frente al consumo de alcohol^{20, 40-42, 63}.

Por lo dicho anteriormente, se puede apreciar que tanto las características personales como las familiares pueden influir en el consumo de alcohol de forma negativa o positiva en los universitarios, pero sin embargo siempre será la decisión autónoma y voluntaria de cada persona consumir o no alcohol y en qué cantidades, por esto es importante dar énfasis en el autocuidado, basado en la teoría de Dorothea Orem.

1.4.1 TEORÍA DE DOROTHEA OREM

Debido a que el consumo de alcohol es un factor que influye en la salud de un individuo, es importante el autocuidado que este tenga y el valor que le dé cada persona. Dentro de las teoristas que existen en enfermería, se encuentra la estadounidense Dorothea Orem quien fue una de las más destacadas, ya que es la creadora de la teoría de enfermería de déficit de autocuidado, conocida también como el Modelo de Enfermería de Orem.

Dorothea Orem estableció ésta teoría como un modelo general compuesto por la relación de tres sub-teorías: la teoría de autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería⁶⁴.

Teoría de autocuidado: el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y el desarrollo posterior⁶⁴. El autocuidado por lo tanto es una conducta que realiza o debería realizar una persona para sí misma⁶⁴.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, culturas, hábitos y costumbres de la familia y la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud pueden afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado⁶⁵. Se identifican en su

teoría tres categorías de requisitos de autocuidado: universales, de cuidados personales del desarrollo y de cuidados personales de los trastornos de salud ⁶⁵.

Universal: Son las que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluye la conservación del aire, agua, alimentos, alimentación, actividad, descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y actividad humana ⁶⁵.

Cuidados personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los proceso del desarrollo o estados que afecten el desarrollo humano ⁶⁵.

Cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran lo que derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico, y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida ⁶⁵.

Por consiguiente, la teoría del autocuidado se ve fuertemente relacionada con el tema de investigación, ya que es importante conocer los factores protectores y de riesgo que influyen en el consumo de alcohol, tanto como individuo único y como ser inserto en un entorno familiar y social, porque afectará las elecciones que realizará con respecto a su salud.

La teoría del déficit del autocuidado: esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado duradero, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o continuo ⁶⁴. Si existe un déficit de autocuidado, la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado ⁶⁴.

La existencia de un déficit de autocuidado legitima la necesidad de cuidados de enfermería, las personas muchas veces nos son capaces de cubrir su autocuidado por la dependencia alcohólica, estos son pacientes legítimos de las enfermeras.

Cuando existe un déficit de autocuidado los enfermeros pueden compensarlo por medio de la teoría de sistemas de enfermería que puede ser; totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y/o de apoyo educativo ⁶⁶.

Por lo anteriormente descrito, es importante que el personal de enfermería eduque a los universitarios en el autocuidado de su salud y lo perjudicial que es el consumo de alcohol, pues este es un factor de riesgo importante para diversas enfermedades.

La teoría de sistemas de enfermería: El tipo de sistemas dice el grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el autocuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un sistema de enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo ⁶⁴.

Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitaciones o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas o físicas ⁶⁴.

Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna de las necesidades de autocuidado, lo que implica una dependencia total ⁶⁴.

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado, por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado ⁶⁴.

Lo que podría ser, que a medida que los universitarios maduran van adquiriendo un mejor autocuidado, esto se ve relacionado con el desarrollo personal, costumbres y creencias familiares de cada individuo, es por esto, que el rol del profesional de enfermería es de gran ayuda en el autocuidado de los universitarios, debido a que los enfermeros tienen la capacidad de lograr que el individuo reconozca sus limitaciones y fortalezas, y así alcanzar un óptimo y permanente autocuidado evitando los hábitos perjudiciales para la salud como es el consumo de alcohol.

1.5 MARCO EMPÍRICO

1.5.1 AMARO-NAVARRETE *ET AL.* FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT. 2013

Esta investigación es de tipo transversal, observacional y de correlación. Los integrantes de esta muestra fueron 884 estudiantes de la Universidad Autónoma de Nayarit, seleccionados de forma probabilista por conglomerados, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: cuestionario para variables sociodemográficas y el cuestionario para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT). Como resultado se obtuvo que el 58,7% fueron mujeres y el 42,2% hombres, la frecuencia de consumo de riesgo mayor es cuando alguno de los familiares cercanos también eran bebedores como el padre (20%) y los hermanos (35%).

1.5.2 PUIG-NOLASCO *ET AL.* CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ESTUDIANTES MEXICANOS DE MEDICINA. MÉXICO, 2011

Esta investigación es de tipo transversal, que tuvo por objetivo identificar el patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes mexicanos de medicina. Los integrantes de ésta muestra fueron 223 estudiantes de la universidad de Veracruzana, seleccionados de forma probabilística no estratificada, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso del Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario de Estudiantes 2006. Como resultado se obtuvo que la frecuencia de consumo de alcohol fue de una o menos veces al mes (38,6%), la mayor concentración de la muestra se centró en los rangos de edades de 20-22 años (51,7%), y el tipo de alcohol más consumido eran los destilados (51,7%), seguidos de la cerveza (48,3%).

1.5.3 FERNÁNDEZ ANGULO. ESTUDIO DEL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN Y MEDICINA A TRAVÉS DEL AUDIT. ESPAÑA, 2015

Esta investigación es de tipo descriptivo, observacional y transversal, que tuvo por objetivo describir el patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes de nutrición y medicina de la Universidad de Valladolid y analizar las posibles asociaciones entre dicho

consumo y las variables sociodemográficas y académicas. Los integrantes de esta muestra fueron 69 estudiantes de la Universidad de Valladolid, seleccionados de forma probabilística, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: cuestionario para variables sociodemográficas y el cuestionario para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT). Como resultado se obtuvo que el 18,9% de los estudiantes realizaron un consumo de riesgo de alcohol en el último año (puntuación AUDIT \geq 8, la proporción de bebedores de riesgo fue significativamente mayor en hombres que en mujeres, no se encontró asociación estadísticamente significativa con ninguna de las demás variables sociodemográficas.

1.5.4 DA SILVA-PIRES ET AL. CONSUMPTION OF ALCOHOL AMONG NURSING STUDENTS. BRAZIL, 2015.

Esta investigación es de tipo transversal, que tuvo por objetivo comparar el consumo de alcohol entre los estudiantes de primer año y estudiantes de enfermería de alto nivel de pregrado. Los integrantes de esta muestra fueron 154 estudiantes de enfermería, seleccionados de forma probabilística no aleatoria, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: cuestionario de características sociodemográficas y académicas y el test de identificación (auditorias). Como resultados se obtuvo que, la mayoría de los estudiantes eran mujeres (89,6%), en los rangos de edad de 20-24 años (52,9%), se encontró una mayor frecuencia de consumo de alcohol en los estudiantes universitarios, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el análisis entre la zona y el año que cursa.

1.5.5 MARIA LATORRES Y ANDREA HUIDOBRO. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL MAULE. CHILE, 2012

Esta investigación es de tipo descriptivo, que tuvo por objetivo evaluar el consumo real de alcohol entre los estudiantes de medicina de la Universidad Católica del Maule. Los integrantes de esta muestra fueron 317 estudiantes de la Universidad Católica del Maule, seleccionados de forma probabilística, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: cuestionario de características sociodemográficas y cuestionario CAGE.

Como resultado se obtuvo lo siguiente donde el 54% fueron mujeres, los hombres presentan mayor prevalencia de consumo de alcohol y una mayor dependencia a este, también se señala que en primero y segundo año de la carrera de medicina el consumo es mayor.

1.5.6 VILLAREAL, MUSITU, SÁNCHEZ Y VARELA. EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS: PROPUESTA DE UN MODELO SOCIOCOMUNITARIO. ESPAÑA, 2010.

Esta investigación es de tipo explicativo causal, que tuvo por objetivo analizar las relaciones existentes entre variables individuales, familiares, escolares y sociales con el consumo de alcohol de los adolescentes. Los integrantes de esta muestra fueron 1.244 adolescentes procedentes de dos centros educativos de secundaria y dos preuniversitarios, seleccionados de forma probabilística estratificada, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: escala de funcionamiento familiar (APGAR), escala de ajuste familiar (EBAE), escala de clima social en el aula (CES), escala de apoyo social comunitario, cuestionario de evaluación de la autoestima en adolescentes, escala de consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de alcohol de la familia y amigos. Como resultado se obtuvo que el consumo de alcohol se correlaciona de forma positiva con el consumo de la familia y amigos ($r=.320$; $p<0.01$); y negativamente con las variables de funcionamiento familiar ($r=-.070$; $p<0.05$).

1.5.7 SEPÚLVEDA ET AL. ESTUDIO CUANTITATIVO DEL CONSUMO DE DROGAS Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD TRADICIONAL CHILENA. CHILE, 2011.

Esta investigación es de tipo exploratorio, transversal y cuantitativo, que tuvo por objetivo determinar la prevalencia del consumo de drogas entre los estudiantes universitarios y sus factores sociales asociados. Los integrantes de esta muestra fueron 1577 estudiantes de una universidad pública, seleccionados de forma probabilística, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: un cuestionario diseñado y validado por CONACE, agregando preguntas académicas (carrera, año cursado). Como resultado se obtuvo que la edad

promedio fue de 21,7 años, el 73,1% pertenece alguna religión y el 28,7% se declara agnóstico, libre pensador o no pertenecer alguna religión, el 68% de los estudiantes eran de clase socioeconómica media, donde se demostró que a mayor ingreso socioeconómico familiar hay mayor consumo de drogas.

1.5.8 RAZVODOVSKY. INFLUENCIA DE LA CULTURA SOBRE LAS ACTITUDES HACIA EL ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ÁRABES DE LA RELIGIÓN MUSULMANA. 2004.

Esta investigación tuvo por objetivo determinar la influencia de la cultura sobre el consumo de alcohol de los estudiantes universitarios árabes de religión musulmana. Los integrantes de esta muestra fueron 358 estudiantes árabes varones de religión musulmana, seleccionados al azar, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: escala de consumo de alcohol (AUDIT), MAST y CAGE, así como ICD-10. Como resultado se obtuvo que, en primer y segundo año consumen alcohol un 14%; entre el tercero y el cuarto, un 35%; entre el quinto y el sexto, un 63%, confirman la importancia de la religión y de los factores culturales en la formación de un modelo de consumo de alcohol.

1.6 PROPÓSITO

Determinar la relación entre características personales y familiares con el consumo de alcohol y con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL

1- Relacionar las características personales y familiares con el consumo de alcohol y el riesgo de dependencia al consumo de alcohol de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Determinar las características sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia, con quien vive, años que cursa, religión, antecedentes familiares del consumo de alcohol y grupo socioeconómico) de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

2- Identificar la cantidad, frecuencia y tipo de alcohol consumido por los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

3- Identificar la relación entre sexo, religión, lugar de residencia, y año que cursa con el consumo de alcohol y con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

4- Identificar la relación que existe entre antecedentes familiares de consumo de alcohol, con quien vive, grupo socioeconómico, comunicación y funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad), con el consumo de alcohol y con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

1.8 HIPÓTESIS

Hipótesis 1: Las características personales y familiares se relacionan con el consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Hipótesis 2: Las características personales y familiares se relacionan con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

II. MÉTODO

2.1 TIPO DE DISEÑO

Descriptivo, correlacional y transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo estuvo compuesto por 229 estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío, campus Fernando May, comuna de Chillán.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Estudiante de segundo a quinto año de la carrera de enfermería.

2.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1- Estudiantes que cursaban desde segundo a quinto año la carrera de enfermería de la Universidad del Bío-Bío.
- 2- Estudiantes que se encontraban dentro de los rangos de edad entre 18 y 24 años.
- 3- Estudiantes que hayan firmado el consentimiento informado voluntariamente.

2.4.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1- Estudiantes extranjeros que se encontraban de intercambio en la Universidad del Bío-Bío.
- 2- Estudiantes que no se encuentren en las ocasiones en que se fue a aplicar el instrumento.

2.5 LISTADO DE VARIABLES: (ANEXO 2)

2.5.1 VARIABLES DEPENDIENTES

- Consumo de Alcohol
- Riesgo de dependencia al consumo de alcohol

2.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Sexo
- Religión
- Lugar de residencia
- Año que cursa
- Religión
- Antecedentes familiares de consumo de alcohol
- Con quién vive
- Grupo socioeconómico
- Comunicación familiar
- Funcionamiento familiar

2.5.3 CO-VARIABLE

- Edad
- Cantidad de consumo de alcohol
- Frecuencia de consumo de alcohol
- Tipo de alcohol consumido

2.6 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR

Para la recolección de datos se utilizaron cuatro instrumentos que se describen a continuación:

2.6.1 FICHA DE ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y CONSUMO DE ALCOHOL

Instrumento auto-aplicable creado por las autoras de este estudio, cuyo objetivo es recopilar antecedentes sociodemográficos, académicos y de consumo de alcohol (ANEXO 3). Está diseñado en tres apartados, los que se describen a continuación:

- **Antecedentes sociodemográficos:** constituido por seis ítems: sexo, edad, religión, lugar de residencia, con quien vive y grupo socioeconómico. Todos los ítems

contienen preguntas cerradas (selección múltiple), exceptuando la edad con respuesta abierta (años cumplidos).

- **Antecedentes académicos:** año que cursan los estudiantes (selección múltiple).
- **Antecedentes de alcohol:** constituido por 3 ítems de respuestas cerradas (dicotómica y de selección múltiple), consumo de alcohol, el tipo de alcohol consumido y familiares que consuman alcohol.

2.6.2 ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST (AUDIT) (ANEXO 4)

El instrumento llamado “alcohol use disorder identification test” fue desarrollado como parte de un estudio colaborativo de detección y manejo de los problemas relacionados al alcohol en atención primaria, en seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, México, Noruega y Estados Unidos) y bajo la tutela de la OMS, que ha recomendado su uso y validación en diversos países ⁶⁷.

El AUDIT es un instrumento de tamizaje cuyos reactivos examinan el consumo excesivo de alcohol y permiten identificar a individuos con patrones de consumo de riesgo o perjudicial de dependencia al consumo de alcohol ⁵¹.

El test AUDIT consta de 10 preguntas, las 8 primeras hacen referencia a los últimos 12 meses y las 2 últimas a toda la vida, dividido en tres dominios, que consideran por separado: dominio 1, consumo de alcohol (ítems 1 al 3), dominio 2, síntomas de dependencia (ítems 4 al 6) y dominio 3, consecuencias negativas del consumo (ítems 7 al 10). Las preguntas 1 a la 8 puntúan de 0 a 4 y las preguntas 9 y 10 puntúan 0, 2 o 4 donde el puntaje máximo es de 40 puntos ⁵¹.

Como una forma de estandarizar la cantidad de alcohol por cada trago, se tomó como referencia el contenido promedio de una lata de cerveza en Chile y así un trago típico fue definido como aquel que contiene 13 gramos de alcohol (ANEXO 5) ⁶⁸.

La interpretación de las puntuaciones se clasifican en cuatro categorías, beber sin riesgo entre 0 a 7 puntos, beber riesgoso entre 8 a 15 puntos, consumo perjudicial entre 16 a 19 puntos y dependencia al alcohol mayo o igual a 20 puntos ⁶⁹.

El instrumento fue validado en Chile por primera vez en el año 2009 por Alvarado *et al.*⁶⁸ donde, en su validez, los resultados mostraron valores de área bajo la curva ROC cercanos a 1 en las tres categorías estudiadas que fueron comparados con los puntajes del goldstandard, el que correspondió a la entrevista semiestructurada CIDI 2.1 tanto para consumo perjudicial como para dependencia al consumo de alcohol⁶⁸.

Con respecto a la fiabilidad, la consistencia interna fue de 0,93, su fiabilidad en test re-test fue de 0,97 (IC del 95%: 0,96 a 0,98 intervalos), utilizando un punto de corte 6 para el consumo peligroso, su sensibilidad y especificidad fueron del 83% y 88%, respectivamente⁶⁸. Las cifras de la dependencia y el consumo nocivo, utilizando un punto de corte 9, fueron 87% y 85%, respectivamente⁶⁸.

2.6.3 FACES III (ANEXO 6)

Escala creada por Olson *et al.*⁷⁰, en Minnesota, EEUU, en 1985⁷⁰. La escala es auto-administrada y consta de 4 versiones, FACES III está formada por dos partes, la parte I, compuesta por 20 ítems donde se evalúa el nivel de cohesión y adaptabilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento (o también llamada familia real) y la parte II (20 ítems) relacionados con cohesión y adaptabilidad que el sujeto le gustaría que hubiese en su familia (o familia ideal), ambas partes incluyen los mismos ítems, pero se modifica la consigna general^{71, 72}. Dado los fines de este trabajo solo se ocuparon los datos de familia real. En el presente instrumento se pretende medir dos de las tres dimensiones del modelo circunplejo de los sistemas familiares y maritales: cohesión y adaptabilidad familiar⁷³.

Las respuestas son de tipo likerts, en la cual se valora “nunca”, “casi nunca”, “algunas veces”, “casi siempre” y “siempre” con 1, 2, 3, 4 y 5 puntos respectivamente, según el puntaje, la cohesión se clasifican en: no relacionada (10-32 puntos), semi-relacionadas (35-40 puntos), relacionada (41-45 puntos) y aglutinada (46-50 puntos)⁷⁰. A su vez, la adaptabilidad se clasifican en: rígida (10-19 puntos), estructurada (20-24 puntos), flexibles (25-28 puntos) y caótica (29-50 puntos)⁷⁰. Luego, se realiza una combinación de cada

respuesta, estableciendo las clasificaciones correspondientes en familias balanceadas, de rango medio o extremo ^{70,74} (ANEXO 7).

La escala original está escrita en inglés y fue traducida al español por Polaino-Lorente y Martínez Cano en España, la cual fue utilizada para el proceso de validación en Chile a cargo de Zegers *et al.*⁷¹ en el año 2003, con el objetivo de contar con un instrumento de diagnóstico familiar que pueda ser aplicado en población chilena ⁷¹.

En Chile, la validez se realizó a través del análisis factorial exploratoria y de 2° orden, donde los resultados del análisis factorial exploratoria dio un factor general del 14,51% de la varianza total del instrumento y el análisis de 2° orden identificó la existencia de dos factores, los que en conjunto dan cuenta del 47,67% de la varianza explicada; el factor 1 explica el 25,78 % de la varianza y el factor 2 el 21,88 % ⁷¹.

Desde el punto de vista de la confiabilidad, en Chile, los resultados relativos a la fiabilidad, permiten clasificar al instrumento como aceptable, con un Alpha de Cronbach estandarizado para la escala completa, según la estructura de los dos factores, de forma global es de 0,55 y valores de 0,64 y 0,46 para cada uno de los factores estandarizados independientemente ⁷¹.

2.6.4 ESCALA DE COMUNICACIÓN DE FACES IV (ANEXO 8)

FACES IV fue creada por Olson, en el año 1991, última versión de FACES, el cual tiene como objetivo evaluar las tres dimensiones del modelo circunplejo y mostrar la relación existente entre ellas en el funcionamiento familiar ⁷⁵. Además de medir cohesión y adaptabilidad, mide comunicación familiar y satisfacción familiar ⁷⁵.

El apartado comunicacional de FACES IV está compuesto por 10 ítems, en la cual se evalúan aspectos importantes entorno a la comunicación en el sistema familiar, es una escala tipo likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) (75), que se clasifican de la siguiente manera muy alto (44-50 puntos), alto (38-43 puntos), moderado (33- 37 puntos), bajo(32-29 puntos) y muy bajo (10-28 puntos) ⁷⁴.

Se realizó el análisis de fiabilidad en la prueba piloto en Chillán, obteniéndose un Alpha de Cronbach promedio de 0.9, lo que demuestra una alta consistencia interna de la escala ⁷⁴.

2.7 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR DATOS

Se solicitó autorización a la dirección de escuela de enfermería para la aplicación de los instrumentos descritos en la investigación, a los estudiantes de segundo a quinto año de la carrera de enfermería de la Universidad del Bío-Bío. La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de abril. Previo a la entrega de los instrumentos se entregó el consentimiento informado (ANEXO 9), el que fue firmado por los estudiantes para aceptar la participación en la investigación, luego al momento que se entregaron los cuestionarios de auto-reporte (Caracterización Sociodemográfica, Académica, consumo de alcohol, AUDIT, FACES III y FACES IV), se explicó las instrucciones correspondientes para una correcta aplicación.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS (ANEXO 9)

Este estudio fue autorizado por la Dirección de escuela de la carrera de enfermería de la Universidad Del Bío-Bío.

Toda investigación en que participen seres humanos debe cumplir directrices internacionalmente establecidas, siendo una de éstas el consentimiento informado que corresponde a la autorización voluntaria del sujeto para participar en un estudio, por lo tanto para el desarrollo de la investigación, se coordinó el trabajo de campo en la universidad con cada participante seleccionado, se le dio a conocer el propósito del estudio, la participación voluntaria, anónima y el derecho a recibir los resultados obtenidos. Se consideró por aceptada la participación, a través de la firma al pie del documento.

Por lo anterior y según lo estipulado en las leyes: “El Código de Nüremberg” de 1947 ⁷⁶; “Guías Operacionales para Comités de Ética que Evalúan Investigación Biomédica” OMS 2000 ⁷⁷; “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” 1964 última revisión

Octubre 2013 ⁷⁸; “Declaración Ibero-Latinoamericana sobre Derecho, Bioética y Genoma Humano” Santiago 2001 ⁷⁹, en donde se protege al sujeto de investigación es que se debe utilizar el documento “consentimiento informado” para el desarrollo del estudio bajo normas legales ⁷⁶⁻⁷⁹.

2.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos se procesaron con frecuencias absolutas y relativas (número de casos y porcentajes). Con el objetivo de evaluar la hipótesis de trabajo, se aplicó prueba de Chi². Si no se cumplen los supuestos de frecuencia observada cero y más del 20% de las celdas contiene frecuencias esperadas inferiores a cinco, fue reemplazada por la prueba exacta de Fisher. Para medir la magnitud de relación se calculó Odds Ratio. El nivel de significación quedó establecido en $\alpha=0,05$.

El análisis de los datos se gestionó con SPSS, versión 15 (español). El cálculo de Odds Ratio por categoría de las variables predictoras fue con el programa Epidat 3.1.

III. RESULTADOS

Se estudió un universo de 229 estudiantes de la Universidad del Bío-Bío de la carrera de enfermería, siendo un 20,5% de segundo año, 21,8% de tercer, 27,9% en cuarto y 29,7% de quinto año. Hubo 31 estudiantes que no fueron habidos para aplicar la encuesta, que equivalen a un 11,92%.

De los estudiantes evaluados (tabla 1-B), el 72,5% fueron mujeres, el 63,8 % presentó una edad de 21 años o más, el 82,1% indicó que reside en el sector urbano y el 59,8% señaló pertenecer a la religión católica.

Tabla 1-A Distribución de los participantes del estudio según sus características personales.

Características Personales	N= 229	%
Sexo		
Hombre	63	27,5
Mujer	166	72,5
Edad (años)		
18	4	1,7
19	30	13,1
20	49	21,4
21 y más	146	63,8
Lugar de Residencia		
Urbano	188	82,1
Rural	41	17,9
Año que cursa		
2° año	47	20,5
3° año	50	21,8
4° año	64	27,9
5° año	68	29,7
Religión‡		
Evangélico	30	13,1
Católico	137	59,8
Sin religión	49	21,4
Testigo de Jehová	3	1,3
Adventista	6	2,6
Santos de los últimos días	2	0,9

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1-B, el 46,7% mencionó vivir con ambos padres, de los estudiantes que pertenecía a la categoría otros, el 51,2% mencionó vivir con amigos o en pensión, el 53,3% indicó tener familiares con antecedentes de consumo de alcohol y el 42,4% se categorizó en el grupo socioeconómico D (nivel bajo).

Tabla 1-B Distribución de los participantes del estudio según sus características familiares.

Características Familiares	N= 229	%
Con quien vive		
Ambos padres		
Sí	107	46,7
No	122	53,3
Sólo Padre		
Sí	3	1,3
No	226	98,7
Sólo madre		
Sí	45	19,7
No	184	80,3
Hermanos		
Sí	81	35,4
No	148	64,6
Solo		
Sí	18	7,9
No	211	92,1
Otros		
Sí	41	17,9
No	188	82,1
Otros (especificación)		
Otros familiares	17	41,5
Amigos o pensión	21	51,2
Pololo(a) o esposo(a)	3	7,3
Antecedentes familiares *		
Sí	123	53,7
No	106	46,3
Grupo socioeconómico †		
ABC1 Nivel alto	8	3,5
C2 Nivel medio	58	25,3
C3 Nivel medio bajo	29	12,7
D Nivel bajo	97	42,4
E Nivel extrema pobreza	35	15,3

* antecedentes familiares de consumo de alcohol † 2 estudiantes no responden

Fuente: Elaboración propia

Al describir las características del consumo de alcohol (tabla 2), el 67,7% indicó consumir entre 1 y 2 unidades estándar de alcohol, el 36,7% refirió una frecuencia del consumo menor o igual a 1 vez al mes. El 56,3% señaló consumir cerveza.

Tabla 2. Distribución de los participantes del estudio según características del consumo de alcohol

Características del consumo de alcohol	N= 229	%
Cantidad (unidades estándar *)		
1 - 2	155	67,7
3 - 4	46	20,1
5 - 6	20	8,7
7 - 9	6	2,6
10 o más	2	0,9
Frecuencia		
Nunca	76	33,2
Una o menos veces al mes	84	36,7
2 a 4 veces al mes	60	26,2
2 a 3 veces a la semana	9	3,9
4 o más veces a la semana	0	0
Tipo de alcohol		
Cerveza		
Sí	129	56,3
No	100	43,7
Vino		
Sí	39	17,0
No	190	83,0
Vodka		
Sí	63	27,5
No	166	72,5
Pisco		
Sí	46	20,1
No	183	79,9
Tequila		
Sí	10	4,4
No	219	95,6
Ron		
Sí	21	9,2
No	208	90,8
Whisky		
Sí	11	4,8
No	218	95,2

*corresponde entre 8 a 13 gramos de alcohol puro.

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3-A indica que la religión evangélica (OR=0,144) y otras religiones (OR=0,248), se relacionaron estadísticamente con el consumo de alcohol (todos con $p < 0,05$). Respecto al sexo, lugar de residencia y año que cursa no fueron variables que se relacionaron estadísticamente.

Tabla 3-A. Relación entre las características personales con el consumo de alcohol.

Características personales	Consumo de alcohol		OR	p-valor
	Consume	No Consume		
Sexo				
Hombre	41 (26,8%)	22 (28,9%)	0,899	0,853*
Mujer	112 (73,2%)	54 (71,1%)		
Religión				
Evangélico	10 (6,5%)	20 (26,3%)	0,144	<0,001*
Católico	99 (64,7%)	38 (50,0%)	0,754	0,471*
Otras religiones ‡	6 (3,9%)	7 (9,2%)	0,248	0,027*
Sin Religión	38 (24,8%)	11 (14,5%)	1,00 (ref)	
Lugar de Residencia				
Rural	24 (15,7%)	17 (22,4%)	0,646	0,214*
Urbano	129 (84,3%)	59 (77,6%)		
Año que cursa				
2° año	34 (22,2%)	13 (17,1%)	1,526	0,264*
5° año	47 (30,7%)	21 (27,6%)	1,306	0,414*
3° año + 4° año	72 (47,1%)	42 (55,2%)	1,00 (ref)	

* Prueba de Chi²; † Prueba exacta de Fisher

‡ La categoría “otras religiones” incluye a: testigo de jehová, adventista y santos de los últimos días.

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar el nivel de relación entre las características personales y riesgo de consumo de alcohol, la tabla 3-B indica que los estudiantes provenientes del área rural ($p=0,029$) se relacionaron estadísticamente con riesgo de dependencia, aunque no fue posible valorar su magnitud con OR por no haber suficiente muestra para su cálculo. Luego, respecto al nivel cursado de los estudiantes, se encontró que aquellos que cursan segundo año ($OR=4,813$ y $p=0,015$) y quinto año ($OR=4,195$ y $p=0,018$), se relacionaron estadísticamente con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol, no así las variables sexo y religión.

Tabla 3-B. Relación entre las características personales respecto al riesgo de dependencia al consumo de alcohol.

Características personales	Consumo de alcohol		OR	p-valor
	Beber Riesgoso y Perjudicial	Beber Sin riesgo		
Sexo				
Hombre	9 (45,0%)	54 (25,8%)	2,348	0,067*
Mujer	11 (55,0%)	155 (74,2%)		
Religión				
Evangélico	1 (5,0%)	29 (13,9%)	0,388	0,644†
Católico	15 (75,0%)	122 (58,4%)	1,383	0,785†
Otras religiones‡	0 (0,0%)	13 (6,2%)	n/c	0,571†
Sin Religión	4 (20,0%)	45 (21,5%)	1,00 (ref)	
Lugar de Residencia				
Rural	0 (0,0%)	41 (19,6%)	n/c	0,029†
Urbano	20 (100%)	168 (80,4%)		
Año que cursa				
2° año	7 (35,0%)	40 (19,1%)	4,813	0,015†
5° año	9 (45,0%)	59 (28,2%)	4,195	0,018†
3° año + 4° año	4 (20,0%)	110 (52,7%)	1,00 (ref)	

n/c: valor no calculado porque existe un celda con frecuencia observada cero

* Prueba de χ^2 ; † Prueba exacta de Fisher

‡ La categoría "otras religiones" incluye a: testigo de jehová, adventista y santos de los últimos días.

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las características familiares y consumo de alcohol (tabla 4-A), se encontró que antecedentes familiares (OR=3,174), alta y muy alta comunicación familiar (OR=2,265) y funcionamiento familiar balanceado (OR=0,463), se relacionaron estadísticamente con el consumo de alcohol (todos con $p < 0,05$). Respecto al grupo socioeconómico y con quién vive, no se relacionaron estadísticamente con presencia de consumo de alcohol.

Tabla 4-A. Nivel de relación entre características familiares con el consumo de alcohol.

Características familiares	Consumo de alcohol		OR	p-valor
	Consumo	No Consumo		
Antecedentes familiares ‡				
Sí	96 (62,7%)	26 (34,7%)	3,174	<0,001*
No	57 (37,3%)	49 (65,3%)		
Con quien vive				
Ambos padres				
Sí	76 (49,7%)	31 (40,8%)	1,433	0,205*
No	77 (50,3%)	45 (59,2%)		
Sólo padre				
Sí	3 (2,0%)	0 (0,0%)	0,664	0,553†
No	150 (98,0%)	76 (100%)		
Sólo madre				
Sí	29 (19,0%)	16 (21,1%)	0,877	0,707*
No	124 (81,0%)	60 (78,9%)		
Hermanos				
Sí	52 (34,0%)	29 (38,2%)	0,834	0,534*
No	101 (66,0%)	47 (61,8%)		
Solo				
Sí	11 (7,2%)	7 (9,2%)	0,764	0,593*
No	142 (92,8%)	69 (90,8%)		
Otros				
Sí	24 (15,7%)	17 (22,4%)	0,646	0,214*
No	129 (84,3%)	59 (77,6%)		
Grupo socioeconómico				
ABC1 Nivel alto	6 (3,9%)	2 (2,7%)	1,889	0,710†
C2 Nivel medio	43 (28,3%)	15 (20,0%)	1,805	0,089*
C3 Nivel medio bajo	22 (14,5%)	7 (9,3%)	1,979	0,141*
D Nivel bajo +	81 (53,3%)	51 (68,0%)	1,00 (ref)	
E Nivel extrema pobreza				
Comunicación familiar				
Muy alto + Alto	111 (72,6%)	49 (64,4%)	2,265	0,039*
Moderado	27 (17,6%)	12 (15,8%)	2,250	0,105*
Bajo + Muy Bajo	15 (9,8%)	15 (19,8%)	1,00 (ref)	
Funcionamiento familiar				
Balanceado	18 (11,8%)	17 (22,4%)	0,463	0,037*
Rango medio + Extremo	135 (88,3%)	59 (77,7%)	1,00 (ref)	

n/c: valor no calculado porque existe un celda con frecuencia observada cero

* Prueba de Chi²; † Prueba exacta de Fisher ‡ antecedentes familiares de consumo de alcohol

Fuente: Elaboración propia

Al relacionar características familiares y riesgo de dependencia al consumo de alcohol (tabla 4-B), se encontró que los grupos socioeconómicos ABC1: nivel alto (OR=19,200), C2: nivel medio (OR=5,120) y C3: nivel medio bajo (OR=6,667), se relacionaron estadísticamente con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol (todos con $p < 0,05$). Las variables que no se relacionaron fueron antecedentes familiares de consumo de alcohol, con quién vive, comunicación y funcionamiento familiar.

Tabla 4-B. Nivel de relación entre características familiares con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol.

Características familiares	Consumo de alcohol		OR	p-valor
	Beber Riesgoso y Perjudicial	Beber Sin riesgo		
Antecedentes familiares ‡				
Sí	13 (65,0%)	109 (52,4%)	1,687	0,281*
No	7 (35,0%)	99 (47,6%)		
Con quien vive				
Ambos padres				
Sí	10 (50,0%)	97 (46,4%)	1,155	0,759*
No	10 (50,0%)	112 (53,6%)		
Sólo padre				
Sí	1 (5,0%)	2 (1,0%)	5,447	0,241†
No	19 (95,0%)	207 (99,0%)		
Sólo madre				
Sí	4 (20,0%)	41 (19,6%)	1,204	1,000†
No	16 (80,0%)	168 (80,4%)		
Hermanos				
Sí	9 (45,0%)	72 (34,4%)	1,557	0,346*
No	11 (55,0%)	137 (65,6%)		
Solo				
Sí	1 (5,0%)	17 (8,1%)	0,594	1,000†
No	19 (95,0%)	192 (91,9%)		
Otros				
Sí	2 (10,0%)	39 (18,7%)	0,484	0,541†
No	18 (90,0%)	170 (81,3%)		
Grupo socioeconómico				
ABC1 Nivel alto	3 (15,0%)	5 (2,4%)	19,200	0,004†
C2 Nivel medio	8 (40,0%)	50 (24,2%)	5,120	0,009†
C3 Nivel medio bajo	5 (25,0%)	24 (11,6%)	6,667	0,010†
D Nivel bajo +	4 (20,0%)	128 (61,8%)	1,00(ref)	
E Nivel extrema pobreza				
Comunicación familiar				
Muy alto + Alto	11 (55,0%)	149 (71,3%)	0,911	1,000†
Moderado	6 (30,0%)	33 (15,8%)	2,242	0,311†
Bajo + Muy bajo	3 (15,2%)	37 (13,0%)	1,00 (ref)	
Funcionamiento familiar				
Balanceado	13 (64,0%)	163 (77,9%)	0,524	0,263†
Rango medio + Extremo	7 (35,0%)	46 (22,0%)		

* Prueba de Chi²; † Prueba exacta de Fisher ‡ antecedentes familiares de consumo de alcohol

Fuente: Elaboración propia

De los estudiantes evaluados (tabla 5-A), el 65,1% de los hombres y 67,5% de las mujeres indicó consumir alcohol.

Tabla 5-A. Distribución de los participantes del estudio según consumo de alcohol y sexo.

Consumo de alcohol según sexo	N= 229	%
Hombres		
Consume Alcohol	41	65,1
No consume Alcohol	22	34,9
Mujeres		
Consume Alcohol	112	67,5
No consume Alcohol	54	32,5

Fuente: Elaboración propia

De los estudiantes evaluados que aparecen en la tabla 5-B, el 85,7% de los hombres y 93,4% de las mujeres obtuvieron una categoría de beber sin riesgo.

Tabla 5-B. Distribución de los participantes del estudio según riesgo de dependencia al consumo de alcohol y sexo.

Riesgo de Dependencia al consumo de alcohol según sexo	N= 229	%
Hombres		
Beber riesgoso y perjudicial	9	14,3
Beber sin riesgo	54	85,7
Mujeres		
Beber riesgoso y perjudicial	11	6,6
Beber sin riesgo	155	93,4

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa que de los estudiantes evaluados que poseían antecedentes familiares de consumo de alcohol (N=123), se indicó que de los familiares, el 74,8% era el padre, el 57,7 % la madre y el 36,6% los hermanos.

Tabla 6. Distribución de los participantes del estudio según la variable familiares con antecedentes de consumo de alcohol.

Con familiares con antecedentes de consumo de alcohol	n= 123*	%
Padre		
Si	92	74,8
No	31	25,2
Madre		
Si	71	57,7
No	52	42,3
Hermanos		
Si	45	36,6
No	78	63,4
Esposo/a		
Si	2	1,6
No	121	98,4
Otros familiares†		
Si	8	6,5
No	115	93,5

*123 estudiantes poseen familiares con antecedentes de alcohol †La variable "otros familiares" corresponden a padrastro, tíos y primos.

Fuente: Elaboración propia

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con el presente estudio, la población se constituyó de 229 estudiantes, cuyo objetivo fue “Relacionar las características personales y familiares con el consumo de alcohol y el riesgo de dependencia al consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío”. Por lo tanto se puede discutir lo siguiente:

En cuanto a las características sociodemográficas, académicas y de consumo de alcohol, la mayor proporción de los participantes fueron mujeres (72,5%), lo que puede atribuirse a que esta carrera es mayoritariamente cursada por el sexo femenino, lo que concuerda con diversos estudios como el de da Silva-Pires *et al.*⁸⁰, donde el 89,6% fueron mujeres estudiantes de enfermería, se encontraron similares resultados en otras investigaciones⁸¹⁻⁸². En cuanto al consumo de alcohol por sexo no se encontró una diferencia significativa entre ambos sexos, lo cual se podría deber a que actualmente en la sociedad existe más igualdad en cuanto al consumo de alcohol, lo que es concordante con el estudio de Albarracín Ordoñez⁴³, debido a que señala que los hombres (95,5%) y las mujeres (92,7%) consumen alcohol en igual proporción⁴³; por otra parte, el estudio de Londoño Pérez y Valencia Lara (10) se contrapone, indicando que las mujeres (59%) presentan un mayor consumo de alcohol a diferencia de los hombres (41%)¹⁰. Por otro lado, en el riesgo de dependencia al consumo de alcohol por sexo, se encontraron diferencias significativas, en la cual las mujeres son mayoritarias en el consumo alcohol sin riesgo (93,4%) que los hombres (85,7%), lo cual podría deberse que a pesar de que las diferencias por sexo en consumo de alcohol son estrechas, los hombres consumen con mayor riesgo que las mujeres, debido a que el consumo de los hombres es más excesivo y menos responsable, además, bajo los efectos del alcohol, las mujeres se encontrarían más vulnerables a ser víctimas de alguna agresión, lo cual concuerda con el estudio de Fernández Angulo⁸⁵, donde refiere que el 90% de las mujeres beben sin riesgo y los hombres sólo el 61,2%. Respecto a la edad, el grupo de 21 a 24 años integró el mayor porcentaje de la población, lo que puede deberse a que el universo se concentró en cuarto y quinto año de la carrera,

lo que resulta similar al estudio de Puig Nolasco *et al.*⁸¹, en el cual los rangos de edades de mayor porcentaje fueron de 20 a 24 años, además se encontró otro estudio con resultado similar⁸⁰.

En relación al lugar de residencia la mayor población se concentró en la zona urbana (82,1%), esto se puede atribuir a que el país cada vez se está urbanizando más, las poblaciones rurales migran al sector urbano y los estudiantes prefieren vivir más cerca del establecimiento universitario para minimizar tiempos de viajes, entre otras razones, lo que se refleja en la información declarada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) del 2010⁸³, en el que se señala que el 87% de la población chilena es urbana⁸³.

La población se presentó mayoritariamente en quinto año (27,9%), puesto que los cupos de ingreso fueron disminuyendo en los cursos posteriores⁸⁴, lo que no es similar con el estudio de Fernández Angulo⁸⁵, donde el 52,2% pertenecía a segundo año académico⁸⁵, asimismo, el estudio de Lorenzo *et al.*⁴⁵ es discrepante al presente estudio, puesto que los estudiantes eran mayormente de segundo año (32,8%)⁴⁵.

Respecto a la variable “religión” fueron mayoritariamente católicos (59,8%), seguido por los estudiantes que no se adscriben a alguna religión (21,4%), este último resultado podría presentarse porque la población es mayor de 18 años, lo que le permite decidir libremente si quiere o no pertenecer a alguna religión, sin la influencia de los padres; esto concuerda con la encuesta Adimark 2015¹⁸, que fue realizada a la población chilena de 15 a 75 años o más, en la cual la religión predominante fue la católica (52%), seguido de los sin religión (30%), esta encuesta señala que el 45% de la población de 15 a 24 años no adscriben a alguna religión, siendo ésta la predominante entre los jóvenes¹⁸.

En relación a la variable “con quien vive” durante el periodo académico, la mayoría de los estudiantes refirió vivir con ambos padres o sólo madre en un 46,7% y un 19,7% respectivamente, cabe destacar que de los sujetos que viven con otras personas (17,9%), la mayoría viven con amigos o en pensión, esto puede ser, porque las familias que no residen en Chillán optan por una pensión u organizarse con amigos para vivir más cerca de la universidad, además en ésta etapa los estudiantes aún dependen de su familia tanto

económica como emocionalmente. Esto es semejante al estudio de Fernández Angulo ⁸⁵, en el cual se refiere que el 44,9% de los encuestados vive en la unidad familiar y el 21,7% vive en una residencia estudiantil ⁸⁵, siendo también encontrado en otra literatura ⁸⁶.

La mayoría de los estudiantes tienen familiares que presentan antecedentes de consumo de alcohol (53,7%), esto puede deberse a que el consumir alcohol es parte de la cultura de los chilenos, lo que es la realidad país según datos de la OMS ¹, la cual señala que Chile es el país latinoamericano con mayor consumo de alcohol de 9,6 litros anuales ¹. Por el contrario el estudio de Armendáriz-García *et al.* ²², no es concordante al presente estudio debido a que el mayor porcentaje de los adolescentes (56,7%) no presentaba historia familiar de consumo de alcohol, sin embargo los estudiantes que presentaron esta variable (53,7%), la mayoría indicó que el familiar que consumía alcohol era el padre (74,8%), lo cual puede deberse a que los padres de los estudiantes se desarrollaron en una época en que el país era más machista que en la actualidad, donde estaba bien visto que los hombres consumieran alcohol, no así en las mujeres ¹⁰, además podría deberse a que los hombres tiene más instancias para ingerir ésta sustancia. Siendo concordante el estudio de Amaro Navarrete *et al.* ⁸⁶ que indica, que el familiar que presenta más frecuencia de antecedentes de consumo de alcohol, es el padre ^{35, 86}.

La mayor concentración de la población se caracterizó en el grupo socioeconómico D, nivel bajo, esto puede deberse a que la universidad es pública y estatal, lo cual es coherente con la realidad del país, en el que los chilenos se concentran en este grupo socioeconómico según la encuesta Adimark 2014 ⁵⁸.

En relación al consumo de alcohol, la mayoría de los estudiantes (67,7%) indicó consumir entre 1 a 2 unidades estándar de alcohol en un día normal de consumo, el que podría estar relacionado al compartir con compañeros y amigos ^{10, 87}, pasar el ocio ⁸⁷ o disminuir el estrés ^{30, 88}. Se encontraron diversas literaturas que se asemejan a los resultados del presente estudio ^{81, 85}, como la investigación de Tam Phun y Benedita dos Santos ³⁹, la cual señala que el 48,8% de la población consume entre 1 a 2 unidades estándar de alcohol ³⁹.

La mayor población (36,7%) indicó consumir alcohol en una frecuencia de 1 o menos veces al mes, lo que puede deberse a que es un tema ligado a la salud, siendo abordado en las diferentes asignaturas de la malla curricular de la carrera ⁸⁴, por tanto aumenta el autocuidado y se limitan al consumo excesivo de alcohol, esto es semejante al estudio de Puig Nolasco *et al.* ⁸¹, en el que la mayor población (34,9%) consume con una frecuencia de 1 o menos veces al mes ^{39, 81}. De lo contrario el estudio de Fernández Angulo ⁸⁵ refiere que la mayoría de los estudiantes (44,9%) consumen alcohol 2 a 4 veces al mes ⁸⁵.

El tipo de alcohol más consumido fue la cerveza (56,3%), seguido por el vodka (27,5%), lo que podría deberse a que la cerveza es de mayor acceso, por su bajo costo, y el vodka lo precede puesto a que la población es en su mayoría femenina y prefieren los tragos dulces, lo que es semejante al estudio de Razvondovsky ¹³, en el cual el consumo de la cerveza se presenta en un 49%, seguido por el consumo de vodka en un 27% ¹³. Por el contrario el estudio de Gil García *et al.* ⁸², se contrapone señalando que el alcohol más consumido son los combinados en un 34,3%, seguido por la cerveza en un 21,9% ⁸²; también el estudio de Puig Nolasco *et al.* ⁸¹ es discordante con los resultados del presente estudio, donde el alcohol más consumido son los destilados con un 51,7%, seguido de la cerveza con un 48,3% ⁸¹.

Al correlacionar las características personales con la variable de “consumo de alcohol”, la “religión” fue la única variable que se relacionó de manera significativa con la variable dependiente, lo que arrojó que los estudiantes que pertenecen a la religión evangélica tienen un menor riesgo de consumir alcohol, al igual que pertenecer a otras religiones (testigos de jehová, adventistas y santos de los últimos días), esto puede atribuirse a que las religiones en su mayoría presentan conductas estrictas frente al consumo de alcohol, al igual como refiere el estudio de Sepúlveda *et al.* ¹⁴, que menciona que la religión evangélica actúa como factor protector ante el consumo de alcohol, encontrándose varias investigaciones con resultados similares ^{13, 14}.

Las variables personales que no se relacionaron significativamente con la variable “consumo de alcohol” fueron “sexo”, “lugar de residencia” y “año que cursa”. En el caso

de la variable “sexo” esto puede deberse a que el consumo es equivalente en ambos sexos, lo cual no concuerda con el estudio de Latorres y Huidobro ²¹, el que indica que la variable “sexo” y “consumo de alcohol” se relacionan significativamente, señalando que los hombres presentan mayor consumo de alcohol ²¹, similares resultados se encontraron en el estudio de Salcedo Monsalve *et al.*³⁰ el que refiere que existe una relación significativa entre las variables ya nombradas, siendo el consumo de alcohol mayor en hombre ³⁰.

Por otra parte la variable “lugar de residencia” tampoco es significativa, lo que puede ser porque el acceso al alcohol es igual en las zonas urbanas y rurales, lo que no es coherente con el estudio de Pérez Milena *et al.* ⁸⁹, en que la variable “lugar de residencia” y el “consumo de alcohol” se relacionan de manera significativa, donde se muestra que en las zonas rurales es más frecuente el consumo de alcohol ⁸⁹.

Además la relación entre “año que cursa” y “consumo de alcohol” no es significativa, lo cual podría deberse a que los estudiantes son jóvenes, los cuales quieren aprovechar los momentos para compartir con amigos, despegarse de la universidad y de la carga académica que otorga la carrera, esto hace que el “año que cursan” no sea un factor, que lleve a los estudiantes a consumir alcohol, si no que serán los factores mencionados anteriormente. Esto no concuerda con el estudio de Latorres y Huidobro ²¹, en el cual la variable “año que cursa” se relaciona de manera significativa con el “consumo de alcohol”, que indica que en primero y segundo año de la carrera de Medicina el consumo es mayor, disminuyendo en los años cuarto y quinto de la carrera y luego aumentando nuevamente el consumo en el internado ²¹, otra literatura encontrada es la de Fernández Angulo ⁸⁵, en que se relacionan los cursos de primero a cuarto año, siendo segundo año el curso que presenta mayor consumo de alcohol ⁸⁵.

En relación a las características personales con el “riesgo de dependencia de consumo al alcohol”, las variables “año que cursa” y “lugar de residencia” fueron las únicas que se relacionaron estadísticamente. La variable “año que cursa” indicó que los cursos segundo y quinto año actúan como factores de riesgo ante la variable “riesgo de dependencia al

consumo de alcohol”, lo cual puede atribuirse a que el estrés y la carga académica es mayor en estos cursos, debido a que en segundo año, la malla curricular es más amplia y compleja ⁸⁴, además en quinto año se realiza tesis e internado profesional, los que consumen tiempo y concentración, por lo que los estudiantes pudieran refugiarse en el alcohol, estos resultados son similares al estudio de Fernández Angulo ⁸⁵, el que refiere que el mayor consumo de beber riesgoso se presenta en segundo año (38,5%) ⁸⁵.

En la variable “lugar de residencia” se obtuvo una relación estadísticamente significativa con el “riesgo de dependencia al consumo de alcohol”, donde el 100% de los estudiantes que pertenecer a la zona rural bebían sin riesgo, además cabe destacar que a pesar de no haber podido calcular OR se puede deducir a partir de los resultados, que vivir en la zona rural será un factor protector lo que podría deberse a que el tener que viajar constantemente desde su hogar a la universidad, sería riesgoso el consumir alcohol en cantidades excesivas. No se encontraron estudios que investigaran la relación de ésta variable con el “riesgo de dependencia al consumo de alcohol”.

Por otra parte, las características personales que no se relacionaron estadísticamente fueron “sexo” y “religión”, en el caso de la primera variable no se relacionó con el consumo de alcohol debido a que este era equitativo entre ambos sexos, esto a su vez no concuerda con el estudio de Fernández Angulo ⁸⁵, que señala que hubo una relación estadísticamente significativa, entre el consumo riesgoso de alcohol y el “sexo”, presentando un consumo de riesgo mayor en los hombres (38,9%), frente al de las mujeres (11,8%) ⁸⁵, siendo también estos resultados demostrados en otros estudios ^{21,90}.

Por otra parte la variable “religión” no se relacionó con el “riesgo de dependencia al consumo de alcohol”, pudiendo atribuirse este resultado, a que si el estudiante adscribe a alguna religión y ésta no fue capaz de protegerlo frente al consumo, menos lo hará si el estudiante, quiere consumir de forma riesgosa, a lo que se contrapone el estudio de Galduróz *et al.* ⁹¹, el que señala que si los estudiantes pertenecen a una religión, estarán un 17% menos propenso a consumir alcohol de manera riesgosa ⁹¹.

Al correlacionar las características familiares con “consumo de alcohol”, las variables “antecedentes familiares de consumo de alcohol”, “comunicación familiar” y “funcionamiento familiar” se relacionaron de forma significativa con la variable dependiente. En relación a los “antecedentes familiares de consumo de alcohol”, el 53,7% de los estudiantes poseen ésta característica, donde el presentar esta variable, nos dio como resultado que es un factor de riesgo para el estudiante ante el consumo de alcohol, esta relación puede deberse a que los estudiantes, al crecer conviviendo con familiares que consumen alcohol, ven este hábito socialmente aceptado y como un ejemplo a seguir. Resultados similares se encontraron en el estudio de Armendáriz-García *et al.*²², que refiere que el 43,3% de los adolescentes tienen historia familiar de consumo de alcohol, también se identificó una relación positiva y significativa estableciendo que a mayor consumo de alcohol por partes de los padres, mayor será el consumo de los adolescentes²², siendo demostrado también en otros estudios^{35,41}.

Con respecto a la “comunicación familiar”, tener una comunicación alta y muy alta con la familia se relaciona como un factor de riesgo ante el “consumo de alcohol”, esto puede atribuirse a que al haber mayor comunicación entre padres e hijos, se llegan a acuerdos y son más permisivos frente al consumo de este, lo cual se contradice al estudio de Muñoz Rivas y Graña López²⁴, que menciona que la comunicación familiar definida por ellos como, la búsqueda por parte del adolescente de apoyo instrumental en el padre y emocional en ambos, es un buen predictor de un menor consumo de alcohol²⁴, obteniéndose resultados similares en otras investigaciones^{62,92}.

En cuanto a la variable “funcionamiento familiar”, se observó que el funcionamiento familiar balanceado se relaciona como factor protector ante el “consumo de alcohol”, lo cual puede deberse a que la familia es un pilar fundamental en la vida de las personas, más aún en los estudiantes, por lo tanto, si en la familia existe un funcionamiento balanceado, esto hará que el estudiante no caiga en hábitos poco saludables como el consumo de alcohol, lo que concuerda con el estudio de Mosqueda Díaz y Carvalho Ferriani⁹³, donde el 86,9% de los adolescentes percibieron como un factor protector la

alta cohesión familiar⁹³. Así mismo el estudio de Cogollo Milanés *et al.*⁹⁴, se obtuvo que el 47,5% de los estudiantes presentaban disfuncionalidad familiar, lo cual se relacionó estadísticamente con el consumo de alcohol, estableciéndose como factor de riesgo⁹⁴.

Las variables “grupo socioeconómico” y “con quien vive” no se relacionan estadísticamente con “consumo de alcohol”. En el caso de la relación con la primera variable, puede deberse a que independientemente del “grupo socioeconómico” al que presente el estudiante, va a consumir igual alcohol, debido a que es una cultura que está inserta en los chilenos. Sin embargo, existe discrepancia con el estudio de Sepúlveda *et al.*¹⁴, en el cual sus resultados evidencian relación significativa con la variable “consumo de alcohol”, indicando que a mayor “grupo socioeconómico”, mayor es el “consumo de alcohol”¹⁴.

En relación a la variable “con quien vive”, ésta no se relacionó significativamente con “consumo de alcohol”, lo que podría deberse a que, como ya ha sido mencionado anteriormente, el consumo de alcohol es parte de la cultura de los chilenos, también otro factor podría ser que los estudiantes consuman alcohol, ya sea para compartir con compañeros, evitar el ocio y disminuir el estrés, no influyendo las personas con las que viva en este consumo. No se encontraron investigaciones que relacionaran la variable “con quien vive” con el “consumo de alcohol”.

Al correlacionar las características familiares con la variable “riesgo de dependencia al consumo de alcohol”, la única variable que presentó una relación significativa fue el “grupo socioeconómico”, puesto que a mayor sea este, mayor será el “riesgo de dependencia de consumo al alcohol”, lo cual puede atribuirse a que mientras más dinero posea el estudiante, mayor es el acceso al alcohol y sus diferentes tipos, actuando como un factor de riesgo. No obstante no se encontraron estudios que relacionen la variable “grupo socioeconómico” con el “riesgo de dependencia de consumo al alcohol”.

Las variables que no se relacionaron significativamente con el “riesgo de dependencia de consumo al alcohol” son: “antecedentes familiares de consumo de alcohol”, “personas con quien vive”, “comunicación y funcionamiento familiar”, en el caso de la variable “antecedentes familiares de consumo de alcohol” podría deberse a que el consumo de

familiares, quizás no es de forma riesgosa, por lo tanto los jóvenes siguen el ejemplo de ellos, y este consumo solo lo realizan para compartir y no para emborracharse. El estudio de Lema *et al.*²³, no concuerda con estos resultados, debido a que se observan diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo entre quienes tienen familiares con antecedentes de consumo de alcohol, donde el 40% presenta un consumo de riesgo y perjudicial de dependencia al consumo de alcohol²³, otra investigación de Amaro Navarrete *et al.*⁸⁶ tampoco es coherente con el presente estudio, puesto que la frecuencia de consumo de riesgo fue mayor cuando alguno de los familiares cercanos tomaban alguna bebida alcohólica, siendo la relación de esta variable con el consumo de alcohol fue significativa⁸⁶. La variable “con quien vive” no se relacionó con “el riesgo de dependencia al consumo de alcohol”, lo que podría deberse a que estas personas quizás no presentaba un consumo riesgo de dependencia al consumo de alcohol, lo que no concuerda con el estudio de Amaro Navarrete *et al.*⁸⁶, en el que se indican diferencias estadísticamente significativas en la variable “con quien vive”, que señala que el vivir con la familia (67%), aumenta el consumo riesgoso, perjudicial o dependencia, seguidos del el vivir en pensiones (15%) y el vivir solo (12%)⁸⁶. La variable “comunicación familiar”, no se relacionó, lo que podría deberse a que los padres al presentar una buena comunicación con los estudiantes, estos podrían educar a sus hijos respecto al consumo, por lo tanto este no sería de forma riesgosa, si no solo para compartir. No se encontraron estudios que relacionaran “comunicación familiar” con el “riesgo de dependencia al consumo de alcohol”.

Por otro lado la variable “funcionamiento familiar” no se relacionó significativamente, lo que podría deberse a que si el funcionamiento familiar ya no actúa como un factor protector, los estudiantes van a consumir de igual manera, pudiendo ser otros los factores que influyeran en este consumo, como lo son; los amigos, el estrés, entre otros. Lo que no es similar un estudio de Lugo M. *et al.*⁹⁵, en la cual se observó diferencias estadísticamente significativas con la variable “funcionamiento familiar”, en el que se señala que en las familias disfuncionales presentan un mayor porcentaje de adolescentes

(29,4%) con resultados de consumo riesgoso, perjudicial o dependencia, respecto a las familias funcionales (18,4%)⁹⁵, lo que es semejante a otro estudio⁸⁵.

De acuerdo a los objetivos planteados, la hipótesis 1 “Las características personales y familiares se relacionan con el consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío”, se acepta hipótesis dado que en los resultados se encontraron relaciones estadísticamente significativas en las variables “religión”, “antecedentes familiares de consumo de alcohol”, “comunicación y funcionamiento familiar”, no obstante, no se encontraron relación estadísticamente significativas en las variables “sexo”, “lugar de residencia”, “año que cursa”, “con quien vive” y “grupo socioeconómico”.

De acuerdo a la hipótesis 2 “Las características personales y familiares se relacionan con el riesgo de dependencia al consumo de alcohol en los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío-Bío”, se acepta hipótesis puesto que en los resultados se encontraron relaciones estadísticamente significativas en las variables “lugar de residencia”, “año que cursa” y “grupo socioeconómico”, no obstante, no se encontraron relación estadísticamente significativas en las variables “sexo”, “religión”, “con quien vive”, “antecedentes familiares de consumo de alcohol”, “comunicación y funcionamiento familiar”.

4.2 LIMITACIONES

Solo se encontró una limitación que corresponde al déficit de comprensión lectora de los estudiantes, dado que esto podría llevar a una mala interpretación de las preguntas.

4.3 SUGERENCIAS

- Se sugiere replicar este estudio en otras carreras de la universidad, puesto que la literatura es escasa a nivel local.

- Se sugiere replicar este estudio en distintas localidades, para que las actividades de promoción y prevención sean más personalizadas y se ajusten más con la realidad de la ciudad en donde se estén ejecutando.
- Profundizar en la correlación de las variables “grupo socioeconómico” “año que cursa” “comunicación” con “riesgo de dependencia de consumo al alcohol, debido a que no se encontró literatura que relacionara éstas variables.

4.4 CONCLUSIONES

El estudio contribuye a dimensionar la importancia de conocer los factores tanto de riesgo como protectores de las características personales y familiares que se relacionan con el consumo de alcohol y el riesgo de dependencia al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. A su vez este estudio aporta nueva información sobre éstas características y la importancia del autocuidado en Enfermería.

De acuerdo a los resultados arrojados en la investigación se concluyó:

1.- En relación a las características sociodemográficas, se determinó que la carrera de enfermería estaba constituida principalmente por mujeres, lo que es consistente con la literatura encontrada sobre el tema; así también en la carrera la mayor parte de los estudiantes son católicos, seguidos por los que no optan a alguna religión, lo cual llamó la atención de que este último grupo fuera mayor que los evangélicos; por otro lado, los estudiantes de enfermería en su mayoría tenían familiares que consumen alcohol y que el familiar que se presentó con mayor frecuencia fue el padre, lo cual aumenta el riesgo de que éstos sigan el hábito de sus cercanos; en cuanto al grupo socioeconómico, la mayor parte de la población se caracterizó en el grupo D, nivel bajo, siendo esto concordante con la realidad país.

2.- En relación a las características de consumo de alcohol, la mayoría de los estudiantes tiene un bajo consumo de alcohol, con una frecuencia de 1 o menos veces al mes, además los estudiantes refirieron preferir el consumo de cerveza, lo que concuerda con estudios encontrados con anterioridad.

3.- En cuanto a la relación entre religión y consumo de alcohol, se puede concluir que estar adscrito en alguna religión, influirá como factor protector en el estudiante y así será menos probable que este ingiera alcohol.

4.- En cuanto a la relación entre lugar de residencia y riesgo de dependencia al consumo de alcohol, el vivir en el área rural influirá en el consumo de alcohol; en relación al año que cursa y el riesgo de dependencia al consumo de alcohol, se puede concluir que es un factor de riesgo estar cursando segundo o quinto año de la carrera, influyendo de manera negativa en los estudiantes, generando que éstos consuman alcohol de manera más riesgosa.

5. En relación a los antecedentes familiares y el consumo de alcohol, se determinó que es un factores de riesgo poseer familiares que consuman alcohol, influyendo de manera negativa en los estudiantes; así mismo, los estudiantes de la carrera que posean alta y muy alta comunicación familiar, actuará como factor de riesgo ante el consumo, lo cual no concuerda con la literatura encontrada sobre ésta variable; por otra parte , será un factor protector para los universitarios poseer un funcionamiento familiar balanceado, ayudando a prevenir el consumo de alcohol en los estudiante de enfermería.

6.- En relación al grupo socioeconómico y el riesgo de dependencia al consumo de alcohol, se puede concluir que mientras mayor sea el nivel socioeconómico al cual pertenezca el estudiante mayor será el riesgo de dependencia al consumo de alcohol, esto es concordante con otros estudios.

7.-En relación a las dos hipótesis expuestas, éstas fueron aceptadas según los resultados obtenidos.

8.- En el presente estudio se plantea la importancia de conocer los factores tanto personales como familiares que influyen en el consumo de alcohol, lo que ayudaría al profesional de enfermería para lograr realizar intervenciones con bases científicas y así lograr un óptima atención a los usuarios, tanto a los que ingieren alcohol como a los que no, mejorando la calidad de vida de los pacientes a cargo de los profesionales de enfermería.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Reporte. Luxembourg: World Health Organization, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2014. Report No.: ISBN 978 92 4 069276 3.
2. Giraldo Montoya ÁM, Barraza Amador M, Villa Velásquez H, William Martinez J, Garcías Castro G. Caracterización epidemiológica de pacientes con cirrosis en una consulta de gastroenterología en Pereira, Colombia, 2009-2012. Rev. Méd. Risaralda. 2014; 20(2): p. 86-94.
3. Guerrero López CM, Muños Hernández JA, Miera Juárez BS, Pérez Núñez R, Reynales Shigmatsu LM. Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México. Salud Pública Mex. 2013; 55(2): p. 282-288.
4. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Online]; 2015 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>.
5. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Segunda ed. Washington, D.C.: KMC; 2010.
6. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A, Virgolini M, Laspiur S. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. Rev. Argent. Salud Pública. 2011; 2(6): p. 34-41.
7. Rodrigues Mendes L, de Oliveira Teixeira ML, de Assunção Ferreira M. Bebida alcohólica en la adolescencia: El cuidado-educación como estrategia de acción de la enfermería. Rev. Enferm. 2010; 14(1): p. 158-164.
8. Álvarez Latorre JM, Cañón Buitrago SC, Castaño Castrillón JJ, Bernier Ocampo LH, Cataño Molina ÁM, Galdino Cruz PV, et al. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de la institución educativa de Palestina- Caldas (Colombia), 2012. Arch. Méd. 2013; 13(2): p. 127-141.

9. Vargas Pineda DR. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. Rev. Salud Pública. 2001; 3(1): p. 74-88.
10. Londoño Pérez C, Valencia Lara SC. Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. Anal. Psicol. 2010; 26(1).
11. Gobierno de Chile. Estudio Consumo de Alcohol. Estudio. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de la Juventud; 2012.
12. Villegas Pantoja MÁ. Crianza parental, funciones ejecutivas y su influencia en el consumo de alcohol de adolescentes. Tesis Doctoral. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería; 2014.
13. Razvodovsky YE. Influencia de la cultura sobre las actitudes hacia el alcohol de los estudiantes universitarios árabes de religión musulmana. Adicciones. 2004; 16(1): p. 53-62.
14. Sepúlveda C. MJ, Roa S. J, Muñoz R. M. Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. Rev. Méd. Chile. 2011; 139.
15. Matute RC, Pillon SC. Uso de bebidas alcohólicas entre estudiantes de enfermería en Honduras. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2008; 16(spe): p. 584-589.
16. Silva LVER, Malbergier A, Stempluk VdA, de Andrade AG. Factors associated with drug and alcohol use among university students. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(2): p. 280-288.
17. Vargas Valle ED, Martínez Canizales G. La relación entre el abuso del alcohol y la religión en los adolescentes mexicanos. Población y Salud en Mesoamérica. 2015; 12(2).
18. GfK Adimark. Los Chilenos y la Religión. [Online]. Santiago; 2015 [citado el 16 de Junio de 2016]. Disponible en: http://www.adimark.cl/es/estudios/documentos/loschilenos_religion_2015.pdf.
19. Obradors Rial N, Ariza C, Muntaner C. Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. Gac. Sanit. 2014; 28(5): p. 381-385.

20. Herrera Batista A, Ruiz Candina H, Martínez Betancourt A. Caracterización del consumo de drogas psicoactivas por jóvenes y adolescentes atendidos en el Centro de Deshabitación de Adolescentes del municipio Playa. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2014; 33(1): p. 61-69.
21. Latorres M, Huidobro A. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de la Facultad de Medicina en la Universidad Católica del Maule. *Rev. Méd. Chile*. 2012; 140: p. 1140-1144.
22. Armendáriz García A, Alonso Castillo MM, Alonso Castillo BA, López Cisneros MA, Rodríguez Puente LA, Méndez Ruiz MD. La familia y el consumo de alcohol en estudiantes. *Ciencia y enfermería*. 2014; 20(3): p. 109-118.
23. Lema S. LF, Varela A. MT, Duarte A. C, Bonilla G. MV. Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2011; 20(3): p. 264-271.
24. Muñoz Rivas MJ, Graña López JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 2001; 13(1): p. 87-94.
25. Rodríguez Sabiote C, Herrera Torres L, Lorenzo Quiles O, Álvarez Rodríguez J. El valor familia en estudiantes universitarios de España: análisis y clasificación. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2008; 13(2): p. 215-230.
26. Real Academia Española. Consumir. [Online].; 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AT2BY5W#4N7BPS8&o=h>.
27. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Conducción y Consumo de alcohol. [Online].; 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/conduccion-y-consumo-de-alcohol>.
28. Real Academia Española. Dependencia. [Online].; 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=dependencia>.
29. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Documento.

Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. Report No.: ISBN 978 92 75 32856 9.

30. Salcedo Monsalve A, Palacios Espinosa X, Fernanda Espinosa Á. Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2011; 29(1): p. 77-97.

31. SENDA. Columna de Lidia Amarales: Freno al consumo de alcohol. [Online].; 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/?p=16544>.

32. Sánchez Sánchez A, Redondo Martín S, García Vicario MI, Velásquez Miranda A. Episodios de urgencia hospitalaria relacionados con el consumo de alcohol en personas entre 10 y 30 años de edad en Castilla y León durante el período 2003-2010. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2012; 86(4): p. 409-417.

33. Pulido J, Indave Ruiz BI, Colell Ortega E, Ruiz García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2014; 88(4): p. 493-513.

34. Perdomo Gómez A, Castillo Rojas L, Herrera Valor NL, Curbelo Laws M, Toledo Martín L. Comportamiento de los adolescentes ante el consumo de alcohol en el Consejo Popular "El Vaquerito". *MediCiego*. 2014; 20(1).

35. Ruiz Candina H, Herrera Batista A, Martínez Betancourt A, Supervielle Mezquida M. Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Rev. Cubana de Inv. Biomédicas*. 2014; 33(4): p. 402-409.

36. Villarreal González ME, Musitu G, Sánchez Sosa JC, Varela R. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*. 2010; 19(3): p. 253-264.

37. Blayn N, Calafat A, Juan M, Becoña E, Mantecón A, Ros M, et al. Violencia en contextos recreativos nocturnos: su relación con el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes españoles. *Psicothema*. 2010; 22(3): p. 396-402.

38. Muñoz Rivas MJ, Gámez Guadix M, Graña JL, Fernández L. Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*. 2010; 22(2): p. 125-134.

39. Tam Phun E, Benedita dos Santos C. El consumo de alcohol y el estrés entre estudiantes del segundo año de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(spe): p. 496-503.
40. Ramírez Ruiz M, de Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). Rev. Latino-americana Enfermagem. 2005; 13(spe): p. 813-818.
41. Restrepo Molina L, Agudelo Martínez A, Giraldo Torres MT, Sánchez Diosa L. Factores de contextos asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Revista CES Salud Pública. 2011; 2(2).
42. Pilatti A, Brussino SA, Godoy JC. Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. Rev. Psicología Univ. De Chile. 2013; 22(1): p. 22-36.
43. Albarracín Ordoñez M, Muñoz Ortega L. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. Liberabit. 2008; 14: p. 46-61.
44. Gobierno de Chile. Examen de Medicina Preventiva (EMP). [Online]; 2008 [citado el 16 de Junio de 2016]. Disponible en:
<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-974.html>.
45. Lorenzo M, Cajaleón B, Gutiérrez E. Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de nutrición de una universidad de Lima-Perú. Rev. Peru. Epimediol. 2012; 16(3): p. 01-05.
46. University of Maryland Medical Center. Consumo y nivel seguro del alcohol. [Online]. 2012 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en:
<http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/consumo-y-nivel-seguro-del-alcohol>.
47. Fundación por un Mundo sin Drogas. Efectos a corto plazo. [Online]. 2015 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en:
<http://es.drugfreeworld.org/drugfacts/alcohol/short-term-long-term-effects.html>.

48. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Campañas 2007- Alcohol y menores. El alcohol te destroza por partida doble. [Online]. 2007 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas07/alcoholmenores9.htm>.
49. Federación Española de Bebidas Espirituosas. Unidades de Bebida estándar (U.B.E). [Online].; 2015 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.disfrutadeunconsumoresponsable.com/comprender/unidad-bebida-estandar.aspx>.
50. Tu Punto: Información sobre drogas. ¿Qué cantidad hay en cada bebida? [Online]. 2015 [citado el 16 de Junio de 2016]. Disponible en: <http://www.tupunto.org/alcohol-2/que-contenido-de-alcohol-hay-en-cada-bebida/>.
51. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Manual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001.
52. Organización de las Naciones Unidas. Juventud. [Online]. Salamanca; 2011 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/youth/>.
53. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. Chil. Pediatr. 2015; 86(6): p. 436-443.
54. López M, Santos I, Bravo A, del Valle JF. El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección infantil. Anal. Psicol. 2013; 29(1): p. 187-196.
55. Rascovan S. Los jóvenes y el futuro. REMO. 2012; 9(23): p. 62-64.
56. Castaño Pérez GA, Calderón Vallejo GA. Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(5): p. 739-746.
57. Aisenson D, Virgili N, Polastri G. Construcción de experiencias, anticipaciones de futuro y transformaciones subjetivas en jóvenes que finalizan la escuela secundaria. Anu. Investig. 2013; 20(1): p. 105-113.

58. GfK Adimark. Mapa Socioeconómico de Chile. [Online]. 2014 [citado el 16 de Junio de 2016]. Disponible en: [http://www.adimark.cl/medios/estudios/Mapa Socioeconomico de Chile.pdf](http://www.adimark.cl/medios/estudios/Mapa_Socioeconomico_de_Chile.pdf).
59. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos Artículo 16.3. [Online]. 1948 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
60. Medigraphic. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7(1): p. 15-19.
61. Solernou Mesa IA. La familia y su participación en la universalización de la Educación Superior. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2013; 27(1): p. 54-63.
62. Maturana H. A. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Rev. Méd. Clín. Condes. 2011; 22(1): p. 98-109.
63. Paladines Guamán MI, Quinde Guamán MN. Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar. Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología; 2010.
64. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borgues K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; 36(6): p. 835-845.
65. Cisneros G. F. Teorías y modelos de enfermería. Trabajo de Investigación. Popayán: Universidad del Cuaca, Facultad de Enfermería; 2005.
66. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Teoría del Déficit del Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2007; 4(4): p. 28-35.
67. Estudio del psicoanálisis y psicología. Test AUDIT. [Online]. 2006 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://psicopsi.com/Test-AUDIT>.
68. Alvarado ME, Garmendia ML, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Rev. Méd. Chile. 2009; 137(11): p. 1463-1468.

69. Gobierno de Chile. Guía Clínica Examen Medicina Preventiva. Guía. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; 2008.
70. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*. 2010; 3(2): p. 30-36.
71. Zegers B, Larraín ME, Polaino-Lorete A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat*. 2003; 41(1): p. 39-54.
72. Castro Cisneros F, Chávez Murguía N. La familia como mediador sociocultural en el rendimiento académico de los estudiantes de la preparatoria No. 2 de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. [Online]. 2014 [citado 22 de Noviembre de 2015]. Disponible en:
http://www.alfaguia.org/www-alfa/images/PonenciasClabes/1/ponencia_191.pdf.
73. Olson DH. Circumplex Modelm of Marital & Family Systems. [Online]. 1999 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en:
<http://www.uwagec.org/eruralfamilies/ERFLibrary/Readings/CircumplexModelOfMaritalAndFamilySystems.pdf>.
74. Moraga Jaramillo RG. Factores biopsicosociales que influyen en el funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a los CESFAM de Chillán. Tesis Magister. Concepción: Universidad de Concepción, Departamento de Enfermería; 2014.
75. Costa Ball D, González Tornaría MJ,MN, Del Arca D, Feibuscheurez A. Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar-FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Cienc. Psicol*. 2009; 3(1): p. 43-56.
76. Universidad de Chile. El Código de Nüremberg. [Online]. 1946 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/76028/el-codigo-de-nuremberg>.
77. Universidad de Chile. Guías operacionales para comités de ética que evalúan investigación biomédica. [Online]. 2000 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en:

<http://www.uchile.cl/portal/investigacion/76193/guias-operacionales-para-comites-de-etica>.

78. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013; 310(20): p. 2191-2194.

79. Universidad de Chile. Declaración Ibero-Latinoamericana sobre Derecho, Bioética y Genoma Humano. [Online]. 2001 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76305/declaracion-ibero-latinoamericana-sobre-derecho-bioetica-y-genoma>.

80. Da Silva Pires CG, Carneiro Mussi F, Correia de Souza R, Oliveira da Silva D, Teles Santos CAS. Consumption of alcohol among nursing students. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4): p. 301-307.

81. Puig Nolasco A, Cortaza Ramirez L, Pillon SC. Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(spe): p. 714-721.

82. Gil García E, Martini JG, Porcel Gálvez AM. Consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo: el patrón de los estudiantes de Enfermería de una universidad española. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(4): p. 01-07.

83. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas Demográficas. [Online]. 2010 [citado el 16 de Junio de 2016]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.2estdemograficas.pdf.

84. Universidad del Bío-Bío. Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos. [Online]. 2014 [citado el 16 de Junio de 2016]. Disponible en: http://ubiobio.cl/admision/Salud_y_Alimentos/22/Enfermeria/.

85. Fernández Angulo N. Estudio del patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes de Nutrición y Medicina a través del AUDIT. Tesis de Grado. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Nutrición; 2015.

86. Amaro Navarrete CL, Cansino Marentes ME, Fernández Argüelles RA. Factores sociodemográficos relacionados con el patrón de consumo de alcohol en estudiantes universitarios del Área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nayarit. *Revista Tamé*. 2013; 1(3): p. 71-78.
87. López A, Rodríguez JG. El consumo de alcohol como una opción de ocio entre los adolescentes. [Online]. 2016 [citado el 16 de Junio de 2016]. Disponible en: <http://www.anthropologies.es/2818-2/>.
88. Montoya de Abarca A, Pillon SC. Percepción de las estudiantes de enfermería sobre los predictores del uso de drogas. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(spe): p. 607-613.
89. Pérez Milena A, Ramírez Segura EM, Jiménez Pulido I, Leal Heilmiling FJ, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Med. Fam. Andal*. 2008; 9(1): p. 10-17.
90. Alonso Del Pino A, Correa Armendáriz B. Alcoholismo en jóvenes universitarios de diferentes carreras. [Online]. 2016 [citado el 16 de Junio de 2016]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/alcoholismo-jovenes-universitarios/>.
91. Galduróz JCF, Meer Sanchez ZVD, Sátiro Opaleye E, Noto AR, Martins Fonseca A, Sirimarco PL, et al. Factors associated with heavy alcohol use among students in Brazilian capitals. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2): p. 267-273.
92. Cid Monckton P, Pedrão LJ. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(spe): p. 738-745.
93. Mosqueda Díaz A, Carvalho Ferriani MG. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(spe): p. 789-795.
94. Cogollo Milanés Z, Arrieta Vergara KM, Blanco Bayuelo S, Ramos Martínez L, Zapata K, Rodríguez Berrio Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Rev. Salud Pública*. 2011; 13(3): p. 470-479.

95. Lugo M. MM, Ledesma S. FM, D'Addosio V. R. Consumo de alcohol por adolescentes y percepción de la función familiar. *Revista Médico de Familia*. 2010; 18(1): p. 26-32.
96. Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families* New York: Routledge; 2014.
97. Garcés Prettel M, Palacio Sañudo JE. La comunicación familiar en asentamientos humanos de Montería-Córdoba. [Online]. [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://miguelgarces.es.tl/COMUNICACION-FAMILIAR.htm>.
98. Real Academia Española. Sexo. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XlApmpe>.
99. Real Academia Española. Edad. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
100. Real Academia Española. Religión. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=VqE5xte>.
101. Real Academia Española. Residencia. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=W9hpKPy>.
102. Real Academia Española. Convivir. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=convivir>.
103. Real Academia Española. Año. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=31Ws94D|31Yyrx8>.
104. Real Academia Española. Cerveza. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=8P5KABB>.
105. Real Academia Española. Vino. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=br2NGSw>.
106. Real Academia Española. Vodka. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=c0FBisY>.
107. Real Academia Española. Antecedente. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=2mDqfIZ>.

108. Real Academia Española. Familiar. [Online]. 2014 [citado el 22 de Noviembre 2015].
Disponibile en: <http://dle.rae.es/?id=HZqrvwe>.

VI. ANEXOS

6.1 TABLA 7. VALORES DE UBE SEGÚN TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA (ANEXO 1)

Bebida alcohólica	UBE
Licor de fruta.	1
Caña de cerveza 200 ml.	1
Mediana de cerveza 333 ml.	1,5
Vaso de vino 100 ml.	1
Copa de licor 50 ml (brandy, ron, anís, whisky...).	2
Copa de licor (aguardiente, vodka, tequila...).	2,5

6.2 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES (ANEXO 2)

Variable	Definición Nominal	Definición operacional
1.-Consumo de alcohol	Ingesta de algún tipo de bebida con contenido alcohólico ⁶⁰ , donde este es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos ¹ .	- Bajo riesgo - Riesgo - Perjudicial - Dependencia
2.Funcionamiento familiar	Conjunto de elementos que caracterizan a cada familia y que explican las regularidades que se observan en la forma en que cada sistema familiar se comporta ⁹⁶ .	- Balanceado - Rango medio - Extremo
3.- Comunicación familiar	Capacidad de escucharse, de hablar, de tener respeto por las opiniones de los demás y de compartir los sentimientos. Miguel Garcés ⁹⁷ .	- Muy alto - Alto - Moderado - Bajo - Muy bajo
4.-Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de los seres humanos ⁹⁸ .	- Hombre - Mujer
5.-Edad	Es el tiempo transcurrido entre el día, mes y año de nacimiento y el día, mes y año en el que se encuentra el sujeto actualmente ⁹⁹ .	- Años
6.- Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto ¹⁰⁰ .	- Evangélico - Católico - Sin religión - Otro (especifique)
7.- Lugar de residencia	Casa donde conviven y residen, sujetándose a determinada reglamentación, personas afines por la ocupación, el sexo, el estado, la edad, etc ¹⁰¹ .	-Urbano -Rural
8.- Con quien vive	Vivir en compañía de otro u otros ¹⁰² .	- Ambos padres - Sólo padre - Sólo madre - Hermanos - Otros familiares

		- Otros (especifique) - Solo
10.-Grupo socioeconómico	Hace referencia al patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen ⁵⁸ .	- ABC1 Nivel alto: >\$1.800.000 - C2 Nivel medio: entre \$670.000 a \$1.800.000 - C3 Nivel medio bajo: entre >\$440.000 a <\$670.000 - D Nivel bajo: entre \$245.000 a \$440.000 - E Nivel extrema pobreza: <\$245.000
11.- Año que cursa	Curso académico, de los varios en que suele dividirse el estudio de una materia, o de cada una de las etapas educativas ¹⁰³ .	- 2º año - 3º año - 4º año - 5º año
12.- Tipo de alcohol que consume	La cerveza hecha a base de granos germinados de cebada u otros cereales fermentados en agua ¹⁰⁴ . El vino zumo de las uvas exprimido, y cocido naturalmente por la fermentación ¹⁰⁵ . El vodka Especie de aguardiente que se consume mucho en Rusia ¹⁰⁶ .	- Cerveza - Vino - Vodka - Otro (especifique)
13.- Antecedentes familiares de consumo de alcohol	Acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores ¹⁰⁷ , para determinar si un pariente o deudo de una persona ¹⁰⁸ , ingesta de algún tipo de bebida con contenido alcohólico ⁶⁰ .	-Si (especifique) -No

6.3 FICHA DE ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y CONSUMO DE ALCOHOL ELABORADO POR AUTORES DEL ESTUDIO (ANEXO 3)



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FAC. CS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS

FICHA DE ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS, ACADÉMICOS Y CONSUMO DE ALCOHOL

Instrucciones: Ésta encuesta es anónima. Se solicita leer atentamente las preguntas y contestarlas con total honestidad. Ante cualquier duda, consulte a los autores del estudio.

Marque con una (X) la opción que lo identifique.

ITEM I: ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Marque su sexo:

Hombre

Mujer

2.- ¿Qué edad tiene? ____ años.

3.- ¿Cuál es su creencia religiosa?:

Evangélico

Católico

Sin religión

Otro (especifique) _____

4.- ¿Cuál es su lugar de residencia?:

Urbano

Rural

5.- ¿Con quién vive durante el periodo académico? Puede marcar más de una opción.

Ambos padres

Sólo padre

Sólo madre

Hermanos

Otras personas (especifique) _____

Solo

6.- ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su familia?:

> \$1.800.000

Entre \$670.000 a \$1.800.000

Entre > \$440.000 a <\$670.000

Entre \$245.000 a \$440.000

<\$245.000

ITEM II: ANTECEDENTES ACADÉMICOS

1.- ¿Qué año cursa en la carrera?

Segundo _____

Tercero _____

Cuarto _____

Quinto _____

ITEM III: CONSUMO DE ALCOHOL

1.- ¿Qué tipo de alcohol consume? Puede marcar más de una opción:

Cerveza _____

Vino _____

Vodka _____

Otros (especifique) _____

No consume alcohol _____

2.- ¿Alguna persona de su núcleo familiar consume alcohol?:

Sí (especifique quien) _____

No _____

6.4 TEST DE IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO DEL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT) (ANEXO 4)

Se solicita leer atentamente las preguntas y contestarlas con total honestidad. Ante cualquier duda, consulte a los autores del estudio. Instrucciones: El cuestionario está diseñado para ser contestado de manera individual, marque la cifra de la respuesta adecuada y luego sume los casilleros asignados.

TEST AUDIT

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca. Pase a la N° 9.	Una ó menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 ó más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	De 7 a 9	10 ó más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber, una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido, porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario, ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					TOTAL	

Interpretación	Consumo de bajo riesgo	0 – 7 puntos
	Consumo de riesgo	8 – 15 puntos
	Posible consumo problema o dependencia	≥16 puntos

6.5 LÁMINA ANEXA DEL AUDIT DE EQUIVALENCIAS DE “TRAGOS” (ANEXO 5)

CERVEZA



Lata de cerveza
1 TRAGO



Shop pequeño
1 ½ TRAGOS



Shop grande
3 TRAGOS



Botella de cerveza
3 TRAGOS

VINO



Lata de cerveza
Media caña, jote
1 TRAGO



Vaso de vino
Caña
2 TRAGOS



Botella de vino
6 TRAGOS

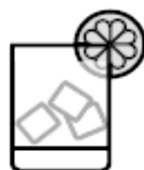


Caja de vino
Tetrapack
8 TRAGOS

LICOR



Corto de licor
Pisco, ron, aguardiente, vodka
1 TRAGO



Combinado simple
1 TRAGO



Combinado fuerte
Cabezón
2 TRAGOS



Botella de licor
17 TRAGOS

6.6 ESCALA FACES III (ANEXO 6)

Para cada enunciado, marque con una x la casilla que más le identifique en el siguiente cuadro.

	Nunca (1)	Casi nunca (2)	Algunas veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.					
2. en nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3. aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4. los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5. nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6. cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7. nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.					
8. la familia cambia de modo de hacer las cosas.					
9. nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. en nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13. cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14. en nuestra familia las reglas cambian.					
15. con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16. intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18. en nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19. la unión familiar es muy importante.					
20. es difícil decidir quien hace las labores del hogar.					

Clasificación de Cohesión	Disgregada	10 a 34 puntos
	Semirelacionada	35 a 40 puntos
	Relacionada	41 a 45 puntos
	Agglutinada	46 a 50 puntos

Clasificación de Adaptabilidad	Rígida	10 a 19 puntos
	Estructurada	20 a 24 puntos
	Flexible	25 a 28 puntos
	Caótica	29 a 50 puntos

6.7 TABLA DE CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS FAMILIARES Y MARITALES, SEGÚN EL NIVEL DE COHESIÓN Y FLEXIBILIDAD (ANEXO 7)

Alta ↓ Adaptabilidad ↓ Baja	Cohesión				
	Baja	←—————→			Alta
	Cohesión/adaptabilidad	Desvinculada	Separada	Conectada	Amalgamada
	Caótica	Extrema	Rango medio	Rango medio	Extrema
	Flexible	Rango medio	Balanceada		Rango medio
	Estructurada	Rango medio			Rango medio
	Rígida	Extrema	Rango medio	Rango medio	Extrema

6.8 ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR DE FACES IV: (ANEXO 8)

Para cada enunciado, marque con una X la casilla que más le identifique en el siguiente cuadro.

	(1)Muy en desacuerdo	(2)Generalmente en desacuerdo	(3)Indeciso	(4)Generalmente de acuerdo	(5)Muy de acuerdo
1. Los miembros de la familia se sienten satisfechos por cómo se comunican entre ellos.					
2. Los miembros de la familia son muy buenos oyentes					
3. Los integrantes de la familia expresan afecto el uno al otro.					
4. Los miembros de la familia son capaces de preguntarse unos a otro lo que quieren.					
5. Los miembros de la familia pueden discutir con calma los problemas entre ellos.					
6. Los integrantes de la familia hablan de sus ideas y creencias con los demás.					
7. Cuando se hacen preguntas entre la familia, se obtienen respuestas honestas.					
8. Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de los demás integrantes.					
9. Los integrantes de la familia, rara vez dicen cosas negativas de los otros miembros de la familia.					
10. Los miembros de la familia expresan sus sentimientos el uno al otro.					

Interpretación	Muy alto	44 – 50
	Moderado	38 – 43
	Alto	33 – 37
	Bajo	29 – 28
	Mu bajo	10 – 28

6.9 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 9)

Estimado participante:

Quienes suscriben, Marielle Castillo Salazar Rut: 17.988.634-0, Pamela Echeverría Isla Rut: 18.428.719-1, Geraldine Fonseca Fernández Rut: 18.216.396-1, Priscila Palma Opazo Rut: 17.989.080-1, Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando una investigación titulada: Características personales y familiares relacionada con el consumo de alcohol en estudiantes de enfermería de la universidad del Bío-Bío.

El objetivo de este estudio es “Relacionar las características personales y familiares con el consumo de alcohol de los estudiantes de enfermería de la universidad del Bío-Bío”.

Usted ha sido seleccionado para participar en ésta investigación, la cual consiste en responder, el instrumento AUDIT, FACES IIIY FACES IV y un cuestionario sociodemográfico. Esto le tomara aproximadamente 10 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Ésta información sólo será utilizada en ésta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Las publicaciones que se generen de ésta investigación serán anónimas no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento, y esto no supondrá ninguna consecuencia ni perdida de derecho de salud.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con Sra. Natalia Bello Escamilla, teléfono de contacto oficina 042-2-463133, e-mail nbello@ubiobio.cl

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Marielle Castillo Salazar

Pamela Echeverría Isla

Geraldine Fonseca Fernández

Priscila Palma Opazo

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los tesisas Marielle Castillo Salazar, Pamela Echeverría Isla, Geraldine Fonseca Fernández y Priscila Palma Opazo sobre características personales y familiares relacionadas con el consumo de alcohol en estudiantes de enfermería de la universidad del Bío-Bío. He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y apellidos de quién toma el CI

Chillán, ___/___/2016

6.10 CARTA GANTT (ANEXO 10)

Actividad	Agosto 2015				Septiembre 2015				Octubre 2015				Noviembre 2015				Diciembre 2015			
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Organización de grupos.			■																	
Búsqueda bibliográfica, selección y lectura.					■	■	■	■												
Título									■											
Problema y problematización									■											
Fundamentación del problema e importancia para la profesión.									■											
Propósito de la investigación											■	■								
Objetivo general, específico e hipótesis.											■	■								
VARIABLES y matriz.											■	■								
Metodología.													■	■						
Instrumentos y procesamiento de recolección de datos.													■	■						
Aspectos éticos y procesamiento de datos.														■	■					
Marco teórico.													■	■						

