



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES BIOPSICOSOCIALES Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE
ALCOHOL, EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LA AMAZONIA
PERUANA, IQUITOS 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIAD(O)A EN
ENFERMERÍA**

AUTORES

BACH. ENF. TAPULLIMA PANDURO, Fernando Amado

BACH. ENF. PIZARRO PINEDO, Cinthia Andrea

BACH. ENF. GONZALES MOZOMBITE, Luz Arnelia del Carmen

ASESORES

Dra. Marina GUERRA VASQUEZ

Mgr. Eliseo ZAPATA VASQUEZ

IQUITOS_PERÚ

2016

Factores biopsicosociales y frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de
Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos 2016

AUTORES

Fernando Amado Tapullima-Panduro, Cinthia Andrea Pizarro-Pinedo, Luz Arnelia
del Carmen Gonzales-Mozombite

RESUMEN

El consumo de alcohol, es un problema que afecta a todas las esferas de la sociedad y principalmente a los jóvenes universitarios. En este contexto se realizó la investigación con el objetivo de determinar la asociación que existe entre los factores biopsicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana en el I semestre, Iquitos 2016. Se empleó el método cuantitativo, el diseño no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. La población fue de 276 estudiantes y la muestra de 161, aplicando dos instrumentos para la recolección de datos: la Escala de factores biopsicosociales, con una validez de 97,66% y confiabilidad de 92 % para la valoración de las pérdidas emocionales; y la Escala de identificación de consumo de alcohol (AUDIT) con validez de 94% y confiabilidad de 88%. El programa estadístico fue el SPSS, versión 22 para Windows XP, con nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de 0,05 ($p < 0,05$) y para aceptar la hipótesis planteada se utilizó la prueba no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrado de Pearson (X^2), obteniendo como resultados: en factores biopsicosociales, 52,8% tenían 16 a 20 años, 85,7% de sexo femenino, 51,6% con autoestima baja, 52,2% con afrontamiento ineficaz, 28,6% de cuarto nivel, 54,7% con familia moderadamente funcional y 51,6% con consumo sensato de alcohol. Al asociar ambas variables, se obtuvo asociación estadística significativa entre: edad y frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,035$; $p < 0,05$); sexo y frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,004$; $p < 0,05$); autoestima y frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,000$; $p < 0,05$); pérdidas emocionales y frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,000$; $p < 0,05$); funcionalidad familiar y frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,000$; $p < 0,05$); pero no existe relación estadística significativa entre nivel de estudios y frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,084$; $p > 0,05$).

Palabra clave: factores, biopsicosociales, frecuencia, consumo, alcohol.

Biopsychosocial factors and frequency of alcohol intake in student nurses of the
National University of the Amazon Peruvian, Iquitos 2016

AUTHORS

Fernando Amado Tapullima-Panduro, Cinthia Andrea Pizarro-Pinedo, Luz Arnelia
del Carmen Gonzales-Mozombite

ABSTRACT

The alcohol intake, is a problem than subject to all the spheres of the society and principally to the young university students. In this context came true the investigation for the sake of determining the association that exists between the biopsychosocial factors and the frequency of alcohol intake, in students of the nursing Faculty of the Universidad Nacional of the AmazoníaPeruana in the I semester, Iquitos 2016. The quantitative method, the not experimental, descriptive design, correlacional, side road were used. The population belonged to 276 students and he shows her of 161, applying two instruments for the collection of data: Scale of biopsychosocial factors, with 97.66 %'s validity and 92 %'s reliability for the assessment of the emotional losses; And scale of identification of alcohol intake (AUDIT) with validity of 94 % and 88 %'s reliability. The statistical program was the SPSS, version 22 for Windows XP, with level of significance of 95 % and level of significance of 0.05 (p 0.05) and to accept the brought-up hypothesis the proof was used not parametric of free chi-squared distribution of Pearson (X^2), obtaining like results: In biopsychosocial factors, 52.8 % had 16 to 20 years, 85.7 % of female sex, 51.6 % with low self-esteem, 52.2 % with effectless confrontation, 28.6 % of fourth level, 54.7 % with moderately functional family and 51.6 % with reasonable consumption of alcohol. When correlating both variables, statistical significant association was obtained enter: Age and frequency of alcohol intake (p 0.035; P 0.05); Sex and frequency of alcohol intake (p 0.004; P 0.05); Self-esteem and frequency of alcohol intake (p 0.000; P 0.05); Emotional loose women and frequency of alcohol intake (p 0.000; P 0.05); Familiar functionality and frequency of alcohol intake (p 0.000; P 0.05); But there is not statistical significant relation between level of education and frequency of alcohol intake (p 0.084; P 0.05).

Password: Factors, biopsychosocial, frequency, consumption, alcohol.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EL DÍA 23 DE SETIEMBRE DEL AÑO 2016, POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:



Dra. RUTH VÍLCHEZ RAMIREZ

PRESIDENTA



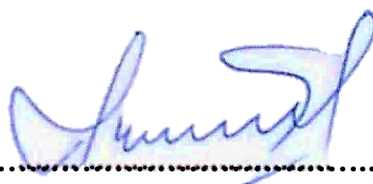
Mgr. JOSEFA CÁRDENAS URBINA

MIEMBRO



Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ

MIEMBRO – ASESORA METODOLÓGICA



Mgr. ELISEO ZAPATA VÁSQUEZ

ASESOR ESTADÍSTICO

DEDICATORIA

A **DIOS** por guiarme y darme fuerzas para seguir adelante formándome profesionalmente en mi carrera y sacar adelante a mi familia.

A mi mama **LEODITH** y mi papá **AMADO**, por ser las personas que amo mucho porque están siempre conmigo en las buenas y las malas y también a mis hermanas y

También va para todas las personas que confían en mí como persona y como profesional.

Fernando Amado

DEDICATORIA

A **DIOS** por ser mi fortaleza en espíritu
secándome cada lágrima cuando sentía
desfallecer y hacerme volver al camino
de la lucha y el amor.

A mis amados padres que son el motor y
motivo de esta vida, especialmente a mi
madre que siguió mi camino con sabiduría,
a mis hermanos que formaron parte de mi
corazón y a mi novio por su apoyo
incondicional e inmenso amor.

También va para todas las docentes de la
facultad que cumplieron un rol de guía
para ser una profesional con valores y
así convertirme en autora de mi propia
historia en esta noble profesión de
enfermería.

Cinthia Andrea

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi **DIOS** por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas presentados, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres **PEDRO** y **MARTINA** por darme la vida, educación, valores, principios, carácter, consejos y en ello la capacidad de superarme, por desearme lo mejor en cada paso de este difícil y arduo camino de la vida. Gracias por ser como son, porque su presencia y persona me han ayudado a construir y forjar la persona que ahora

A mi familia, por quienes soy lo que soy, para el amor de mi vida **PETER RUDY** y para mi precioso hijo **ÁNGEL GABRIEL**. Gracias amorcito por la ayuda y recursos necesarios para estudiar, comprensión, perseverancia y por tanto amor que día a día sueles brindarme, y a ti hijito por hacerme sacar fuerzas desde el fondo de mi alma e impulsarme a lograr mis objetivos. A ellos se los debo, por todo su amor y apoyo incondicional.

Luz Arnelia

RECONOCIMIENTO

Queremos reconocer de manera muy especial a todas las personas e instituciones que en forma directa e indirecta contribuyeron en la ejecución de la investigación desarrollada con el fin de lograr nuestro ansiado Título Profesional.

A las autoridades de nuestra querida alma mater la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por su disposición a brindarnos todas las facilidades administrativas, para cumplir con los requisitos pertinentes en el desarrollo de la tesis.

A los docentes Miembros del Jurado Calificador, conformado por: Dra. Ruth Vílchez Ramírez (Presidenta), Mgr. Josefa Cárdenas Urbina (Miembro) y Dra. Marina Guerra Vásquez (Miembro), por la evaluación de la tesis y valiosos aportes que contribuyeron en su desarrollo.

A la Dra. Marina Guerra Vásquez, nuestra asesora por brindarnos su constante apoyo durante la realización de nuestro trabajo de investigación y también por la motivación para avanzar hacia la finalización de la tesis.

Al Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por la asesoría estadística brindada hacia el desarrollo de la tesis.

A cada uno de nuestros docentes de la facultad, por las enseñanzas recibidas a lo largo de nuestra trayectoria universitaria.

A todo el personal que trabajan en la biblioteca de la facultad, por darnos todas las facilidades en la búsqueda de información que hizo posible la realización de este trabajo de investigación.

A cada una de las personas que contribuyeron con el desarrollo de la tesis.

INDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: INTRODUCCION Y OBJETIVOS	Página
1. Introducción	01
2. Planteamiento del Problema.....	05
3. Objetivos.....	06
 CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
1. Marco Teórico.....	07
2. Definiciones operacionales.....	31
Hipótesis.....	35
 CAPÍTULO III: METODOLOGIA	
1. Método y Diseño de investigación.....	36
2. Población y muestra	37
3. Técnicas e instrumentos.....	39
4. Procedimiento de recolección de datos.....	41
5. Análisis de datos.....	42
6. Limitaciones.....	42
7. Protección de los derechos humanos.....	42
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	
1. Resultados	43
2. Discusión.....	56
3. Conclusiones.....	63
4. Recomendaciones.....	64
5. Referencias bibliográficas.....	65
 ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

N°	TÍTULO	PAG.
1	EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	42
2	SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	43
3	AUTOESTIMA DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE	44
4	PERDIDAS EMOCIONALES DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	45
5	NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	46
6	FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	47
7	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	48
8	EDAD Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, IQUITOS – 2016. PRIMER SEMESTRE	49

N°	TÍTULO	PAG.
9	SEXO Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	50
10	AUTOESTIMA Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	51
11	PÉRDIDAS EMOCIONALES Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	52
12	NIVEL DE ESTUDIOS Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	53
13	FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE.	54

CAPITULO I

INTRODUCCION

El consumo de alcohol es un problema biopsicosocial importante de Salud Pública, que afecta a todas las esferas de la sociedad y considerablemente a los sectores más vulnerables como son el sector adolescente y joven de la población, principalmente los estudiantes universitarios, en cuya etapa de vida se presenta el mayor riesgo para iniciar el consumo de alcohol porque es considerado como algo normal o común y se integra dentro de las pautas de su conducta como algo absolutamente normal, propio de su edad y del grupo con el que se relaciona, dándole todo su sentido en la utilización del tiempo libre y las actividades desarrolladas en torno al ocio y la diversión; pero, desconocen o no aceptan que el alcohol es tan dañino como cualquier otra droga, subestimando sus consecuencias negativas en la alteración del desarrollo físico y emocional que incluso puede llevarlo a la muerte.¹

Por otro lado, el consumo abusivo o irresponsable del alcohol involucra aspectos legales, antropológicos, psicológicos y sociales, por el alto costo que significa para la salud, la calidad de vida y deudas humanas. Sin embargo, el alcohol se convierte en un elemento ritual que los jóvenes incorporan a su propia conducta, como expresión de pertenencia a un grupo de iguales y a una cultura de edad, donde encuentra diversión y el escenario propicio donde desarrollar la búsqueda de identidad personal y la búsqueda de integración grupal. La afiliación y la identidad se pueden facilitar por la adhesión a ciertas conductas rituales afianzadas en el grupo, que suponen comportamientos implícitamente aceptados como normativos.²

Es decir, que la población universitaria es muy vulnerable para el consumo de alcohol, debido en primer lugar a la mayor independencia de sus padres, luego las posibilidades de acceso para la compra de bebidas alcohólicas debido al manejo de mayor cantidad de dinero facilitado por los padres, mayor disponibilidad de situaciones de consumo presentes en el ambiente universitario (encuentros, cumpleaños, reuniones), además de que consumir alcohol le produce sensación de

placer, tranquilidad o incluso exaltación, le hace sentir mejor y suplir sus carencias a nivel social, afectivo o intelectual como la inseguridad, falta de confianza en sí mismo, la soledad o la tristeza, lograr reconocimiento, solucionar problemas cotidianos, encontrar oportunidades o simplemente satisfacer el deseo de beber; sin embargo, a medida que pasa el tiempo necesita consumir más alcohol llegando incluso a desorganizar su personalidad, no cumplir sus obligaciones académicas o con su familia, tener problemas legales por ejemplo, por conducir bajo los efectos del alcohol, problemas de relación, generando una serie de disfunciones en su entorno que alteran el ritmo de su vida.³

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el alcohol está considerado como el tercer factor de riesgo de muerte prematura e incapacidad con un 6,3% de muertes en hombres y 1,1% en mujeres, que además produce daños sociales y costos económicos diversos, la mayoría de los cuales no se reflejan en las estadísticas de las enfermedades relacionadas con el alcohol, también contribuye a las disparidades sanitarias entre los países y a nivel personal, a la pobreza y al aislamiento social. Así, en la Unión Europea es causa directa del 7,4 % de casos de morbilidad, muerte prematura y de graves consecuencias sociales como la violencia, delincuencia, problemas familiares, exclusión social y pérdida de productividad laboral.⁴

En cuanto al consumo de alcohol en América Latina, la OMS reporta que es de 22% el año 2012, donde Paraguay tiene 33,9% de población con estos episodios, 24,3% en Venezuela, 16,9% en Estados Unidos, 13,5% en Perú, 12,7% en Brasil, 12,1% en México, 12% en Argentina, entre otros. Respecto al sexo, es de casi 30% en los hombres, 13% en mujeres; y en edad, más de 81% de personas mayores de 15 años han consumido alcohol alguna vez en su vida, debido a la alta disponibilidad del alcohol, al bajo precio y a la gran promoción y publicidad que tiene, siendo el consumo promedio de 8,4% litros de alcohol por año, 2,2% litros más que el promedio mundial y culpable de 300,000 muertes.⁵

En el Perú, el uso de sustancias psicoactivas es un problema social complejo en razón de su creciente magnitud y efectos perjudiciales en la salud, donde un

porcentaje significativo de niños, adolescentes y jóvenes, inician el consumo de alcohol a edades cada vez menor con un promedio de 8,8 años. Es así que 90,2% de personas de 15 años a más declararon haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, siendo en Lima Metropolitana donde se observa el mayor porcentaje con 93,6% de consumo de alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, seguido de 77,4% en Piura, 76,6% en Ica, 74,3% en la Provincia Constitucional del Callao y 72,5% en Lambayeque; en cuanto al sexo, el consumo de bebida alcohólica es mayor en los hombres con 46,3% que en las mujeres con 27,2%.⁶

En la región Loreto, el INEI refiere que 60% de personas de 15 años a más manifestaron haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos doce meses.

⁶ Sin embargo, no tuvimos acceso a datos estadísticos referenciales en las instituciones formales ni como diagnóstico específico en los establecimientos de salud; pero el estudio descriptivo, correlacional, realizado por Long M, Meléndez S, y Peña Herrera D. conocimiento sobre los efectos biopsicosociales de la ingesta de alcohol y la frecuencia de consumo en estudiantes de la UNAP, en la ciudad de Iquitos el año 1991, en una muestra de 380 estudiantes universitarios, muestran que: 83,2% consume alcohol y 16,8% no; 65,2% de consumidores son del sexo masculino; 82,6% lo hace en forma esporádica y 17,4% de forma frecuente; concluyendo que los hallazgos evidencian que el solo conocimiento de los efectos de la ingesta de bebidas alcohólicas no es disuasivo para su consumo y que la población universitaria es susceptible al consumo de bebidas alcohólicas.⁷

Por otra parte, la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) cuenta con una facultad de Enfermería ubicada en la ciudad de Iquitos de la región Loreto, con una población estudiantil de 276 estudiantes matriculados en el primer semestre del año académico 2016, en cinco niveles de estudios, de ellos un porcentaje significativo tiene menor edad, son de sexo femenino, con características biológicas (edad, sexo), psicológicas (autoestima, pérdidas emocionales) y sociales (nivel de estudio, funcionalidad familiar) bastante similares; cuya característica es que los estudiantes, forman grupos de diversión donde el consumo de alcohol es una nueva experiencia porque se sienten más

independientes, disponen de mayor cantidad de dinero otorgado por los padres, sienten placer y como no están exentos de problemas o dificultades, que no saben manejar adecuadamente debido a la falta de experiencias de vida, por la minoría de edad, por la inadecuada valoración o estima personal y porque los padres o la familia son un soporte suficiente en el aprendizaje del afrontamiento saludable de las situaciones críticas como son las pérdidas emocionales que se presentan a lo largo de la vida, recurren al consumo de alcohol, observándose además que no existen mayores diferencias de consumo en cuanto al sexo, siendo cada vez más las mujeres que consumen alcohol y a edades cada vez más tempranas como un pretexto para olvidar (huir) el problema o dificultad, que no se soluciona sino que se complica o agrava al punto de alterar la salud mental del joven poniendo también en riesgo sus metas y planes futuros; esta situación amerita la realización de investigaciones para determinar el comportamiento de las variables presentadas, en nuestra realidad y se puedan plantear recomendaciones al respecto.

Los resultados obtenidos, constituyen aportes valiosos porque brindan conocimientos científicos claros sobre los factores biopsicológicos que están asociados al consumo de alcohol, beneficiando a la Facultad de Enfermería para reconsiderar o revisar los criterios de admisión de sus estudiantes y/o proponer programas de promoción y prevención en salud mental; a los profesionales de enfermería para que en su trabajo con diferentes grupos poblacionales de jóvenes, realicen actividades de promoción y prevención del consumo excesivo o irresponsable del alcohol; y asimismo sirve como marco referencial para futuras investigaciones que se realicen sobre el tema.

Por todo lo mencionado, nos sentimos motivados para realizar la presente investigación, planteando la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre factores biopsicosociales: edad, sexo, año de estudios, autoestima, pérdidas emocionales, funcionalidad familiar y la frecuencia de consumo de alcohol: sensato, perjudicial, dañino, en estudiantes del primer al quinto nivel, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos - 2016?

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Existe asociación entre los factores biopsicosociales: edad, sexo, nivel de estudios, autoestima, pérdidas emocionales, funcionalidad familiar y la frecuencia de consumo de alcohol: sensato, perjudicial, dañino, en estudiantes del primer al quinto nivel, del I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016?

2. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación que existe entre los factores biopsicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores biopsicosociales: edad, sexo, autoestima, pérdidas emocionales, nivel de estudios y funcionalidad familiar, en estudiantes del primer al quinto nivel, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.
2. Identificar la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas: sensato, perjudicial, dañino, en estudiantes del primer al quinto nivel, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.
3. Asociar los factores biopsicosociales y la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, en estudiantes del primer al quinto nivel, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

Ballerini A, Ballistreri M. (Argentina, 2015), en su estudio sobre ingesta de alcohol y su incidencia en el rendimiento académico en estudiantes del área de la salud, utilizando el cuestionario de identificación del uso de bebidas alcohólicas (AUDIT), encontraron que: en el consumo de bebidas alcohólicas, 93% de estudiantes tenían consumo de riesgo bajo o abstinentes, 3% tenía consumo de riesgo, 3% un consumo nocivo o perjudicial y 0,82% consumo dependiente; el 3% que tenía consumo de riesgo estaban cursando el último año de estudios llevando entre 1 a 7 materias y aprobaron en promedio tres, los que tenían consumo nocivo o perjudicial cursaban entre 1 a 5 materias y sólo aprobaron dos y los de consumo dependiente cursaron dos asignaturas y no aprobaron ninguno.⁸

Telumbre JY, Sánchez BE. (México, 2015), en un estudio transversal descriptivo, realizado sobre consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, en una institución pública de educación preuniversitario, en una muestra de 292 adolescentes, aplicando el cuestionario de identificación del uso de bebidas alcohólicas, identificó como resultados que: respecto al consumo de alcohol, 72,1% habían consumido alcohol alguna vez en la vida y el 46,9% en el último año, siendo la edad de inicio del consumo de alcohol a los 14,4 años; respecto al tipo de consumo de alcohol, predominó un 38% de consumo dañino, seguido de 37,2% de consumo sensato de alcohol y 24,8% presenta un consumo perjudicial de alcohol.⁹

Álvarez S, Castillo AM, Hernández DP. (Colombia, 2014), en su estudio sobre los factores de riesgo del consumo de alcohol en estudiantes de enfermería en tres universidades de Cartagena, matriculados en el primer año de estudios, cuya

población fue de 1094 y la muestra de 128 estudiantes, obtuvieron que: respecto a edad, 46,9% tenía de 18 a 22 años (ciclo vital de la adolescencia media y tardía), 50% entre 23 a 27 años y 3,1% de 28 años a más; según el sexo, 84,4% fueron de sexo femenino y 15,6% de sexo masculino.¹⁰

Hidalgo FI, Martínez G, Fernández AI, Gonzales V, Hidalgo Y. (Cuba, 2013), en su estudio sobre alcoholismo y factores de riesgo en el área rural de Cumanayagua, en una muestra de 77 varones de 15 años a más, utilizando el Cuestionario de Indicadores Diagnóstico (CAGE) y el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar, encontraron los siguientes resultados: respecto a edad, 58,25% tenía entre 35 años a más, 16,4% de 25 a 29 años, 13,4% de 20 a 24 años y 11,9% de 30 a 34 años; referente al funcionamiento familiar, 58,3% tenía familia disfuncional, 19,4% severamente disfuncional, 11,9% funcional y 10,4% moderadamente funcional; referente a las dificultades personales, 83,6% por pérdidas emocionales que los lleva a consumir alcohol (problemas laborales, separaciones/divorcios, por maltrato familiar) y 16,4% no procede o no refiere dificultades emocionales.¹¹

Ramos DA, Granwell B, Martin E. (Honduras, 2013), en su estudio sobre las causas o factores que inciden en el consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, en una muestra de 408 estudiantes, los resultados fueron que: en la edad, 84% tenía entre 17 a 25 años, 13% de 26 a 34 años, 3% de 35 a 43 años y 0% de 44 años a más; en cuanto al sexo, 45,8% fueron de sexo femenino, 53,9% de sexo masculino; respecto al consumo de alcohol, 71% de los estudiantes ha consumido alcohol alguna vez, de ellos 77% lo consumió antes de los 18 años; concluyendo que la mayoría de los estudiantes habían consumido alcohol y lo habían iniciado a muy tempranas edades.¹

González EM, Garcés NP, Rodas JD, Divasto MS. (Colombia, 2013), en su estudio sobre factores psicosociales presentes en el consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes de 15 a 19 años del 1° al 5° semestre del programa de

Enfermería en la CU.R.N., de la ciudad de Cartagena, cuyos resultados fueron que: referente a la edad, 39% tenía 18 años, 31% 19 años, 21% 17 años, 6% 16 años, 3% 15 años, y que iniciaron el consumo entre 16 y 17 años; en el sexo, 89% fueron del sexo femenino y 11% masculino; en las relaciones con la familia, 90% maneja buenas relaciones con sus familiares, seguido de un 10% que considera que sus relaciones son regulares y solo un 2% considera que es mala; al asociar buenas relaciones familiares y consumo de alcohol, 55% afirmó consumir bebidas alcohólicas y 45% no; siendo las principales razones para iniciar el consumo en 23% por curiosidad, 25% por el gusto y 72% por presión social, para experimentar sensaciones novedosas, placenteras y encajar socialmente en su grupo.¹²

Rincón A, Mancilla A, Moreno J, Rincón R, Tijaro H. (Colombia, 2012), en su investigación sobre el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de primer semestre de la Universidad Politécnico Grancolombiano, en octubre 2012, en una muestra de 20 estudiantes, a quienes se aplicó un instrumento con seis preguntas cerradas con el fin de tener mayor precisión en los resultados, los mismos que fueron los siguientes: en cuanto a la edad, la edad promedio fue de 19,5 años para los que tomaban una vez a la semana y de 18,5 años para los que tomaban dos veces por semana; en cuanto al sexo, del 60% que tomaba una vez por semana 45% fueron de sexo masculino y 15% de sexo femenino, mientras que el 10% que tomaba al menos dos veces a la semana son del sexo masculino; respecto al porque consumía alcohol, 18,8% indicó que por diversión y 20,2% refirió que por problemas.¹³

López MC, Villar MA, Da Silva EC.(Colombia, 2011), en su estudio sobre consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia, en una muestra de 237 estudiantes, obtuvieron que: referente a la edad, 48,9% tenía de 21 a 30 años, 47,6% de 16 a 20 años y 3,4% de 31 a 40 años; en cuanto al sexo, 91,6% fueron de sexo femenino y 8,4% de sexo masculino; respecto al consumo de alcohol según los puntajes obtenidos para el AUDIT, 88,0% presentó consumo de riesgo bajo, 10% consumo de

riesgo y 2% un nivel alto de dependencia del alcohol. Al relacionar alcohol y edad, se encontró 40,0% de estudiantes que nunca bebieron alcohol que tenían entre 16 a 20 años, 50,0% de los que dijeron consumir alcohol tenían entre 16 a 20 años. En este mismo intervalo está el mayor porcentaje de estudiantes.¹⁴

Salcedo A, Palacios X, Espinosa AF. (Colombia, 2011), en su estudio sobre consumo de alcohol en jóvenes universitarios de dos programas de salud de una universidad privada de Bogotá, en una muestra de 787 estudiantes, encontraron que: respecto al sexo, 35,96% fueron de sexo masculino y 64,04% de sexo femenino; en cuanto al consumo de alcohol, 27,3% presentó prevalencia de consumo de alcohol y 75% riesgo de alcoholismo por haber consumido alcohol alguna vez en su vida; en cuanto a los motivos psicológicos, 77,0% consume por situaciones placenteras (alegría o diversión, por otros motivos) y 23,0% por pérdidas emocionales (despecho, por soledad, malos resultados académicos).¹⁵

Cogollo Z, Arrieta KM, Blanco S, Ramos L, Zapata K, Rodríguez Y. (Colombia, 2011), en su estudio sobre factores psicosociales asociados al consumo de sustancias legales e ilegales en estudiantes de una universidad pública, en una muestra de 1,446 estudiantes de los diferentes programas de pregrado, obtuvieron que: respecto a la edad, oscilaron entre 16 y 39 años, con un promedio de 20 años de edad (D.E= 2 años); en el sexo, 60% eran del sexo femenino y 40% del sexo masculino; en cuanto a los años de estudios, 12,9% se encontraban en el primer año, 23% en el segundo año (13% en el tercer y 10% de cuarto semestre), 26,2% en tercer año (10,7% de quinto y 15,5% del sexto semestre), 16,3% en cuarto año (8,2% de séptimo y 8,1% de octavo), 13,2% del quinto año (6,7% del décimo, 6,5% del noveno) y 0,1% del undécimo; referente a dificultades emocionales, 50,9% informaron síntomas depresivos de importancia clínica; en cuanto a funcionalidad familiar, 47,5% presentó disfuncionalidad familiar; en la autoestima, 94,8% mostró alta autoestima; respecto al consumo de alcohol, los 16 años fue la edad promedio de inicio del consumo de una bebida alcohólica (D.E= 4 años), 12,4% tenían consumo

abusivo de alcohol. Encontraron asociación entre el consumo abusivo de alcohol y tener familias disfuncionales (OR=1,94).¹⁶

Álvarez A, Alonso MM, Guidorizzi AC. (México, 2010), en su estudio sobre consumo de alcohol y autoestima en estudiantes de la facultad de enfermería en la ciudad de Querétaro, en una muestra de 109 adolescentes entre 17 y 20 años, aplicando el cuestionario de autoestima de Rosemberg y el AUDIT, encontraron que: respecto al sexo, 44% fueron de sexo masculino y 56% de sexo femenino; en la edad, varió entre 17 y 20 años (DE=1,013); respecto a la autoestima, 94,5% tuvo autoestima alta y 5,5% autoestima baja; con 80,7% de consumo de alcohol sin riesgo, 13,8% con consumo de alcohol de riesgo moderado y 3,7% con riesgo elevado; al relacionar autoestima y consumo de alcohol, se encontró relación estadística significativa entre autoestima baja y consumo de alcohol de riesgo elevado.¹⁷

Trujillo J. (Perú, 2015), en su estudio sobre expectativas del consumo de alcohol y conductas sexuales riesgosas en jóvenes estudiantes, en una muestra de 78 estudiantes preuniversitarios de una academia, encontró que: en la edad de consumo de alcohol, la media fue de 18,88 años con DS de 1,37; respecto al sexo, la mayoría de los que consumían fueron de sexo masculino; en cuanto a las expectativas sobre el alcohol, las expectativas personales y positivas se asocian positivamente con estar bajo los efectos del alcohol, mientras que las expectativas cognitivas y motoras positivas se relacionan de manera inversa.¹⁸

Becerra SA. (Perú, 2013), en su investigación sobre el estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud en estudiantes de una universidad privada de Lima, en una muestra de 155 estudiantes del primer y segundo año de pregrado, aplicando medidas del estrés percibido, de los estilos y las estrategias de afrontamiento, encontró como resultado que: en edad, el rango fue de 16 a 22 años, con un promedio de 18,22 años (DE=1.3); en cuanto al sexo, 59% fueron de sexo femenino y 41% de sexo masculino; en el nivel de estudios, 53,5% cursaban el primer año de universidad y 35,3% el segundo año; en cuanto al

estrés percibido o el grado en el cual los individuos valoran como estresantes las situaciones de su vida, encontrando datos de impredecible, incontrolable o abrumadora; respecto al estilo y estrategias de afrontamiento ante determinadas situaciones estresantes, obtuvo una media de 47,75 en el aspecto centrado en la emoción que es un estilo que favorece a los hábitos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y una media de 49,9 en el aspecto centrado en el problema, que favorece su afrontamiento.¹⁹

Lorenzo M, Cajaleón B, Gutiérrez E. (Perú, 2012), en su estudio sobre prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de una Universidad de la ciudad de Lima el año 2010, en una muestra de 250 estudiantes, los resultados fueron que: la prevalencia de consumo reciente de alcohol fue de 42,8% y los factores asociados fueron el sexo masculino (OR=2,7; IC95%: 1,4-4,8), auto-percepción de rendimiento académico regular (OR=2,1; IC95%: 1,2-3,5) y consumo familiar de alcohol en fiestas y reuniones (OR=2,7; IC95%: 1,5-4,8). Concluyendo que la prevalencia de consumo de alcohol en esta población se encuentra en el nivel intermedio, siendo el sexo masculino y la auto-percepción de rendimiento académico regular los factores más importantes que llevan al consumo reciente de alcohol.²⁰

Sandoval Y. (Perú, 2011), en su estudio sobre autoconcepto y factores de protección asociados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de diferentes universidades de la ciudad de Lima, en una muestra de 730 estudiantes de pregrado, cuyos resultados indican que: los universitarios tuvieron 71,2% de la más alta prevalencia entre los 13 y 17 años, 85,1% de los estudiantes consumieron alcohol, 87,2% de los que consumían alcohol provenían de padres separados o una familia disfuncional. Al asociar el autoconcepto y consumo de alcohol mediante el análisis de regresión múltiple encontró que el autoconcepto es el factor de mayor capacidad explicativa en el consumo de alcohol ($F=14,438$, $p < 0,013$); es decir que a mayor autoconcepto positivo, menor es el riesgo del consumo de alcohol.²¹

Torres B, Cerruche W, Vásquez C. (Perú, 2003), en su estudio sobre factores psicosociales relacionados al consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana de la ciudad de Iquitos, matriculados en el III semestre, en una muestra de 358 estudiantes, de ambos sexos, entre 17 a 23 años, de 12 facultades con sede en la ciudad de Iquitos, encontraron: 59,5% con mayor edad o de 20 años a más y 40,5% con menor edad o entre 17 a 19 años; 61,7% de sexo masculino y 38,3% femenino; 84,1% consumen alcohol y 15,9% no; asimismo, encontraron asociación estadística entre disfunción familiar ($p=0,000; <0,05$) y autoestima ($p=0,029; <0,05$) con el consumo de bebidas alcohólicas, pues de 301 consumidores, 57,8% presentan disfunción familiar y de 57 no consumidores, 42,2% tienen disfunción familiar; asimismo de 301 consumidores, 53,5% tiene autoestima baja y 46,5% alta, y de 57 no consumidores, 77,2% tiene autoestima alta y 22,8% autoestima baja. Por lo que concluyen que las variables estudiadas predisponen a los estudiantes universitarios para consumir bebidas alcohólicas.²²

1.2. BASES TEORICAS

A. FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

El hombre como Ser Biopsicosocial

El ser humano, es un ser vivo con un organismo y con una mentalidad muy compleja basada en muchos aspectos (valores, conciencia, ética, motivaciones, deseos, personalidad), los cuales le permiten estar en una organización social (familia, amistades, comunidad, municipio, nación, grupos sociales) y comportarse de acuerdo a sus intereses psicológicos y a los límites que le presenten su cuerpo y su aprendizaje. Por su parte, el ser biopsicosocial comprende tres dimensiones: el biológico, psicológico y social. Bio que significa vida e incluye aspectos morfológicos, fisiológicos, bioquímicos; Psico que significa alma, mente o actividad mental, se expresa en las distintas funciones psicológicas, como la percepción de la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, que se integran en una personalidad única y condicionan la forma

de reaccionar a partir de sus componentes cognitivos, afectivos y volitivos; Social que significa sociedad o relación con los socios, compañeros, aliados o confederados; y Ente referido a lo que existe o puede existir; es decir que el ser biopsicosocial integra tres grandes dimensiones que están estrechamente ligadas y que el individuo debe atender para desarrollarse armónicamente.²³

Enfoque Biopsicosocial

El hombre se desenvuelve y actúa en la dimensión biológica con necesidades de supervivencia, que se conduce primitivamente por impulsos derivados del instinto que se expresan en los actos que realiza para conservar la salud corporal y la vida; mientras que en la dimensión racional debido a la evolución y a una compleja organización de la materia como es el cerebro humano, ha ido emergiendo en un largo proceso de perfeccionamiento al ser racional y a la conciencia de las cosas, que le dan la dimensión propiamente humana y espiritual y le confiere otro tipo de necesidades que debe atender (alimentación, descanso, reproducción) como las primeras que deben satisfacerse; y una tercera dimensión de importancia equivalente en la vida es la necesidad de socialización (distingue al hombre de otras especies), que es la asociación de los individuos porque el hombre no puede concebirse aislado de un contexto social, la importancia de la socialización es determinante en la vida y los pensamientos de las personas para conseguir un fin determinado o un producto, reduciendo el esfuerzo de un solo individuo.²⁴

Definición de Factores Biopsicosociales

Los factores biopsicosociales, se definen como una combinación de las características y comportamientos del organismo, determinadas por aspectos biológicos que estudian la estructura y dinámica funcional que rigen la vida orgánica común a todos los seres vivos y sus principios explicativos fundamentales (quimicobiológicos); aspectos psicológicos que estudian el funcionamiento mental (pensamientos, emociones, conductas); y los sociales que estudian las relaciones que se establecen entre las personas, cuyo papel es

significativo en la actividad humana en el contexto de la salud o de la enfermedad o discapacidad.²⁵

Con fines de la presente investigación, los factores biopsicosociales que se estudiaron son:

Edad

El consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes, es cada vez más preocupante sobre todo porque es visto como un comportamiento socialmente aceptado, siendo la mayor tasa de consumo entre los 25 a 34 años, seguido del grupo de 18 a 24 años, probablemente por la sensación de libertad que nunca habían tenido antes de esta edad, el deseo de hacer las cosas a su manera y la presión para adaptarse al grupo, le dificulta resistirse al alcohol cuando parece que todos lo están probando. Si empieza a beber antes de los 15 años, es mucho más propenso a convertirse en un bebedor crónico o en bebedor problemático (1 de cada 5 adolescentes lo son): se emborrachan, tienen accidentes, problemas con la ley, con su familia, los amigos, el colegio o sus parejas.²⁶

La ley establece una edad específica para comprar y/o consumir bebidas alcohólicas en casi todos los países en donde el consumo de alcohol es legalizado, porque a menor edad genera daños en el organismo que repercuten en la salud y desarrollo especialmente del cerebro, perjudicando las áreas responsables del aprendizaje y la memoria, las habilidades verbales y la percepción visual-espacial, la función neurocognitiva y el desarrollo de las habilidades necesarias para una adecuada transición a la edad adulta. Los adolescentes y jóvenes se encuentran en constante riesgo, porque fisiológicamente se encuentran experimentando un alto nivel de desarrollo del cerebro, para establecer las bases para las habilidades (planeación, integración de información, resolución de problemas, discernimiento y razonamiento) en la vida adulta, estos cambios hacen que el cerebro sea más vulnerable a los efectos nocivos del alcohol en comparación con un cerebro adulto.²⁷

El cerebro termina su maduración hacia los 21 años con el desarrollo último de la corteza pre-frontal, área que se encarga de tareas como el control de impulsos, el raciocinio, el juicio, entre otras, por ello no puede asimilar el alcohol de la misma forma que un adulto y si toma alcohol de forma excesiva, el hipocampo (órgano cerebral encargado de la memoria) es 10% más pequeño en comparación con jóvenes que nunca toman y evidencian dificultades para aprender y almacenar nueva información. El alcohol llega a todo el cuerpo a través de la sangre, por ello el consumo excesivo es un riesgo para su salud y bienestar, con alteraciones en el crecimiento y desarrollo óseo, mayor predisposición a enfermedades respiratorias e infecciones, trastornos del sistema endocrino (menor producción de la hormona del crecimiento (GH), del desarrollo, maduración y diferenciación sexual que permiten distinguir al hombre y a la mujer en la pubertad), trastornos cardiovasculares (del ritmo cardiaco, hipertensión arterial y miocardiopatía dilatada que debilita al corazón sin poder bombear suficiente sangre al cuerpo), trastornos gástricos (irritación de la pared intestinal que aumenta la probabilidad de gastritis, vómito y alteraciones del tránsito intestinal), cáncer (en cavidad oral, faringe, laringe, esófago, colon, recto, hígado y mama en la mujer). Otros riesgos o daños asociados son: mayor probabilidad de problemas en el estado de ánimo (depresión o ansiedad), aumento de conductas sexuales de riesgo que lleva a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, mayor probabilidad de ser víctima de delitos como violación, robo y agresión, ser víctimas o estar vinculados con crímenes violentos, dificultades académicas (ausentismo, deserción escolar, bajo rendimiento).²⁸

La encuesta nacional del año 2012 y la encuesta de Lima Metropolitana del año 2013, muestra que la edad de inicio del consumo de alcohol, en hombres y mujeres, es a los 13 años. El consumo de bebidas alcohólicas a temprana edad genera daños colaterales al individuo y a la sociedad como: agresividad, ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar, pérdida de la capacidad de memoria, así como un incremento en los robos al paso y pandillaje; es decir

que todo aquello que afecte este proceso va a dejar una huella irreversible en la persona.²⁹

Sexo

El funcionamiento del cerebro masculino, tiene diferencias con el cerebro femenino frente a determinadas situaciones o estímulos, incluso la misma activación genética neurológica es diferente en un sexo y otro; ello se evidencia en las reacciones que muestran los hombres y las mujeres al momento de expresar la tensión acumulada a través del consumo de alcohol, así bajo una situación de estrés, los hombres beben más que las mujeres.³⁰

Según el parámetro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que mide el consumo de alcohol en litros de alcohol puro, desde el punto de vista de la cantidad muchos litros de cerveza son consumidos diariamente por los hombres y si una mujer toma tres vasos estaría consumiendo lo mismo que un hombre en cinco cervezas de un litro que tiene menos porcentaje de alcohol que las demás bebidas; asimismo, establece que más de 4 vasos en las mujeres y 6 en los hombres, se considera abuso de alcohol. La Escuela de Medicina de Harvard (Nueva Inglaterra, 2013) en una investigación con 990 estudiantes (573 mujeres y 417 hombres) de 18 años, respecto al consumo de alcohol cada dos semanas durante su primer año de universidad, encontraron que las mujeres bebían más veces alcohol a la semana manteniéndose constante durante todo el año, mientras que los varones lo hacían regularmente solo los fines de semana y disminuían a medida que pasaban los meses. Actualmente las mujeres están más expuestas a beber alcohol, debido a su poder adquisitivo porque tienen puestos de mayor rango en el ámbito laboral, son más independientes en todos los sentidos (antes pedían permiso a sus padres o a su esposo), ahora esa condición ha cambiado y es preocupante ver que el rango empieza en 15 años y que el consumo permitido en muchos países es a partir de 18 años.³¹

Por otro lado, el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) en un estudio sobre consumo de bebidas alcohólicas entre los años 2002 y 2012, encontraron un aumento del 44,9% al 48,3% en los últimos 30 días en la tasa de mujeres, ante una disminución del consumo en hombres del 57,4% a 56,1%; en cuanto a los días promedio de beber, las mujeres aumentaron medio día por mes de 6,8 a 7,3 días, mientras que en hombres disminuyó casi lo mismo de 9,9 a 9,5 días; también resaltó que las mujeres tienen más riesgo de padecer enfermedades relacionadas al alcohol y problemas cardiovasculares.³²

El alcohol afecta más a las mujeres que beben la misma cantidad que los hombres, porque tienen mayor proporción de grasa, menos porcentaje de agua en el cuerpo y menor cantidad de enzimas Alcohol Deshidrogenasa (ADH) encargada de procesar al alcohol a niveles en los que pueda ser procesado por el hígado de forma segura, mientras que los varones tienen más músculo y más agua, por ello absorben de forma diferente el alcohol.³³

Autoestima

La definición de autoestima, implica dividir el término en dos palabras: estima, que significa que alguien o algo es importante, especial o valioso y auto que significa tú mismo. Es decir, que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestra manera de ser, de quiénes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Se construye o reconstruye por dentro, pero también depende del ambiente familiar, social y educativo en el que esté inserto y los estímulos que éste le brinde, para que la persona se valore a sí misma, cómo se siente respecto de las cosas que puede hacer y qué tan importante piensa que es. No tiene que ver con jactarse, compararse ni competir con los demás, sino saber qué cosas hace bien y cuáles no tanto, no pensar que somos perfectos nadie lo es, de creer que otras personas hacen todo bien, de hecho hay cosas en las que son buenas y otras que les resultan difíciles; significa verse a sí mismo de un modo positivo que sea realista o verdadero, es un sentido de satisfacción que viene de reconocer y apreciar nuestro propio valor, amándonos a nosotros mismos y creciendo.³⁴

Actualmente, los adolescentes y jóvenes tienen acceso al alcohol desde muy temprana edad y ante ello uno de los retos que enfrentan es la toma de decisión de hacerlo o no, en ello los factores psicológicos como la autoestima desempeñan un papel importante, como un factor de protección en la vida si la autoestima es saludable, contribuyendo a preservar el propio bienestar biológico, psicológico y social, o como un factor de riesgo para iniciar el abuso de bebidas alcohólicas si tienen una autoestima baja, y una necesidad de aprobación que le provocan beber alcohol de manera inapropiada aumentando las probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol. La autoestima alta ayuda a enfrentar y superar las situaciones de frustración adquiriendo una nueva experiencia y conocimiento para poner más empeño, tener más cuidado y ser más previsores en lo sucesivo.³⁵

Por otro lado, la autoestima es importante, porque los sentimientos que tenemos hacia nosotros mismos influyen en cómo vivimos nuestras vidas. Los padres, profesores, otras figuras de autoridad, amigos, en general de personas cuya aceptación valoramos mucho, influyen en las ideas que desarrollamos sobre nosotros mismos, aún desde muy pequeños. Si un niño recibe la mayoría de veces críticas en vez de elogios, es difícil que desarrolle una autoestima sana, porque hasta la adolescencia aún se están formando los valores y creencias, en consecuencia es fácil que construyan su autoimagen alrededor de lo que dice uno de sus padres, un profesor, un entrenador u otras personas.³⁵

Asimismo, existen diversas formas de valorar la autoestima, una forma es:

- Autoestima Alta: cuando la persona reconoce y experimenta su propio valor, en un estado de bienestar psicológico, se siente bien consigo misma. Le permite quererse, valorarse, respetarse, apreciar su propia valía, estar orgullosa de sus capacidades, habilidades y logros, en consecuencia tiene mejores relaciones sociales, son más proclives a pedir ayuda o apoyo a los amigos y familia cuando la necesitan, creen que pueden alcanzar sus objetivos y solucionar problemas, tienden a rendir más en los estudios, se acepta a sí mismo y vive la vida de forma plena.

- Autoestima Baja: cuando la persona tiene un concepto negativo de sí mismo, siente que no le gusta a nadie, que nadie lo aceptará o que no es bueno en nada, muestra una evaluación negativa de sí mismo que lo lleva a no aceptarse, a reprobarse y a un sentimiento de que no tiene valor propio o que no sirve para nada.³⁴

Pérdidas Emocionales

Las pérdidas emocionales, suceden en un constante fluir de cambios (cambio de colegio, divorcio/separación de los padres o cambio en las relaciones incluidas las amistades, perder el trabajo o cambios en la estabilidad financiera, muerte de un ser querido incluido las mascotas, cambio de domicilio, cambios en la salud o afrontar una grave enfermedad personal o de un ser querido) que tenemos en la vida, como experiencias, emociones y necesidades que suponen ganancias y pérdidas que inevitablemente tienen que ser enfrentadas o adaptadas a la nueva situación de la forma más adecuada posible. Las pérdidas son inevitables, es importante asumir o aceptar que existen y aprender a procesar el dolor y el sufrimiento que ello conlleva. Las personas que afrontan con menos eficacia los cambios, suelen querer solucionar el problema de forma inmediata pero, con un alto costo emocional y físico.³

Por otro lado, las pérdidas emocionales también provocan una respuesta normal y saludable denominada duelo, en cuyo proceso la persona experimenta muchas emociones e incluso síntomas físicos, como negación, ira, vergüenza e impotencia, negociación y aceptación, como sentimientos normales; pero no todas las personas las sufren en su totalidad y en el mismo orden, incluso es común volver a pasar por alguna de las etapas más de una vez. La persona probablemente comenzará a sentirse mejor dentro de las 6 a 8 semanas y el proceso completo o de afrontamiento eficaz puede durar entre 6 meses y 1 año, pasado este tiempo sin solucionarlo indica un afrontamiento ineficaz.³⁶

A menudo las personas ocultan su consumo de bebidas alcohólicas o niegan tener un problema porque están tratando de sobrellevar o curar problemas emocionales y pueden necesitar resolver los problemas psicológicos asociados

con el consumo de alcohol recurriendo a la ayuda necesaria para abordar los problemas psicológicos subyacentes a sus problemas con el alcohol como aprender nuevos métodos para sobrellevar situaciones de alto riesgo que ocurren al mismo tiempo y que propician la bebida y desarrollar sistemas de apoyo social dentro de su ambiente familiar.³⁷

Asimismo, la negación de la tristeza y el dolor por las pérdidas emocionales pueden hacer que el duelo evolucione de forma poco favorable e incluso se llegue a enquistar, pues a pesar de que el duelo es un proceso normal y adaptativo, en ocasiones puede agravarse, y en función de su duración e intensidad, puede llevar al consumo de alcohol y otras drogas, como una forma de encontrar un alivio momentáneo a sus sentimientos desagradables y poco a poco van desarrollando la dependencia por la reiteración del consumo abusivo de alcohol como un medio de combatir el malestar emocional.³⁸

Nivel de Estudios

La educación superior se imparte en las universidades y en otros centros e institutos superiores, que ofrecen programas de formación como el de enfermería que tienen una duración de cinco niveles de estudios en diez semestres académicos, a razón de dos ciclos o semestres por nivel, para la obtención del Título profesional. Las universidades peruanas cuentan con un plan de estudios a seguir que se cumple a lo largo de 5 a 6 años aproximadamente. Las asignaturas que conforman el plan de estudios, son de formación básica, de formación específica y de especialidad de pregrado; cada asignatura se evalúa o califica utilizandola escala vigesimal en un valor de 0 a 20 para para su aprobación, y tiene un valor en créditos según las horas de teoría y práctica cuyoacumulado al final de la carrera de pregrado tiene una cifra promedio aproximada de 200 créditos. En la carrera de enfermería, los niveles de estudio son primero, segundo, tercero, cuarto y quinto.³⁹

En el Perú, la encuesta realizada por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) en la ciudad de Lima, muestra que 58% de adolescentes y jóvenes entre 12 a 25 años refieren beber

alcohol más de dos veces a la semana; que solicitan ayuda cuando la frecuencia de consumo de alcohol es muy alto; que varios estudiantes están desocupados por haber desaprobado los cursos en colegios o universidades, pues el consumo de alcohol sin control perjudica el rendimiento académico y profesional de los jóvenes.⁴⁰

Asimismo, Rincón A, Mancilla A, Moreno J, Rincón R, Tijaro H. (Colombia, 2012), al estudiar el consumo de alcohol en estudiantes universitarios para mostrar la problemática que adquieren los estudiantes universitarios por el frecuente consumo de alcohol, refiere que los que ingresan por primera vez a la universidad es decir los del primer año, son los más susceptibles a consumir alcohol, porque su egocentrismo adolescente aún los hace pensar que al consumir alcohol van a ser admirados y respetados por sus compañeros. Además, las relaciones sociales en la etapa universitaria están ligadas a consumir alcohol como elemento primordial en toda reunión, porque los jóvenes estudiantes piensan que pasar un rato agradable con los compañeros es igual a beber y es que el alcohol en un consumo moderado tiene propiedades estimulantes, se sienten desinhibidos con sensación de bienestar personal, aumenta su seguridad personal, etc. cuando en realidad ocurre todo lo contrario. Sus resultados muestran que el consumo de alcohol, es mayor y más frecuente en los estudiantes del primer semestre que se encuentran entre 17 a 24 años. Concluyendo que el consumo de alcohol es cada vez más frecuente en las jornadas universitarias porque ocupa un lugar significativo en la rutina de los estudiantes, principalmente en su vida social.¹³

Funcionalidad Familiar

La familia, independientemente de su estructura es el primer y más importante núcleo de toda sociedad y es considerada como el referente social para cada uno de sus miembros; por ello, el estudio de la funcionalidad familiar es fundamental para calificar las condiciones del sistema familiar y de cada uno de sus miembros, es necesario analizar su estructura, los procesos y dinámicas

relacionales internos y externos, el conjunto de valores y creencias respecto de lo que debe ser la familia. ⁴¹

Por ello, la estabilidad del núcleo familiar con la presencia del padre y la madre, es esencial en el desarrollo pleno y armonioso de la personalidad, pues allí se reciben las premisas de educación, se adquieren los primeros valores sociales, reglas de comportamiento y de comunicación, respeto por sí mismos y por cuanto les rodea, aprenden cómo convivir con los demás al relacionarse con amigos, vecinos y otras personas de la misma manera en que se relaciona su familia. La familia tiene: Roleso patrones de conducta, por medio de los cuales asigna las funciones necesarias a sus miembros; tiene Límites, para organizar su estructura y demarcar la posición entre sus miembros; tiene jerarquías, que define la función del poder y la diferenciación de roles de padres e hijos y las fronteras entre generaciones; tiene Alianzas, referido a uniones relacionales positivas entre ciertos miembros del sistema familiar o al interés compartido por dos miembros de la familia; Tiene Coaliciones, referido a la unión de dos o más miembros en contra de un tercero, en acuerdos mutuos se benefician frente a un tercero. ⁴¹

Asimismo, el funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia, porque la familia tiene un papel rector en el proceso de socialización de los individuos, constituye el mejor espacio de vínculo e intermediación entre el individuo y el sistema social y como espacio privilegiado para la acción de políticas sociales y económicas. Es fuente de bienestar cuando se trata de familias potenciadoras del desarrollo psicoemocional, y es lo contrario si se trata de familias disfuncionales, donde las tensiones emocionales, la falta de afecto, la escasa o nula comunicación, la escases de límites y reglas y la inadecuada distribución de roles, entre otros, pueden generar problemas a los miembros de las familias, no solo en el plano psicológico, sino también en el social e incluso en el biológico. ⁴²

Por lo general al evaluar a la familia, se la puede clasificar de dos formas:

_ Familia Funcional: que cumple tres funciones esenciales: a) La satisfacción de necesidades materiales, b) El tránsito por el ciclo vital, y c) Enfrentar y resolver las crisis unidas. Muestra un ambiente familiar organizado y cuidado independientemente de las condiciones materiales de vida; jerarquías claras entre padres e hijos y entre generaciones; estilos democrático y participativo; roles genéricos claros aunque flexibles, roles psicoemocionales potenciadores de la autoestima, roles funcionales equitativos; límites entre subsistemas claros, permeables y flexibles; ética relacional justa; capacidad de expresar afectos positivos, permiso para expresar la hostilidad sin violencia ni destrucción; capacidad empática de los miembros; respeto y comprensión por los problemas de los otros miembros; sentimiento de pertenencia, identidad familiar; rutinas cotidianas claras y establecidas; comunicación clara con direccionalidad adecuada, directa y con apertura; capacidad de solucionar conflictos de manera efectiva asumiendo un papel para enfrentarlas e identifican los problemas respetando la autonomía, las formas de expresar sus afectos, el espacio y los roles están bien definidos, en cómo se permite el crecimiento individual y como se produce la interacción entre ellos; capacidad de aprender de las crisis y de utilizar las redes de apoyo formal e informal.

_Familias Disfuncional: no expresan los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles. Muestra el siguiente comportamiento: fracaso en los papeles parentales y confusión de roles; patrimonio simbólico amplio y diverso; límites confusos; privación del cariño parental; ausencia de reglas explícitas y gran cantidad de reglas implícitas y/o secretas; amenazas continuas de separación; presencia en su interior de un “chivo expiatorio”; fuerte resistencia al cambio; conflictos continuos y crisis cíclicas y repetitivas; mal funcionamiento social; precisan de ayuda especializada para resolver sus conflictos.⁴²

Para medir la percepción del funcionamiento familiar, existen diversas pruebas, una de ellas es el modelo de evaluación familiar denominado Test de percepción del funcionamiento familiar, sucintamente denominado FF-SIL, cuya autora es la Dra. Isabel Louro (2004), el cual mide la disfunción familiar y permite clasificar, por medio de las alternativas de respuestas los informantes evidencian cómo y a qué niveles funciona su familia. Se valora como: Familia funcional cuando obtiene de 70 a 57 puntos, familia moderadamente funcional cuando obtiene de 56 a 43 puntos, familia disfuncional cuando obtiene de 42 a 28 puntos y familia severamente disfuncional cuando obtiene de 27 a 14 puntos.⁴²

La vida en familia debería proporcionar el mejor medio para la crianza de los hijos, por ser la influencia más temprana y duradera y es el primer marco de referencia donde se inicia el proceso de socialización y por lo tanto la personalidad del individuo así como determina las respuestas de los integrantes dentro de la familia. El papel que juega la familia respecto al tema del consumo abusivo de alcohol en la adolescencia es crucial dado que es el primer grupo donde se desarrollan sus miembros, juega un papel fundamental en la orientación y formación de valores en el ser humano, así como también en la prevención del uso de sustancias perjudiciales, si ese rol fundamental se distorsiona debilita la autovaloración de la persona y la toma de decisiones saludables.⁴³

Por otro lado, la familia es la que enseña los controles sociales mediante la autoridad paterna, las reglas y normas, disciplina y amor, otorgando premios y castigos aplicables a las conductas según se ajusten o no a los criterios establecidos por la familia y la sociedad. Es un hecho constatado que el consumo de alcohol por parte de los padres, propicia también el consumo de las mismas o de otras sustancias en los hijos que complementado con la existencia de problemas de relación causan un clima familiar negativo que afecta el comportamiento individual de los hijos desencadenando el aumento de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas.¹

B. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

El vocablo alcohol, procede del árabe *alkuhi* (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables.

Definición de Frecuencia de Consumo de Alcohol

Una de las definiciones más aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el término Síndrome de Dependencia del Alcohol (SDA), descrito como un trastorno crónico de conducta, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a la ingestión excesiva de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor. La frecuencia del consumo de alcoholde al menos una vez por semana, se califica como algo normal o sin problema.⁴⁴

Causas del Consumo de Alcohol

Los problemas de consumo de alcohol tienen múltiples causas que no afectan a todas las personas por igual, pero que desempeñan un papel importante. Estos son:

- Causas Genéticas: que se heredan de los padres al momento de la concepción, dando la probabilidad de que algunas personas sean especialmente vulnerables a la dependencia del alcohol debido a los antecedentes familiares de problemas con el consumo de alcohol.
- Causas Fisiológicas: ciertos cambios o problemas fisiológicos, pueden perpetuarse por el consumo de bebidas alcohólicas en exceso, que hacen que beber más sea la única forma de evitar el malestar.
- Causas Psicológicas: ciertos rasgos psicológicos que pueden tener las personas como la impulsividad, la baja autoestima, la necesidad de aprobación y el tratar de

sobrellevar o “curar” problemas emocionales, provocan que consuma alcohol de manera inapropiada, como una forma de potenciar la actividad psicofísica (alegría, euforia, desinhibición, superar la timidez, vergüenza y retraimiento, mejoría del estado de ánimo, olvidar problemas emocionales, económicos), como diversión e integración dentro del grupo de amigos donde la mayoría consume alcohol.

- Causas Sociales y del Entorno: consume alcohol como una forma de búsqueda de afiliación que se impone desde el propio grupo de amigos en el que se participa, por la presión social de los compañeros, imitación de conductas y expresividad de la edad adulta y la fácil disponibilidad del alcohol, juegan un rol clave en el aumento de las probabilidades de desarrollar dependencia al consumo de alcohol. ³⁷

Grados de Riesgo de Consumo de Alcohol

Se debe diferenciar entre uso, abuso y dependencia.

- El Uso, está referido a la ingesta de alcohol de bajo riesgo respetando las orientaciones médicas y legales, sin meterse en problemas.
- El Abuso, es la ingesta de alcohol con un nivel de riesgo, tanto para el que lo usa como para los que lo rodean, traducido en un daño físico o mental y consecuencias a nivel social dirigido a otras personas con lesiones, peleas, grescas.
- La Dependencia Alcohólica, es el estado de ingesta de alcohol que produce un deseo incontrolable de consumirlo a pesar de que la persona es consciente de sus consecuencias negativas, el acto de beber se convierte en una prioridad sobre otras actividades y obligaciones. Esto produce en su cuerpo una mayor tolerancia al alcohol que acarrea como consecuencia que el bebedor consuma cada vez mayor cantidad y bebidas más fuertes. ⁷

Clasificación de la Frecuencia de Consumo de Alcohol

La frecuencia del consumo de alcohol, se clasifica como:

- Consumo Leve: cuando el consumo es de dos bebidas por día de un tipo de bebida (una bebida significa 1,5 onzas de bebidas fuertes, 5 onzas de vino o 12

onzas de cerveza, que en todos los casos contienen 0,5 onzas de alcohol), pero se considera relativamente inofensivo.

- Consumo Moderado: cuando el consumo de alcohol va desde el abuso de alcohol hasta la dependencia del alcohol.

- Dependencia del Alcohol/Abuso de Alcohol/Alcoholismo: es un patrón de consumo de bebidas alcohólicas caracterizado por la tolerancia (necesidad de tomar más para lograr la misma euforia), cuyas consecuencias son muy adversas y recurrentes. Las personas pierden el control de su consumo, no pueden dejar de tomar una vez que comienzan provocando daños a las personas, sus familias y la comunidad.³

Consecuencias del Consumo Excesivo de Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas, aún en pequeñas cantidades trae consecuencias y efectos muy adversos a corto, mediano y largo plazo. Así, el consumo moderado de alcohol tiene propiedades estimulantes, por ello el joven estudiante cree que al consumirlo sentirá un aumento de la seguridad personal porque le da una sensación de bienestar personal y de libertad, se siente desinhibido, siente que le ayuda a olvidar las penas, pero es todo lo contrario, porque sus efectos solo son inmediatos y momentáneos sea cual fuere la frecuencia o cantidad siempre lo conduzca a la realización de conductas de riesgo porque produce alteración de la atención, de los sentimientos, la memoria y el control social, haciendo que el afectado cause problemas físicos a los demás, problemas familiares, sociales y laborales, como accidentes de tráfico, suicidios, malos tratos, ausentismo laboral, que suelen concluir con la muerte.¹³

Valoración o Medición del Consumo de Alcohol

Existen diversos test de detección o cuestionarios diagnósticos eficaces para evaluar los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Aun siendo herramientas muy útiles para la detección de consumos de riesgo y del alcoholismo, cuando tengan finalidad diagnóstica deben emplearse siempre en el transcurso de una entrevista estructurada y nunca pueden sustituir a la anamnesis y exploración clínica.⁴⁵

Así, el Test o Cuestionario de Identificación de Consumo de Alcohol (AUDIT) desarrollado por la Organización Mundial para la Salud es un método simple de identificación del consumo de alcohol. Contiene 10 preguntas referidos al consumo de alcohol en los últimos 12 meses o último año. Los reactivos del uno al tres determinan la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol; los reactivos del cuatro al seis, exploran la posibilidad de que exista dependencia al alcohol y los reactivos del siete al 10 exploran el consumo dañino de alcohol; es decir, que discriminan un consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. La escala de puntuación tiene un rango que va de 0 a 40 puntos, a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol. Puntuaciones superiores a 8 es indicativo de bebedor de riesgo y superiores a 13 indican probable dependencia. Es un buen instrumento y el más utilizado para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol y es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario. El AUDIT, es un instrumento que tiene una validez transcultural que ha sido probada en la población mexicana con una sensibilidad de 90% y especificidad de 94% y confiabilidad aceptable obteniendo un Alpha de Cronbach de $\alpha=0,87$ en este estudio.⁹

En este sentido la OMS ha revisado la clasificación diagnóstica, introduciendo los conceptos de trastornos por consumo de alcohol, dentro de los cuales se encuentran:

- Consumo Sensato: es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Se califica así cuando obtienen un valor de uno a tres puntos.
- Consumo Perjudicial: se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. Se califica así cuando obtienen un valor de cuatro a siete puntos.
- Consumo Dañino: es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad

para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe. Se califica así cuando obtiene un valor de ocho a 40 puntos.⁹

C. TEORIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Diferentes teorías han sido postuladas en busca de una posible explicación al consumo excesivo de alcohol: teorías biológicas, sociales, psicológicas y biopsicosociales. La problemática de la adicción al alcohol se explica en un sistema interrelacionado de tres factores: droga – individuo - sociedad. Algunas teorías encontradas son:

- **Teoría de Deficiencia Nutricional:** Teoría biológica que trata de explicar el alcoholismo. Afirma que algunos individuos tienen una marcada deficiencia de nutrientes básicos y vitaminas, cuya carencia o deficiencia hace que aumente su deseo de consumo de alcohol. Asimismo, se ha encontrado la posibilidad de que determinados factores genéticos influyan en el consumo excesivo de alcohol. En general, se admite que existe cierto grado de vulnerabilidad genética a padecer una dependencia al alcohol, pero siempre y cuando se den las condiciones de exposición precisas junto a otros factores de aprendizaje y socialización.

- **Teorías Sociales de la Adicción al Alcohol:** toda cultura donde se consume colectivamente una droga, tiende a ensalzar los valores positivos de la droga y a menospreciar sus riesgos, dada la mentalidad de usuario, fruto de los intereses que giran en torno a la producción, venta y distribución de la misma. Siguiendo las explicaciones basadas en los factores sociales se puede afirmar que el alcoholismo estaría relacionado con la insatisfacción causada por la carencia de otras formas de obtener gratificación y también influye el contexto dentro del cual se utiliza el alcohol, siendo la forma típica de consumo de alcohol entre los jóvenes estar en compañía de los amigos, en lugares públicos y durante el fin de semana.

- **Teorías Psicológicas del Consumo Excesivo de Alcohol:** algunos estudios han sugerido que determinados factores de la personalidad están asociados a un mayor riesgo de padecer problemas de adicción al alcohol, asimismo, determinados conflictos inconscientes originados en la infancia originarían un papel importante en la etiología del alcoholismo. Pero, también desde el punto de vista de las teorías del aprendizaje se afirma que un único factor no es suficiente para provocar un consumo excesivo de alcohol. Los efectos reforzantes que las personas obtienen por beber alcohol no son exclusivamente farmacológicos, sino también sociales.
- **Teoría Biopsicosocial del Alcoholismo:** este modelo sugiere que la etiología de la adicción al alcohol se debe a la interacción de diversos factores como los genéticos, sociales y psicológicos. Afirma que los posibles factores precipitantes del consumo excesivo de alcohol han de considerarse de forma independiente de los que posteriormente determinan el mantenimiento y desarrollo del problema del alcoholismo.⁴⁶

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES: Definido mediante tres dimensiones, como el conjunto de características y comportamientos del organismo, determinado por aspectos biológicos (edad, sexo), psicológicos (autoestima, pérdidas emocionales) y sociales (año de estudios, funcionalidad familiar), que se expresan en las relaciones que establecen con las personas, cuyo papel es significativo en el contexto de la salud o enfermedad/discapacidad. Fue medido según los siguientes indicadores:

Factores Biológicos

- a) Edad: referido a los años de vida cronológicos cumplidos que dice tener el sujeto de estudio al momento de la entrevista. Fue valorado a través de tres intervalos de edad, como:
 - De 16 a 20 años de edad
 - De 21 a 25 años de edad
 - De 26 años a más

- b) Sexo: refiere a la condición de género que refiere tener el sujeto de estudio. Fue valorado como:
 - Masculino : cuando presenta características relativas a la condición de éste género.
 - Femenino : cuando presenta características relativas a la condición de éste género.

Factores Psicológicos

- a) Autoestima: definido como el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad del sujeto de estudio, que lo induciría o no a consumir alcohol. Fue medido mediante la Escala de Autoestima de Rosemberg, como:
 - Autoestima Baja : cuando obtuvo de 30 a 40 puntos

- Autoestima Alta : cuando obtuvo de 10 a 29 puntos
- b) Pérdidas Emocionales: definido como las vivencias tristes (ruptura con enamorado/a, pérdida de mejor amigo, divorcio/separación de padres, muerte de un ser querido, cambio de domicilio, afrontar una grave enfermedad personal o de un ser querido) ocasionadas por la falta de algo o de alguien, causando sufrimiento emocional al sujeto de estudio. Fue medido mediante la Escala de valoración de Pérdidas emocionales, como:
- Afrontamiento Ineficaz : cuando obtuvo menos de 30 puntos
 - Afrontamiento Eficaz : cuando obtuvo de 30 a 40 puntos

Factores Sociales

- a) Nivel de Estudios: referido al ciclo de estudios en que está matriculado el estudiante sujeto de estudio al momento de la entrevista. Fue valorado como:
- Primer Nivel : refirió estar iniciando sus estudios, en el I ciclo
 - Segundo Nivel : cuando refirió estar estudiando en el III ciclo
 - Tercer Nivel : cuando refirió estar estudiando en el V ciclo
 - Cuarto Nivel : cuando refirió estar estudiando en el VII ciclo
 - Quinto Nivel : cuando refirió estar estudiando en el IX ciclo
- b) Funcionalidad Familiar: definido como las condiciones que presenta el sistema familiar y cada uno de sus miembros, en base a la estructura, procesos y dinámicas relacionales internos y externos, valores y creencias que presenta la familia del sujeto en estudio. Fue medido mediante el test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), como:
- Familia Funcional : cuando obtuvo de 70 a 57 puntos
 - Familia Moderadamente Funcional: cuando obtuvo de 56 a 43 puntos
 - Familia Disfuncional : cuando obtuvo de 42 a 28 puntos
 - Familia Severamente Disfuncional: cuando obtuvo de 27 a 14 puntos.

2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL: Definida como la identificación de las veces que refirió consumir o no alcohol el sujeto de estudio. Esto fue medido mediante el Cuestionario de Identificación de consumo de alcohol (AUDIT), como:

- a) Consumo Sensato : cuando obtuvo un valor de 1 a 3 puntos

- b) Consumo Perjudicial : cuando obtuvoun valor de 4 a 7 puntos

- c) Consumo Dañino : cuando obtuvoun valor de 8 a 40 puntos

3. HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación estadística significativa, entre factores biopsiosociales y frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes del primer al quinto nivel de enfermería, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.

3.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

1. Existe asociación estadística entre edad y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel de enfermería, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.
2. Existe asociación estadística entre sexo y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel de enfermería, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.
3. Existe asociación estadística entre autoestima y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel de enfermería, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.
4. Existe asociación estadística entre pérdidas emocionales y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel de enfermería, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.
5. Existe asociación estadística entre nivel de estudios y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel de enfermería, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.
6. Existe asociación estadística entre funcionamiento familiar y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes del primer al quinto nivel de enfermería, en el I semestre, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016.

CAPITULO III

1. METODOLOGÍA

1.1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Método

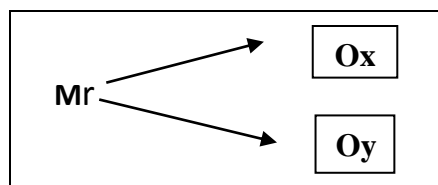
Se empleo el método cuantitativo para realizar la medición de las variables implicadas y comprobar las hipótesis planteadas.

Diseño

El diseño fue el no experimental, descriptivo, correlacional, transversal.

No Experimental, porque las variables fueron estudiadas tal y como se encuentran en su contexto natural, sin incorporar deliberadamente elementos que varien el comportamiento de las variables. Descriptivo, porque se describio las características inherentes a las variables. Correlacional, porque se establecio la asociación entre ambas variables. Transversal, porque la información de las varibles se tomo en un momento determinado de tiempo.

Diagrama del diseño:



Especificaciones:

M : Muestra.

O : Observaciones.

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Relación entre las variables de estudio.

1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población estuvo constituida por todos los estudiantes activos matriculados en la Facultad de Enfermería, en el primer semestre académico del año 2016, de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana en la ciudad de Iquitos, que según el reporte estadístico del primer semestre del año 2016 de la Escuela Profesional de Enfermería, la población total fue de 276 estudiantes del primer al quinto año de estudios.

Muestra

La muestra fue seleccionada de la población, según el siguiente procedimiento:

- a) **Tamaño Muestral:** el tamaño de la muestra o el número de estudiantes se calculó utilizando la fórmula estadística para una proporción en una población finita o conocida, quedando conformada por 161 estudiantes.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde :

n_o: Cantidad teórica de elementos de la muestra

n_f: Cantidad real de elementos de la muestra a partir de la población asumida.

N: Número total de elementos que conforman la población

Z: Valor estandarizado del índice de confiabilidad de la muestra calculada en 95%.

El valor estandarizado a asumirse es igual a 1,96 (para dos colas).

E: Error asumido en el cálculo debido a la selección de la muestra del 0,05%

p: Probabilidad de la población que presente las características del estudio 0,50.

q: Probabilidad de la población que no presente las características del estudio.

n: Muestra; p=0,50; q=0,50; E=0,05%.

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	N	276
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.50
Complemento de p	q	0.50
Precisión	E	0.05
Tamaño de la muestra	n	160,85

- b) Tipo de Muestreo: Se empleó el tipo de muestreo aleatorio simple estratificado, aplicando la afijación proporcional para determinar el tamaño de cada estrato muestral, donde todos los estudiantes universitarios tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados para participar. Aplicando la fórmula de Afijación proporcional, tenemos:

$$n_h = n \times \frac{N_h}{N} = n W_i$$

Los 161 estudiantes estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

AÑO DE ESTUDIOS		N_h	$W_i = N_h / N$	$N_h = n W_i$
c) Se lec ción de la Mu	1 ^{er} . Nivel I ciclo	72	0.26	42
	2 ^{do} . Nivel III ciclo	40	0.14	23
	3 ^{er} . Nivel V ciclo	45	0.16	26
	4 ^{to} . Nivel VII ciclo	78	0.28	46
	5 ^{to} . Nivel IX ciclo	41	0.15	24
TOTAL		276	1,00	161

La muestra se seleccionó mediante el método de lotería o rifa, según los criterios de inclusión, utilizando el registro de matrícula de los estudiantes por nivel y ciclo de estudios que se ubica en la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, cada uno de ellos conformó un estrato, del cual se fue seleccionando aleatoriamente a los estudiantes hasta completar el número total de la muestra.

d) Criterios de Inclusión

- Estudiantes activos de la Facultad de Enfermería
- Estudiantes matriculados en el primer semestre del año 2016
- De 16 años a más de edad
- De ambos sexos
- Participación voluntaria con la firma del consentimiento informado (si tiene 18 a más años) o asentimiento informado (si tiene menos de 18 años).

1.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se empleó la técnica de la encuesta auto administrada, brindando mayor libertad y confianza al estudiante para que responda a las preguntas y/o ítems previamente elaborados y en una secuencia lógica, de forma veraz, guiándolos paso a paso por parte del/las investigador/as, aclarando dudas y brindando la información pertinente. Los instrumentos utilizados para recolectar datos fueron:

- a) Escala de Factores Biopsicosociales: conformado por instrumentos estandarizados con validez y confiabilidad aceptable, probada en diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional, como la Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) con catorce ítems y cinco alternativas de respuesta para medir la funcionalidad familiar como familia funcional (70 a 57 puntos), familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos), familia disfuncional (42 a 28 puntos), familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos), cuya validez test retest es de 81% y confiabilidad de 86%; el test de Autoestima de Rosemberg con diez ítems y cuatro alternativas de respuesta para valorar la autoestima como autoestima alta (30-40 puntos) y autoestima baja (10-29 puntos), con una validez de 97,14% y confiabilidad de 82%; así como un instrumento elaborado por la/os investigadores la Escala de Valoración de Pérdidas emocionales, porque no tuvimos acceso a ningún instrumento al respecto para su medición, que consta de diez ítems y cuatro alternativas de respuesta que se calificó como Afrontamiento eficaz si obtuvo de 30 a 40 puntos y Afrontamiento ineficaz si obtiene menos de 30 puntos, que fue sometido a validación obteniendo una validez de 97,66% y una

confiabilidad de 70%, es decir que es aceptable. En síntesis, esta escala comprende tres dimensiones, la primera sobre factores biológicos (edad, sexo); la segunda sobre factores psicológicos (autoestima y pérdidas emocionales); la tercera sobre factores sociales (nivel de estudio y funcionalidad familiar). Duración: 15 minutos.

- b) Cuestionario de Identificación de Consumo de Alcohol (AUDIT): es un instrumento estandarizado desarrollado por la OMS para el diagnóstico del consumo de alcohol y sus consecuencias con una validez de 94% y confiabilidad test retest de 86%, constituida por 10 reactivos con cinco alternativas de respuesta en las preguntas del 1 al 8 y tres alternativas en las preguntas 9 y 10. Se calificó como: consumo Sensato, cuando obtiene un valor de 1 a 3 puntos, Consumo Perjudicial, cuando obtienen un valor de 4 a 7 puntos y Consumo Dañino, cuando obtiene un valor de 8 a 40 puntos. No necesita validación. Duración: 5 minutos.

Validez y Confiabilidad

El análisis de validez se realizó mediante el procedimiento del juicio de expertos Método Delphi, con profesionales que trabajan en el área de estudio, que verificaron los constructos de operacionalización de cada variable en estudio, los términos y enunciados que fueron utilizados son los correctos para la Escala de valoración de Pérdidas emocionales. Igualmente la prueba de confiabilidad solo se realizó para el instrumento indicado mediante una prueba piloto, que fueron procesados aplicando el Coeficiente de Cronbach en un 10% de la muestra es decir con 25 estudiantes, los mismos que no formaron parte de la muestra de estudio; luego fueron analizadas las respuestas de los ítems que pudieron inducir a error o confusión en los sujetos de estudio. Los demás instrumentos no fueron validados porque están estandarizados.

1.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- a) Se solicitó la autorización respectiva para la recolección de datos a través de la Decanatura de la facultad de enfermería de la UNAP a la Dirección de la Escuela de Formación Profesional.
- b) Nos presentamos ante la Dirección de Escuela, para coordinar las actividades pertinentes y la recepción documentaria (registros de estudiantes, autorización).
- c) Inicio de la recolección de datos en las aulas de la Facultad de Enfermería, presentándonos ante el docente con la autorización escrita respectiva para aplicar los instrumentos y ante los estudiantes para dar a conocer los objetivos de la investigación.
- d) Se solicito a los estudiantes seleccionados previamente mediante el método de la rifa o lotería, la firma voluntaria del asentimiento y/o consentimiento informado según corresponda para participar en el estudio.
- e) Se aplicaron los instrumentos vistiendo el uniforme de salud pública, en el turno de la mañana (7 am a 1 pm) y de la tarde (de 3 a 7 pm), verificando que cada instrumento aplicado tenga todas las preguntas contestadas.
- f) La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio total de 20 minutos, leyendo y aclarando los ítems y dejando unos segundos para que marquen sus respuestas.
- g) Se solicito que respondan de forma honesta y veraz, aclarando dudas y dándoles la seguridad de que los datos tendrán carácter confidencial y que serán utilizados solamente con fines de la investigación.
- h) La recolección de datos se realizaron en un periodo de una semana, tanto en las aulas universitarias como en los establecimientos de salud para el grupo de quinto nivel que se encontraban realizando el internado pre profesional.

1.5. ANÁLISIS DE DATOS

En el presente trabajo de investigación se usó la estadística descriptiva para el análisis univariado mediante frecuencias, porcentajes, media y desviación típica, y para el análisis bivariado se utilizó la estadística inferencial mediante la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrado de Pearson (X^2) que es la prueba indicada cuando las variables son categóricas, nominales y ordinales, siendo además aleatorias. El programa estadístico que se empleó fue el SPSS, versión 22 para Windows XP y el nivel de confianza para la prueba de hipótesis fue del 95% con un nivel de significancia $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$) para aceptar las hipótesis planteadas.

1.6. LIMITACIONES.

No se ha tenido o encontrado ninguna limitación durante el desarrollo de la investigación

1.7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos básicos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Aprobación de los aspectos éticos de la investigación, por parte del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la UNAP.
2. Firma del consentimiento informado por parte de los padres y firma del asentimiento informado por parte de los estudiantes.
3. El instrumento fue anónimo, para no dañar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.
4. En todo momento se mostró respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularización a ningún sujeto de estudio.
5. Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por los investigadores para lograr los fines de la investigación y después fueron destruidos.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

1.1. ANÁLISIS UNIVARIADO:

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

TABLA 1

EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

EDAD	Nº	%
De 16 a 20 años	85	52,8
De 21 a 25 años	72	44,7
De 26 años a más	4	2,5
TOTAL	161	100,0

Fuente: Escala de factores biopsicosociales; $\bar{x} \pm s = 19,10 \pm 2,62$ años

La tabla 1, respecto a la distribución de la edad de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, muestra que: de 161 (100%) de estudiantes, 52,8% tenían de 16 a 20 años de edad, 44,7% tuvieron entre 21 a 25 años y 2,5% de 26 a más años de edad; siendo el promedio de la edad de los estudiantes de 19,10 años con una desviación típica de $\pm 2,62$ años, concluyendo que el mayor porcentaje de estudiantes se encontraban entre 16 a 20 años.

TABLA 2

SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016.
PRIMER SEMESTRE

SEXO	N°	%
Masculino	23	14,3
Femenino	138	85,7
TOTAL	161	100,0

Fuente: Escala de factores biopsicosociales

La tabla 2, respecto a la distribución del sexo de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, muestra que: de 161 (100%) de estudiantes, 85,7% fueron del sexo femenino y 14,3% fueron de sexo masculino; concluyendo que el mayor porcentaje de estudiantes fueron del sexo femenino.

TABLA 3

AUTOESTIMA DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA,
IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

AUTOESTIMA	N°	%
Autoestima Alta	78	48,4
Autoestima Baja	83	51,6
TOTAL	161	100,0

Fuente: Escala de factores biopsicosociales; $\bar{x} \pm s = 27,94 \pm 5,61$ puntos

La tabla 3, respecto a la distribución de la autoestima de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, muestra que: de 161 (100%) de estudiantes, 51,6% presentaron autoestima baja y 48,4% tuvieron autoestima alta; concluyendo que la mayor proporción de estudiantes tuvieron autoestima baja.

TABLA 4

PERDIDAS EMOCIONALES DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

PERDIDAS EMOCIONALES	Nº	%
Afrontamiento Eficaz	77	47,8
Afrontamiento Ineficaz	84	52,2
TOTAL	161	100,0

Fuente: Escala de factores biopsicosociales; $\bar{x} \pm s = 28,01 \pm 6,37$ puntos

La tabla 4, respecto a la distribución de las pérdidas emocionales vivenciadas por los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, muestra que: de 161 (100%) de estudiantes, 52,2% presentaron afrontamiento ineficaz ante las pérdidas emocionales y 47,8% presentaron afrontamiento eficaz ante las pérdidas emocionales; concluyendo que la mayor proporción de estudiantes tuvo un afrontamiento ineficaz ante las pérdidas emocionales.

TABLA 5

NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

NIVEL DE ESTUDIOS	N°	%
Primer Nivel	42	26,1
Segundo Nivel	23	14,3
Tercer Nivel	26	16,1
Cuarto Nivel	46	28,6
Quinto Nivel	24	14,9
TOTAL	161	100,0

Fuente: Escala de factores biopsicosociales

La tabla 5, respecto a la distribución del nivel de estudios de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, muestra que: de 161 (100%) de estudiantes, 28,6% fueron del cuarto nivel de estudios, 26,1% del primer nivel, 16,1% del tercer nivel, 14,3% del segundo y 14,9% del quinto nivel; concluyendo que la mayor proporción de estudiantes estuvieron ubicados en el cuarto y primer nivel respectivamente.

TABLA 6

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N°	%
Familia Funcional	46	28,6
Familia Moderadamente Funcional	88	54,7
Familia Disfuncional	23	14,3
Familia Severamente Disfuncional	4	2,5
TOTAL	161	100,0

Fuente: Escala de factores biopsicosociales; $\bar{x} \pm s = 51,23 \pm 9,22$ puntos

La tabla 6, respecto a la distribución de la disfuncionalidad familiar de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, muestra que: de 161 (100%) de estudiantes, 54,7% tuvieron familia moderadamente funcional, 28,8% tuvieron familia funcional, 14,4% familia disfuncional y 2,5% familia severamente disfuncional; concluyendo que la mayor proporción de estudiantes tuvieron familia moderadamente funcional.

VARIABLE DEPENDIENTE:FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

TABLA 7

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOLEN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS2016. PRIMER SEMESTRE

CONSUMO DE ALCOHOL	Nº	%
Consumo Sensato	83	51,6
Consumo Perjudicial	49	30,4
Consumo Dañino	29	18,0
TOTAL	161	100,0

Fuente: Escala de Identificación de Consumo de Alcohol; $\bar{x} \pm s = 4,64 \pm 4,47$ puntos

La tabla 7, respecto a la distribución del consumo de alcohol en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, muestra que: de 161 (100%) de estudiantes, 51,6% registraron un consumo sensato de alcohol, 30,4% tuvieron un consumo perjudicial de alcohol y 18,0% un consumo dañino de alcohol; concluyendo que la mayor proporción de estudiantes se ubicaron en un consumo sensato de alcohol.

1.2. ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 8

ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL
EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016.
PRIMER SEMESTRE

EDAD	CONSUMO DE ALCOHOL						TOTAL	
	Sensato		Perjudicial		Dañino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
De 16 a 20 años	40	24,9	25	15,5	20	12,4	85	52,8
De 21 a 25 años	43	26,7	22	13,7	7	4,3	72	44,7
De 26 años a más	0	0,0	2	1,2	2	1,2	4	2,5
TOTAL	83	51,6	49	30,4	29	18,0	161	100,0

Fuente: Elaborado por los investigadores $X^2 = 10,316$; $p = 0,035$

En la tabla 8, al asociar edad y frecuencia de consumo de alcohol, en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, se observa que: del 51,6% con consumo de alcohol sensato, 26,7% tenían de 21 a 25 años, 24,9% de 16 a 20 años y 0% de 26 años a más; del 30,4% que tuvo consumo de alcohol perjudicial, 15,5% tenía de 16 a 20 años, 13,7% entre 21 a 25 años y 1,2% de 26 años a más; del 18,0% que tuvieron consumo de alcohol dañino, 12,4% fueron también de menor edad entre 16 a 20 años, 4,3% de 21 a 25 años y 1,2% de 26 años a más; concluimos que en los estudiantes de enfermería, el mayor consumo de alcohol es el sensato y corresponde a las edades entre 16 a 25 años.

Para determinar si existe asociación entre edad y frecuencia de consumo de alcohol, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson (X^2), con 95% de nivel de confianza y 0,05 de nivel de significación, obteniendo un $X^2 = 10,316$ y $p = 0,035$ ($p < 0,05$) que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la primera hipótesis específica planteada.

TABLA 9

ASOCIACIÓN ENTRE SEXO Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

SEXO	CONSUMO DE ALCOHOL						TOTAL	
	Sensato		Perjudicial		Dañino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	5	3,2	13	8,0	5	3,1	23	14,3
Femenino	78	48,4	36	22,4	24	14,9	138	85,7
TOTAL	83	51,6	49	30,4	29	18,0	161	100,0

Fuente: Elaborado por los investigadores $X^2 = 10,833$; $p = 0,004$

En la tabla 9, al asociar sexo y frecuencia de consumo de alcohol, en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, se observa que: del 51,6% que tuvieron consumo de alcohol sensato, 48,4% fueron de sexo femenino y 3,2% de sexo masculino; del 30,4% que tuvieron consumo de alcohol perjudicial, 22,4% fueron de sexo femenino y 8,0% masculino; y del 18% que tuvieron consumo de alcohol dañino, 14,9% fueron también de sexo femenino, con un 3,1% de masculino; concluimos que en los estudiantes de enfermería, el mayor consumo de alcohol sea en el nivel sensato, perjudicial y dañino, ocurre en el sexo femenino.

Para determinar si existe asociación entre sexo y frecuencia de consumo de alcohol, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson (X^2), con 95% de nivel de confianza y 0,05 de nivel de significación, obteniendo un $X^2 = 10,833$ y $p=0,004$ ($p < 0,05$) que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la segunda hipótesis específica planteada.

TABLA 10

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

AUTOESTIMA	CONSUMO DE ALCOHOL						TOTAL	
	Sensato		Perjudicial		Dañino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Autoestima Alta	50	31,1	24	14,9	4	2,5	78	48,4
Autoestima Baja	33	20,5	25	15,5	25	15,5	83	51,6
TOTAL	83	51,6	49	30,4	29	18,0	161	100,0

Fuente: Elaborado por los investigadores $X^2 = 18,572$; $p = 0,000$

En la tabla 10, al asociar autoestima y frecuencia de consumo de alcohol, en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, se observa que: del 51,6% que tuvo consumo de alcohol sensato, 31,1% tenían autoestima alta y 20,5% autoestima baja; del 30,4% que tuvieron consumo de alcohol perjudicial, 15,5% tenían autoestima baja y 14,9% autoestima alta; y del 18% con consumo de alcohol dañino, 15,5% tenían autoestima baja y 2,5% autoestima alta; concluyendo que los estudiantes de enfermería, presentan mayor consumo de alcohol sensato y tienen autoestima alta, seguido del consumo de alcohol perjudicial y dañino, por estudiantes con autoestima baja.

Para determinar si existe asociación entre autoestima y frecuencia de consumo de alcohol, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson (X^2), con 95% de nivel de confianza y 0,05 de nivel de significación, obteniendo un $X^2 = 18,572$ y $p = 0,000$ ($p < 0,05$) que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la tercera hipótesis específica planteada.

TABLA 11

ASOCIACIÓN ENTRE PÉRDIDAS EMOCIONALES Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

PERDIDAS EMOCIONALES	CONSUMO DE ALCOHOL						TOTAL	
	Sensato		Perjudicial		Dañino			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Afrontamiento Eficaz	27	16,8	29	18,0	21	13,0	77	47,8
Afrontamiento Ineficaz	56	34,8	20	12,4	8	5,0	84	52,2
TOTAL	83	51,6	49	30,4	29	18,0	161	100,0

Fuente: Elaborado por los investigadores $X^2 = 17,342$; $p = 0,000$

En la tabla 11, al asociar pérdidas emocionales y frecuencia de consumo de alcohol, en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, se observa que: del 51,6% que tuvo frecuencia de consumo de alcohol sensato, 34,8% utilizó un afrontamiento ineficaz y 16,8% afrontamiento eficaz; del 30,4% con frecuencia de consumo de alcohol perjudicial, 18% tuvo un afrontamiento eficaz y 12,4% afrontamiento ineficaz; y del 18% con frecuencia de consumo de alcohol dañino, 13% tuvo afrontamiento eficaz y 5% afrontamiento ineficaz; concluyendo que los estudiantes de enfermería tuvieron mayor frecuencia de consumo de alcohol sensato y utilizaron un afrontamiento ineficaz ante las pérdidas emocionales, mientras que los de consumo de alcohol perjudicial y dañino, un afrontamiento eficaz.

Para determinar si existe asociación entre pérdidas emocionales y frecuencia de consumo de alcohol, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson (X^2), con 95% de nivel de confianza y 0,05 de nivel de significación, obteniendo un $X^2 = 17,342$ y $p = 0,000$ ($p < 0,05$) que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la cuarta hipótesis específica planteada.

TABLA 12

ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE ESTUDIOS Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

NIVEL DE ESTUDIOS	CONSUMO DE ALCOHOL						TOTAL	
	Sensato		Perjudicial		Dañino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Primer nivel	26	16,1	9	5,7	7	4,3	42	26,1
Segundo nivel	11	6,8	6	3,7	6	3,7	23	14,3
Tercer nivel	17	10,6	7	4,3	2	1,2	26	16,1
Cuarto nivel	15	9,4	21	13,0	10	6,2	46	28,6
Quinto nivel	14	8,7	6	3,7	4	2,5	24	14,9
TOTAL	83	51,6	49	30,4	29	17,9	161	100,0

Fuente: Elaborado por los investigadores $X^2 = 13,934$; $p = 0,084$

En la tabla 12, al asociar nivel de estudios y frecuencia de consumo de alcohol, en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, en el primer semestre, se observó que: del 51,6% que tuvieron consumo de alcohol sensato, 16,1% fueron del primer nivel, 10,6% del tercer nivel; del 30,4% que tuvieron consumo de alcohol perjudicial, 13,0% fueron del cuarto nivel; y del 17,9% que tuvieron consumo de alcohol dañino, 6,2% fueron del cuarto nivel; concluyendo que en los estudiantes de enfermería, el mayor consumo de alcohol sensato ocurre en el primer nivel de estudios, seguido del mayor consumo de alcohol perjudicial y dañino que ocurre en el cuarto nivel.

Para determinar si existe asociación entre el nivel de estudios y frecuencia de consumo de alcohol, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson (X^2), con 95% de nivel de confianza y 0,05 de nivel de significación, obteniendo un $X^2 = 13,934$ y $p = 0,084$ ($p > 0,05$) que evidencia que no existe relación estadística significativa entre ambas variables, quedando no aceptada la quinta hipótesis específica planteada.

TABLA 13
 ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FRECUENCIA DE
 CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
 ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA
 PERUANA, IQUITOS 2016. PRIMER SEMESTRE

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CONSUMO DE ALCOHOL						TOTAL	
	Sensato		Perjudicial		Dañino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Familia funcional	45	28,8	1	0,6	0	0,0	46	28,6
Familia moderadamente funcional	34	21,1	39	24,3	15	9,3	88	54,7
Familia disfuncional	4	2,5	7	4,3	12	7,5	23	14,3
Familia severamente disfuncional	0	0,0	2	1,2	2	1,2	4	2,5
TOTAL	83	51,6	49	30,4	29	18,0	161	100,0

Fuente: Elaborado por las investigadoras $X^2 = 72,875$; $p = 0,000$

En la tabla 13, al asociar funcionalidad familiar y frecuencia de consumo de alcohol, en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, se observa que: del 51,6% con frecuencia de consumo de alcohol sensato, 28,8% tuvo familia funcional, 21,1% familia moderadamente funcional, 2,5% familia disfuncional y 0% familia severamente disfuncional; del 30,4% con frecuencia de consumo de alcohol perjudicial, 24,3% tuvo familia moderadamente funcional, 4,3% familia disfuncional, 1,2% familia severamente disfuncional y 0,6% familia funcional; y del 18% con frecuencia de consumo de alcohol dañino, 9,3% tuvo familia moderadamente funcional, 7,5% familia disfuncional, 1,2% familia severamente disfuncional y 0% familia funcional; concluyendo que los estudiantes de enfermería tuvieron mayor consumo de alcohol sensato y vivían en una familia moderadamente.

Para determinar si existe asociación entre funcionalidad familiar y frecuencia de consumo de alcohol, se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson (X^2), con 95% de nivel de confianza y 0,05 de nivel de significación, obteniendo un $X^2 = 72,875$ y $p = 0,000$ ($p < 0,05$) que indica relación estadística significativa entre ambas variables, quedando demostrada la sexta hipótesis específica planteada.

2. DISCUSIÓN

Al asociar los factores biopsicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de enfermería de la UNAP, Iquitos 2016, en el primer semestre, se encontró significancia estadística, entre:

Edad y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,035$; $p<0,05$), pues del 51,6% con consumo sensato, 26,7% tenían de 21 a 25 años, 24,9% de 16 a 20 años y 0% de 26 años a más; del 30,4% que tuvo consumo de alcohol perjudicial, 15,5% tenía de 16 a 20 años, 13,7% entre 21 a 25 años y 1,2% de 26 años a más; del 18,0% que tuvieron consumo de alcohol dañino, 12,4% fueron también de menor edad entre 16 a 20 años, 4,3% de 21 a 25 años y 1,2% de 26 años a más, con una edad promedio de $\bar{x} \pm s = 19,10 \pm 2,62$ años. Este resultado no concuerda con los antecedentes revisados, así tenemos que Álvarez S, Castillo AM, Hernández DP. (Colombia, 2014), en su estudio sobre factores de riesgo del consumo de alcohol en estudiantes de enfermería, encontraron que 46,9% tenía de 18 a 22 años, 50% entre 23 a 27 años y 3,1% de 28 años a más; Por otro lado, Torres B, Cerruche W, Vásquez C. (Perú, 2003), en su estudio sobre factores psicosociales relacionados al consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana de la ciudad de Iquitos, encontraron: 59,5% de 20 años a más o con mayor edad y 40,5% entre 17 a 19 años o con menor edad, con 84,1% que consumían alcohol y 15,9% no; los resultados nos muestran la totalidad de los estudiantes entrevistados consumen alcohol en diferentes frecuencias, siendo mayor la proporción de estudiantes que presentan frecuencia de consumo de alcohol sensato o bajo, de ellos más del 50% se encuentra en etapa de la juventud de 21 a 25 años y en edad adolescente media y tardía (16 a 20 años) y ningún consumidor de 26 años a más; por otro lado, es significativa la proporción de la frecuencia de consumo de alcohol perjudicial donde los mayores consumidores son precisamente los adolescentes entre 16 a 20 años sin mucha diferencia porcentual con los de 21 a 25 años y un mínimo de consumo en los que tienen de 26 años a más; asimismo, en la frecuencia de consumo de alcohol dañino, se observa similar patrón de comportamiento en cuanto a la edad; es decir que a menor edad los estudiantes de

enfermería de la UNAP muestran mayor frecuencia de consumo de alcohol que a mayor edad. Esta realidad está mostrando una mayor vulnerabilidad y mayores dificultades en el estudiante en el manejo de sus emociones o del bienestar subjetivo que busca tener que aunado a la mayor libertad que siente tener con respecto a sus padres no están siendo capaz de tomar buenas decisiones, y al contrario están cayendo en conductas de riesgo que pueden perjudicar su rendimiento académico dentro de las aulas universitarias, su salud física y mental y su desempeño familiar y social responsable; en consecuencia las autoridades universitarias y docentes profesionales de enfermería disponen de información actualizada para identificar a los estudiantes de mayor riesgo de consumo de alcohol en cuanto a la edad e implementar programas de seguimiento dentro de la facultad para cubrir esta brecha con las actividades pertinentes.

Respecto a sexo y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,004$; $p<0,05$), pues del 51,6% con consumo de alcohol sensato, 48,4% fueron de sexo femenino y 3,2% de sexo masculino; del 30,4% que tuvo consumo de alcohol perjudicial, 22,4% fueron de sexo femenino y 8,0% masculino; y del 18% con consumo de alcohol dañino, 14,9% fueron de sexo femenino y 3,1% masculino. Nuestros resultados, no obtuvieron similitud con los antecedentes a los que tuvimos acceso. Así, tenemos que González EM, Garcés NP, Rodas JD, Divasto MS. (Colombia, 2013), en su estudio sobre factores psicosociales presentes en el consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes de 15 a 19 años del 1° al 5° semestre del programa de Enfermería en la CU.R.N. en Cartagena, encontraron que: 89% fueron del sexo femenino y 11% de sexo masculino, coincidiendo en la mayor proporción de mujeres respecto de los varones que consumen alcohol pero en las cifras. Igualmente López MC, Villar MA, Da Silva EC. (Colombia, 2011), en su estudio sobre consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, obtuvo que: 91,6% fueron de sexo femenino y 8,4% de sexo masculino, para un 88,0% que presentó consumo de riesgo bajo; por otro lado, Ramos DA, Granwell B, Martín E. (Honduras, 2013), en su estudio sobre las causas o factores que inciden en el consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, encontraron que: 53,9%

fueron de sexo masculino y 45,8% de sexo femenino, ante un 71% de estudiantes que han consumido alcohol alguna vez en su vida. Los resultados nos muestran, la frecuencia de consumo de alcohol en sus tres modalidades, sensato, perjudicial y dañino, predomina en el sexo femenino y con mínimos porcentajes en el sexo masculino; sin embargo, vale la pena acotar que se trata de una facultad donde el sexo predominante de sus estudiantes es el femenino, pero fuera de ello lo preocupante es el comportamiento en cuanto a la alta frecuencia de consumo de alcohol de las personas estudiadas que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales, respecto al significado atribuido al alcohol cuya representación social se caracteriza por una marcada aceptación social del consumo, la legalización del consumo para personas mayores de 18 años, y el círculo social o de amigos o de compañeros que se convierte en un factor predisponente para ello, así como las razones que esgrimen los estudiantes para su consumo, que ya se sienten grandes, con libertad de decidir y manejan mayor cantidad de dinero otorgado por los padres, entre otros; y ante ello, las autoridades de la facultad de enfermería, deben valorar la calidad y pertinencia de la formación profesional para empoderar a sus estudiantes en la capacidad de enfrentar desafíos o dificultades que se le presenten en la vida sin tener que recurrir al consumo de alcohol, asimismo, proponer actividades de prevención como medida importante dentro de las diversas asignaturas profesionales.

En cuanto a la autoestima y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$), pues del 51,6% con consumo de alcohol sensato, 31,1% tenía autoestima alta y 20,5% autoestima baja; del 30,4% con consumo de alcohol perjudicial, 15,5% tenía autoestima baja y 14,9% autoestima alta; y del 18% con consumo de alcohol dañino, 15,5% tenía autoestima baja y 2,5% autoestima alta. Nuestros resultados no coinciden con los antecedentes encontrados en cuanto a las cifras, pero sí en la distribución de las proporciones. Así, Álvarez A, Alonso MM, Guidorizzi AC. (México, 2010), en su estudio sobre consumo de alcohol y autoestima en estudiantes de la facultad de enfermería de Querétaro, encontraron que: 94,5% tuvo autoestima alta y 5,5% autoestima baja, con 80,7% de consumo de alcohol sin riesgo, 13,8% de consumo de riesgo moderado y 3,7% con riesgo elevado,

encontrando relación estadística significativa entre autoestima baja y consumo de alcohol elevado. Por su parte, Cogollo Z, Arrieta KM, Blanco S, Ramos L, Zapata K, Rodríguez Y. (Colombia, 2011), en su estudio sobre factores psicosociales asociados al consumo de sustancias legales e ilegales en estudiantes de una universidad pública, en una muestra de 1,446 estudiantes de los diferentes programas de pregrado, obtuvieron que: 94,8% mostró alta autoestima y 12,4% tenían consumo abusivo de alcohol. Igualmente, Torres B, Cerruche W, Vásquez C. (Perú, 2003), en su estudio sobre factores psicosociales relacionados al consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, en una muestra de 358, encontraron que: de 84,1% (301) consumidores de alcohol, 53,5% tenía autoestima baja y 46,5% autoestima alta, y de 15,9% (57) no consumidores de alcohol, 77,2% tenían autoestima alta y 22,8% autoestima baja, encontrando asociación estadística entre autoestima y consumo de bebidas alcohólicas ($p=0,029$; $p<0,05$). Nuestros resultados muestran que la mayoría de estudiantes de enfermería presentan autoestima baja (51,5%) y una proporción menor pero significativa tiene autoestima alta (48,5%), siendo los estudiantes cuya frecuencia de consumo de alcohol es sensato o bajo los que tienen en mayor proporción autoestima alta, pero los estudiantes que tienen frecuencia de consumo de alcohol perjudicial y dañino tienen en mayor proporción autoestima baja. Ello evidencia que los estudiantes de enfermería debido al nivel de autoestima baja, perciben al consumo de alcohol como una actividad normal o propia de la etapa en que se encuentran, que les causa placer, curiosidad, huir de problemas, una forma de conseguir pertenencia a un grupo o de socialización, y no como una actividad que causa dependencia física, psicológica y problemas de salud, que repercuten en la valoración y falta de cumplimiento de sus responsabilidades, compromisos y/o tareas cuyo resultado es el bajo rendimiento académico con estudiantes que desaprovechan asignaturas, se retiran y no avanzan en el desarrollo de la carrera profesional y a la larga va alterando su comportamiento y salud mental. Esta situación debe ser evaluada por las autoridades de la Facultad de Enfermería de la UNAP, para que tomen decisiones respecto a la salud mental de los estudiantes con autoestima baja a fin de prevenir consecuencias negativas mayores.

Por su parte pérdidas emocionales y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$), pues del 51,6% que tuvo frecuencia de consumo de alcohol sensato, 34,8% utilizó un afrontamiento ineficaz y 16,8% afrontamiento eficaz; del 30,4% con frecuencia de consumo de alcohol perjudicial, 18% tuvo un afrontamiento eficaz y 12,4% afrontamiento ineficaz; y del 18% con frecuencia de consumo de alcohol dañino, 13% tuvo afrontamiento eficaz y 5% afrontamiento ineficaz. Nuestros resultados no coinciden con los antecedentes encontrados, Así, Salcedo A, Palacios X, Espinosa AF. (Colombia, 2011), en su estudio sobre consumo de alcohol en jóvenes universitarios de dos programas de salud de una universidad privada de Bogotá, en una muestra de 787 estudiantes, encontraron que: 77,0% consume alcohol por situaciones placenteras (alegría o diversión, por otros motivos) y 23,0% por pérdidas emocionales (despecho, por soledad, malos resultados académicos). También, Hidalgo FI, Martínez G, Fernández AI, Gonzales V, Hidalgo Y. (Cuba, 2013), en su estudio sobre alcoholismo y factores de riesgo en el área rural de Cumanayagua, en una muestra de 77 varones de 15 años a más, encontró que: 83,6% sufrió pérdidas emocionales que los llevó a consumir alcohol (problemas laborales, separaciones/divorcios, por maltrato familiar) y 16,4% no procede o no refiere dificultades emocionales. Nuestros resultados evidencian que los estudiantes de enfermería de la UNAP, presentan en su mayoría un afrontamiento ineficaz de las pérdidas emocionales (52,2%) seguido de una proporción menor pero significativa de afrontamiento eficaz de las pérdidas emocionales (47,8%), siendo los estudiantes que presentan frecuencia de consumo de alcohol sensato los que tienen mayor proporción de afrontamiento ineficaz, respecto a aquellos que presentan frecuencia de consumo de alcohol perjudicial y dañino, los que tienen mayor proporción de afrontamiento eficaz. Estas situaciones merecen ser investigadas para reorientar la intervención efectiva de la formación profesional de enfermería, dado que se trata de futuros profesionales que trabajarán con personas con diferentes necesidades de salud y entre ellos el ser ayudados en situaciones de pérdidas emocionales, en consecuencia necesita primero aprender a afrontar los suyos para poder ayudar a los demás.

Por otro lado, la funcionalidad familiar y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$), pues del 51,6% de estudiantes con consumo de alcohol sensato, 28,8% tuvo familia funcional, 21,1% familia moderadamente funcional, 2,5% familia disfuncional y 0% familia severamente disfuncional; del 30,4% con consumo de alcohol perjudicial, 24,3% tuvo familia moderadamente funcional, 4,3% familia disfuncional, 1,2% familia severamente disfuncional y 0,6% familia funcional; y del 18% con consumo de alcohol dañino, 9,3% tuvo familia moderadamente funcional, 7,5% familia disfuncional, 1,2% familia severamente disfuncional y 0% familia funcional. Nuestros resultados no coinciden con los antecedentes encontrados. Así, González EM, Garcés NP, Rodas JD, Divasto MS. (Colombia, 2013), en su estudio sobre factores psicosociales presentes en el consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes del programa de Enfermería en la CU.R.N., de Cartagena, en una muestra de 165 estudiantes, encontraron que: 90% maneja buenas relaciones con sus familiares, seguido de un 10% que considera que sus relaciones son regulares y solo un 2% considera que es mala; al asociar buenas relaciones familiares y consumo de alcohol, 55% afirmó consumir bebidas alcohólicas y 45% no. Asimismo, Hidalgo FI, Martínez G, Fernández AI, Gonzales V, Hidalgo Y. (Cuba, 2013), en su estudio sobre alcoholismo y factores de riesgo en el área rural de Cumanayagua, en una muestra de 77 varones encontró que: referente al funcionamiento familiar, 58,3% tenía familia disfuncional, 19,4% severamente disfuncional, 11,9% funcional y 10,4% moderadamente funcional. Por su parte, Torres B, Cerruche W, Vásquez C. (Perú, 2003), en su estudio sobre factores psicosociales relacionados al consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la UNAP, ciudad de Iquitos, en una muestra de 358 estudiantes, encontraron: asociación estadística entre disfunción familiar ($p=0000 < 0,05$) con el consumo de bebidas alcohólicas, pues de 301 consumidores, 57,8% presentan disfunción familiar y de 57 no consumidores, 42,2% tienen disfunción familiar. Los resultados muestran que la funcionalidad familiar está inversamente relacionado con la frecuencia de consumo de alcohol, se evidencia también que en general, la mayoría vivía en una familia moderadamente disfuncional (54,7%), seguido de familia funcional (29,4%) y familia disfuncional y severamente disfuncional (14,3% respectivamente); por otro lado, la mayoría de estudiantes tuvo frecuencia

de consumo de alcohol sensato y vivía en una familia moderadamente disfuncional, a pesar de que una mayor proporción de estudiantes con frecuencia de consumo de alcohol sensato tenía una familia funcional, sin embargo la mayoría que tenía frecuencia de consumo de alcohol perjudicial y dañino, tenía una familia moderadamente disfuncional; en consecuencia se asume que no tienen buena comunicación y relación con los padres y familiares en general, no tienen a quien recurrir ante los problemas que se le presentan, lo cual afecta su comportamiento, sus estudios y su rendimiento académico, porque los problemas que existe en su entorno familiar afectan su desarrollo académico retrasando la culminación de su carrera profesional.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que llegamos después de realizar el estudio, en relación con los objetivos y resultados obtenidos, son:

1. Los factores biopsicosociales identificados, son: 52,8% con edad entre 16 a 20 años, 85,7% fueron de sexo femenino, 51,6% tenía autoestima baja, 52,2% con afrontamiento ineficaz ante las pérdidas emocionales, 28,6% pertenecían al cuarto nivel de estudios y 54,7% tenía familia moderadamente funcional.
2. La frecuencia de consumo de alcohol, se presentó de la siguiente manera: 51,6%, presentaba frecuencia de consumo de alcohol sensato, 30,4% frecuencia de consumo de alcohol perjudicial y 18,0% frecuencia de consumo de alcohol dañino.
3. Al Asociar los factores biopsicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de enfermería, se obtuvo que existe asociación estadística significativa entre: entre edad y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,035$; $p<0,05$), sexo y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,004$; $p<0,05$), autoestima y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$), pérdidas emocionales y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$), funcionalidad familiar y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,000$; $p<0,05$). Pero, no existe asociación estadística significativa entre nivel de estudios y frecuencia de consumo de alcohol ($p=0,084$; $p>0,05$).

3. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones del estudio de investigación, se plantean las siguientes conclusiones.

1. A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

Seguir considerando en la formación profesional de los estudiantes, la integralidad del ser humano, donde la salud mental debe estar presente en todas las intervenciones que se realicen en las prácticas, como un eje integrador en todas las asignaturas profesionales.

Que las autoridades y los docentes consejeros de la facultad de enfermería de la UNAP, tomen en cuenta los resultados obtenidos en los factores biopsicosociales estudiados, a fin de establecer un plan de trabajo con los estudiantes hacia un cambio en el concepto y la forma de percibir y afrontar los eventos de la vida, especialmente con los más jóvenes que recién empiezan los estudios universitarios para brindarles alternativas de manejo y control de las situaciones familiares.

2. PARA LOS INVESTIGADORES

Seguir evaluando los factores biopsicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de enfermería, estudiando también otras variables como la toma de decisiones, presión de grupo de amigos, medios de comunicación y personalidad, con el fin de explicar los conocimientos sobre el tema.

3. A LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Valorarse como personas, como estudiantes universitarios y primordialmente como futuros profesionales de la salud, sin dejarse avasallar por las dificultades, esforzándose cada día con deseo de superación hacia la culminación de sus estudios.

Buscar la ayuda profesional especializada, con el apoyo de su consejera/o y el de su familia, para afrontar eficazmente sus dificultades personales y académicas.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ramos DA, Granwell B, Martin E. Causas o factores que inciden en el consumo de alcohol en los estudiantes de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán. Facultad de Ciencias y Tecnología. Tegucigalpa, Honduras. 2013.
2. Pons J, Buelga S. Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*. Vol. 20, N° 1, 2011. Universidad de Valencia. España. 2011. Disponible en: <http://psychosocial-intervention.elsevier.es/> [Revisado: 23/03/2016]
3. Asociación Americana de Psicología (APA). Cómo comprender los trastornos por consumo de alcohol y su tratamiento. Washington DC. 2016. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol.aspx> [Revisado: 22/03/2016]
4. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y abuso de sustancias. Informe sobre situación mundial del alcohol. Singapur. 2016. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_\(425KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_(425KB).pdf) [Consultado: 23/03/2016]
5. Gestión. Aumenta el consumo de alcohol en América. *Diario de Economía y negocios del Perú* [31 julio 2015]. Lima, Perú. Disponible en: <http://gestion.pe/tendencias/peru-tercer-pais-que-mas-consume-alcohol-region-2138585> [Revisado: 26/03/2016]
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: enfermedades transmisibles y no transmisibles 2014. Lima, Perú. 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf [Revisado: 26/03/2016]
7. Long M, Meléndez S, y Peñaherrera D. Conocimiento sobre los efectos biopsicosociales de la ingesta de alcohol y la frecuencia de consumo en estudiantes de la UNAP, en la ciudad de Iquitos el año 1991. Tesis de Licenciatura. Iquitos, Perú. 1992.
8. Ballerini A, Ballistreri M. Universidad Nacional de Rosario (UNR). Ingesta de alcohol y su incidencia en el rendimiento académico en estudiantes del área de la salud. Universia. Argentina. 2015. Disponible en:

9. Telumbre JY, Sánchez BE. Consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, México. Universidad Autónoma del Carmen. Facultad de Ciencias de Salud. Health and Addictions Vol. 15, N° 1. México. 2015.
10. Álvarez S, Castillo AM, Hernández DP. Factores de riesgo del consumo de alcohol en estudiantes de enfermería en tres universidades de Cartagena. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Programa de Enfermería. Cartagena, Colombia. 2014. [Revisado: 26/03/16]
11. Hidalgo FI, Martínez G, Fernández AI, Gonzales V, Hidalgo Y. Alcoholismo y factores de riesgo: estudio descriptivo de corte transversal en área rural de Cumanayagua, Cuba. Medwave. Ene/Feb; 2013(1). Cuba. 2013. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5620> [Revisado 22/03/2016]
12. González EM, Garcés NP, Rodas JD, Divasto MS. Factores psicosociales presentes en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 15 a 19 años del 1° al 5° semestre del programa de Enfermería. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena de Indias. Colombia. 2013.
13. Rincón A, Mancilla A, Moreno J, Rincón R, Tijaro H. El consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de primer semestre. Bogotá, Colombia. 2012. Disponible en: <http://thedrugsproject.blogspot.pe/> [Revisado: 22/03/2016]
14. López MC, Villar MA, Da Silva EC. Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.19. Ribeirão Preto May/June 2011. Ribeirão Preto SP, Brasil. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700007
15. Salcedo A, Palacios X, Espinosa AF. Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 29(1). Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. 2011. [Revisado: 22/03/2016]

16. Cogollo Z, Arrieta KM, Blanco S, Ramos L, Zapata K, Rodríguez Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Rev. Salud pública.* 13 (3). Colombia. 2011
17. Álvarez A, Alonso MM, Guidorizzi AC. Consumo de alcohol y autoestima en estudiantes de enfermería en Querétaro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article* May-Jun Universidad de Sao Paulo. México. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a21v18nspe.pdf> [Revisado: 04/04/16]
18. Trujillo J. Expectativas sobre el consumo de alcohol y conductas sexuales riesgosas en jóvenes estudiantes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. 2015.
19. Becerra SA. Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima. Tesis de Grado de Magister en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. 2013.
20. 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. *Revista Peruana de Epidemiología.* Vol. 16, núm. 3. Lima, Perú. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203125431011>
21. Sandoval Y. Autoconcepto y factores de protección asociados al consumo de alcohol y tabaco en universitarios. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Temát. *Psicol.* 7(1). Lima, Perú. 2011.
22. Torres B, Cerruche W, Vásquez C. Factores psicosociales relacionados al consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana de la ciudad de Iquitos. Tesis de Licenciatura. Iquitos, Perú. 2003.
23. Chong A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor del Policlínico Jorge Ruiz Ramírez. Cuba. 2012. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi09212.htm [Revisado: 31/03/18]
24. Bonilla C. El ser humano, un enfoque biopsicosocial. Costa Rica. 2012. Disponible en: <http://www.psicologosencostarica.com/blog/2012/08/27/el-ser-humano-un-enfoque-biopsicosocial/> [Revisado: 30/03/2016]

25. Quiroz B. Ser Biopsicosocial. Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos Estanislao Ramírez Ruiz, n° 3. Cuba, 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/50419313/factores-biopsicosocial#scribd>
26. Medline Plus. Riesgos del consumo de alcohol en menores de edad. Biblioteca Nacional de Medicina. EE.UU. 2014. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000528.htm>
27. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Consumo de alcohol en la adolescencia. México. 2012. Disponible en: [https://www.saberdealcohol.mx /content/consumo-de-alcohol-en-la-adolescencia](https://www.saberdealcohol.mx/content/consumo-de-alcohol-en-la-adolescencia)
28. Red PaPaz Sede Nacional. Herramientas para la prevención y manejo del consumo de alcohol antes de los 18 años. Bogotá, Colombia. 2015. Disponible en: <http://redpapaz.org/alcohol/index.php/que-es/por-que-es-un-problema-que-los-menores-de-18-anos-tomen-alcohol/item/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos/69>
29. Grupo RPP líderes en comunicación. La edad de inicio en el consumo de alcohol en Perú es de 13 años. Miércoles 22/04/2015. Lima, Perú. 2015. Disponible en: http://www.capital.com.pe/2015-04-22-la-edad-de-inicio-en-el-consumo-de-alcohol-en-peru-es-a-los-13-anos-noticia_790337.html
30. Maiolini F. ¿Los hombres beben más alcohol que las mujeres en estrés?. Disponible en: <http://www.batanga.com/curiosidades/5263/los-hombres-beben-mas-alcohol-que-las-mujeres-bajo-estres>
31. Del Moral I. Quien consume más alcohol hombres o mujeres. 18 de junio 2015. México. 2015. Disponible en: <http://www.estudihambre.com.mx/quien-consume-mas-alcohol-hombres-o-mujeres/>
32. Lang I. Las mujeres consumen más alcohol que los hombres?. 2015. Disponible en: <http://www.nuevamujer.com/mujeres/salud/todos/quien-bebe-mas-alcohol-las-mujeres-o-los-hombres/2015-11-26/010314.html>
33. Diario El Comercio. ¿Por qué el alcohol suele afectar más a las mujeres que a los hombres?. Jueves 03 de enero, 2013. Perú. Disponible en: <http://elcomercio.pe/gastronomia/peruana/que-alcohol-suele-afectar-mas-mujeres-que-hombres-noticia-1517917> [Revisado 01/04/16]

34. Rubín A. Cómo subir la autoestima en 10 hábitos. 2015. Disponible en: <http://www.lifeder.com/como-subir-la-autoestima/>[Revisado: 02/04/16]
35. Lyness D. ¿Cómo puedo mejorar mi Autoestima?. Mayo, 2012. Disponible en: <http://kidshealth.org/es/teens/self-esteem-esp.html> [Revisado: 02/04/16]
36. Alhambra Psicólogos. Pérdidas Emocionales. Madrid, España. 2016. Disponible en: <http://www.centroalhambra.com/articulos/perdidas-emocionales/> [Revisado: 02/03/16]
37. Academia Americana de Médicos de Familia. El duelo. EE. UU. 2012. Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/prevention-wellness/emotional-wellbeing/mental-health/grieving-facing-illness-death-and-other-losses.html> [Revisado: 02/03/2016]
38. Muñoz ML. Duelo/Pérdidas emocionales. Madrid, España. 2015. Disponible en: <http://www.psicologíaenmadrid.com/dueloperdidas-emocionales/>[Revisado: 05/04/2016]
39. Universia Perú. Estructura del sistema universitario. Perú. 2015. Disponible en: <http://universidades-iberoamericanas.universia.net/peru/sistema-educativo/estructura.html> [Revisado: 02/04/2016]
40. Peru21. Alarmante consumo de alcohol en escolares y universitarios. Jueves 06 de septiembre del 2012. CEDRO. Lima, Perú. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/alarmante-consumo-licor-escolares-y-universitarios-2040940> [Revisado: 02/04/16]
41. Gómez D. Teorías para la Evaluación de la Función Familiar. México. 2013. Disponible en: <http://es.slideshare.net/deybi29/teorias-de-funcionalidad-familiar-23825943> [Revisado: 27/03/16]
42. Castellón S, Ledesma E. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. Cuba. 2012. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/21/ [Revisado: 27/03/16]
43. González EM, Garcés NP, Rodas JD, Divasto MS. Factores psicosociales presentes en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 15 a 19 años del 1º al 5º semestre del programa de Enfermería. Tesis de Licenciatura en

Enfermería. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena de Indias, Colombia. 2013.

44. Pretel MM, González B, Machado A, Fernández O, Toledo Y. El alcoholismo y su repercusión: un enfoque desde la Psicología de la Salud. Revista Finlay, 4(4). Cienfuegos, Cuba. 2014. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/314>.
45. González RA. El sendero rehabilitatorio del paciente adicto. Editorial José Martí. La Habana, Cuba. 2012.
46. López J. Teorías sobre el alcoholismo. Jul, 03 2013. Disponible en: <http://suite101.net/article/teorias-sobre-el-alcoholismo-a40229#.VwNoifnhDIU>
[Revisado: 05/04/2016]

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES BIOPSICO SOCIALES	Definido como el conjunto de características y comportamientos del organismo, determinado por aspectos biológicos (edad, sexo), psicológicos (autoestima, pérdidas emocionales) y sociales (año de estudios, funcionalidad familiar), que expresa en las relaciones que establece con las personas, cuyo papel es significativo en el contexto de la salud o enfermedad/discapacidad. Fue medido según los siguientes indicadores:	F. Biológicos	Referido a los años de vida cronológicos cumplidos del sujeto de estudio al momento de la entrevista. Fue valorado a través de tres intervalos, como: - De 16 a 20 años de edad - De 21 a 25 años de edad - De 26 años a más	Ordinal	Escala de Factores Biopsicosociales.
		a) Edad			
		b) Sexo	Referido a la condición de género que refiere tener el sujeto de estudio. Fue valorado como: - Masculino: cuando tiene características relativas a la condición de éste género - Femenino: cuando tiene características relativas a la condición de éste género	Nominal	
		F. Psicológico	Definido como el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad del sujeto de estudio, que lo induce o no a consumir alcohol. Fue medido mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, como: - Autoestima Baja: cuando obtiene de 10 a 29 puntos - Autoestima Alta: cuando obtiene de 30 a 40 puntos	Nominal	
	a) Autoestima				

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
		<p>b) Pérdidas emocionales</p> <p>F. Sociales</p> <p>a) Nivel de estudios</p> <p>b) Funcionalidad Familiar</p>	<p>Definido como las vivencias tristes ocasionadas por la falta de algo o alguien, que causan sufrimiento emocional al sujeto de estudio. Fue medido mediante la Escala de valoración de Pérdidas emocionales, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento Ineficaz: cuando obtienen menos de 30 puntos - Afrontamiento Eficaz: cuando obtiene de 30 a 40 puntos <p>Referido al ciclo de estudios en que está matriculado el estudiante sujeto de estudio al momento de la entrevista. Fue valorado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer nivel: cuando refiere estar iniciando sus estudios, en el I ciclo - Segundo nivel: cuando refiere estar estudiando en el III ciclo - Tercer nivel: cuando refiere estar estudiando en el V ciclo - Cuarto nivel: cuando refiere estar estudiando en el VII ciclo - Quinto nivel: cuando refiere estar estudiando en el IX ciclo <p>Definido como las condiciones que presentan el sistema familiar y sus miembros, según la estructura, procesos y dinámica relacional. Fue medido mediante el test de percepción del funcionamiento familiar, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Familia Funcional : cuando obtiene de 70 a 57 puntos Familia Moderadamente Funcional: cuando obtiene de 56 a 43 puntos Familia Disfuncional : cuando obtiene de 42 a 28 puntos Familia Severamente Disfuncional : cuando obtiene de 27 a 14 puntos 	<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>Escala de Factores Biopsicosociales.</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
VARIABLE DEPENDIENTE: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	Esta referido a la identificación de las veces que refiere consumir o no alcohol el sujeto de estudio. Fue medido mediante una Escalade Identificación de consumode alcohol (AUDIT), como:	a) Consumo Sensato b) Consumo Perjudicial c) Consumo Dañino	Cuando obtiene un valor de 1 a 3 puntos Cuando obtienen un valor de 4 a 7 puntos Cuando obtiene un valor de 8 a 40 puntos	Nominal	Escala de Identificación de Consumo de Alcohol (AUDIT)

Factores biopsicosociales y frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos - 2016

ANEXO 2

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

FECHA: / /

HORA:

Propósito:

Muy buenas tardes, joven/señorita, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por el/las Bachiller/es en Enfermería: Tapullima Panduro Fernando Amado, Pizarro Pinedo Cinthia Andrea y Gonzales Mozombite Luz Arnelia Del Carmen, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada: Factores Biopsicosociales y Frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos - 2016, con el objetivo de obtener información respecto a las características inherentes a los estudiantes universitarios, que pueden inducirlo o no a un consumo excesivo del alcohol que pueden afectar su desarrollo biopsicosocial como ser humano; asimismo, ponemos en su conocimiento que ésta investigación nos servirá para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su asentimiento o autorización voluntaria para participar en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, solo será de uso exclusivo por el/las investigador/as con fines del estudio y destruidas posteriormente. Usted puede hacer cualquier pregunta libremente al respecto, puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado participar, usted desea retirar su aceptación en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio su integridad física o moral, sin tener que dar explicaciones

y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 20 minutos.

Contacto con los Investigadores:

Si usted acepta participar en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Cinthia Andrea Pizarro Pinedo, al teléfono N° 999150537. Si después de tener conocimiento de todo lo informado está de acuerdo en participar, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

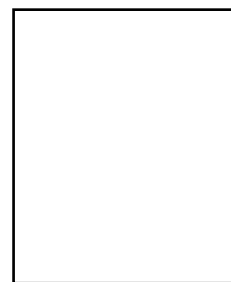
FIRMA DEL ASENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del asentimiento que se me ha entregado y decido participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe, por lo cual firmo en señal de conformidad.

Iquitos, de del 2016

.....

Firma del participante



Huella digital

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIANTE PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

FECHA: / /

HORA:

Propósito:

Muy buenas tardes, respetable señor/ita, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por el/las Bachiller/es en Enfermería: Tapullima Panduro Fernando Amado, Pizarro Pinedo Cinthia Andrea y Gonzales Mozombite Luz Arnelia Del Carmen, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada: Factores Biopsicosociales y Frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2016, con el objetivo de obtener información respecto a las características inherentes a los estudiantes universitarios, que pueden inducir o no a un consumo excesivo del alcohol afectando su desarrollo biopsicosocial como ser humano; asimismo, ponemos en su conocimiento que ésta investigación nos servirá para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización voluntaria para participar en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, solo será de uso exclusivo por el/las investigador/as con fines del estudio y destruidas posteriormente. Usted puede hacer cualquier pregunta libremente al respecto, puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado participar, usted desea retirar su aceptación en algún momento, lo

puede hacer sin perjuicio su integridad física o moral, sin tener que dar explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 20 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta participar en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Cinthia Andrea Pizarro Pinedo, al teléfono N° 999150537. Si después de tener conocimiento de todo lo informado está de acuerdo en participar, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento que se me ha entregado y decido participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe, por lo cual firmo en señal de conformidad.

Iquitos, de del 2016

.....

Firma del participante



Huella digital

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE Y/O TUTOR PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

FECHA: / /

HORA:

Propósito:

Muy buenas tardes, respetable señor/a padre/madre de familia y/o tutor, somos un equipo de Bachilleres en Enfermería integrados por el/las Bachiller/es en Enfermería: Tapullima Panduro Fernando Amado, Pizarro Pinedo Cinthia Andrea y Gonzales Mozombite Luz Arnelia Del Carmen, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada: Factores Biopsicosociales y Frecuencia de consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos - 2016, con el objetivo de obtener información respecto a las características personales que presenta un estudiante universitario y que pueden inducirlo o no al consumo excesivo de alcohol afectando su desarrollo biopsicosocial como ser humano. Esta investigación nos servirá para optar el Título Profesional de Licenciada/o en Enfermería.

Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización voluntaria para que su menor hijo/a pueda participar en el estudio brindándonos la información necesaria para el desarrollo de nuestra tesis; tenga la seguridad de que nada afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, de manera exclusiva por parte del/las investigador/as con fines del estudio y destruidas (incineradas) posteriormente. Asimismo, si usted tendría alguna duda o inquietud sobre el estudio puede hacernos

preguntas con toda libertad, incluso puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado participar, usted desea retirar su aceptación en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio de la integridad física o moral de su menor hijo/a, sin tener que dar explicaciones y sin ningún tipo de condicionamiento. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 20 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta que su menor hijo/a participe en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos por favor contactar con la Srta. Cinthia Andrea Pizarro Pinedo, al teléfono N° 999150537. Si después de tener conocimiento de todo lo informado está de acuerdo en participar, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento que se me ha entregado y autorizo la participación voluntaria de mi menor hijo/a en la investigación que aquí se describe, por lo cual firmo en señal de conformidad.

Iquitos, de del 2016

.....

Firma del Padre/Madre/Tutor



Huella digital

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

ANEXO 5
ESCALA DE FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

I. PRESENTACION

El presente instrumento, es un medio de recolección de datos mediante una encuesta auto administrada que permitirá obtener información sobre los Factores biológicos: edad y sexo, factores psicológicos: autoestima y pérdidas emocionales y factores sociales: nivel de estudio y funcionamiento familiar (FF_SIL) en los estudiantes universitarios de enfermería. Duración: 15 minutos.

II. INSTRUCCIONES

Estimada/o estudiante, es nuestro interés conocer su comportamiento respecto a los ítems que se le presenta, sus respuestas son totalmente confidenciales y le agradecemos su participación marcando en cada ítem la alternativa que mejor exprese su situación o su sentir.

III. CONTENIDO

FECHA: / /

Nº DE FICHA: ...

1. FACTORES BIOLOGICOS						
a) EDAD DEL/A ENCUESTADO/A EN AÑOS	- De 16 a 20 años	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>				
	- De 21 a 25 años	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>				
	- De 26 años a más	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="3"/>				
b) SEXO	- Masculino	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="1"/>				
	- Femenino	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="2"/>				
2. FACTORES PSICOLOGICOS						
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG			VALORACION			
MA=Muy de acuerdo, DA=De acuerdo, ED=En desacuerdo, MD=Muy en desacuerdo			MA	DA	ED	MD
1.En general estoy satisfecho conmigo mismo			4	3	2	1
2.A veces pienso que no soy bueno en nada			1	2	3	4

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG				
MA=Muy de acuerdo, DA=De acuerdo, ED=En desacuerdo, MD=Muy en desacuerdo	MA	DA	ED	MD
3.Estoy segura(o) de que tengo algunas buenas cualidades	4	3	2	1
4.Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de personas	4	3	2	1
5.Siento que no tengo muchas cosas de que estar orgulloso	1	2	3	4
6.A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7.Tengo la sensación de que soy una persona muy valiosa, al igual que la mayoría de la gente.	4	3	2	1
8.No me Respeto a mí mismo.	1	2	3	4
9.En definitiva tiendo a pensar que soy un fracasado.	1	2	3	4
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	4	3	2	1
TOTAL:				
ESCALA DE VALORACIÓN DE PERDIDAS EMOCIONALES <i>Marque MA = Muy de acuerdo, DA = De acuerdo, MD = Muy en desacuerdo y D = En Desacuerdo</i>	VALORACION			
	MA	DA	ED	MD
1. Cuando me quedo sin alguien (padre, madre, enamorado/a, amigo) que quería mucho, me siento muy triste o abatida/o todo el tiempo.	1	2	3	4
2. Sufrir una ruptura o perder emocionalmente a alguna persona querida en mi vida, solamenteme afecta por un tiempo.	4	3	2	1
3. Las múltiples situaciones tristes que he sufrido en mi vida, no los tomo en cuenta para que no me afecten en lo que hago.	1	2	3	4
4. Los conflictos/peleas/problemas en mi familia, me resultan tan dolorosos y busco la ayuda necesaria para resolverlos.	4	3	2	1
5. Desaprobar una o más asignaturas me causan mucha tristeza, pero me esfuerzo en estudiar.	4	3	2	1
6. Cada vez que pierdo a alguien muy querido, tengo tanta pena y rabia que me provoca quedarme sin hacer nada.	1	2	3	4
7. Cuando peleo con algún miembro de mi familia o con una amiga/o me siento muy triste y molesta por mucho tiempo con el/ella.	1	2	3	4
8. Mi familia ha perdido estabilidad financiera y faltan muchas cosas en mi casa, pero no me molesta sino que las acepto como algo real.	4	3	2	1
9. Las experiencias tristes en mi vida como una enfermedad personal o de un ser querido, las tomo como parte de las ganancias y pérdidas de la vida.	4	3	2	1
10. Las experiencias tristes por la falta de algo o alguien en mi vida, solo				

las soporto si tengo la compañía de alguien.	1	2	3	4	
TOTAL:					
3. FACTORES SOCIALES					
NIVEL DE ESTUDIOS ^{1°}	2°	3°	4°	5°	
TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) <i>N=Nunca, PV=Pocas veces, AV=Aveces, MV=Muchas veces, CS=Casi siempre</i>	VALORACION				
	N 1	PV 2	AV 3	MV 4	CS 5
1. Se toman decisiones, en conjunto para cosas importantes de la familia					
2. En mi familia o en mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos de forma clara y directa, sin insinuaciones					
6. Podemos aceptar, los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante las diferentes situaciones que tenemos.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas del hogar entre todos, para que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares se pueden modificar según determinadas situaciones que se presenten.					
11. En mi familia, podemos conversar sobre diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada miembro de la familia, son respetados por el núcleo familiar.					
14. En mi familia nos demostramos el cariño que nos tenemos					
TOTAL:					

OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

CALIFICACIÓN:

1. AUTOESTIMA: Puntaje total de 40 puntos
 - a) Autoestima Alta: De 30 a 40 puntos logrados
 - b) Autoestima Baja: De 10 puntos a 29 puntos logrados

2. PERDIDAS EMOCIONALES: Puntaje total de 40 puntos
 - a) Afrontamiento Ineficaz: cuando obtienen menos de 30 puntos
 - b) Afrontamiento Eficaz: cuando obtiene de 30 a 40 puntos

3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Puntaje total de 70 puntos.
 - a) Familia Funcional : De 70 a 57 puntos
 - b) Familia Moderadamente Funcional: De 56 a 43 puntos
 - c) Familia Disfuncional : De 42 a 28 puntos
 - d) Familia Severamente Disfuncional : De 27 a 14 puntos

ANEXO 6

ESCALA DE IDENTIFICACION DE CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

I. PRESENTACION

El presente instrumento, es un medio de recolección de datos que permitirá obtener información sobre la frecuencia de consumo de alcohol, con la finalidad de valorar los resultados en términos de riesgo, perjudicial y dependencia. Duración: 5 minutos.

II. INSTRUCCIONES

Marque con una X la alternativa de cada ítem que mejor exprese su situación respecto al consumo o no de alcohol, hace 12 meses atrás. En las preguntas del 1 al 8, marque: N = Nunca, M1VM = Menos de un vez al mes, 1VM = Una vez al mes, 1VS = Una vez a la semana, D/CD = Diario o Casi Diario. Para las preguntas 9 y 10, marque: N = No, SNUA = Si pero no en el último año, SUA = Si en el último año.

III. CONTENIDO:

N°	PREGUNTAS <i>En el último año:</i>	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA				
		N	M1VM	1VM	1VS	D/CD
01	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0	1	2	3	4
02	¿Cuántas botellas de bebidas alcohólicas suele ingerir o tomar en un día de consumo normal?	0	1, 3	4, 6	7, 9	10 a más
03	¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas en una sola o en la misma ocasión?	0	1	2	3	4
04	¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez que había comenzado?	0	1	2	3	4
05	¿Con qué frecuencia no pude realizar mis responsabilidades/compromisos, porque había bebido?	0	1	2	3	4
	¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en					

06	ayunas para recuperarse después de no haber bebido mucho el día anterior?	0	1	2	3	4
N°	PREGUNTAS <i>En el último año:</i>	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA				
		N	M1VM	1VM	1VS	D/CD
07	¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0	1	2	3	4
08	¿Con qué frecuencia ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0	1	2	3	4
<i>N = No, SNUA = Si, pero no en el último año, SUA = Si en el último año.</i>		NO	SNUA		SUA	
09	Usted o alguna otra persona ¿han resultado heridos porque había bebido?	0	1	2		
10	¿Algún pariente, amigo o profesional de salud, han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0	1	2		
TOTAL:						

OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

CALIFICACION: Puntaje total: 40

- e) Consumo Sensato: cuando obtiene un valor de 1 a 3 puntos.
- f) Consumo Perjudicial: cuando obtienen un valor de 4 a 7 puntos.
- g) Consumo Dañino: cuando obtiene un valor de 8 a 40 puntos.