



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
2012-2014**

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA  
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL CONSUMO DE  
BEBIDAS ALCÓHOLICAS EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO  
DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN- MANAGUA,  
MARZO 2014, NICARAGUA**

Autora:

**Rosa Celinda Zamora Bellorín**

Tutor:

**Luis Adolfo Carballo Palma MD MSP  
Docente Investigador del CIES UNAN Managua**

**MANAGUA, NICARAGUA, MAYO 2014**

## **DEDICATORIA**

A Dios nuestro padre celestial, la virgen y la sangre de Cristo todo poderoso, que nos cubre con sus bondades y nos enseña el camino de la vida y la salvación.

A mi madre, Sra. Rosa Celinda Bellorin Blandón (Q.E.P.D) por su amor, ejemplo y sacrificio hasta su muerte.

A mi hermano Lenin Antonio Sobalvarro Bellorin, por haber dedicado parte de su valioso tiempo y entusiasmo en este trabajo de tesis.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a todos(as) los(as) maestros del CIES que con su tiempo y dedicación hicieron realidad este sueño.

En especial a la Dra. Msc. Marcia Ibarra, que siempre me dio fuerza y me impulso a terminar mis estudios, al Dr. Msc. Miguel Orozco quien siempre brindó su apoyo e incondicional comprensión, al Dr. Msc. Ezequiel Provedor quien fue maestro y amigo, me dio su tiempo para guiarme en el trabajo, a mi tutor Dr. Msc. Luis Carballo quien estuvo pendiente de este trabajo.

## RESUMEN

**Objetivo:** El propósito del estudio fue explorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de medicina en cuanto al consumo de alcohol.

**Método:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo de conocimiento, actitudes y prácticas en 441 estudiantes de Medicina de la facultad de ciencias médicas de la UNAN Managua a inicios del 2014.

**Resultados:** Entre los principales hallazgos se observó que el grupo de estudiantes encuestados se caracterizó por proceder principalmente de zonas urbanas, teniendo la gran mayoría de estudiantes 19 años o menos y un estado civil de solteros. El 57.4% de los estudiantes encuestados refieren que hay algún familiar que vive en el hogar y consume bebidas alcohólicas. Los familiares que toman reportados por los estudiantes en orden de frecuencia fueron padres, hermanos, madres y tíos. No se observaron diferencias significativas según sexo en cuanto a las variables aquí mencionadas. La inmensa mayoría de estudiantes refiere que el consumo de alcohol es peligroso (98%), crea dependencia (91%) y se asocia a múltiples enfermedades (92%). Sin embargo cuando se les pregunto qué sustancias consideraban eran drogas a partir de un listado predeterminado, solo el 77% señaló que el alcohol era una droga. Por otro lado, los estudiantes en su inmensa mayoría si reconocieron como drogas a la cocaína, a la pega. Una proporción de estudiantes reconocieron a la cafeína, hongos, pastillas tranquilizantes, y tabaco como drogas, pero en menor proporción en comparación con el alcohol.

**Conclusiones:** En cuanto a las actitudes los estudiantes tienden a reconocer al consumo de alcohol como algo que afecta su propia salud, sin embargo tienden a pensar que el consumo de alcohol no afecta su vida diaria, ni sus actividades físicas, ni se ven afectados por que algún familiar tome. También tienden a pensar que el consumo de alcohol en general no los hace sentir mejor, pero si ayuda a olvidar los problemas personales pero no a resolverlos.

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. ANTECEDENTES .....	3
III. JUSTIFICACION .....	12
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
V. OBJETIVOS.....	14
VI. MARCO TEÓRICO .....	15
VII. DISEÑO METODOLOGICO .....	41
VIII. RESULTADOS.....	53
IX. CONCLUSIONES .....	57
X. RECOMENDACIONES .....	60
XI. BIBLIOGRAFIA .....	62
XII. ANEXOS .....	65

## I. INTRODUCCIÓN

El abuso del alcohol representa una de las principales causas de muerte, enfermedades y accidentes evitables en muchos países del mundo. El consumo de alcohol está asociado con una variedad de consecuencias sanitarias y sociales adversas. Se han demostrado los efectos nocivos del alcohol sobre muchas enfermedades, como la cirrosis hepática, enfermedades mentales, varios tipos de cáncer, pancreatitis y accidentes fatales en las mujeres embarazadas. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con acontecimientos de efectos sociales adversos, como muertes y accidentes por conducir en estado de embriaguez, conducta agresiva, rupturas familiares, reducción de la productividad laboral y en el caso de estudiantes incrementa la tasa de fallo académico y deserción. (1-3)

Se calcula que el consumo del alcohol causa cada año 2,5 millones de muertes, y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes. La OMS reporta que anualmente a nivel mundial unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario. (2-4)

El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en América Latina. El consumo del alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención. (2, 3) Estudios recientes indican que el consumo de alcohol es un problema grave en Nicaragua, donde solo un 23% de la población es abstemia y un 50% consume niveles nocivos de alcohol (un promedio de 4 a 5 litros por persona por año) y que el problema es más serio entre los jóvenes. (5)

A como se mencionó previamente la población joven es una de las más afectadas y de esta la población universitaria representa una población con alta vulnerabilidad para el consumo de alcohol debido a las posibilidades de acceso que tienen para la compra de

bebidas alcohólicas y al incremento en la disponibilidad de situaciones de consumo que se presenta una vez ingresan al ambiente universitario. (6) A pesar del reconocimiento del consumo de niveles de riesgo alcohol como un problema de salud pública, la información en grupo de riesgo y en este caso, de jóvenes universitarios es muy limitada en Nicaragua.

El desarrollo de programas efectivos de prevención y control en esta población debe ser una prioridad de las políticas públicas y de la comunidad universitaria Nicaragüense. El diseño de estos programas debe considerar y partir de una adecuada comprensión del comportamiento de determinantes claves asociados con esta situación, entre ellos los determinantes relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas.

En este sentido, estudios anteriores evidencia que los estudiantes del área de la salud, especialmente de la carrera de medicina (7-9), constituyen un grupo de población que merece una atención especial en relación al uso del alcohol y de otras sustancias, pues representan a los profesionales que, en el futuro, trabajaran en cuestiones de salud en la comunidad.

En el presente trabajó se investigó el caso de los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Managua, a través de la aplicación de una encuesta de conocimientos actitudes y prácticas sobre el consumo de bebidas alcohólicas en una muestra representativa de estudiantes durante el mes de febrero del 2014.

## II. ANTECEDENTES

### ***Estudios en Latino América en Población Universitaria***

Ríos y Natera (2001), realizaron un estudio con el propósito de establecer la relación entre las expectativas hacia el consumo de alcohol, los patrones de su uso y los problemas asociados a su consumo en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de México. Para lo cual llevaron a cabo un estudio transversal realizado en octubre de 1998, en el que participaron 678 estudiantes, hombres y mujeres entre los 17 y 25 años de edad, provenientes de universidades públicas y privadas. En él se midieron las expectativas a partir de un cuestionario de autorreporte, el Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ), que fue adaptado a esta población obteniendo una consistencia interna global elevada ( $\alpha=0.93$ ). Del total de los estudiantes, 31% presentó un consumo alto (mayor a cinco copas por ocasión de consumo en el último año), principalmente en los varones, mientras que 17% fueron no consumidores. Mediante un modelo estructural de ecuaciones se estudió la relación entre las sub-escalas de expectativas, el patrón de consumo y problemas asociados. El análisis de varianza mostró una relación estadísticamente significativa entre seis sub-escalas de expectativas (el alcohol como facilitador de la interacción grupal, expresividad verbal, desinhibición, incremento de la sexualidad, reducción de la tensión psicológica e incremento de la agresividad) y las variables sexo, consumo de alcohol y problemas asociados ( $F=5.23$ ,  $gl=1$ ,  $p< 0.05$ ). Los autores concluyeron que de manera consistente con lo informado en otros países, se encontró que los efectos que las personas atribuyen al consumo de alcohol, anticipándose a la experiencia de estar bebiendo (expectativas), están estrechamente relacionadas con su consumo. Los resultados de este estudio indican que los estudiantes con un consumo alto de alcohol tuvieron mayores puntuaciones en seis de las sub-escalas de expectativas, además de que éstas fueron más elevadas entre quienes informaron que tuvieron problemas relacionados con el consumo en el último año. Las expectativas del alcohol como facilitador de la interacción grupal, como reductor de la tensión psicológica y como



agente que incrementa la conducta agresiva se relacionaron con un consumo de alcohol más alto. (10)

Por otra parte los resultados muestran que los varones fueron más propensos que las mujeres a tener mayor consumo de alcohol. De igual manera, el estudio concuerda que las actitudes positivas hacia el alcohol son mediadas por las normas sociales que pueden anular los efectos nocivos que tiene el alcohol a la salud. Por otra parte, los autores señalan que las variables más importantes que se relacionan con un alto consumo de alcohol fueron en la población estudiada fueron: (a) los cambios en las expectativas de consumo a partir de razones sociales; (b) contexto social refuerza el consumo; (c) la historia familiar del uso y abuso; (d) la perspectiva que el consumo de alcohol es parte de un estilo de vida. (10)

Londoño Pérez y colaboradores publican en el 2005 un estudio que pretende describir las expectativas que los jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá (Colombia) tienen en torno al consumo de alcohol y evaluar sus efectos sobre el tipo de consumo que éstos presentan. En la muestra se incluyen no consumidores, consumidores moderados, consumidores abusivos y consumidores dependientes. Para evaluar el nivel de consumo se usó el cuestionario AUDIT y para evaluar las expectativas se aplica el Inventario de Expectativas de Consumo de Alcohol AEQ versión en español, analizando las condiciones psicométricas de dichas pruebas para esta población. Se analizan además diferencias de género respecto de las dos variables antes mencionadas. En general los autores sugieren que el estudio evidencia una marcada tendencia entre los jóvenes universitarios a consumir alcohol en un nivel moderado, diferencias de género en cuanto a la cantidad de alcohol ingerido y la ingesta de la sustancia en situaciones sociales principalmente. Respecto de las expectativas se encuentra que en los jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá predominan la expectativa del alcohol como facilitador social y la expectativa de reducción de la tensión psicológica. Expectativas como agresividad y sentimientos de poder, el incremento de la sexualidad y la desinhibición se dan en menor medida; aunque en todos los casos se presentan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres; esto sin duda alguna asociado a que los varones tienden a consumir más frecuentemente y

en mayor medida que las mujeres. De otra parte, se encuentra que expectativas sobre cambios psicofisiológicos y de disminución de la tensión física son poco frecuentes en ésta población. En otras palabras los autores concluyen que se confirma el papel determinante que juegan las expectativas frente al nivel de consumo de alcohol y se confirman las marcadas diferencias de género en cuanto al consumo y a las expectativas respecto del efecto de la sustancia. Además se evidencia el predominio de expectativas asociadas a efectos positivos y asociadas a la facilitación de la interacción social. (11)

Del Bosque Moreno publicó en el 2006 una tesis monográfica realizada en Monterrey México cuyo propósito fue conocer la relación que existe entre la percepción de las normas sociales descriptivas y prescriptivas del consumo de alcohol y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios en tres facultades de una universidad pública de Monterrey, Nuevo León. Los autores entrevistaron 639 estudiantes universitarios. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y dos instrumentos: el instrumento Prueba de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) y el instrumento de Percepción de Normas Sociales (PNS). Ambos instrumentos mostraron consistencia interna aceptable (0.85 y 0.87 respectivamente). El autor concluyó que el estudio realizado permitió verificar empíricamente los conceptos de percepción de normas sociales descriptivas y prescriptivas y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. En lo que respecta al consumo de alcohol por sexo, se encontró diferencia significativa ( $U = 27525.00$ ,  $p = .001$ ) presentando una media = 29.75 y una mediana de 27.5 mayor de consumo de alcohol en el sexo masculino que en el femenino (media= 16.73, mediana = 12.5). Se encontró correlación positiva y significativa entre la percepción de normas sociales descriptivas ( $r_1 = .41$ ,  $p = .001$ ) y prescriptivas ( $r^* = .42$ ,  $p = .001$ ) con el consumo de alcohol. También se encontró diferencia significativa de las normas sociales descriptivas y prescriptivas por sexo ( $F = 44801.50$ ,  $p = .018$ ), ( $F = 39377.00$ ,  $p = .001$ ) respectivamente, los dos tipos de normas fueron más altas en los varones, quienes además tuvieron los más altos consumos de alcohol. (12)

Porciel publicó en el 2008 un estudio realizado en Argentina, en el cual seleccionó universitarios del primer y segundo año de las carreras en ciencias de: la salud, ingeniería, ciencias naturales, ciencias sociales y jurídicas, agrarias y veterinarias de ambos sexos para una encuesta. El cuestionario utilizó datos socio-demográficos, conductuales y psicosociales con el objetivo de establecer las percepciones y actitudes de los jóvenes respecto al abuso de consumo de alcohol. De igual forma el cuestionario recopiló datos sobre; la frecuencia del consumo, preferencia de bebidas alcohólicas y nivel de peligrosidad. Otras variables consideradas por el cuestionario fueron la exposición a los medios de comunicación, el campo de educación de los participantes, el nivel socioeconómico de la familia, el lugar de procedencia y los hábitos de consumo de alcohol y otras drogas. El investigador concluyó que el consumo de alcohol y las actitudes hacia el alcohol entre los jóvenes está significativamente condicionado por aspectos socioculturales tales como: la influencia de los grupos de pares y la publicidad. De igual forma, los determinantes personales y familiares juegan un papel significativo en los casos donde el consumo de alcohol se transforma en un problema de salud. (13)

Respecto a las causas por las cuales los jóvenes beben el autor observó diferencias por género tanto en las actitudes como en el consumo. En general las mujeres atribuyeron el consumo y las actitudes positivas hacia el consumo de alcohol, cuando se veían presionadas por los grupos y los varones opinaron que el motivo principal es la búsqueda de diversión. El autor señala que los participantes del estudio, no poseen el hábito de consumir bebidas alcohólicas, con frecuencia o en exceso. Sin embargo, señalan que su entorno inmediato tiene actitudes que favorecen el alto consumo del alcohol, tanto entre sus pares como en los adultos. Respecto a la peligrosidad del abuso frecuente de bebidas alcohólicas para la salud, un 90% de las mujeres considera que es “muy peligroso, y los más jóvenes un 27%, considera que el abuso del alcohol frecuentemente resulta “un poco o algo peligroso” para la salud. (13)

Ortega-Pérez y colaboradores publicaron en el 2011 un estudio exploratorio con metodología cuantitativa sobre drogadicción en estudiantes universitarios incluyendo el consumo de alcohol. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario estructurado cerrado y autoadministrado a 500 estudiantes universitarios. Entre los hallazgos principales del estudio se observó que 185 estudiantes (37,1%) consumían o habían consumido drogas por lo menos alguna vez en la vida. La edad de inicio de consumo de su primera droga mostró que la mayoría la inicio entre 13 y 21 años. El alcohol fue la primera droga a ser utilizada, seguida por tabaco, marihuana, benzodiazepinas y anfetaminas. La autopercepción del efecto de las drogas en los usuarios mostró una tendencia a negar que las drogas ejercían algún impacto sobre su propio rendimiento académico, evidenciándose entonces que no se percibe el consumo de drogas como un problema que los afecta si consumen droga, pero que si afecta a los demás cuando consumen drogas. (14)

Cruz y colaboradores publicaron el 2011 un estudio descriptivo transversal que tuvo por objetivo determinar los factores asociados en el consumo de alcohol en 68 alumnos de Ingeniería Civil de un universo de 911 estudiantes el cual se llevó a cabo a lo largo de dos años en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (México). Para la recolección de datos se utilizó el Inventario Situacional del Consumo de Alcohol con el fin de medir situaciones específicas de consumo de alcohol, utilizando análisis descriptivos y de componentes principales. Entre los resultados hallados, 42.6% refirió haber bebido por primera vez a los 15 años, siendo la cerveza la primera bebida alcohólica de consumo, el cual persistía hasta el momento del estudio en más de la mitad de muestra. Los factores que se relacionan con el consumo de bebidas alcohólicas fueron la necesidad física, las emociones agradables y desagradables, la presión social y el conflicto con otros. La adecuada información y un buen manejo de las medidas preventivas otorgan al estudiante la capacidad de realizar un autocuidado independiente y libre de riesgos, concluyen las autoras. (15)

Restrepo y colaboradores publicaron en el 2011 un estudio realizado en Colombia que tuvo por objetivo determinar en un grupo de estudiantes universitarios, los factores

relacionados con su nivel de riesgo de consumo de alcohol. Para lo cual llevaron a cabo un estudio transversal para determinar los factores que influyen en el nivel de riesgo de alcohol en estudiantes universitarios. Se aplicó una encuesta estructurada (AUDIT) a 221 estudiantes elegidos a conveniencia. Se realizó una regresión logística para establecer los factores relacionados con riesgo de consumo de alcohol, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0. En general, los estudiantes presentaron un bajo riesgo de consumo o de abstinencia y manifestaron principalmente consumirlo para combatir el ocio; el 65,5% de los estudiantes encuestados presentó nivel de riesgo de consumo de alcohol en la zona I, es decir, consumo de bajo riesgo o abstinencia y solo es necesario realizar una intervención de educación. El ser hombre, la alta frecuencia de consumo de cigarrillo, el número de personas que viven en el hogar que consumen alcohol y el promedio académico, logran explicar el 39,4% de la variabilidad de la probabilidad de tener alto riesgo de consumo de alcohol, el 60,6% restante es explicado por variables no incluidas en el modelo o por el azar. Los autores concluyeron que el sexo masculino la frecuencia diaria de consumo de cigarrillo y convivir con personas que consuman alcohol, aumentan el riesgo de desarrollar un nivel alto de consumo de alcohol, mientras que tener un promedio académico alto disminuye el riesgo. (16)

Melina Castrillo y colaboradores publicaron en el 2012 un estudio que tuvo por objetivo explorar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico en Colombia. Llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en estudiantes de primero a octavo semestre de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico (Colombia). Los autores encontraron que el 71,5% tiene conocimiento sobre la composición de las sustancias psicoactivas. El 45% está totalmente en desacuerdo con el consumo de sustancias psicoactivas para relacionarse fácilmente con la gente. El 37,2% está totalmente en desacuerdo con consumir sustancias psicoactivas para divertirse. El 90,7% está de acuerdo con la inversión de recursos económicos en programas de rehabilitación, seguimiento de la población afectada por el consumo de drogas. El 55,5 % consumió alcohol, el 22,2%

Consume éxtasis y el 22,2 restante consume marihuana y bazuco. Los autores concluyeron que hubo un balance negativo en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de enfermería, debido a que la gran mayoría ha consumido sustancias psicoactivas. Además de encontrarse deficiencia relacionada al conocimientos de las mismas, y en cuanto a las actitudes, se concluyó que la mayoría de los sujetos estudiados tiene actitudes favorables relacionadas con la legalización de las sustancias psicoactivas. (17)

Aguilar y colaboradores publicaron en el 2011 un estudio llevado a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo principal del estudio fue elaborar un modelo estructural del consumo estimado de bebidas alcohólicas entre estudiantes de licenciatura, el cual integrara los motivos para beber, expectativas negativas y problemas, amigos bebedores, asistencia a fiestas y búsqueda de sensaciones. En una muestra de 138 estudiantes universitarios se elaboraron y/o adaptaron escalas para evaluar las variables mencionadas, y se validaron posteriormente mediante modelos de regresión múltiple. El modelo obtenido mostró que el consumo fue afectado directamente por la asistencia a fiestas y las expectativas negativas, e indirectamente por el afrontamiento, el mejoramiento-social y amigos bebedores; además, los problemas fueron afectados directamente por expectativas negativas, el consumo y fiestas. Finalmente, usando un modelo de clases latentes, se identificaron tres subgrupos de estudiantes con perfiles diferentes de consumo, expectativas negativas, amigos bebedores y motivos de mejoramiento-sociales. (18)

### ***Estudio Latinoamericanos en población universitarias de las carreras de medicina***

En países de América latina las evidencias muestran índices de prevalencia preocupantes sobre el uso en la vida en estudiantes de diferentes facultades de medicina 50% a 86,9% en Brasil (9, 19, 20) y 89,3% a 98,1% en Colombia (7, 20)

Estudios anteriores en estudiantes colombianos del área de salud (Medicina, Odontología y Enfermería) observaron: consumo de alcohol en niveles perjudiciales en 34,5%. Dentro de los problemas relacionados al consumo de alcohol, los problemas físicos (cefaleas, gastritis, vómitos, fotofobia) fueron los más prevalentes, así como la relaciones sexuales no planificadas o sin protección bajo los efectos del alcohol; problemas familiares como causa del consumo de alcohol; enfrentamientos físicos o problemas con la autoridad o la policía y con el grupo social; y problemas académicos en ambos sexos. (21)

Puig-Nolasco y colaboradores publicaron un estudio en el 2011 sobre el consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. Este estudio tuvo por objetivo identificar el patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes. Se trató de un estudio transversal realizado en la Universidad Veracruzana, en México, con 263 estudiantes (84,4%). El cuestionario contiene la Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso del Alcohol y el Cuestionario de Estudiantes 2006. Los sujetos eran 60% mujeres, jóvenes. El uso en la vida fue de 71,9% y la edad de inicio 12,5 años. La frecuencia del consumo fue baja pero en alta cantidad, consumen en niveles de emborrachamiento, principalmente los hombres. El 46% consume bebidas en niveles problemáticos. Los estudiantes refirieron una percepción de que los padres y maestros ven muy mal que ellos consuman bebidas alcohólicas. Los autores indican que los resultados de su estudio corroboran los hallazgos observados en otras investigaciones que sugieren que los mexicanos consumen en bajas frecuencia en comparación a otros países pero en grandes cantidades y con marcada tendencia a la embriaguez, Dato que se torna preocupante frente a las posibles consecuencias (sociales y de salud) que pudieran resultar.(8)

### ***Estudios en Nicaragua***

Herrera y colaboradores publicaron en el 2012 un estudio sobre policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de Pregrado del área de la salud en una universidad, León – Nicaragua. El estudio fue de corte transversal, y en el participaron

357 estudiantes de pregrado del área de la salud de una universidad. El 52.1% de los participantes dijo haber usado sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, y el 42.6% dijo haber consumido en los últimos 12 meses. En el último año, un 80.3% refirió haber consumido alcohol, un 34.2% tabaco, un 5.9% drogas de prescripción, un 4.6% cannabis, y un 3.9% cocaína/crack. En relación al consumo simultáneo en los últimos 12 meses, las cifras de reportadas fueron de 14.7% para alcohol tabaco cannabis, y de 8.8% para otras combinaciones.(22)

Castro y colaboradores realizaron un estudio que buscó caracterizar a estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN León y su relación con drogas lícitas e ilícitas, mediante un estudio descriptivo transversal realizado en el año 2008 en la Ciudad de León, en Nicaragua. Se utilizó un cuestionario anónimo autoaplicado SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health) adaptado a la realidad Nicaragüense, el que fue respondido por un total de 954 estudiantes entre 17 y 35 años, de ambos sexos, de las carreras profesionales de dicha facultad. A continuación se describen los hallazgos en relación al consumo de alcohol. En relación al uso de sustancias psicotrópicas, el 52,6% ha consumido alcohol, el 34,6 lo consume de forma habitual y el 34,6% inicio su consumo antes de entrar a la universidad; El 52,5% había experimentado con alcohol. Habían consumido alcohol (66%) de 25 a 29 años, el 57% de los 20 a 24 y, el 43,5% de 15 a 19; el 61% de los hombres y el 49,3% de las mujeres, el 65,2% de psicología, el 52,8% de bioanálisis, el 51% de medicina y el 44,3% de enfermería; el 55,9 de los que viven en casa de alquiler, el 55,1 de los que viven con familiares, el 31,8% de los que viven con amigos y el 41,7 en otras modalidades; el 78,8% de los acompañados, el 52,8% de los solteros y el 42% de los casados. El consumo de alcohol es más frecuente en los niveles socioeconómicos altos, y se incrementa conforme mejora dicho nivel, el mayor porcentaje de consumo se da entre los que provienen de los Departamentos de León y Estelí, El consumo de alcohol es más frecuente entre los que cursan el cuarto año de la carrera y es más frecuente el consumo de alcohol entre los que profesan la religión católica. (23)



### **III. JUSTIFICACION**

A pesar del amplio reconocimiento que hay respecto a la necesidad de información sobre cuanto saben, que piensan y que prácticas tienen los jóvenes universitarios sobre el consumo de bebidas alcohólicas y sus efectos sociales y de salud, existe un número muy limitados de estudios disponibles en este grupo en Nicaragua, en especial en el grupo de estudiantes de medicina, y de metodologías contrastadas para reunir datos relacionados con esta temática.

Por otro lado hay un reconocimiento de que en toda estrategia de prevención en salud se debe incluir el diseño de programas eficaces que permitan aumentar los conocimientos y promover actitudes positivas y comportamientos saludables dentro del grupo objetivo. (24) Con el fin de diseñar estas estrategias y actividades de manera adecuada, y para saber si son eficaces, necesitamos medir y definir los conocimientos, las actitudes y las prácticas existentes en el grupo objetivo. Una encuesta CAP es un método que puede utilizarse para reunir esta información.

Se espera que los datos recopilados a través de este estudio CAP puedan servir a las autoridades educativas y de salud para fortalecer la planificación y la implementación de estrategias de prevención y control del consumo de niveles de riesgo de alcohol en estudiantes universitarios. Así mismo que la información también sea útil a los estudiantes, para que puedan identificar sus propias fortalezas y debilidad en cuanto a la temática, y de esa manera haya un auto-reconocimiento de la necesidad de mejorar los propios conocimientos, modificar los comportamientos inadecuados y desarrollar actitudes más favorables.

Reconociendo que este es un problema de salud pública, este estudio pretende servir de referencia para futuras investigaciones sobre este tema, así como documento de base para presentarse a las autoridades competentes que les sirva de apoyo para elaboración de propuesta de estrategias de prevención para disminuir la ingesta de alcohol en los estudiantes de medicina.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los pocos estudios disponibles en Nicaragua sobre el consumo de alcohol en población universitaria, especialmente en estudiantes de medicina, sugieren patrones de alto consumo, tanto en lo referido a la proporción de estudiantes que consumen bebidas alcohólicas, como a la frecuencia y cantidades de consumo. Sin embargo estos estudios exploran de forma limitada los determinantes del consumo de alcohol en esta población. A nivel de la UNAN Managua en la Facultad de Ciencias Médicas no existe una estrategia definida para prevenir y controlar el consumo bebidas alcohólicas entre sus estudiantes ni se ha documentado cuales son los principales determinantes del consumo de alcohol en los estudiantes. Es importante partir de una exploración de los conocimientos, actitudes y prácticas comunes en este grupo de jóvenes, por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el conocimiento, actitudes y prácticas del consumo de alcohol en estudiantes de la facultad de medicina del recinto universitario RUBEN DARIO del 1 de marzo al 1 de abril del 2014?

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Identificar el conocimiento, actitudes y prácticas del consumo de alcohol en estudiantes de la facultad de medicina del recinto universitario RUBEN DARIO en el período de enero a marzo del 2014.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las características sociodemográficas de los estudiantes que participan en el estudio
2. Describir los antecedentes de consumo de alcohol en la familia.
3. Determinar si los estudiantes conocen aspectos básicos sobre el consumo de alcohol y sus efectos en la salud (naturaleza adictiva, peligrosidad y enfermedades asociadas a su consumo)
4. Explorar la tendencia de las actitudes de los estudiantes ante el consumo de bebidas alcohólicas y ante los potenciales efectos negativos asociados.
5. Conocer las prácticas comunes de consumo de bebidas alcohólicas (duración, frecuencia y situaciones asociadas) en estudiantes que participan en el estudio.

## **VI. MARCO TEÓRICO**

El presente marco teórico está dividido en cuatro grandes secciones. En una primera sección se abordan aspectos teóricos y conceptos básicos relacionados con el consumo de alcohol. En una segunda sección se describen algunos determinantes relacionados con las características sociodemográficas de grupos poblacionales que se asocian al consumo de alcohol. En una tercera sección se exploran determinantes relacionados con las actitudes de las personas asociadas al consumo de alcohol. En una cuarta y última sección se discute acerca de la evidencia disponible sobre prácticas asociadas al consumo de alcohol.

### ***Aspectos teóricos***

#### **Descripción del consumo de alcohol y daños asociados**

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres.

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión.

La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

Los factores genéticos juegan un rol importante en el consumo perjudicial de alcohol y la dependencia; algunos genes incrementan el riesgo y otros lo disminuyen. Existe una interacción entre los genes y el entorno y las personas que beben más alcohol o que habitan en lugares donde se consume mucho alcohol corren más riesgo de presentar problemas de salud relacionados con el mismo. Cualquiera sea el nivel de consumo de alcohol, las mujeres presentan un riesgo superior, siendo las diferencias en la magnitud del riesgo variables entre diferentes enfermedades. Esto probablemente se deba al hecho de que, en comparación con los varones, las mujeres tienen una menor proporción de agua corporal en relación a su peso. Hasta un 25% del incremento en el riesgo de muerte que existe al comparar varones de mediana edad pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos con varones de mediana edad de grupos socioeconómicos altos, es atribuible al alcohol.

El consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia coexisten a lo largo de un continuum. No son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia delante y hacia atrás dentro de ese continuum durante sus vidas.

## **Alcohol y salud**

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral. Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. Los daños causados por el consumo de alcohol a terceras personas

abarcan desde molestias sociales menores, como permanecer despierto durante la noche, hasta consecuencias más severas, como deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios. En general, cuanto más grave resulte el delito o la lesión, tanto más probable que el consumo de alcohol haya sido el causante. La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de alcohol tanto perjudicial como de riesgo.

El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos.

Una dosis pequeña de alcohol reduce el riesgo de contraer enfermedades cardíacas, aunque aún está en debate cuál ha de ser el tamaño de dicha dosis para que resulte beneficiosa para la salud. Tanto los estudios de mejor calidad metodológica como aquéllos que toman en cuenta posibles factores de influencia, no encuentran prácticamente riesgo si el nivel de consumo alcohólico es bajo. Una buena reducción del riesgo se puede obtener tomando sólo 10g de alcohol día por medio. Por encima de 20g/día de alcohol, el riesgo de enfermedad coronaria aumenta.

Parece que es el alcohol en sí mismo el que reduce el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, independientemente del tipo de bebida alcohólica que se consuma. Ingerir grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión aumenta el riesgo de arritmias cardíacas y de muerte súbita de origen coronario.

El riesgo de muerte derivado del alcohol es un balance entre el incremento del riesgo de enfermedades y lesiones asociadas al alcohol y la disminución en el riesgo de enfermedad cardíaca que, en pequeña medida, es atribuible al alcohol. Este balance demuestra que, excepto para personas mayores, el consumo de alcohol no está exento de riesgos. El nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte para

mujeres menores de 65 años, es de cero o cercano a cero, e inferior a 5 gr/día de alcohol para mujeres de 65 años o más de edad. En los varones, el nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte en menores de 35 años es cero, en edades medias es aproximadamente 5g/día y en varones de 65 años o más es menos de 10g/día.

Reducir el consumo de alcohol o evitarlo por completo aporta beneficios a la salud. Todos los riesgos agudos se pueden revertir si se elimina el consumo de alcohol. Aún en el marco de enfermedades crónicas, como la cirrosis hepática y la depresión, la reducción o la suspensión del consumo de alcohol se ve asociada a una rápida mejoría de la salud.

Por lo tanto, dado que el alcohol está implicado en una amplia variedad de problemas de salud física y mental de una manera dosis dependiente, los trabajadores de atención primaria de la salud tienen la posibilidad de identificar a aquellos pacientes adultos con consumo de riesgo o perjudicial. Más aún, como la atención primaria abarca el tratamiento de problemas físicos y mentales de diversa índole, se deben atender sus causas en relación con el uso de alcohol. Es particularmente importante reducir el riesgo de provocar daños a terceros.

### **Identificación del consumo perjudicial y de riesgo**

Un abordaje preventivo como tal sólo puede alcanzarse si se lleva a cabo una identificación de todos los pacientes adultos para determinar si se trata de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, incluyendo patrones de consumo excesivo ocasional. Si no fuera posible llevar a cabo un estudio tan amplio, una opción factible es la de limitar el estudio a grupos de alto riesgo o a situaciones específicas. Estos grupos podrían incluir varones jóvenes o de edades medias. No existe evidencia alguna acerca de la frecuencia con que debe realizarse la evaluación de un posible consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Si no hay factores clínicos que lo justifiquen, probablemente no debería realizarse más de una vez al año.

Las preguntas más simples de realizar son las relacionadas con el consumo de alcohol. Las tres primeras preguntas del Cuestionario de identificación de los trastornos por consumo de alcohol de la OMS (AUDIT-C, por sus siglas en inglés), que fue diseñado para identificar consumos de alcohol de riesgo o perjudicial en entornos de atención primaria, han sido correctamente probadas y validadas. La primera pregunta interroga sobre la frecuencia del consumo; la segunda valora la cantidad de alcohol bebido en un día de consumo normal, y la tercera versa sobre la frecuencia de episodios de consumo elevado de alcohol. La identificación del tipo de consumo de alcohol de un paciente se realiza mucho mejor cuando se incorpora a las prácticas clínicas de rutina; por ejemplo, realizar las preguntas de forma sistemática a todos los nuevos pacientes en el momento en que se registran o cuando acuden para un chequeo general; o a todos los varones de entre 18 y 44 años cuando acuden para una consulta. No hay ninguna evidencia disponible que sugiera que la aplicación sistemática de la identificación del consumo de alcohol, de riesgo o perjudicial, pueda acarrear efectos negativos, tales como incomodidad o insatisfacción entre los pacientes.

Para una mejor evaluación de los casos, aquellos pacientes varones que obtengan una puntuación de 5 o más en el cuestionario AUDIT-C, o cuyo consumo de alcohol sea igual o superior a 210g por semana y aquellas pacientes mujeres cuyo puntaje sea de 4 o más en el AUDIT-C, o cuyo consumo de alcohol semanal sea igual o superior a 140g, deberán ser invitados/as a responder el cuestionario de 10 preguntas del AUDIT para una valoración más completa.

Las pruebas de laboratorio para la evaluación de trastornos relacionados con el uso de alcohol incluyen la gamma-glutamyl-transferasa (GGT) en suero y las aminotransferasas (enzimas hepáticas), la transferina deficiente en carbohidratos (CDT) y el volumen corpuscular medio (VCM). No son útiles para el proceso de identificación, porque si se obtienen resultados elevados, éstos tienen una baja sensibilidad, identificando sólo una pequeña porción de pacientes cuyo consumo de alcohol es de riesgo o perjudicial.

## **Evaluación de los daños causados por el alcohol y la dependencia del alcohol**



Los pacientes que presentan un cuadro de consumo de alcohol, tanto de riesgo como perjudicial, y aquéllos con sospecha clínica de consumo perjudicial o de dependencia del alcohol, pueden verse beneficiados con evaluaciones complementarias. Una herramienta de primera línea es el Cuestionario de identificación de los trastornos por el consumo de alcohol de la OMS. Una puntuación de 20 o más en el AUDIT es indicativa de dependencia del alcohol, aunque puntuaciones menores también pueden significar dependencia y los pacientes pueden necesitar ser derivados a especialistas para su evaluación diagnóstica y tratamiento. La dependencia del alcohol puede ser medida con el módulo de dependencia de alcohol de la Entrevista compuesta internacional para el diagnóstico, ECID -(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)-, elaborada por la OMS. Esta entrevista contiene siete preguntas que miden la dependencia del alcohol, resultando cuatro o más respuestas positivas indicadoras de un diagnóstico de dependencia. Cuando se presentan niveles elevados de GGT en suero y de aminotransferasas séricas, CDT y VCM, se debe, en general, a la presencia de alcohol. Cuando estos análisis se realizan en forma rutinaria, como parte de una batería de estudios bioquímicos, la presencia de niveles elevados debería alertar al médico sobre un posible diagnóstico de consumo perjudicial o de dependencia del alcohol.

Muchas personas creen que el tomar bebidas alcohólicas es normal y casi tradicional, pero no lo ven como algo que podría llevar a una enfermedad llamada “Alcoholismo” que no solo causa graves estragos en la salud física, sino que también afecta la salud mental. La adolescencia es considerada un factor de riesgo, donde se puede favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la libertad de toma de decisiones, la creencia de determinados mitos o imitación a los adultos, estrés etc.

Herrera y Cols (2004) menciona que la adolescencia es la etapa entre la niñez y la edad adulta (10-19 años de edad) y que constituye una de las etapas más vulnerables del ser humano, para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para la salud, entre los que se destacan el alcoholismo.

## ***Determinantes sociodemográficos***

Existen cinco razones cruciales para considerar al alcohol una urgente prioridad de salud pública en las Américas. Estas son:

Las Américas superan a las estadísticas medias globales en:

1. muertes relacionadas con el alcohol
2. consumo de alcohol
3. patrones de consumo de alcohol
4. trastornos por el uso de alcohol
5. el alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en la Región.

## **Panorama de los daños relacionados con el alcohol y las tendencias en la Región**

### *Mortalidad:*

Se estima que en el año 2002, el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región (una interpretación de 323,000 muertes en 2002). Se estima que un 5.4% de todas las muertes en las Américas en 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7%, es decir, 68% más que el promedio mundial.

### *Morbilidad:*

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud que van Desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo La dependencia. El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, por estar relacionado con violencia familiar, accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y violencia interpersonal. El consumo perjudicial de alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad.

### *Años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD):*

El alcohol causó casi el 10.0% de todos los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) perdidos en la Región en 2002, en comparación con la cifra global de 4.4% (Rehm et al. 2006). En el año 2000, el análisis comparativo de la OMS de 26 factores de riesgo distintos y su impacto sobre la carga de morbilidad demostró que el alcohol era el principal factor de riesgo en la Región de las Américas, en tanto que a nivel mundial el alcohol ocupaba el cuarto lugar.

### *Lesiones por accidentes de tránsito:*

Entre el 20 y 50% de las fatalidades por accidentes de tránsito en la Región estaban relacionadas con el alcohol.

### *Lesiones:*

El 50.5% de las muertes atribuibles al alcohol en las Américas en 2002 se debieron a lesiones (intencionales y no intencionales)

### *Salud mental:*

Una reciente encuesta de salud mental mundial demostró que las Américas presentaban mayores incidencias de trastornos por el uso de alcohol que en el resto del mundo (World Mental Health Survey Consortium 2004).

### *Costo económico:*

En EE.UU., el costo estimado del alcohol fue de casi 185 mil millones de dólares en 1998, un incremento del 25% en seis años, en tanto que en Canadá se gastaron más de 2 mil millones de dólares canadienses tan sólo en costos de atención a la salud en 2002, por problemas relacionados con el alcohol. Se carece de estudios similares para los países en vías de desarrollo de la Región.

## Prácticas

### *Consumo de alcohol:*

El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 50% mayor que el promedio mundial. En 2002, el consumo de alcohol per cápita en las Américas fue de un promedio de 8.5 litros, comparado con la media global de 6.2 litros.

### *Patrones de consumo:*

**Adultos:** El patrón de consumo promedio de los adultos en la mayoría de los países de las Américas es perjudicial

### *Jóvenes:*

El consumo excesivo episódico, especialmente entre jóvenes, es particularmente elevado en muchos países de la Región. Los estudios sugieren que, en ciertos países en las Américas, los niños están empezando a beber alcohol desde los diez años de edad

El consumo excesivo episódico es especialmente prevalente entre jóvenes en varios países de la Región.

El patrón de ingesta promedio de los adultos en la mayoría de los países de las Américas es de riesgo para la salud.

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

Recientes análisis de la Encuesta 2004 de Adicciones de Canadá describieron que el 62% del consumo de alcohol ocurría en días en los que consumían cinco o más tragos los varones y cuatro o más tragos las mujeres. Para los jóvenes de entre 19 y 24 años, este porcentaje se elevó a casi 90%.

En muchos países en vías de desarrollo de la Región, incluyendo México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile, el consumo excesivo episódico es particularmente elevado (beber más de cinco tragos en una sola ocasión), especialmente entre jóvenes

### *Medición de los patrones de consumo*

Se pueden estimar los patrones de consumo en base al riesgo asociado de daño. Un modelo de medición adoptado por la OMS, y utilizado en análisis previos, se basa en un rango de puntuaciones de 1 a 4, donde 4 representa el patrón más masivo, reflejando altas frecuencias de ocasiones de ingesta intensa, beber entre comidas y en lugares públicos. Aunque muchos países aún no han realizado encuestas apropiadas en la población general sobre el consumo de alcohol y los patrones de consumo, informantes claves han proporcionado datos a la OMS que han sido utilizados para estimar el patrón típico de ingesta en un país dado.

Previas investigaciones, demuestran que los patrones de ingesta son peores (puntuaciones de 3 y 4) en los países en vías de desarrollo, como los centroamericanos, en tanto que los países de América del Norte y el Caribe tienden a tener puntajes de patrones menos nocivos, de aproximadamente 2. Tanto la puntuación de los patrones de consumo, como el consumo no registrado de alcohol, juegan un papel significativo en la determinación de la mortalidad y carga atribuible al alcohol.

### *El alcohol y los jóvenes*

Entre los jóvenes, el alcohol es la droga predilecta. De hecho, los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas

combinadas (NIAAA 2000). Aunque la mayoría de los niños de entre diez y catorce años aún no han comenzado a beber, la adolescencia temprana es un momento de especial riesgo para comenzar a experimentar con el alcohol (OMS 2001).

Aunque algunos padres y tutores pueden sentir alivio de que sus hijos adolescentes “solamente” beben, es importante recordar que el alcohol es una poderosa droga psicoactiva (que altera el estado de ánimo) (OMS 2004c; NIAAA 2000). El alcohol no sólo afecta la mente y el cuerpo muchas veces de manera impredecible, sino que además los adolescentes carecen de las habilidades de criterio y resistencia para manejar el alcohol con prudencia. Como resultado:

- Los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol son una importante causa de muerte y discapacidades entre los jóvenes. El uso de alcohol también está relacionado con muertes en la juventud por ahogamiento, incendio, suicidio y homicidio.
- Los adolescentes que usan alcohol tienen más probabilidades que los adolescentes abstemios de ser sexualmente activos a edades más tempranas, de tener relaciones sexuales con mayor frecuencia y de tener sexo sin protección.
- Los jóvenes que beben tienen más probabilidades que los demás de ser víctimas de delitos violentos, incluyendo violación, asalto a mano armada y robo.
- Los adolescentes que beben tienen más probabilidades de tener problemas de asistencia a la escuela, con las tareas y el comportamiento escolar.
- El individuo que comienza a beber como adolescente tiene cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia del alcohol que quien espera hasta la edad adulta para usar alcohol.

Desde 2001, los análisis de las encuestas escolares en varios países de la Región (Tabla 2.6), en su mayoría patrocinadas por CICAD (Comisión Interamericana para el

Control de Abuso de Drogas, para mayores detalles ver [www.cicad.oas.org](http://www.cicad.oas.org)) indican que los adolescentes y jóvenes latinoamericanos beben con frecuencia y a una edad en que el consumo de alcohol está prohibido por la ley. Más aún, aunque no se contaba con datos sobre daños, las investigaciones recientes indican que mientras más temprana es la edad de inicio del consumo de alcohol, mayor es el riesgo a desarrollar dependencia del alcohol en etapas posteriores de la vida (Grant y Dawson 1997). Además, las consecuencias agudas del consumo en menores incluyen muerte y lesiones no intencionales asociadas con manejar o llevar a cabo otras labores de riesgo luego de beber, homicidio y violencia, intentos de suicidio, abuso sexual, comportamiento sexual de riesgo, vandalismo y daños a la propiedad. Además, estas consecuencias parecen ser más severas en aquellos que comienzan a beber en una edad más temprana (IOM 2004).

El consumo excesivo episódico es especialmente más elevado en jóvenes. En Brasil, por ejemplo, una encuesta reciente sobre comportamientos relacionados con la salud en 800 estudiantes secundarios de siete escuelas privadas de enseñanza media y superior de San Pablo, descubrió que el 25% de los adolescentes encuestados reportaron por lo menos una ocasión de consumo excesivo episódico (al menos cinco tragos en aproximadamente dos horas) en los 30 días anteriores. Este mismo comportamiento fue reportado por el 10% de los 900 estudiantes de bajos ingresos encuestados en diez escuelas públicas (Carlini-Cotrim et al. 1998); en México, el 21% de los estudiantes de escuelas preparatorias reportaron una ingesta de cinco o más tragos por ocasión durante el mes previo a la encuesta (Villatoro et al. 2005).

La encuesta de salud escolar global es otro proyecto a gran escala patrocinado por la OMS, OPS y el Centro de Control de Enfermedades (CDC). Utilizando preguntas comparables en niños escolares de entre 13-15 años de edad, la encuesta recaba datos sobre el consumo del alcohol y otros comportamientos de riesgo. Están participando varios países latinoamericanos; en la Tabla 2.7 se muestran los resultados disponibles por país.

Otro estudio demostró que el inicio temprano del consumo del alcohol está relacionado con el abuso de drogas, delincuencia, comportamiento antisocial en la vida adulta y fracaso educativo

Como se puede apreciar en la Tabla 2.8, por lo menos 69,000 muertes de personas entre 15 y 29 años de edad estuvieron relacionadas con el alcohol y el número de años de vida perdidos por muertes y discapacidades asociados con la sustanciase estimaron en más de siete millones de años en 2002 (OMS 2002). Por consiguiente, la ingesta en menores es un problema significativo en las Américas.

Existen otras estadísticas reveladoras para EE.UU.: (CAMY 2005):

- La ingesta en menores representa entre el 12 y 20% del mercado de alcohol en los EE.UU.
- Las estadísticas de bebedores intensos (cinco o más tragos por ocasión de ingesta) demuestran que:

- los bebedores episódicos de 12-14 años de edad consumen el 92% del alcohol que se bebe en su grupo de edades.

- el 96% del alcohol bebido por jóvenes de 15-17 años y de 18-20 años se consume cuando el bebedor ingiere cinco o más tragos por sesión.

Es sabido que el acceso al alcohol es un fuerte determinante del consumo (Babor et al. 2003) particularmente entre jóvenes.

Un estudio en Brasil realizado en 1990 entre estudiantes de 11-21 años de edad indicó que era muy fácil adquirir el alcohol y beberlo en un contexto social con parientes y amigos. Tan sólo el 1% reportó que había intentado comprar bebidas alcohólicas sin poder hacerlo (Vieira et al. 2007).



En conclusión, existen evidencias de que los jóvenes están comenzando a beber a edades cada vez más tempranas (Vieira et al. 2007). Esto puede causar daño fisiológico en el cerebro (que madura hasta los 25 años de edad); incrementa de cuatro a cinco veces el riesgo de desarrollar dependencia del alcohol; y puede tener consecuencias agudas que juegan un papel significativo en las estadísticas de mortalidad, como accidentes automovilísticos, homicidios, suicidios y ahogamientos. La Mercadotecnia ha jugado un papel crucial en la convergencia global de patrones de uso del alcohol en países desarrollados y en vías de desarrollo (ver siguiente sección sobre mercadotecnia), en un entorno en el que se dispone de poca protección para la salud y seguridad (IOM 2004; OMS 2001).

## **CONOCIMIENTO**

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe y puede hacer ante una situación determinada o en el sentido de hecho, información, concepto, pero también como comprensión y análisis, pudiendo progresar de acuerdo a las experiencias acumuladas.

El conocimiento no garantiza una conducta adecuada, por lo que se hace necesario que las personas razonen para poder modificar determinada conducta.

Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a mediano plazo. Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona. **(Griffith, 1997)**

Los problemas sociales que sufren los jóvenes universitarios merecen destacarse bajo rendimiento escolar, ausentismo laboral, problemas a terceras personas como los

traumatismos físicos o psicológicos. Los accidentes son especialmente frecuentes en los bebedores jóvenes.

Varios estudios sobre alcoholismo han demostrado que los alcohólicos suelen ser inseguros, angustiados y muy sensibles, además de insatisfecho consigo mismo y con sus vidas. Sin el alcohol se sienten inferiores a otros y no les es fácil ser sociable o sentirse bien en la mayoría de las situaciones sociales. **(Morris, 1997)**

Los efectos del licor pueden interferir con el aprendizaje, ya que éste reduce la capacidad mental, la comprensión de la lectura y las aptitudes verbales. **(Monografía, 2011)**

### **El alcohol y la familia**

Se podría decir que la familia es la base fundamental, el pilar donde se apoya el género humano, está formada por tres elementos fundamentales que son el padre, la madre y sus hijos. Teniendo en cuenta estos tres elementos, existe entre ellos una correlación directa de responsabilidades, de apoyo, de supeditación, de tal manera que la influencia sobre estos elementos formantes, van a ser decisivos sobre el desarrollo de sus propias vidas.

El alcoholismo simplemente destruye cualquier relación saludable que exista dentro de la familia. Irónicamente aunque la familia es la más afectada por el alcoholismo por tener mucho mayor contacto y de forma más directa con el alcohólico, esta es la que propicia en muchas ocasiones la ingesta de alcohol ya que cuando se tienen visitas o se va de paseo familiar lo primero en que se piensa es en los tragos de alcohol.

### **ENFERMEDADES FRECUENTES RELACIONADAS CON BEBIDAS ALCOHOLICAS.**

**Úlceras Gástrica:** Son yagas que se forman tanto en el estómago como en el intestino delgado por la irritación de estos, son gran parte por la irritación de los tejidos que al

tocar un vaso sanguíneo causa una hemorragia vomitando sangre, puede producir la muerte.

**Cirrosis:** Es una de las más graves consecuencias sobre la salud que se puede tener por consumir alcohol de forma excesiva.

La cirrosis son las cicatrices en el hígado, cada vez que se toma alcohol, se matan células del hígado, estas se renuevan algunas veces, otras veces no, formándose la enfermedad. La evolución de la cirrosis es lenta pero fatal. El apetito disminuye, el sujeto queda satisfecho con solo beber, de este modo se produce “Avitaminosis” y otras carencias nutritivas que disminuyen la capacidad antitóxica del hígado.

La cirrosis en la fase final de muchas enfermedades que afectan el hígado, se caracteriza por áreas de fibrosis “cicatriz” y muerte de los hepatocitos (células hepáticas). Sus consecuencias principales son el fracaso de la función hepática y el aumento de la presión sanguínea en la vena porta (que transporta la sangre desde el estómago y el tubo digestivo al hígado).

**Pancreatitis:** La pancreatitis es una inflamación del páncreas. Esto ocurre cuando las enzimas digestivas comienzan a digerir el páncreas. La pancreatitis puede ser aguda o crónica. De cualquier forma es grave y puede traer complicaciones.

**Defunción eréctil:** Muchos hombres y mujeres creen que el alcohol les ayuda en su desempeño sexual, ya que les hace desaparecer cualquier inhibición. El alcoholismo es una de las principales causas de mal funcionamiento sexual en el hombre, puede provocar desde eyaculación precoz hasta la impotencia.

En la mujer provoca frigidez sexual dispareunia (dolor al momento de la penetración) por una mala lubricación. Para que el sistema vuelva a funcionar normalmente, se requiere la total suspensión del alcohol en el sistema humano, ya que no existe ninguna

oportunidad de que se restaure la función sexual normal, hasta que los efectos fisiológicos del alcohol sean eliminados.

Pero los grandes daños del alcohol en el sistema reproductor no terminan allí. El alcoholismo crónico puede causar atrofia testicular, además el alcohol lesiona las células germinativas que intervienen en la descendencia siendo causa de infertilidad y en la mujer produce desordenes menstruales.

**Cáncer gástrico:** El cáncer de estómago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento celular maligno producido con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado, causando cerca de un millón de muertes en el mundo anualmente. En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos y, sobrepasando esta barrera, penetrar en la circulación sanguínea, después de lo cual queda abierto virtualmente el camino a cualquier órgano del corpus.

## **DROGAS LEGALES E ILEGALES USADAS POR LOS ESTUDIANTES.**

**Tabaco:** La adicción a los productos derivados del tabaco es la más extendida. Su aceptación cultural considera a su consumo en primer lugar como una fuente de placer y en segundo como un simple vicio o mala costumbre. Se ha determinado que los cigarrillos y otros productos de tabaco, tales como cigarros puros, tabaco para pipa o rapé (en polvo), son adictivos y que la nicotina es la droga del tabaco causante de adicción. Además, se sabe que el tabaquismo es un importante causal de accidentes cardíacos.

**Café:** Los efectos deletéreos del café, al igual que en otras drogas, radican en el hecho de que consumido en grandes cantidades puede resultar adictivo y todos ellos, en mayor o menor medida, son producidos por una sustancia: la cafeína.

La cafeína es un alcaloide que se encuentra no sólo en el café, sino también en el té, la cola, el cacao. Una taza de café contiene, aproximadamente, 100 mg de cafeína, mientras que en un vaso de té o de cola se encuentran unos 50 mg y en una chocolatina alrededor de 25 mg.

Los efectos tóxicos y adictivos del café son muy variables. Esta bebida puede incluso llegar a tener una acción letal, aunque sus efectos mortales se producen con dosis masivas (5-10 g), equivalente a ingerir 2-3 litros de café al día.

**Pega:** Se trata de una amplia gama de productos que tienen en común que, al entrar en contacto con la atmósfera, liberan diversos compuestos químicos cuya inhalación altera de manera transitoria y reversible el funcionamiento de nuestro cerebro.

Son productos de uso doméstico o industrial, habituales en nuestra sociedad, tales como gasolina, pegamentos, pinturas, lacas, quitaesmaltes, gas para encendedores, líquido de frenos o aerosoles de todo tipo.

**Pastillas para dormir:** Las drogas que se venden bajo receta no son las únicas que se abusan o usan mal. Los medicamentos que se compran sin receta puede ser que no sean adictivos, pero eso no quiere decir que disminuyan el riesgo que causan si se los mezcla con otros o no se los usas correctamente. Estos medicamentos están disponibles para que los compren todos, incluyendo a los adolescentes. Muy pocos de ellos tienen regulaciones y restricciones.

**Cocaína:** La cocaína es una droga poderosa que estimula el cerebro. Las personas que la consumen pueden desarrollar una fuerte adicción. Es posible que tengan que consumir cada vez más droga para estimularse. Se vende en las calles en forma de polvo blanco y fino. Existen dos formas de cocaína: sal de hidrocloreto y cristales de cocaína (crack). La sal se disuelve en agua. Las personas pueden inyectársela en una vena o inhalarla por la nariz. Los cristales pueden fumarse. La forma de la cocaína que se fuma se conoce como crack.

**Hongos:** Las plantas y hongos alucinógenos son aquellas cuyos principios activos tienen la propiedad de distorsionar la percepción, produciendo alucinaciones (de ahí la denominación de “alucinógenos”).

**Tranquilizantes:** Un sedante es una sustancia química que deprime el sistema nervioso central (SNC), resultando en efectos potenciadores o contradictorios entre: calma, relajación, reducción de la ansiedad, adormecimiento, reducción de la respiración, habla trabada, euforia, disminución del juicio crítico, y retardo de ciertos reflejos. Un sedante suele denominarse como tranquilizante, antidepresivo, ansiolítico, soporífico, pastillas para dormir, relajante, o sedante-hipnótico.

La cantidad de contraindicaciones y de efectos supresores o potenciadores, obliga a extremar la ayuda terapéutica profesional. A altas dosis o bajo abuso, estas drogas causan inconsciencia o muerte.

## **ACTITUDES**

En términos operativos, en la investigación aplicada en Ciencias Sociales, generalmente se acepta que una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada” (Milton Rokeach, 1968). Las actitudes lógicamente son constructos hipotéticos (son inferidos pero no objetivamente observables), son manifestaciones de la experiencia consciente, informes de la conducta verbal, de la conducta diaria, etc...

La investigación de las actitudes ha sido uno de los más importantes campos de estudio de la psicología social. Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos,

prejuicios, convicciones, otros. Las actitudes son adquiridas; no heredadas; por lo tanto implica socialización y hábito.

De acuerdo con Hiebsch y Vorweg las actitudes se adquieren fundamentalmente por cuatro mecanismos sociopsicológicos diferentes: imitación, identificación, instrucción y enseñanza.

Existe una variedad enorme de definiciones, las cuales, sin embargo, se agrupan de la siguiente manera:

- Las definiciones que acentúan el aspecto afectivo de una actitud, es decir un conjunto de sentimientos positivos o negativos hacia un objetivo.
- Las definiciones que constituyen una predisposición o tendencia a actuar de una manera determinada.
- Las definiciones que toman en cuenta tres diferentes tipos de comportamiento: el afectivo, el cognoscitivo y el conductual.

Existen muchos métodos para medir las actitudes, cada uno es esencialmente adecuado para la obtención de tipos específicos de datos y sus ventajas y desventajas varían según los propósitos de la investigación. Estos métodos se clasifican en:

Métodos de autodescripción (entrevista y encuesta, cuestionarios, escalas).

Métodos de descripción por otros (observación, cuestionario, entrevista, informe).

Métodos sociométricos (evaluación de pares, técnica de selección social), protocolos (archivos, expedientes).

En 1932 Likert elaboro una escala ( Escala de Likert) que aun hoy sigue siendo una de las más frecuentemente utilizadas; en esta el sujeto debe emitir sus juicios verbales a una serie de proposiciones, ítems o afirmaciones (reactivos) que se le presentan; el encuestado debe seleccionar entre las siguientes alternativa de respuesta (categorías); a cada categoría se le asigna una puntuación, de tal forma que la respuesta indicativa de actitud más favorable (correspondiente al objeto investigado) se le adjudica la

puntuación más alta, en una escala del 1 – 5, posteriormente se calcula la puntuación total de cada sujeto mediante la suma de las puntuaciones a cada ítem.

### **Actitudes hacia las bebidas alcohólicas.**

Los adolescentes usan el alcohol y otras drogas por varias razones incluyendo la curiosidad, para sentirse bien, para reducir el estrés, para sentirse personas adultas o para pertenecer a un grupo. Es difícil el poder determinar cuáles de los adolescentes va a desarrollar problemas serios. Los adolescentes que corren el riesgo de desarrollar problemas serios con el alcohol y las drogas incluyen aquellos que sienten amor propio o autoestima y con una historia familiar de abuso de sustancias, que sienten que no pertenecen a ningún grupo y que están fuera de la corriente (**Sánchez M,2010**).

El bebedor debe enfrentarse con un difícil dilema al tener que sopesar los potenciales efectos placenteros del alcohol con sus efectos negativos antes de consumir una bebida, ya que cuando más bebe mayor es el riesgo de accidentes y problemas sociales.

Las características psicológicas como estrés, inadaptación, ansiedad, escasa autoconfianza y miedo, se han propuesto como asociado al consumo de alcohol y tabaco.

El beber alcohol y fumar, ser activos sexualmente puede ser instrumentos para ganar aceptación y respeto de los pares, para establecer autonomía de los padres, en repudiar las normas y valores de la autoridad educativa, para manejar el estrés, la ansiedad, o en afirmar madurez y marcar la transición.

Como la conducta le sirve al adolescente a un propósito (por ejemplo pertenecer a un grupo) el adolescente no percibe la conducta de riesgo como un problema sino como una solución.



## **PRACTICAS**

Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa, las prácticas regulas se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común.

Prácticas de consumo de alcohol: El uso de bebidas alcohólicas es social y ampliamente aceptado en nuestro medio, aumentando el riesgo de su consumo por parte de los jóvenes principalmente.

Los estudiantes universitarios suelen tomar bebidas alcohólicas cuando tiene una cita con amigo o amigas, en reuniones familiares o en ocasiones muy especiales, para olvidar los problemas. Las parrandas de fin de semana se han vuelto muy común entre los adolescente.

Tienden a tener amigos que también sufren de este vicio y que suelen tomar drogas, muchos de los alcohólicos sufren de problemas psicológicos, entre ellos un deficiente sentido de la identidad, experiencias nuevas, problemas académicos, falta de comunicación con los padres.

El adolescente no inventa la hora de beber la aprende. Continuamente recibe sugerencias de lo aceptable y deseable de la bebida, por la afectada generación del uso del alcohol en su cultura y en la conducta social del adulto. La mayoría de los adultos bebe por lo menos en ocasiones **(MC. Carthy RG, 1964:32)**

Si ninguno de los padres bebe, la posibilidad de que el adolescente lo haga disminuye pero no es nula, porque lo puede hacer únicamente para desafiar la autoridad de sus padres y revelarse, por presiones sociales de los amigos. **(Álvarez del Real, María Eloísa, 1992)**

Si ambos padres beben, hay muchas más probabilidades que el adolescente llegue a tomar. Los progenitores sean sus indicadores. Si sólo uno de los padres bebe la probabilidad disminuye ya que abstemio puede lograr evitar que su vástago caiga en el alcoholismo. **(Morris, 2010)**

Si uno de los padres bebe, básicamente, hay tres formas que el adolescente cae en el alcohol:

- Por seguir el mal ejemplo del progenitor creyendo que el alcohol trae consigo placer de cualquier tipo.
- Para olvidar los problemas que hay en su hogar, generalmente violencia familiar causada por el alcoholismo, pero más bien los empeora.
- Guía del progenitor hacia el consumo del alcohol, normalmente entre varones padres y su hijo.

Muchos padres, en una sociedad machista como lo es Nicaragua induce a sus hijos (varones) a tomarse sus tragos a penas los primeros signos de cambio de la pubertad se empieza a evidenciar. Se tiene una mentalidad muy errada ya que los padres lo hacen para que sus retoños se conviertan en hombres, en “machos hechos y derechos”, ya que supuestamente el tomar alcohol en cantidades navegables es una característica importante para ser uno. Si los jóvenes dicen que no quieren tomar o no aguantan más, se pone en duda su preferencia sexual pues se le tilda hasta de homosexual. **(Lorenzo Potevedra, María del Carmen, 2006)**

La presión de los amigos: Las malas compañías corrompen al adolescente, una manzana podrida pudre a las demás. La adolescencia en un período de rebelión y búsqueda de su propia personalidad, muchas veces el adolescente se siente frustrado porque no es ni un niño, ni un adulto, pero sí tienen algunas responsabilidades de adulto sin poder gozar de los beneficios.

Es por eso que algunos adolescentes buscan como realizar actividades que son consideradas de adultos que les brinde mayor libertad como es el tomar bebidas alcohólicas. El adolescente tratando de hacer esto se junta con grupos de jóvenes que van a fiestas todas las noches y se emborrachan.

Pero no siempre es así, también hay adolescentes abstemios que sin emborracharse tienen amigos que son bebedores y estos según ellos tratando de ayudar a su amigo a divertirse lo invitan a fiesta donde se adora al dios Baco, ya en estas fiestas lo presionan a tomar alcohol por X o Y razón ya sea para avalentarse para hablarle a un chico o una chica o simplemente para “entrar en ambiente”. Si el adolescente no tiene suficiente fuerza de voluntad rápidamente lo convencen, cediendo en muchas ocasiones para no ser rechazado por sus supuestos amigos y encajar en el grupo.  
**(Monografía, 2011)**

Las excusas del alcohólico: Cuando una persona ya es dependiente, es decir, adicto al alcohol se debe tener en cuenta que esta ya no tiene verdaderas razones (aunque estas tampoco son muy verdaderas porque el alcohol no es la solución para ningún problema) para beber sino excusas para justificar su consumo.

Para la mayor parte de alcohólicos les es difícil aceptar que se encuentran enfermos y que su consumo de alcohol se ha convertido en un problema por lo tanto tratan de justificar sus acciones con frases como estas:

Yo lo tomo y lo dejo cuando quiero (la verdad es que nunca quieren y simplemente no pueden hacer eso porque el alcohol lo ha atrapado)

- Me ayuda a pensar
- Mi mujer / esposo me da mucha lata.
- No resisto estar con mi suegra.
- Mi familia es insoportable.
- Le debo a todo el mundo y ya no quiero pensar en eso.
- Es el único modo en que puedo descansar.
- ¡voy bien, no más tomando cerveza!
- Nadie me comprende
- Un trago no hace daño a nadie
- Esto me viene de familia.
- Me siento mal en el trabajo.
- ¡Si quieres triunfar tienes que divertir a tus amigos y a tus clientes!
- Mi jefe me está tratando mal.

Pero una de las frases más utilizadas por los alcohólicos para justificar su vicio es “bebo para olvidar”, esta frase conglomerada a muchas de las mencionadas anteriormente. Los alcohólicos olvidan en ese rato de borrachera y luego van de vuelta a la rutina. Lo de beber para olvidar, lo hace la gente, que no tiene fuerza para afrontarse a sus problemas y se tienen que refugiar en el alcohol.

Los tipos de Bebedores y su estatus social: Cuando uno le pregunta a una persona si es un bebedor o si se hace un comentario acerca de la bebida alcohólica, lo que normalmente se responde es: “sí, soy un tomador pero soy un bebedor social, solamente tomo en fiestas o que me invitan a cumpleaños de lo contrario no tomaría”, pero se debe saber que este tipo de personas va por lo menos a unas cuatro fiestas por mes y que debido a esto, progresivamente se va convirtiendo en alcohólico.

Para hacer fiestas siempre hay razones y estas ocasiones se dicen cosas así: “ES la única vez que vas a salir de bachiller”, “18 años solo se cumplen una vez en la vida”, “no todos los días se bautiza un hijo” o “No es a cada rato que te gradúas de la universidad”.

De tantas situaciones “Únicas” cuando las juntamos vemos que hay una gran cantidad de fiestas donde el alcohol es el invitado principal.

Los tipos de bebedores

**Bebedor Moderado:** Ingestión habitual de diversas bebidas alcohólicas, inferior a los  $\frac{3}{4}$  litros por día.

**Bebedor Habitual:** Toda su vida social se centra en el alcohol. No consume por su gusto sino porque le aporta una sensación aparente de seguridad, valor o placer. Al comienzo la ingesta es circunstancial, y puede dejar de beber, pero con el tiempo, se establece el hábito.

**Bebedor Excesivo:** Bebe más de un litro de vino o su equivalente, según el grado de alcohol en la bebida por día, y presenta más de una embriaguez por mes. No obstante, aún puede controlar el consumo.

**Alcohólico:** Se caracteriza por depender del alcohol, tanto física como psíquicamente, y la incapacidad de detenerse o abstenerse.

Las acciones del gobierno Central para tratar el alcoholismo: Debemos de tener claro que para cualquier gobierno es difícil legislar el caso de a bebidas alcohólicas, que son un producto químico al ser ingerido por un ser humano tiene un poder muy grande de destrucción físico mental. Pero se puede legislar sobre alcoholismo. Debemos tener en cuenta que el alcohol en sí no es malo, pero el abuso de él sí lo es, como toda enfermedad, es mejor prevenirla, puesto que es menos costosa que curarla, por lo tanto hay que crear leyes preventivas que protejan a la población.

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO**

### ***Tipo de estudio***

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

### ***Área de estudio***

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Recinto Universitario "Rubén Darío".

### ***Universo***

El universo lo constituyeron 726 estudiantes matriculados en el 2014 que cursan entre segundo y tercer año de la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas.

### ***Muestra***

La determinación de la muestra está dividida en dos etapas: 1) estimación del tamaño mínimo necesario; y 2) Establecimiento de la técnica de muestreo o procedimiento de selección.

#### ***Determinación de la muestra***

Se aplicó una formula muestral para determinación de parámetros (proporción / prevalencia) en un solo grupo (población)

El método utilizado para este muestreo fue de tipo probabilístico, conglomerado, considerándose que cada cohorte de estudio representa un conglomerado: En este caso el grupo de segundo año de la carrera representa una cohorte y el grupo del tercer año representa una segunda cohorte:

A lo interno de cada conglomerado, se estimó el tamaño muestral representativo de la cohorte respectiva.

Cohorte #1:

Segundo año

- N= 334
- Z= 1.96
- P= 50%= 0.5
- q= 1-P = 0.5
- d= 5%
- **n=179**

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$
$$n = \frac{334 * 3.8416 * 0.5 * 0.5}{0.0025 * (334 - 1) + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{320.77}{1.79}$$
$$n = 178.91 \approx 179$$

- Factor de ajuste: 0.25 (25% de pérdidas estimadas)
- n ajustada: 233

Cohorte #2:

Tercer año

- N= 392
- Z= 1.96
- P= 50%= 0.5
- q= 1-P = 0.5
- d= 5%
- **n=194**

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

$$n = \frac{392 * 3.8416 * 0.5 * 0.5}{0.0025 * (392 - 1) + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{376.47}{1.94}$$

$$n = 194.27 \approx 194$$

- factor de ajuste: 0.3 (30% de pérdidas estimadas)
- n ajustada: 252

MUESTRA TOTAL= (n ajusta de cohorte #1) + (n ajusta de cohorte #2)

$$n_{total} = 485$$

### *Selección de los individuos*

Previo a la descripción del procedimiento de selección de individuos se describe los conceptos de unidades de análisis y criterios de selección que se aplicaron en este estudio

### **Unidad de análisis**

La unidad de análisis corresponde a cada estudiante matriculado que cursan de segundo al tercer año de la carrera de medicina en la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua.

### **Criterios de selección**

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

Estudiantes matriculados que cursan de segundo al tercer año de la carrera de Medicina en la Facultad de ciencias Médicas de la UNAN–Managua, que acepte participar en el estudio.



## CRITERIOS DE EXCLUSION:

Estudiantes que no cursan de segundo al tercer año de la carrera de Medicina en la Facultad de ciencias Médicas de la UNAN–Managua y los estudiantes que en el momento del estudio se encuentren imposibilitados de participar.

Estudiantes que no acepten participar en el estudio

### **Procedimientos de selección**

En un primer momento se consultó con registro y secretaría académica de la Facultad de Ciencias Médicas y se obtuvo un listado de todos los estudiantes activos de segundo y tercer año. Se introdujo este listado en una base de Excel y se seleccionó una muestra aleatoria correspondiendo al tamaño estimado (descrito previamente) utilizando un algoritmo de selección aleatoria de Excel 2010.

Una vez con el listado se procedió a visitar aula por aula según un calendario pre-establecido por el investigador.

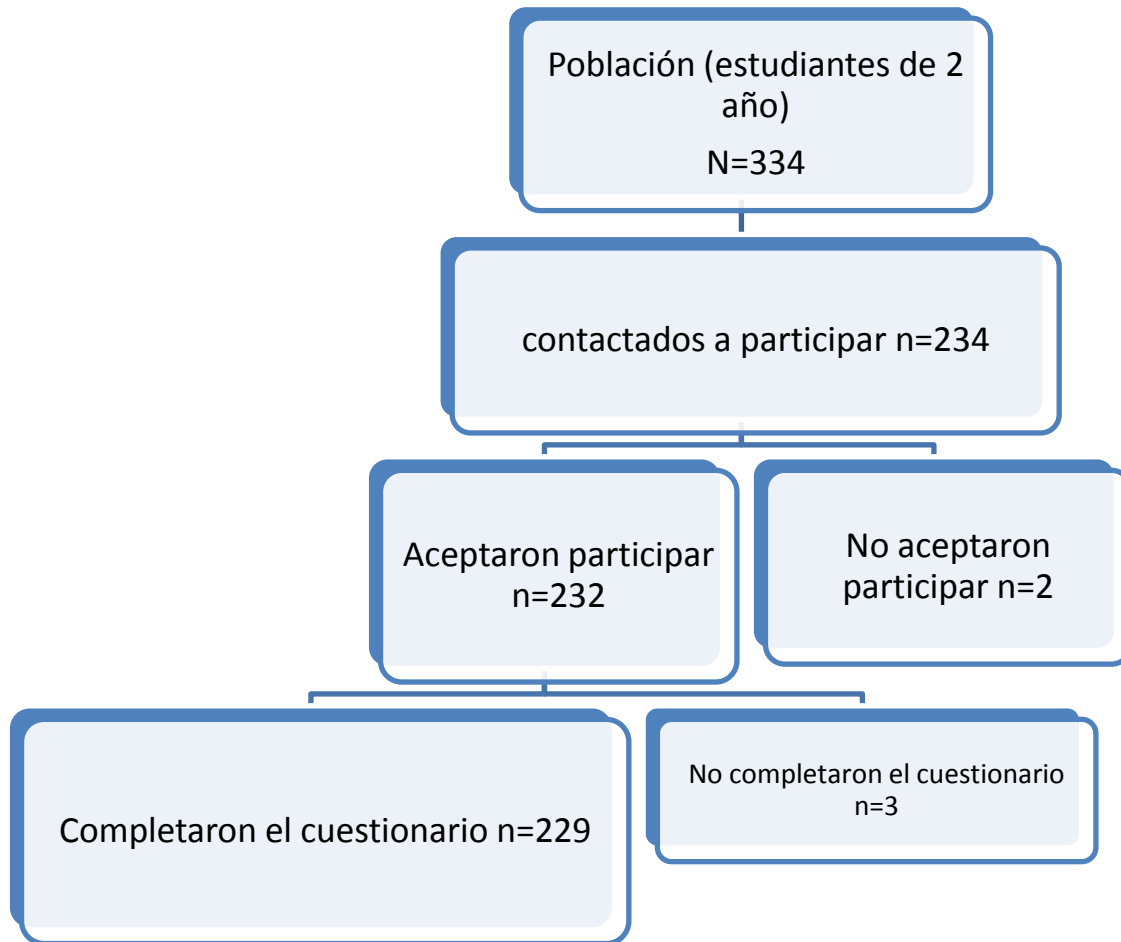
Una vez identificado y contactado los estudiantes se solicitó su participación voluntaria, explicándose los objetivos y procedimientos del estudio y se les solicitó también la firma de un consentimiento informado por escrito.

Posteriormente se le entregó a cada estudiante un cuestionario estructurado para ser auto-administrado.

## Tasa de participación

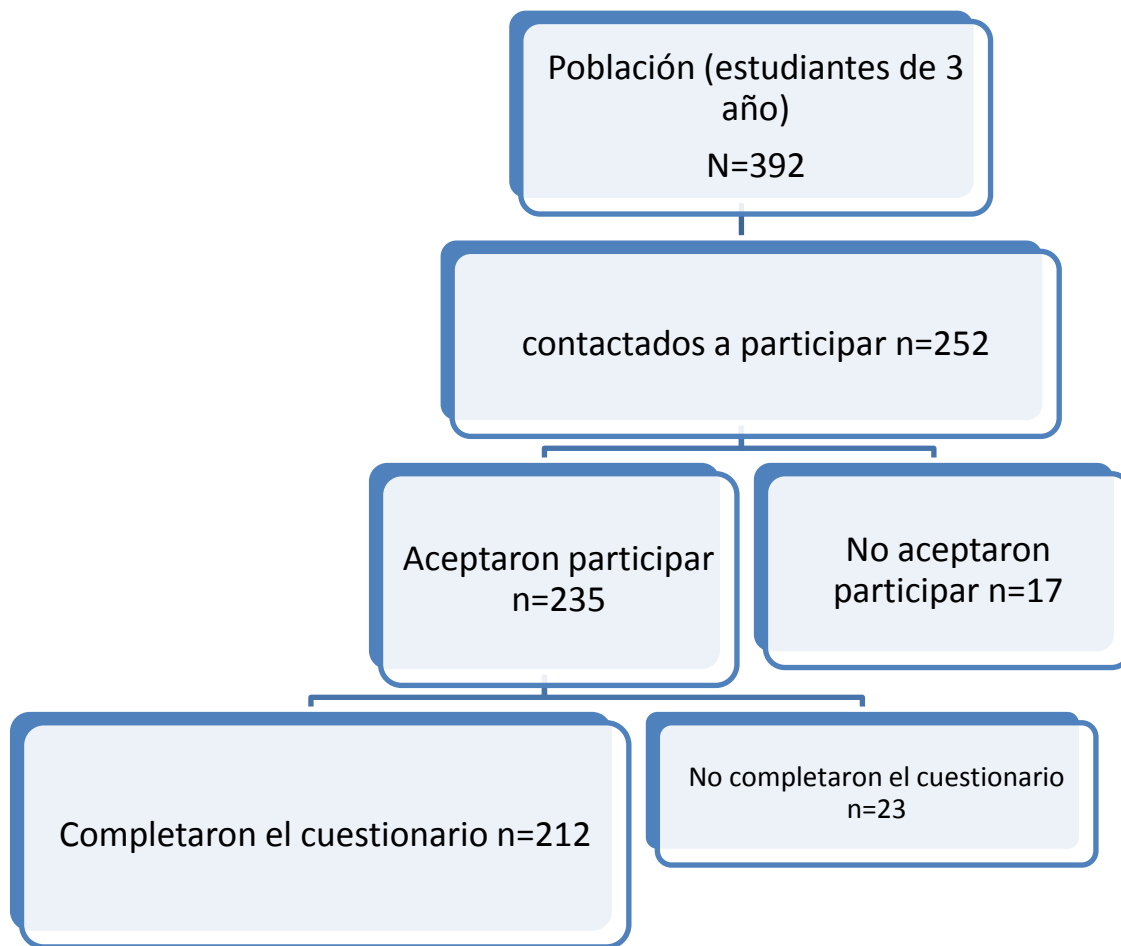
A continuación se detalla la tasa de participación en el estudio

### Cohorte #1:



- El mínimo requerido para la muestra de segundo año era de **n=179**
- **Se obtuvo una muestra superior de 229.**

Cohorte #2:



- El mínimo requerido para la muestra de segundo año era de **n=194**
- **Se obtuvo una muestra superior de 212.**

**En total se incluyeron en el análisis 441 estudiantes, que representa un 61.46% del universo.**

### ***Técnica y procedimiento para recolectar***

Se construyó un instrumento o cuestionario tipo encuesta CAP (conocimientos actitudes y prácticas).

El instrumento abordó los siguientes aspectos: 1) Datos sociodemográficos y antecedentes familiares de consumo de alcohol en la familia; 2) aspectos básicos sobre el consumo de alcohol y sus efectos en la salud (naturaleza adictiva, peligrosidad y enfermedades asociadas a su consumo); 3) Actitudes ante el consumo de bebidas alcohólicas y ante los potenciales efectos negativos asociados; y 4) prácticas comunes de consumo de bebidas alcohólicas (duración, frecuencia y situaciones asociadas).

Para la construcción de la sección de conocimientos y sus ítems respectivos se realizó una revisión de la literatura, en especial de los documentos oficiales publicados por la OPS/OMS.

A continuación se detalla la composición de las áreas de conocimiento que fueron evaluadas en la sección de conocimiento y las preguntas correspondientes en el instrumento. Las áreas, subáreas y preguntas claves fueron identificadas a partir la revisión de la literatura y discusión por expertos.

<b>AREAS DE CONOCIMIENTO</b>	<b>SUB ÁREAS</b>	<b>Cantidad de preguntas</b>	<b>numero de las preguntas en el instrumento</b>
Naturaleza del alcohol etílico	Conocimiento del alcohol como droga	1	1,2
	Conocimiento de la naturaleza adictiva del alcohol	1	3
Efectos negativos del alcohol sobre la salud	Conocimiento del peligro de consumir alcohol	1	11
	Conocimiento de que el consumo de alcohol causa efectos negativos en la salud	1	12,14
	Conocimiento de las enfermedades asociadas al consumo de alcohol	1	10, 18,19

NOTA: VER INSTRUMENTO EN ANEXOS

Para la construcción de la sección de actitudes se utilizó la metodología de construcción de escala Likert, en base a la revisión de la literatura, y opinión de expertos, identificándose una serie de dimensiones o ejes que representan áreas ante las cuales un individuo tiene una reacción o tendencia. Cada área o eje fue evaluado a través de una serie de afirmaciones o declaraciones llamadas reactivos o ítems, a las cuales el entrevistado o sujeto de estudio respondía en una escala de 1 a 4 (4 Totalmente de acuerdo; 3 De acuerdo; 2 En Desacuerdo; y 1 Totalmente en desacuerdo). A continuación se detalla la composición de las actitudes evaluadas:

DIMENSIONES DE LAS ACTITUDES	SUBDIMENSIONES	Cantidad de preguntas	numero de las preguntas
Actitudes de los estudiantes ante el consumo de bebidas alcohólicas y ante los potenciales efectos negativos asociados*	Consumo de alcohol como medio de escape	2	
	Efecto del consumo de alcohol en las relaciones familiares y de amistad	2	
	Actitud ante el consumo de bebidas alcohólicas como factor de riesgo para la salud	4	
MOTIVACIONES	PRESIÓN DE GRUPO	3	
	DESEOS DE SENTIRSE BIEN (ESCAPE)	3	
	DESEOS DE INCREMENTAR CONFIANZA Y SEGURIDAD PERSONAL	2	
SENSACIONES	EFFECTOS ESPERADOS	1	
	EFFECTOS NO DESEADOS	1	
CONFLICTOS INTERNOS	SENTIMIENTO DE SER RECHAZADO	1	
	SENTIMIENTOS DE CULPA	1	

\*Algunas preguntas fueron declaradas en forma negativa en el cuestionario, pero al ser introducida en la base digital se decodificó y se creó una nueva variable inversa, para que se correspondiera con el resto de preguntas y que los puntajes altos siempre equivaliesen a actitudes favorables y los valores bajos a actitudes desfavorables.

NOTA: VER INSTRUMENTO EN ANEXOS

Los elementos a evaluarse en la sección de las prácticas fueron definidos después de una revisión de la literatura, en especial el **Test CAGE**: Test de prevención de personas en riesgo, el cual permite detectar un comportamiento potencialmente perjudicial para la salud. Detecta el consumo no responsable de alcohol.

PRÁCTICAS	SUB ÁREAS	Cantidad de preguntas	numero de las preguntas
DURACION	EDAD DE INICIO	1	
	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA VEZ QUE CONSUMIÓ BEBIDA ALCOHÓLICA	1	
Frecuencia	Consumo en algún momento de la vida	1	
	Consumo durante el último mes	1	
	Frecuencia de consumo	1	
Situaciones asociadas	Donde consume	1	
	Con quien consume	1	
Impacto en la vida cotidiana	Necesidad de seguir consumiendo alcohol	1	
	Conflicto con las personas	1	
	Incumplimiento de responsabilidades	1	

NOTA: VER INSTRUMENTO EN ANEXOS

El cuestionario fue revisado en base a los hallazgos de una prueba preliminar cdiez estudiantes que no fueron incluidos en la muestra final.

### Aplicación del instrumento (FUENTES Y OBTENCION DE LOS DATOS)

La investigadora principal del estudio se apoyó en un equipo de tres entrevistadores que no son conocidos por los estudiantes, estos entrevistadores fueron capacitados

previamente por la investigadora principal del estudio, con el fin de darle los conocimientos necesarios para asegurar la aplicación del instrumento. Los estudiantes seleccionados fueron invitados formalmente a participar en forma voluntaria, y se les convocó a los diferentes cubículos del departamento de medicina preventiva de la Facultad de Medicina.

A todos aquellos que aceptaron participar en el estudio se les brindó el cuestionario para ser auto-aplicado, se le dio el tiempo y la privacidad necesaria, y se aseguró que no se aplicaría ninguna forma de enlace en la identidad del encuestado y los resultados de la encuesta.

Los formularios llenados fueron revisados por la investigadora principal, asegurando la consistencia y completitud de la información.

**En otras palabras** el método utilizado para la recolección de los datos en el presente estudio fue la encuesta, que se realizó de manera directa con la persona por medio de un formulario. La fuente fue de tipo primaria en que los datos se obtuvieron por medio de un instrumento diseñado para los de este estudio.

## ***Técnicas y procedimientos para analizar la información***

### **Creación de base de datos**

Los formularios llenados fueron digitados en una base de datos diseñados en el programa EPI INFO versión 3.5.4, a través del uso de una hoja de captura de datos que se correspondía con la estructura del cuestionario. Posteriormente y previa limpieza de la base de datos, esta fue exportada al programa SPSS 20.0 para su análisis.

## **Estadística descriptiva**

Las variables son descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés (si eran variables categóricas o variables cuantitativas). Las variables categóricas (conocidas como cualitativas se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes).

Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra.

Las variables cuantitativas se describieron a través de estadígrafos de tendencia central y de dispersión: media, promedio, mediana y rango.

Para el análisis descriptivo de las variables se usó el programa estadístico de SPSS 20.0

## **Estadística inferencia**

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado ( $\chi^2$ ), y para explorar si existía diferencias significativas en cuanto a un variable cuantitativa con respecto a una variable categórica (dicotómica) se utilizó la prueba de T de Student. Se consideró que una asociación o diferencia fue significativa si el valor de p resultó menor de 0.05.

## **Análisis del conocimiento**

Para evaluar el conocimiento se utilizó la siguiente estrategia. Se identificaron grandes áreas de conocimiento y a su vez para cada área se identificaron sub-áreas. A cada sub área le correspondió un número determinado de preguntas y se clasificó al encuestado como "SI CONOCE" la sub-áreas específica si respondió correctamente al total de preguntas correspondiente a la sub-área. Posteriormente se obtuvo un índice de conocimiento cada área de conocimiento, a través de la determinación del promedio de los porcentajes de "SI CONOCE" de todas las sub-áreas.

## **Análisis de las actitudes**



Para evaluar las actitudes se utilizó la siguiente estrategia. Se identificaron grandes dimensiones de actitudes. Para cada dimensión de actitudes se identificaron sub-dimensiones. A cada sub-dimensión le correspondió un ítem o reactivo en el cuestionario o ficha. Posteriormente se obtuvo la tendencia de cada dimensión de actitudes sacándose el promedio del puntaje obtenido para las sub-dimensiones de cada dimensión. Los puntajes altos equivalían a actitudes favorables y los valores bajos a actitudes desfavorables.

### **Análisis de las prácticas**

Las prácticas seleccionadas se describieron a través de frecuencias absolutas y relativas, de forma individual (para cada práctica).

## VIII. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 441 estudiantes de ambos sexos, de segundo y tercer año, de la carrera de medicina, del Recinto Universitario Rubén Darío, de la UNAN-Managua, obteniendo los siguientes resultados:

### 1. Características socio demográficas de la población en estudio.

El grupo de edad predominantes fue de 15 a 19 años, representando un 70%, seguido de 20 a 25 años con 45.1%. En cuanto al sexo predominó el sexo femenino con un 51.9%. En el área de procedencia el área urbana es de 85% mientras que el área rural es 15% (ver tabla N°3)

- Estado Civil.

El estado civil predominante fue el soltero (a) con un 91.4%, seguido por la unión libre con 2.3% (ver tabla N°4).

- Religión.

La religión más predominante es la católica con un 83.2%.

- Año que cursa la carrera.

El 51.9 % cursan el segundo año y el 48.1 % el tercer año (ver tabla N°6).

### 2. Nivel de conocimiento de los estudiantes a cerca de bebidas alcohólicas.

- Peligrosidad del consumo de bebidas alcohólicas.

El 97.8% del sexo femenino consideran que definitivamente es peligroso el consumo de bebidas alcohólicas, el 2.2% señala que no es peligrosa, mientras el 98.6% del sexo

masculina lo considera definitivamente peligroso y el 1.4 % no lo consideran peligroso, en total lo consideran 98.2% peligroso y un 1.8% no peligroso (ver gráfico N°1).

- En la casa donde vives con tu familia (alguien toma bebidas alcohólicas).

El 42% del sexo femenino considera que ningún familiar ingiere bebidas alcohólicas, el 58% consideran que sus familiares consumen bebidas alcohólicas. El 44% del sexo masculino refieren que sus familiares no consumen bebidas alcohólicas, mientras el 56% manifiestan que sus familiares consumen bebidas alcohólicas. En su totalidad el 43% manifiestan que sus familiares no ingieren bebidas alcohólicas y el 57% que sus familiares si ingieren bebidas alcohólicas.

- Quien o quienes toman bebidas alcohólicas en tu casa

El 30.6% de los estudiantes manifestaron que el padre es el que consume más bebidas alcohólicas, seguida por el 19% los hermanos y 11% la mamá.

- Estudiantes con al menos un familiar que consume alcohólicas.

El 56.5% manifestaron tener al menos un familiar que consume bebidas alcohólicas y un 43.5 % manifiestan no tener ningún familiar que consuma bebidas alcohólicas.

- Consideras que el consumo de bebidas alcohólicas crea dependencia o adicción en las personas

El 89.8% del sexo femenino consideran que crea dependencia o adicción, el 88% del sexo masculino considera que si crea dependencia y un total 89% consideran si crea dependencia. El 6.6% del sexo masculino considera que no crea dependencia o adicción, el 9.1% del masculino consideran que no crea dependencia y el total con 7.8% considera que no crea dependencia ni adicción.

- Consideras que el consumo de bebidas alcohólicas está asociada a enfermedades

El 91.6% del sexo femenino considera que el consumo de bebidas alcohólicas está asociada a enfermedades, el 88% del sexo masculino lo consideran asociada a enfermedades y un 89.9% de ambos sexos consideran que si está asociado.

3. Actitudes de los estudiantes con relación al consumo de bebidas alcohólicas.

- Estoy convencido que si tomara bebidas alcohólicas esto no perjudicaría mi salud

El 59% del sexo femenino manifiesta está totalmente en desacuerdo, el 20% en desacuerdo, mientras el sexo masculino el 50% totalmente en desacuerdo, el 20% en desacuerdo, con un total reflejan 69% totalmente en desacuerdo, 20% en desacuerdo.

- Estimo que consumir alcohol me ayuda a tener amigos.

El 70% del sexo femenino expresa estar totalmente en desacuerdo, el 23% en desacuerdo. Mientras el sexo masculino refleja un 55% totalmente en desacuerdo, 37% en desacuerdo (grafico 6)

- Si algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol tendríamos problemas.

El 53% del sexo femenino manifiesta totalmente de acuerdo, un 40% de acuerdo, el sexo masculino 50% totalmente de acuerdo, el 47% de acuerdo, para un total de ambos sexos el %50% totalmente de acuerdo, el 46% de acuerdo.

- El beber alcohol me ayuda a resolver los problemas personales (disgusto, timidez...).

Un 65% del sexo femenino refleja estar totalmente en desacuerdo, el 30% en desacuerdo, el sexo masculino refleja un 53% totalmente en desacuerdo, 38% en desacuerdo, para un total de ambos sexos 60% totalmente en desacuerdo, el 30% en desacuerdo.

- El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva.

El 40% del sexo femenino refiere estar totalmente de acuerdo, el 33% de acuerdo. El sexo masculino refleja que un 45% totalmente de acuerdo, 30% de acuerdo, para un total de ambos sexos 44% totalmente de acuerdo, 30% de acuerdo.

- Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien.

El 43% del sexo femenino refiere estar un totalmente de acuerdo, el 25% en desacuerdo. El 35% del sexo masculino refiere estar totalmente en desacuerdo, el 25% en desacuerdo. El total de ambos sexos el 40% totalmente en desacuerdo y el 25% en desacuerdo.

- No es conveniente que yo beba alcohol ni siguiera en las comidas.

El 38% del sexo femenino refiere está totalmente de acuerdo, el 12% en desacuerdo. El 34% del sexo masculino refiere estar totalmente de acuerdo, el 25% de acuerdo, el 35% del total de ambos sexos refieren estar totalmente de acuerdo, el 20% de acuerdo.

- Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiero.

El 30% del sexo femenino refleja estar totalmente de acuerdo, el 25% de acuerdo. El 35% del sexo masculino refiere estar totalmente de acuerdo, el 30% de acuerdo y el 33% totalmente de acuerdo, el 28% de acuerdo.

#### 4. Prácticas de consumo de bebidas alcohólicas.

- Usted ha tomado alguna vez bebidas alcohólicas.

El 68.1% ha consumido bebidas alcohólicas y el 31.9% no ha consumido. En el sexo masculino, el 71% a consumido y el 28.2% no ha consumido, en total de ambos sexos el 69.9% de los estudiantes han consumido bebidas alcohólicas y el 30.1% no han consumido bebidas alcohólicas.

## IX. CONCLUSIONES

### Objetivo 1

1. El grupo de estudiantes encuestados se caracterizó por proceder principalmente de zonas urbanas, teniendo la gran mayoría de estudiantes 19 años o menos y un estado civil de solteros. En cuanto a la religión en los estudiantes predominó la religión católica, seguido por la religión evangélica. Se observó que una proporción levemente mayor de mujeres que hombre (con una diferencia de 3%). Un comportamiento similar se observó en cuanto a la distribución según año de la carrera con una proporción ligeramente mayor de estudiantes de segundo año.

### Objetivo 2

2. El 57.4% de los estudiantes encuestados refieren que hay algún familiar que vive en el hogar y consume bebidas alcohólicas. Los familiares que toman reportados por los estudiantes en orden de frecuencia fueron padres, hermanos, madres y tíos. No se observaron diferencias significativas según sexo en cuanto a las variables aquí mencionadas.

### Objetivo 3

3. La inmensa mayoría de estudiantes refiere que el consumo de alcohol es peligroso (98%), crea dependencia (91%) y se asocia a múltiples enfermedades (92%). Sin embargo cuando se les preguntó qué sustancias consideraban eran drogas a partir de un listado predeterminado, solo el 77% señaló que el alcohol era una droga. Por otro lado, los estudiantes en su inmensa mayoría si reconocieron como drogas a la cocaína, a la pega. Una proporción de

estudiantes reconocieron a la cafeína, hongos, pastillas tranquilizantes, y tabaco como drogas, pero en menor proporción en comparación con el alcohol.

#### Objetivo 4

4. En cuanto a las actitudes los estudiantes tienden a reconocer al consumo de alcohol como algo que afecta su propia salud, sin embargo tienden a pensar que el consumo de alcohol no afecta su vida diaria, ni sus actividades físicas, ni se ven afectados por que algún familiar tome. También tienden a pensar que el consumo de alcohol en general no los hace sentir mejor, pero si ayuda a olvidar los problemas personales pero no a resolverlos. Tampoco consideran que el consumir alcohol los ayuda a tener amigos, pero cuando se les pidió que dieran las razones por las que consumía alcohol en orden de importancia, como grupo indicaron en primer lugar que toman por presión grupal (...ya que todos lo hacen... sino seré el 'raro/a') y en segundo lugar que toman por que facilita las relaciones sociales. En segundo grupo en orden de importancia señalan a aquellos elementos relacionados olvidarse de los problemas y por último señalan a los factores relacionados con el sentirse bien, desinhibirse y estar alegres. Ahora bien esto no se corresponde con las sensaciones que les gustan experimentar cuando toman ya que principalmente señalan la relajación, la alegría y la desinhibición. También es importante señalar que solo una pequeña parte de los estudiantes refieren que han llegado sentir que debería de tomar menos o que han experimentado algún sentimiento de culpa (30%).

#### Objetivo 5

5. En cuanto a las prácticas el 70% de los estudiantes indican que han tomado alguna vez, y que la primera vez que lo hicieron fue alrededor de los quince años. El 50% de los estudiantes refiere que toman ocasionalmente entre 1 a 6 veces por año, mientras que un 20% refiere que toman al menos una vez al mes, y un 10 por ciento los hace entre 1 y dos veces por mes, y un 7% lo hace entre 2 a 4 veces por semana, un 7% lo hace diario. La gran mayoría toma con amigos (75%), mientras que un 20% toma con familiares y un 5% les gusta tomar solo.

Casi un 15% de los estudiantes toman al día siguiente para reducir los efectos de lo que ellos llaman “goma o resaca”. Un 20% de los estudiantes refiere que alguna vez alguien les criticó por tomar o que dejar de cumplir sus obligaciones por tomar.



## X.RECOMENDACIONES

### A la Facultad de ciencias médicas

1. La facultad de ciencias médicas de la unan Managua, exija que se cumpla que no deben de haber bares cerca de dicha institución universitaria.
2. Motivar a los docentes para que en sus clases destinen 15 minutos a hablar del alcohol y los daños y perjuicios que ocasionan en el organismo del individuo y de sus conductas en el entorno que vive el individuo.

### A UNEN

3. Crear conocimiento y conciencia en el estudiantado sobre el daño que le pueda ocasionar ingerir bebidas alcohólicas.
4. Orientar a los estudiantes consumidores de alcohol que se integren a los grupos de alcohólicos anónimos.

### A los trabajadores docentes y administrativos

5. Que los trabajadores docentes y administrativas trabajen en equipo para controlar que los estudiantes universitarios no introduzcan bebidas alcohólicas al recinto universitario.
6. Que los responsables de alumnos/as que están con becas internas dentro de la universidad supervisen las casas para evitar el ingreso de bebidas alcohólicas.
7. Brindarles información a los jóvenes para que analicen y tomen decisiones personales antes las diferentes situaciones de riesgos y las consecuencias que estas conllevan.
8. Es responsabilidad de la facultad de ciencias médicas la aplicación de programas que incluyan actividades como las siguientes.
  - a. Desarrollar técnicas didácticas para programas de prevención, desarrollar unidad de educación sobre alcoholismo y otras drogas
9. Seleccionar los recursos apropiados.
10. Integrar las en las unidades de educación sobre el alcoholismo y otras drogas en el Curriculum académico.

Al Ministerio de salud

11. El MINSa debe proveer a esta institución de personal especializado para la capacitación de los docentes así como la formulación de políticas que aborde el impacto para la salud pública, el consumo de alcohol y otras drogas en los estudiantes de la facultad de ciencias médicas.
12. Organizar campañas en conjunto, MINSa, SILAIS y Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua, dirigidas a la prevención, identificación, seguimiento, e integración a programas de rehabilitación de aquellos estudiantes de medicina en riesgo de consumo de bebidas alcohólicas, con el firme propósito de frenar un problema que día a día se expande en la población universitaria y adolescente.

## XI.BIBLIOGRAFIA

1. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2008.
2. OPS. Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas: Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2007.
3. WHO. Global status report on alcohol and health 2011. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2011.
4. OPS. Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2000.
5. Sojo C. Patrones de Consumo de Alcohol en América Latina Análisis comparado de 9 países. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Costa Rica), 2012.
6. Karam E, Kypri K, Salamoun M. Alcohol use among college students: an international perspective. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20(3):213-21.
7. Montoya V, Cunningham J, Brands B, Carol Strike C, Miotto W. Consumo percibido y uso de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios en la Ciudad de Medellín, Colombia. *Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17:996-92.
8. Puig-Nolasco Á, Cortaza-Ramirez L, Pillon SC. Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19:714-21.
9. Tockus D, Gonçalves P. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada  
*J Bras Psiquiatria*. 2008;57(3):184-7.

10. Mora-Ríos J, Natera G. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*. 2001; 43:89-96.
11. Londoño Pérez C, García Hernández W, Carolina Valencia Lara S, Vinaccia Alpi S. Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de psicología*. 2005; 21(2):259-67.
12. Del Bosque Moreno J. Percepción de normas sociales y consumo de alcohol en jóvenes universitarios [Tesis Monográfica]. Monterrey, Nuevo León, México: Universidad Autónoma De Nuevo León; 2006.
13. Porciel AJ. El Consumo de Bebidas Alcohólicas. Un Estudio en el Nordeste Argentino. *Catamarca 375 - (3400) Corrientes - Argentina.*: 2008.
14. Ortega-Pérez CA, Costa-Júnior MLd, Vasters GP. Perfil epidemiológico de la drogadicción en estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011; 19:665-72.
15. Cruz Díaz AB, Luna Ramírez YdC, Méndez Bernal MY, Muñoz Torres TdJ, Nava Medina AG, Adán Plata MdR, et al. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de ingeniería civil. *Psicología y Salud* 2011;21(2):265-71.
16. Restrepo Molina L, Agudelo Martínez A, Giraldo Torres MT, Sánchez Diosa L. Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. (Context factors associated with alcohol consumption in university students) Fatores de contexto associados ao consumo de álcool em estudantes universitários 2011.
17. Melina Castrillo J, de la Cruz Ortiz A, de la Salas Rodriguez K, Eguis Valencia R, Galves Rondón D, de Pallares SC, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico (Colombia). *Salud Uninorte*. 2012;28(2):322-34.

18. Aguilar J, Aguilar A, alencia A. Un modelo explicativo del consumo de alcohol entre estudiantes de licenciatura. *Acta de Investigación Psicológica*. 2011;3(1):491-502.
19. Soprani P, Santos de Souza R, Buaiz V, Miguel S. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. *Rev Bras Psiquiatria*. 2008;57(3):188-95.
20. Vergara KMA. Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena 2008. *Rev Salud Pública*. 2009;11(6):878-86.
21. Pinton FA BE, Cabrera EMS. . Uso de drogas entre os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, no ano de 2002. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(2):91-6.
22. Rodriguez AH, Simich L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A. Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado del área de la salud en una universidad, León–Nicaragua. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2012; 21:79-86.
23. Castro N, Cortés P, Pereira G, Lobo da Costa M. Uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2010; 18:606-12.
24. Monteiro MG. Alcohol y Salud Pública en las Américas, un caso para la acción. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2007.

## XII. ANEXOS

## ANEXO 1: MODELO EXPLICATIVO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION



## INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de II y III año de Medicina de la UNAN Managua.**

### Introducción

El presente documento es para recabar información acerca de los conocimientos, las actitudes y prácticas del consumo de bebidas alcohólicas de los/as estudiantes de medicina, que servirá para mejorar el conocimiento sobre este tema en el marco del apoyo al trabajo de tesis de Maestría en Salud Pública. **No se requiere de tus datos de identificación y la información que suministres será utilizada para fines exclusivos de este estudio.** Se agradece tu colaboración brindando la información que se solicita.

#### I. Aspectos generales

Ficha número: /\_\_\_\_\_/

1. Fecha en que naciste: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Sexo:  Masculino  Femenino
4. Residencia:  Urbano  Rural
5. Departamento: \_\_\_\_\_
6. Municipio: \_\_\_\_\_
7. Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Unión libre  
 Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a
8. Año que cursa de la carrera:  Segundo  Tercero
9. Religión:  Católica  Evangélica  Mormón  
 Ninguna  Otra, cuál: \_\_\_\_\_

#### II. Conocimientos sobre el consumo de bebidas alcohólicas.

10. ¿Consideras peligroso el consumo de bebidas alcohólicas?  
 Sí  No
11. Ya sea hayas respondido afirmativa o negativamente la pregunta anterior, por favor explica el por qué?  
\_\_\_\_\_
12. En la casa donde vives con tu familia ¿alguien toma bebidas alcohólicas?  
 Sí  No
13. En caso haber respondido afirmativamente la pregunta anterior: ¿Quién o quiénes toman bebidas alcohólicas (puedes marcar más de una)?  
 Padre  Madre  Hermanos



- Abuelos    Otro, quién? \_\_\_\_\_
14. De las sustancias enunciadas en el listado siguiente, ¿cuáles consideras que son drogas?
- Alcohol    Café    Tabaco    Pega  
Pastillas para dormir  
Cocaína    Tranquilizantes    Hongos
15. ¿Consideras que el consumo de bebidas alcohólicas crea dependencia o adicción en las personas?
- Sí    No    No sé
16. ¿Consideras que el consumo de bebidas alcohólicas está asociado a enfermedades?
- Sí    No    No sé
17. En caso haber respondido afirmativamente la pregunta anterior: ¿Cuál de las enfermedades enunciadas en el siguiente listado crees que están más frecuentemente relacionadas al consumo de bebidas alcohólicas (puedes marcar más de una)?
- Cáncer    Cirrosis  
Úlcera gástrica    Síndrome de Down  
Pancreatitis    Disfunción eréctil

**III. Actitudes sobre el consumo de bebidas alcohólicas.**

De las siguientes afirmaciones marca con una 'X' la casilla de la opción con la cual se sienta más identificado/a, siendo 1: Totalmente de acuerdo, 2: De acuerdo, 3: Indeciso, 4: En desacuerdo y 5: Totalmente en desacuerdo.

Afirmación	1	2	3	4	5
18. Estoy convencido de que si tomara bebidas alcohólicas esto no perjudicaría mi salud					
19. Estimo que consumir alcohol me ayuda a tener amigos					
20. Sí algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol tendríamos problemas					
21. El beber alcohol me ayuda a resolver mis problemas personales (disgustos, timidez...)					
22. El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva					
23. Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien					
24. No es conveniente que yo beba alcohol ni siquiera en las comidas					
25. Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiera					

**IV. Valoración de las prácticas.**

26. ¿Usted ha tomado alguna vez bebidas alcohólicas?

Sí                       No

27. En caso haber respondido afirmativamente la pregunta anterior: ¿Qué edad tenía (en años) cuando tomó por primera vez? /\_\_\_\_\_/ años.

28. ¿Cuándo ingirió por última vez bebidas alcohólicas? (Escriba un número y marque una de las casillas).

Hace /\_\_\_\_\_/  días       semanas     meses       años

29. ¿Cuál fue la razón por la que ingeriste bebidas alcohólicas por primera vez?

Influencia de amigos/as                       Curiosidad  
 Problemas personales/familiares       Otro, cuál? \_\_\_\_\_

30. ¿Usualmente, dónde ingiere bebidas alcohólicas?

En casa     En pulpería       En bares  
 Otro, dónde: \_\_\_\_\_

31. ¿En promedio, con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas? (Escriba un número y marque una de las casillas).

Cada /\_\_\_\_\_/  días       semanas     meses       años

32. ¿En orden de mayor a menor importancia, qué factores lo motivan a ingerir bebidas alcohólicas? Escriba en la celda vacía un número del 1 al 9, sin repetirlo, en que el 1 es el factor más importante y el 9 el menos importante.

<b>Factor que lo motiva</b>	<b>Ranking</b>
a) Facilita las relaciones sociales	
b) Aumenta la intensidad de la diversión	
c) Estimula el sentirse alegre, integrado a un grupo	
d) Presión grupal (...ya que todos lo hacen... sino seré el 'raro/a')	
e) Evadir problemas o salir de la rutina	
f) Hace sentir más confianza, desinhibido/a	
g) En grupo es económico tomar bebidas alcohólicas	
h) Otro, cuál?	

33. Cuando ingieres bebidas alcohólicas ¿con quiénes te gusta hacerlo?  
Solo/a    Amigos/as    Familiares    Otro, quién: \_\_\_\_\_
34. ¿Cuál es el efecto que más te gusta sentir al tomar bebidas alcohólicas?  
\_\_\_\_\_
35. ¿Cuál es el efecto que menos te gusta sentir al tomar bebidas alcohólicas?  
\_\_\_\_\_
36. ¿Alguna vez te ha molestado la gente por criticar tu forma de tomar bebidas alcohólicas?  
Sí            No
37. ¿Alguna vez has tenido la impresión que deberías tomar menos (bebidas alcohólicas)?  
Sí            No
38. ¿Alguna vez has experimentado sentimientos de culpa por tu forma de tomar bebidas alcohólicas?  
Sí            No
39. ¿Alguna vez, para calmar los efectos de la resaca o 'goma', lo primero que has hecho por la mañana ha sido tomar alguna bebida alcohólica?  
Sí            No
40. ¿Alguna vez, debido a la ingesta de bebidas alcohólicas, has incumplido tus obligaciones?  
Sí            No

\*\*\*\*\*

**Agradecemos tu colaboración!!!**

## **ANEXO 5: TABLAS DE SALIDA DE LOS RESULTADOS**

**CUADRO #1:** CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓHOLICAS EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

		n	%	% válido
AÑO QUE CURSA DE LA CARRERA	SEGUNDO AÑO	229	51.9	51.9
	TERCER AÑO	212	48.1	48.1
	Total	441	100	100
GRUPOS DE EDAD*	DE 15 A 19 AÑOS	316	71.7	71.7
	DE 20 A 24 AÑOS	118	26.8	26.8
	25 AÑOS O MÁS	7	1.6	1.6
	Total	441	100	100
SEXO	FEMENINO	229	51.9	51.9
	MASCULINO	212	48.1	48.1
	Total	441	100	100
AREA DE PROCEDENCIA	RURAL	66	15	15
	URBANO	375	85	85
	Total	441	100	100
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	6	1.4	1.4
	UNION ESTABLE	10	2.3	2.4
	SOLTERO	403	91.4	96.2
	Total	419	95	100
No responden		22	5	
Total		441	100	
RELIGIÓN	CATÓLICA	239	54.2	55.1
	EVANGÉLICA	128	29.0	29.5
	TESTIGO DE JEHOVÁ	2	.5	.5
	MORAVA	3	.7	.7
	MORMÓN	5	1.1	1.2
	ADVENTISTA	11	2.5	2.5
	OTROS	6	1.4	1.4
	NINGUNA	40	9.1	9.2
	Total	434	98.4	100.0
No responden		7	1.6	
Total		441	100.0	

\*La media de edad fue 19.1 años (DE=1.6) y la mediana de edad fue 18.9 años (rango de 16-33)

**FUENTE:** ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**CUADRO #2:** ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

ANTECEDENTE FAMILIAR DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS		n	%
En la casa donde vives con tu familia ¿alguien toma bebidas alcohólicas?	NO	188	42.6
	SI	253	57.4
	Total	441	100
Familiar que toma y vive en el hogar*	Padre	136	53.8%
	Madre	50	19.8%
	Hermanos	86	34.0%
	Abuelos	27	10.7%
	Primos	27	10.7%
	Tíos	44	17.4%
	Otros	5	2.0%

\*% basado en el total de estudiantes que refieren que un familiar que vive en el hogar consume alcohol (n=253)

**FUENTE:** ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**CUADRO #3: CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA**

		Frecuencia	Porcentaje
¿Qué sustancia consideras que son drogas?*	Alcohol	338	76.6%
	Café	213	48.3%
	Tabaco	286	64.9%
	Pega	371	84.1%
	Pastilla para dormir	308	69.8%
	Cocaína	435	98.6%
	Tranquilizante	309	70.1%
	Hongos	274	62.1%
	No reconoce ninguna	3	0.7%
¿Consideras que el consumo de bebidas alcohólicas crea dependencia o adicción en las personas?	NO	34	7.7
	SI	393	89.1
	NO SE	14	3.2
	Total	441	100
¿Consideras peligroso el consumo de bebidas alcohólicas?	NO	8	1.8
	SI	433	98.2
	NO SE	0	0
	TOTAL	441	100
¿Consideras que el consumo de bebidas alcohólicas está asociado a enfermedades?	NO	36	8.2
	SI	397	90
	NO SE	8	1.8
	Total	441	100
¿Qué enfermedades consideras están asociadas al consumo de bebidas alcohólicas?*	Cáncer	141	32.0%
	Cirrosis	410	93.0%
	Úlcera gástrica	255	57.8%
	Sind. Down	59	13.4%
	Pancreatitis	134	30.4%
	Disfunción eréctil	145	32.9%
	No reconoce ninguna	21	4.8%

\*Esta preguntas son de tipo de respuesta múltiple (el estudiante podía seleccionar más de una alternativa por lo que los % no suman 100%

**FUENTE:** ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**CUADRO #4:** CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA, EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

		n	CONOCE QUE EL ALCOHOL ES UNA DROGRA		CONOCE QUE EL ALCOHOL PUEDE PRODUCIR		CONOCE QUE EL CONSUMO PUEDE CAUSAR ENFERMEDADES		RECONOCE AL MENOS UNA ENFERMEDAD ASOCIADA AL CONSUMO	
SEXO	FEMENINO	229	176	76.9%	206	90.0%	210	91.7%	217	94.8%
	MASCULINO	212	162	76.4%	187	88.2%	187	88.2%	203	95.8%
	Total	441	338	76.6%	393	89.1%	397	90.0%	420	95.2%
	P		0.913		0.600		0.432		0.624	
EDAD	DE 15 A 19	316	237	75.0%	279	88.3%	288	91.1%	301	95.3%
	DE 20 A 24	118	97	82.2%	109	92.4%	102	86.4%	113	95.8%
	25 AÑOS O	7	4	57.1%	5	71.4%	7	100.0%	6	85.7%
	Total	441	338	76.6%	393	89.1%	397	90.0%	420	95.2%
	P		0.135		0.286		0.429		0.479	
AREA DE PROCEDENCIA	RURAL	66	44	66.7%	60	90.9%	57	86.4%	57	86.4%
	URBANO	375	294	78.4%	333	88.8%	340	90.7%	363	96.8%
	Total	441	338	76.6%	393	89.1%	397	90.0%	420	95.2%
	P		0.038		0.858		0.518		0.0001	
AÑO QUE CURSA DE LA CARRERA	SEGUNDO	229	161	70.3%	197	86.0%	200	87.3%	212	92.6%
	TERCER AÑO	212	177	83.5%	196	92.5%	197	92.9%	208	98.1%
	Total	441	338	76.6%	393	89.1%	397	90.0%	420	95.2%
	P		0.001		0.032		0.125		0.006	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE ALCOHOL	NO	188	134	71.3%	168	89.4%	170	90.4%	177	94.1%
	SI	253	204	80.6%	225	88.9%	227	89.7%	243	96.0%
	TOTAL	441	338	76.6%	393	89.1%	397	90.0%	420	95.2%
	P		0.022		0.984		0.949		0.355	

FUENTE: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS



**CUADRO #5: ACTITUDES SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA**

REACTIVOS		TOTALMENTE EN DESACUERDO		EN DESACUERDO		INDECISO (A)		DE ACUERDO		TOTALMENTE DE ACUERDO		TOTAL		CHI CUADRADO		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Valor	gl	P
1. Estoy convencido de que si tomara bebidas alcohólicas esto no perjudicaría mi salud	FEMENINO	133	58.8%	47	20.8%	12	5.3%	16	7.1%	18	8.0%	226	100.0%	3.639 <sup>a</sup>	4	0.457
	MASCULINO	109	52.2%	45	21.5%	11	5.3%	17	8.1%	27	12.9%	209	100.0%			
Total		242	55.6%	92	21.1%	23	5.3%	33	7.6%	45	10.3%	435	100.0%			
Estimo que consumir alcohol me ayuda a tener amigos	FEMENINO	155	68.6%	53	23.5%	7	3.1%	3	1.3%	8	3.5%	226	100.0%	20.025 <sup>a</sup>	4	0.0001
	MASCULINO	109	52.2%	68	32.5%	14	6.7%	14	6.7%	4	1.9%	209	100.0%			
Total		264	60.7%	121	27.8%	21	4.8%	17	3.9%	12	2.8%	435	100.0%			
Sí algún miembro de mi familia bebiera mucho alcohol tendríamos problemas	FEMENINO	11	4.9%	4	1.8%	21	9.3%	80	35.4%	110	48.7%	226	100.0%	5.246 <sup>a</sup>	4	0.263
	MASCULINO	11	5.3%	10	4.8%	13	6.2%	82	39.2%	93	44.5%	209	100.0%			
Total		22	5.1%	14	3.2%	34	7.8%	162	37.2%	203	46.7%	435	100.0%			
El beber alcohol me ayuda a resolver mis problemas personales (disgustos, timidez...)	FEMENINO	141	62.4%	61	27.0%	13	5.8%	2	.9%	9	4.0%	226	100.0%	12.618 <sup>a</sup>	4	0.013
	MASCULINO	109	52.2%	65	31.1%	12	5.7%	14	6.7%	9	4.3%	209	100.0%			
Total		250	57.5%	126	29.0%	25	5.7%	16	3.7%	18	4.1%	435	100.0%			
El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva	FEMENINO	19	8.4%	14	6.2%	23	10.2%	76	33.6%	94	41.6%	226	100.0%	1.095 <sup>a</sup>	4	0.895
	MASCULINO	19	9.1%	14	6.7%	17	8.1%	65	31.1%	94	45.0%	209	100.0%			
Total		38	8.7%	28	6.4%	40	9.2%	141	32.4%	188	43.2%	435	100.0%			
Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien	FEMENINO	103	45.6%	67	29.6%	27	11.9%	16	7.1%	13	5.8%	226	100.0%	3.512 <sup>a</sup>	4	0.476
	MASCULINO	72	34.4%	64	30.6%	34	16.3%	24	11.5%	15	7.2%	209	100.0%			
Total		175	40.2%	131	30.1%	61	14.0%	40	9.2%	28	6.4%	435	100.0%			
No es conveniente que yo beba alcohol ni siquiera en las comidas	FEMENINO	28	12.4%	29	12.8%	37	16.4%	43	19.0%	89	39.4%	226	100.0%	3.512 <sup>a</sup>	4	0.476
	MASCULINO	24	11.5%	31	14.8%	36	17.2%	51	24.4%	67	32.1%	209	100.0%			
Total		52	12.0%	60	13.8%	73	16.8%	94	21.6%	156	35.9%	435	100.0%			
Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiera	FEMENINO	52	23.0%	32	14.2%	32	14.2%	51	22.6%	59	26.1%	226	100.0%	5.257 <sup>a</sup>	4	0.262
	MASCULINO	33	15.8%	25	12.0%	29	13.9%	55	26.3%	67	32.1%	209	100.0%			
Total		85	19.5%	57	13.1%	61	14.0%	106	24.4%	126	29.0%	435	100.0%			

**FUENTE: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS**

**CUADRO #6: ACTITUDES SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA, EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA**

		n	El consumo de alcohol no es la respuesta a los problemas (medio de escape)				El consumo de alcohol impacta negativamente en las relaciones familiares y de amistad				El consumo de alcohol impacta negativamente en la salud			
			DESFAVORABLE		FAVORABLE		DESFAVORABLE		FAVORABLE		DESFAVORABLE		FAVORABLE	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SEXO	FEMENINO	229	31	13.5%	198	86.5%	19	8.3%	210	91.7%	68	29.7%	161	70.3%
	MASCULINO	212	47	22.2%	165	77.8%	23	10.8%	189	89.2%	64	30.2%	148	69.8%
	Total	441	78	17.7%	363	82.3%	42	9.5%	399	90.5%	132	29.9%	309	70.1%
	P		0.0180				0.3620				0.9100			
EDAD	DE 15 A 19 AÑOS	316	55	17.4%	261	82.6%	25	7.9%	291	92.1%	95	30.1%	221	69.9%
	DE 20 A 24 AÑOS	118	22	18.6%	96	81.4%	15	12.7%	103	87.3%	33	28.0%	85	72.0%
	25 AÑOS O MÁS	7	1	14.3%	6	85.7%	2	28.6%	5	71.4%	4	57.1%	3	42.9%
	Total	441	78	17.7%	363	82.3%	42	9.5%	399	90.5%	132	29.9%	309	70.1%
P		0.929				0.071				0.260				
AREA DE PROCEDENCIA	RURAL	66	9	13.6%	57	86.4%	6	9.1%	60	90.9%	18	27.3%	48	72.7%
	URBANO	375	69	18.4%	306	81.6%	36	9.6%	339	90.4%	114	30.4%	261	69.6%
	Total	441	78	17.7%	363	82.3%	42	9.5%	399	90.5%	132	29.9%	309	70.1%
	P		0.3600				0.8970				0.6090			
AÑO QUE CURSA DE LA CARRERA	SEGUNDO AÑO	229	36	15.7%	193	84.3%	14	6.1%	215	93.9%	69	30.1%	160	69.9%
	TERCER AÑO	212	42	19.8%	170	80.2%	28	13.2%	184	86.8%	63	29.7%	149	70.3%
	Total	441	78	17.7%	363	82.3%	42	9.5%	399	90.5%	132	29.9%	309	70.1%
	P		0.2610				0.0110				0.9240			
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE ALCOHOL	NO	188	21	11.2%	167	88.8%	15	8.0%	173	92.0%	50	26.6%	138	73.4%
	SI	253	57	22.5%	196	77.5%	27	10.7%	226	89.3%	82	32.4%	171	67.6%
	TOTAL	441	78	17.7%	363	82.3%	42	9.5%	399	90.5%	132	29.9%	309	70.1%
	P		0.0020				0.3410				0.1870			

**FUENTE: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS**

**CUADRO #7:** MOTIVACIONES SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, EN ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ EN SU VIDA (N=310) EN ESTUDIANTES DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

MOTIVO	MEDIA	SUMA
En grupo es económico tomar bebidas alcohólicas	5.55	1720
Presión grupal (...ya que todos lo hacen... sino seré el 'raro/a')	5.48	1698
Facilita las relaciones sociales	5.12	1588
Evadir problemas o salir de la rutina	4.97	1542
Hace sentir más confianza, desinhibido/a	4.67	1448
Hace sentir que yo tengo el control	4.60	1426
Otro, cuál?	6.08	1355
Aumenta la intensidad de la diversión	4.25	1319
Estimula el sentirse alegre, integrado a un grupo	4.20	1303

**FUENTE:** ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**CUADRO #8:** MOTIVACIONES SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA, EN ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ EN SU VIDA (N=310) DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

			Facilita las relaciones sociales	Aumenta la intensidad de la diversión	Estimula el sentirse alegre, integrado a un grupo	Presión grupal (... ya que todos lo hacen... sino seré el 'raro/a')	Evadir problemas o salir de la rutina	Hace sentir más confianza, desinhibido/a	Hace sentir que yo tengo el control	En grupo es económico tomar bebidas alcohólicas	OTROS	
EDAD	DE 15 A 19 AÑOS	N	218	218	218	218	218	218	218	218	155	
		Media	5.28	4.34	4.25	5.40	5.19	4.68	4.44	5.52	5.85	
		Suma	1150	947	927	1177	1131	1020	967	1204	907	
	DE 20 A 24 AÑOS	N	86	86	86	86	86	86	86	86	86	62
		Media	4.83	4.10	4.12	5.60	4.48	4.58	5.03	5.63	6.44	
		Suma	415	353	354	482	385	394	433	484	399	
	25 AÑOS O MÁS	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
		Media	3.83	3.17	3.67	6.50	4.33	5.67	4.33	5.33	8.17	
		Suma	23	19	22	39	26	34	26	32	49	
SEXO	FEMENINO	N	157	157	157	157	157	157	157	157	112	
		Media	5.07	4.26	3.96	5.59	4.88	4.74	4.74	5.78	5.96	
		Suma	796	669	621	877	766	744	744	907	668	
	MASCULINO	N	153	153	153	153	153	153	153	153	111	
		Media	5.18	4.25	4.46	5.37	5.07	4.60	4.46	5.31	6.19	
		Suma	792	650	682	821	776	704	682	813	687	
AREA DE PROCEDENCIA	RURAL	N	44	44	44	44	44	44	44	44	29	
		Media	5.25	4.57	4.32	4.43	4.41	4.68	5.14	5.75	6.79	
		Suma	231	201	190	195	194	206	226	253	197	
	URBANO	N	266	266	266	266	266	266	266	266	194	
		Media	5.10	4.20	4.18	5.65	5.07	4.67	4.51	5.52	5.97	
		Suma	1357	1118	1113	1503	1348	1242	1200	1467	1158	
AÑO QUE CURSA DE LA CARRERA	SEGUNDO AÑO	N	158	158	158	158	158	158	158	158	114	
		Media	5.58	4.24	4.03	5.59	4.97	4.70	4.44	5.52	5.90	
		Suma	881	670	637	884	786	742	701	872	673	
	TERCER AÑO	N	152	152	152	152	152	152	152	152	109	
		Media	4.65	4.27	4.38	5.36	4.97	4.64	4.77	5.58	6.26	
		Suma	707	649	666	814	756	706	725	848	682	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE ALCOHOL	SIN ANTECEDENTES	N	117	117	117	117	117	117	117	117	85	
		Media	5.26	4.37	4.33	5.39	4.53	4.75	4.78	5.50	5.87	
		Suma	616	511	507	631	530	556	559	644	499	
	CON ANTECEDENTES	N	193	193	193	193	193	193	193	193	138	
		Media	5.04	4.19	4.12	5.53	5.24	4.62	4.49	5.58	6.20	
		Suma	972	808	796	1067	1012	892	867	1076	856	

FUENTE: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**CUADRO #9:** EFECTOS QUE LE GUSTA Y QUE NO LEGUSTA EXPERIMENTAR CUANDO CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS, EN ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ EN SU VIDA (N=310) DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

		N	%
EFECTOS DESEADOS	OLVIDAR.PROBLEMAS	20	6.5%
	PAZ	20	6.5%
	CONFIANZA2	40	12.9%
	FELICIDAD	10	3.2%
	LIBERTAD	10	3.2%
	RELAJACION	76	24.5%
	ALEGRIA	83	26.8%
	DESINHIBICION	78	25.2%
	NO SE	20	6.5%
	NINGUNA -NUNCA ME HE EMBRIAGADO	44	14.2%
	OTRA	16	5.2%
EFECTOS NO DESEADOS	TRSITEZA	62	20.0%
	DESPRESION	62	20.0%
	MAREO	57	18.4%
	NAUSEAS	40	12.9%
	CEFALEA	17	5.5%
	VOMITOS	98	31.6%
	NO.SE.2	20	6.5%
	MALESTAR.ESTOMACAL	39	12.6%
	MALESTAR.FISICO	8	2.6%
	ALTERACION.CONCIENCIA	15	4.8%
	DEBILIDAD	15	4.8%
	OTRAS	9	2.9%
	NINGUNA.2	23	7.4%

FUENTE: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**CUADRO #10:** EFECTOS QUE LE GUSTA EXPERIMENTAR CUANDO CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA, EN ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ EN SU VIDA (N=310) DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

		EFECTOS DESEADO																							
		N	OLVIDAR PROBLEMAS		PAZ		CONFIANZA		FELICIDAD		LIBERTAD		RELAJACION		ALEGRIA		DESINHIBICION		NO SE		NINGUNA - NUNCA ME HE EMBRIAGADO		OTRA		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
EDAD	DE 15 A 19 AÑOS	218	14	6.4%	14	6.4%	27	12.4%	9	4.1%	9	4.1%	51	23.4%	58	26.6%	51	23.4%	13	6.0%	34	15.6%	13	6.0%	
	DE 20 A 24 AÑOS	86	6	7.0%	6	7.0%	13	15.1%	1	1.2%	1	1.2%	23	26.7%	23	26.7%	25	29.1%	6	7.0%	9	10.5%	3	3.5%	
	25 AÑOS O MÁS	6	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	2	33.3%	2	33.3%	1	16.7%	1	16.7%	0	0.0%	
Total		310	20	6.5%	20	6.5%	40	12.9%	10	3.2%	10	3.2%	76	24.5%	83	26.8%	78	25.2%	20	6.5%	44	14.2%	16	5.2%	
SEXO	FEMENINO	157	9	5.7%	9	5.7%	16	10.2%	2	1.3%	2	1.3%	41	26.1%	36	22.9%	43	27.4%	13	8.3%	31	19.7%	7	4.5%	
	MASCULINO	153	11	7.2%	11	7.2%	24	15.7%	8	5.2%	8	5.2%	35	22.9%	47	30.7%	35	22.9%	7	4.6%	13	8.5%	9	5.9%	
Total		310	20	6.5%	20	6.5%	40	12.9%	10	3.2%	10	3.2%	76	24.5%	83	26.8%	78	25.2%	20	6.5%	44	14.2%	16	5.2%	
AREA	RURAL	44	9	20.5%	9	20.5%	6	13.6%	0	0.0%	0	0.0%	10	22.7%	11	25.0%	11	25.0%	2	4.5%	3	6.8%	2	4.5%	
	URBANO	266	11	4.1%	11	4.1%	34	12.8%	10	3.8%	10	3.8%	66	24.8%	72	27.1%	67	25.2%	18	6.8%	41	15.4%	14	5.3%	
Total		310	20	6.5%	20	6.5%	40	12.9%	10	3.2%	10	3.2%	76	24.5%	83	26.8%	78	25.2%	20	6.5%	44	14.2%	16	5.2%	
AÑO QUE CURSA	SEGUNDO AÑO	158	13	8.2%	13	8.2%	24	15.2%	3	1.9%	3	1.9%	41	25.9%	29	18.4%	41	25.9%	15	9.5%	26	16.5%	8	5.1%	
	TERCER AÑO	152	7	0.0%	7	0.0%	16	0.0%	7	0.0%	7	0.0%	35	0.0%	54	0.0%	37	0.0%	5	0.0%	18	0.0%	8	0.0%	
Total		310	20	6.5%	20	6.5%	40	12.9%	10	3.2%	10	3.2%	76	24.5%	83	26.8%	78	25.2%	20	6.5%	44	14.2%	16	5.2%	
ANTECEDENS FAMILIARES DE CONSUMO	SIN ANTECEDENTES	117	12	10.3%	12	10.3%	16	13.7%	2	1.7%	2	1.7%	27	23.1%	22	18.8%	28	23.9%	12	10.3%	17	14.5%	9	7.7%	
	CON ANTECEDENTES	193	8	4.1%	8	4.1%	24	12.4%	8	4.1%	8	4.1%	49	25.4%	61	31.6%	50	25.9%	8	4.1%	27	14.0%	7	3.6%	
Total		310	20	6.5%	20	6.5%	40	12.9%	10	3.2%	10	3.2%	76	24.5%	83	26.8%	78	25.2%	20	6.5%	44	14.2%	16	5.2%	

FUENTE: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**CUADRO #11: EFECTOS QUE NO LE GUSTA EXPERIMENTAR CUANDO CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA, EN ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ EN SU VIDA (N=310) DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA**

		EFECTOS NO DESEADOS																											
		TRSITEZA		DESPRESION		MAREO		NAUSEAS		CEFALEA		VOMITOS		NO SE		MALESTAR ESTOMACAL		MALESTAR FISICO		ALTERACION CONCIENCIA		DEBILIDAD		OTRAS		NINGUNA			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
EDAD	DE 15 A 19 AÑOS	218	51	23.4	51	23.4	39	17.9	27	12.4	12	5.5	62	28.4	14	6.4	27	12.4	6	2.8	10	4.6	10	4.6	4	1.8	20	9.2	
	DE 20 A 24 AÑOS	86	11	12.8	11	12.8	16	18.6	12	14.0	5	5.8	32	37.2	6	7.0	11	12.8	2	2.3	5	5.8	5	5.8	5	5.8	3	3.5	
	25 AÑOS O MÁS	6	0	0.0	0	0.0	2	33.3	1	16.7	0	0.0	4	66.7	0	0.0	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Total		310	62	20.0	62	20.0	57	18.4	40	12.9	17	5.5	98	31.6	20	6.5	39	12.6	8	2.6	15	4.8	15	4.8	9	2.9	23	7.4	
SEXO	FEMENINO	157	23	14.6	23	14.6	33	21.0	22	14.0	15	9.6	48	30.6	12	7.6	21	13.4	3	1.9	4	2.5	4	2.5	7	4.5	11	7.0	
	MASCULINO	153	39	25.5	39	25.5	24	15.7	18	11.8	2	1.3	50	32.7	8	5.2	18	11.8	5	3.3	11	7.2	11	7.2	2	1.3	12	7.8	
Total		310	62	6.5	62	6.5	57	6.5	40	6.5	17	6.5	98	6.5	20	6.5	39	6.5	8	6.5	15	6.5	15	6.5	9	6.5	23	6.5	
ÁREA DE PROCEDENCIA	RURAL	44	9	20.5	9	20.5	6	13.6	13	29.5	1	2.3	19	43.2	2	4.5	12	27.3	0	0.0	3	6.8	3	6.8	1	2.3	2	4.5	
	URBANO	266	53	19.9	53	19.9	51	19.2	27	10.2	16	6.0	79	29.7	18	6.8	27	10.2	8	3.0	12	4.5	12	4.5	8	3.0	21	7.9	
Total		310	62	20.0	62	20.0	57	18.4	40	12.9	17	5.5	98	31.6	20	6.5	39	12.6	8	2.6	15	4.8	15	4.8	9	2.9	23	7.4	
AÑO QUE CURSA DE LA CARRERA	SEGUNDO AÑO	158	20	12.7	20	12.7	35	22.2	23	14.6	6	3.8	53	33.5	16	10.1	23	14.6	3	1.9	9	5.7	9	5.7	4	2.5	12	7.6	
	TERCER AÑO	152	42	0.0	42	0.0	22	0.0	17	0.0	11	0.0	45	0.0	4	0.0	16	0.0	5	0.0	6	0.0	6	0.0	5	0.0	11	0.0	
Total		310	62	20.0	62	20.0	57	18.4	40	12.9	17	5.5	98	31.6	20	6.5	39	12.6	8	2.6	15	4.8	15	4.8	9	2.9	23	7.4	
ANTECEDENS FAMILIARES DE CONSUMO	SIN ANTECEDENTES	117	12	10.3	12	10.3	24	20.5	18	15.4	11	9.4	37	31.6	11	9.4	18	15.4	4	3.4	5	4.3	5	4.3	4	3.4	9	7.7	
	CON ANTECEDENTES	193	50	25.9	50	25.9	33	17.1	22	11.4	6	3.1	61	31.6	9	4.7	21	10.9	4	2.1	10	5.2	10	5.2	5	2.6	14	7.3	
Total		310	62	20.0	62	20.0	57	18.4	40	12.9	17	5.5	98	31.6	20	6.5	39	12.6	8	2.6	15	4.8	15	4.8	9	2.9	23	7.4	

FUENTE: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

CUADRO 12: CONFLICTOS INTERNOS EN ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ EN SU VIDA (N=310) DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

		Frecuencia	Porcentaje
Alguna vez has tenido la impresión que deberías tomar menos (bebidas alcohólicas)?	NO	185	59.7
	SI	103	33.2
	NO RESPONDE	22	7.1
	Total	310	100.0
¿Alguna vez has experimentado sentimientos de culpa por tu forma de tomar bebidas alcohólicas?	NO	192	61.9
	SI	100	32.3
	NO RESPONDE	18	5.8
	Total	310	100.0



CUADRO 13: CONFLICTOS INTERNOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA, EN ESTUDIANTES QUE HAN CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ EN SU VIDA (N=310) DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNAN MANAGUA, MARZO 2014, NICARAGUA

		¿Alguna vez has tenido la impresión que deberías tomar menos (bebidas alcohólicas)?						Total		P	¿Alguna vez has experimentado sentimientos de culpa por tu forma de tomar bebidas alcohólicas?						Total		P
		NO		SI		NO RESPONDE					NO		SI		2				
		n	%	n	%	n	%				n	%	n	%	n	%			
EDAD	DE 15 A 19 AÑOS	138	63.3%	65	29.8%	15	6.9%	218	100.0%	0.297	142	65.1%	64	29.4%	12	5.5%	218	100.0%	0.414
	DE 20 A 24 AÑOS	44	51.2%	35	40.7%	7	8.1%	86	100.0%		46	53.5%	34	39.5%	6	7.0%	86	100.0%	
	25 AÑOS O MÁS	3	50.0%	3	50.0%	0	.0%	6	100.0%		4	66.7%	2	33.3%	0	.0%	6	100.0%	
Total		185	59.7%	103	33.2%	22	7.1%	310	100.0%		192	61.9%	100	32.3%	18	5.8%	310	100.0%	
SEXO	FEMENINO	100	63.7%	44	28.0%	13	8.3%	157	100.0%	0.130	101	64.3%	45	28.7%	11	7.0%	157	100.0%	0.308
	MASCULINO	85	55.6%	59	38.6%	9	5.9%	153	100.0%		91	59.5%	55	35.9%	7	4.6%	153	100.0%	
Total		185	59.7%	103	33.2%	22	7.1%	310	100.0%		192	61.9%	100	32.3%	18	5.8%	310	100.0%	
AREA DE PROCEDENCIA	RURAL	26	59.1%	16	36.4%	2	4.5%	44	100.0%	0.732	24	54.5%	18	40.9%	2	4.5%	44	100.0%	0.410
	URBANO	159	59.8%	87	32.7%	20	7.5%	266	100.0%		168	63.2%	82	30.8%	16	6.0%	266	100.0%	
Total		185	59.7%	103	33.2%	22	7.1%	310	100.0%		192	61.9%	100	32.3%	18	5.8%	310	100.0%	
AÑO QUE CURSA DE LA CARRERA	SEGUNDO AÑO	98	62.0%	45	28.5%	15	9.5%	158	100.0%	0.078	96	60.8%	49	31.0%	13	8.2%	158	100.0%	0.175
	TERCER AÑO	87	57.2%	58	38.2%	7	4.6%	152	100.0%		96	63.2%	51	33.6%	5	3.3%	152	100.0%	
Total		185	59.7%	103	33.2%	22	7.1%	310	100.0%		192	61.9%	100	32.3%	18	5.8%	310	100.0%	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE ALCOHOL	NO	64	54.7%	40	34.2%	13	11.1%	117	100.0%	0.078	60	51.3%	45	38.5%	12	10.3%	117	100.0%	0.002
	SI	121	62.7%	63	32.6%	9	4.7%	193	100.0%		132	68.4%	55	28.5%	6	3.1%	193	100.0%	
Total		185	59.7%	103	33.2%	22	7.1%	310	100.0%		192	61.9%	100	32.3%	18	5.8%	310	100.0%	

FUENTE: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS

**ANEXO 4: GRAFICOS DE RESULTADOS**

GRAFICO #1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

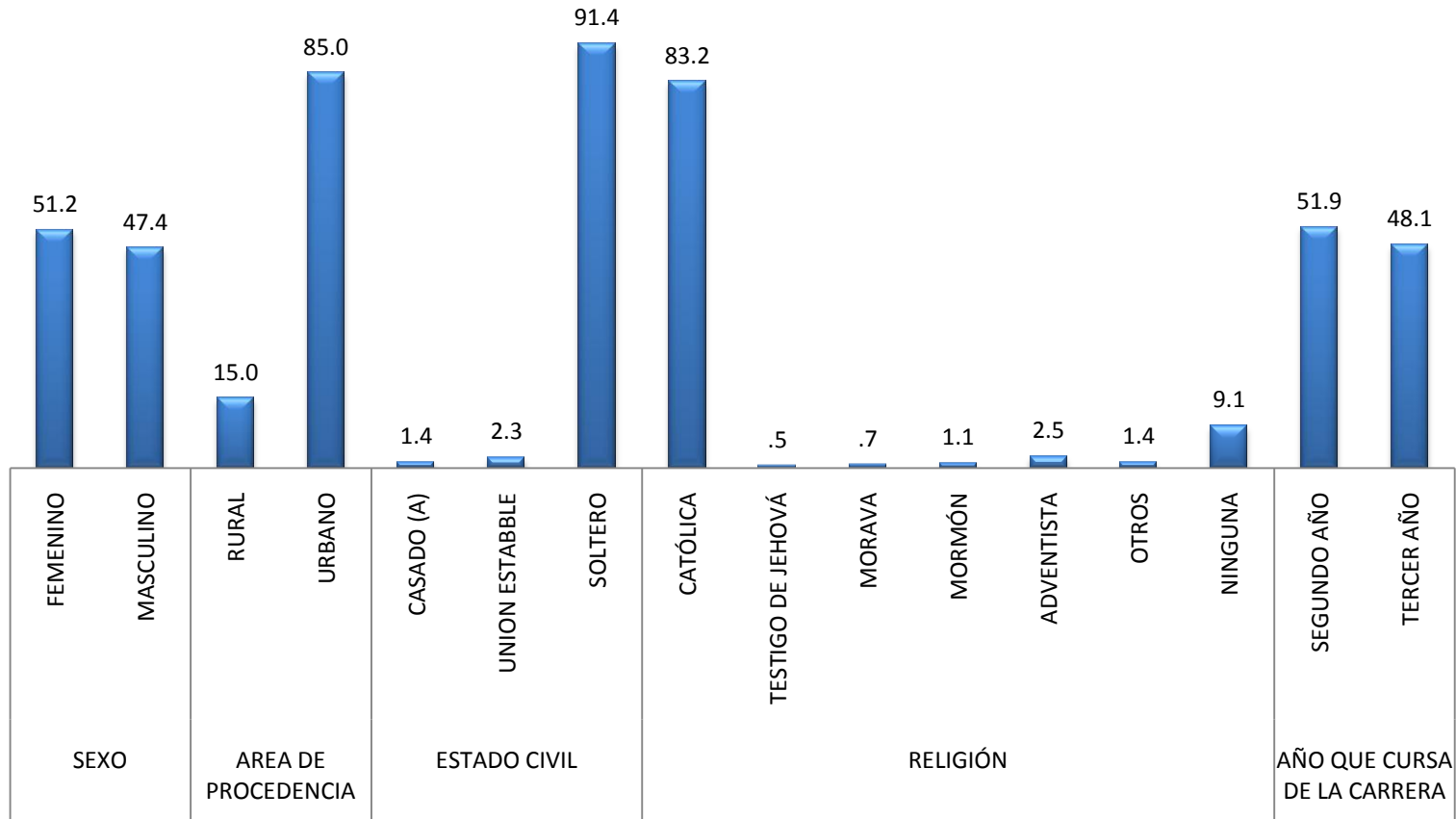


GRAFICO #B: EDAD, SEXO Y AÑO DE LA CARRERA

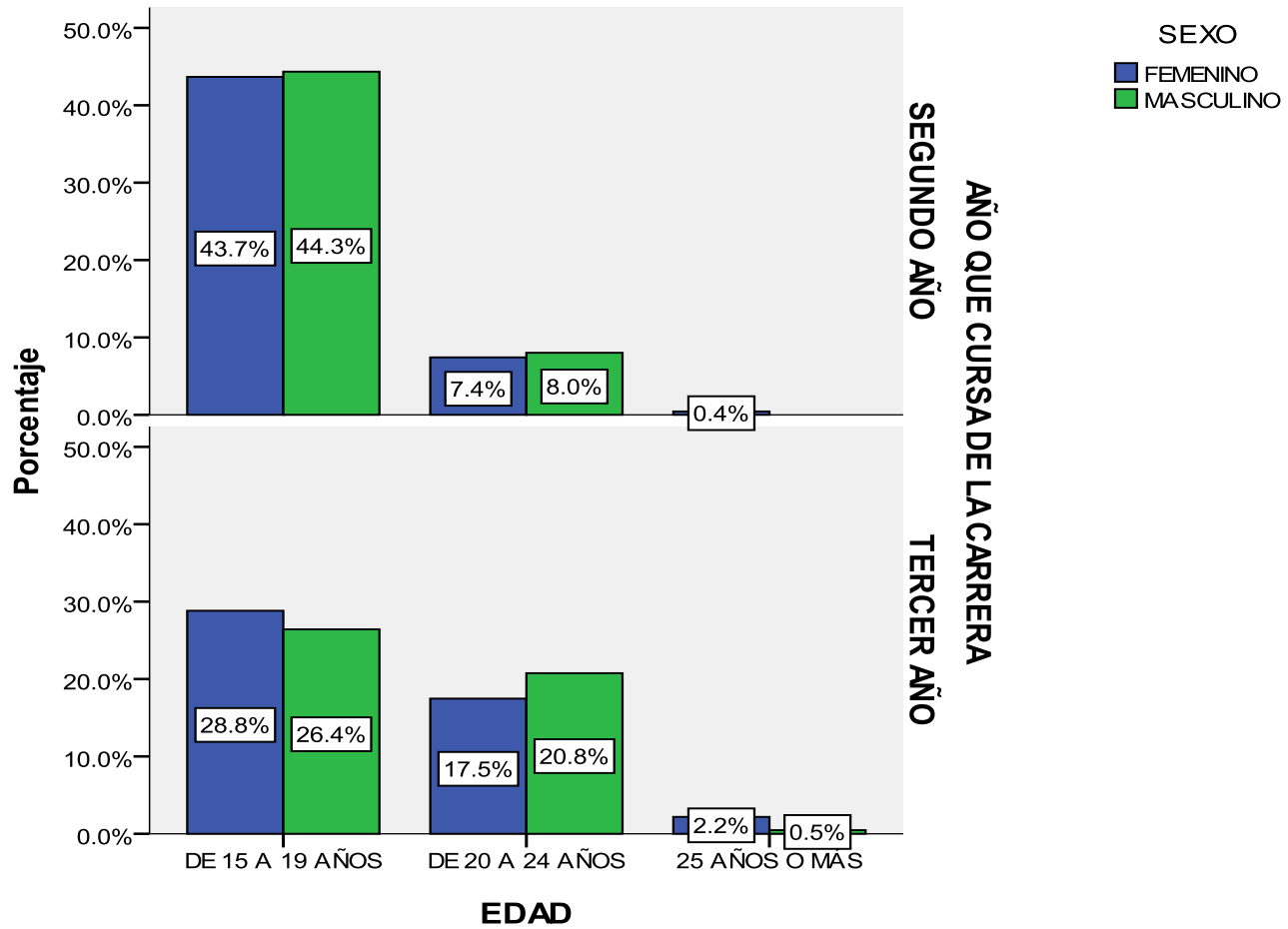


GRAFICO #2A: ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE ALCOHOL

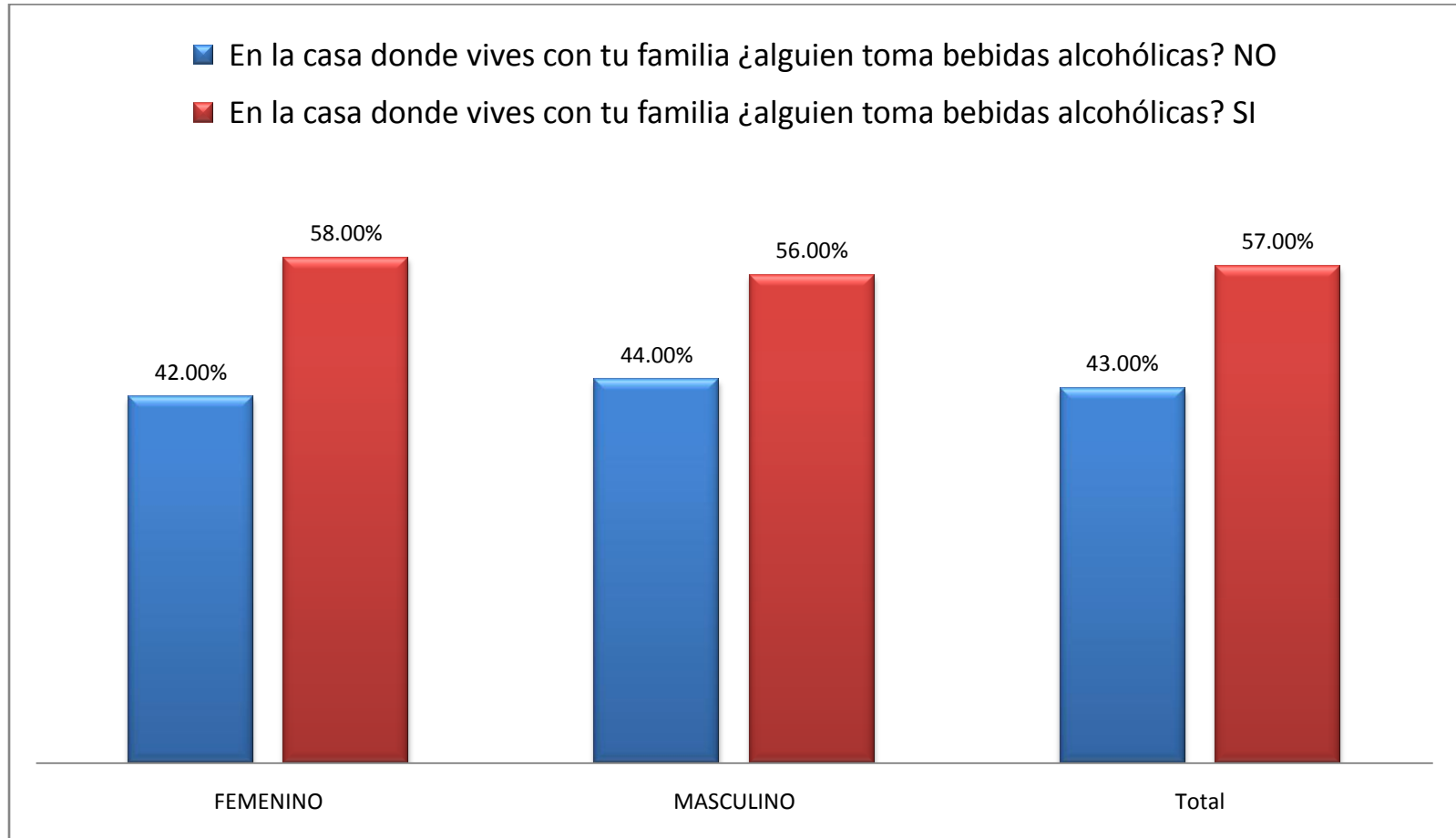


GRAFICO #2B: ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE ALCOHOL

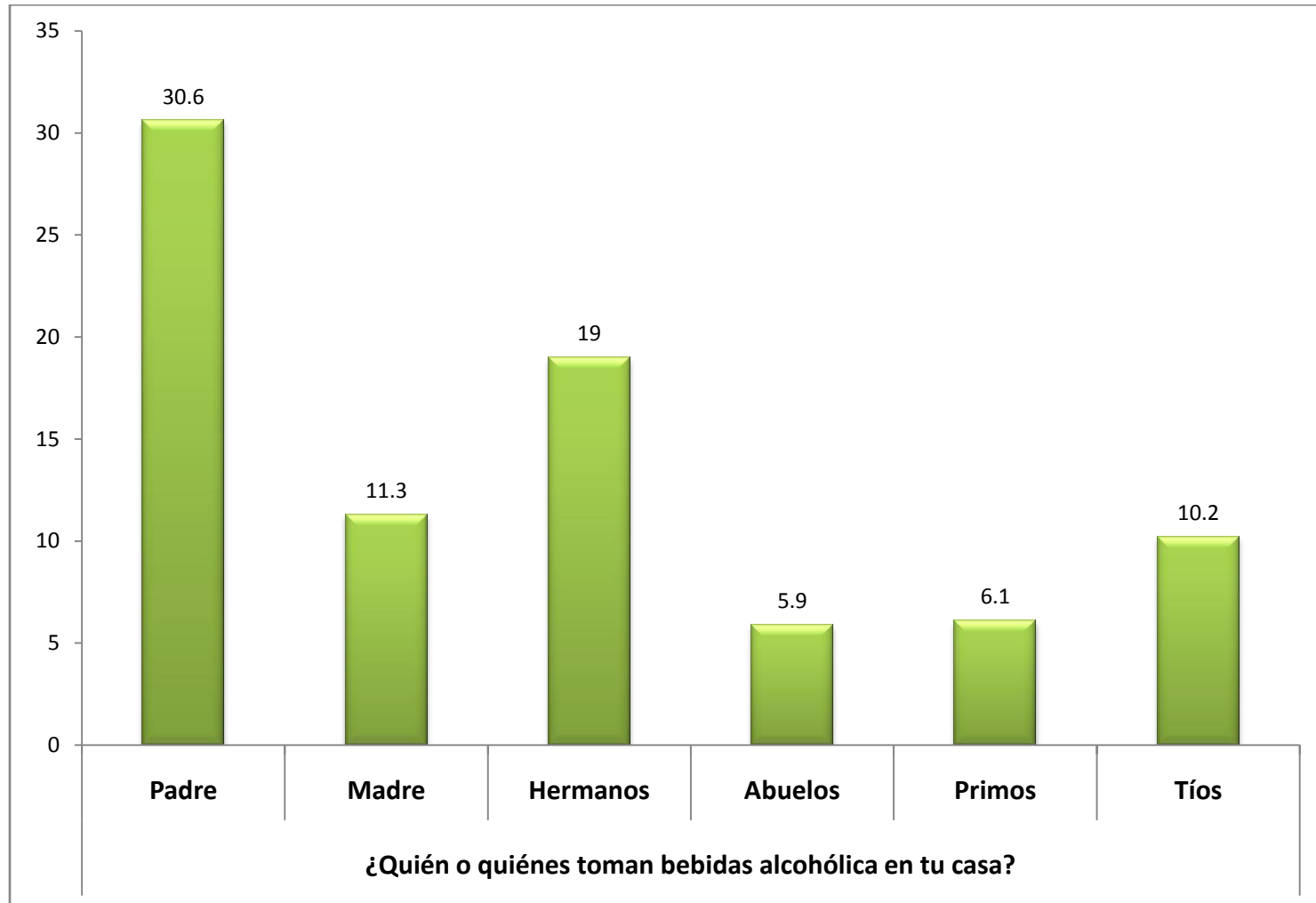


GRAFICO #2C: ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE ALCOHOL



GRAFICO #3A: CONOCIMIENTO SOBRE EL PELIGRO DE COSNUMIR ALCOHOL

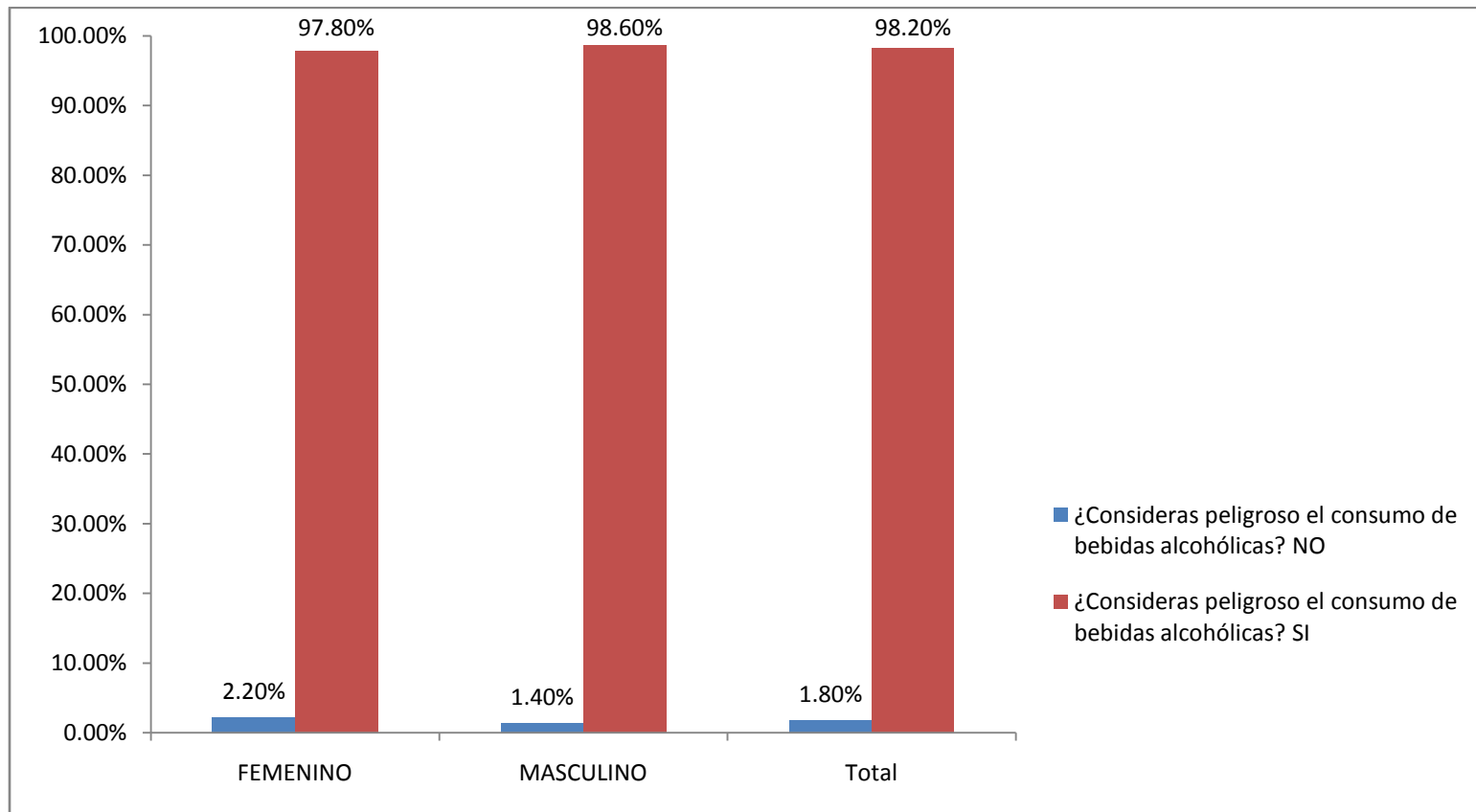




GRAFICO #3B: CONOCIMIENTO SOBRE LA NATURALEZA ADICTIVA Y ASOCIACION CON ENFERMEDADES

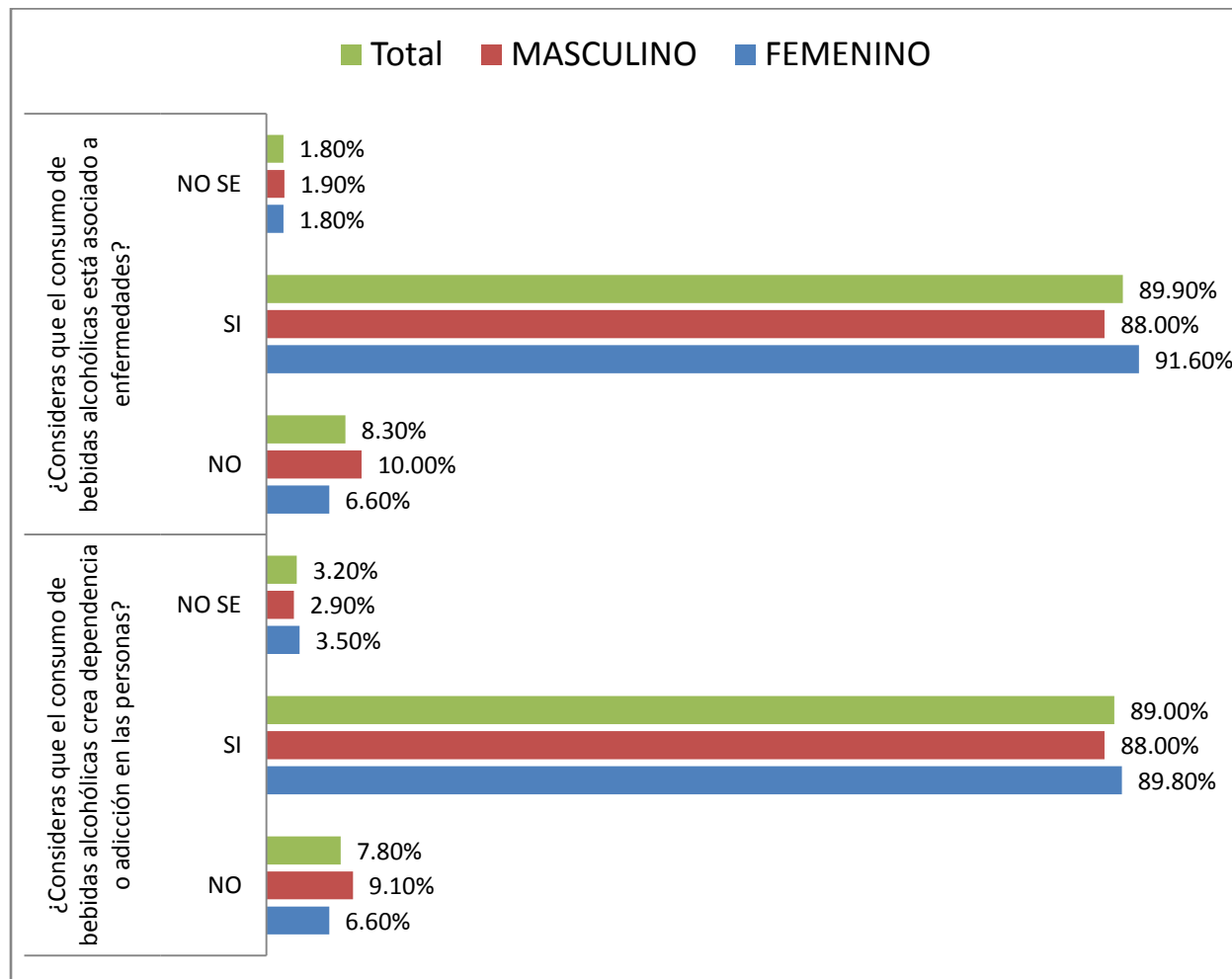


GRAFICO #3B: CONOCIMIENTO SOBRE TIPO DE ENFERMEDADES ASOCIADAS

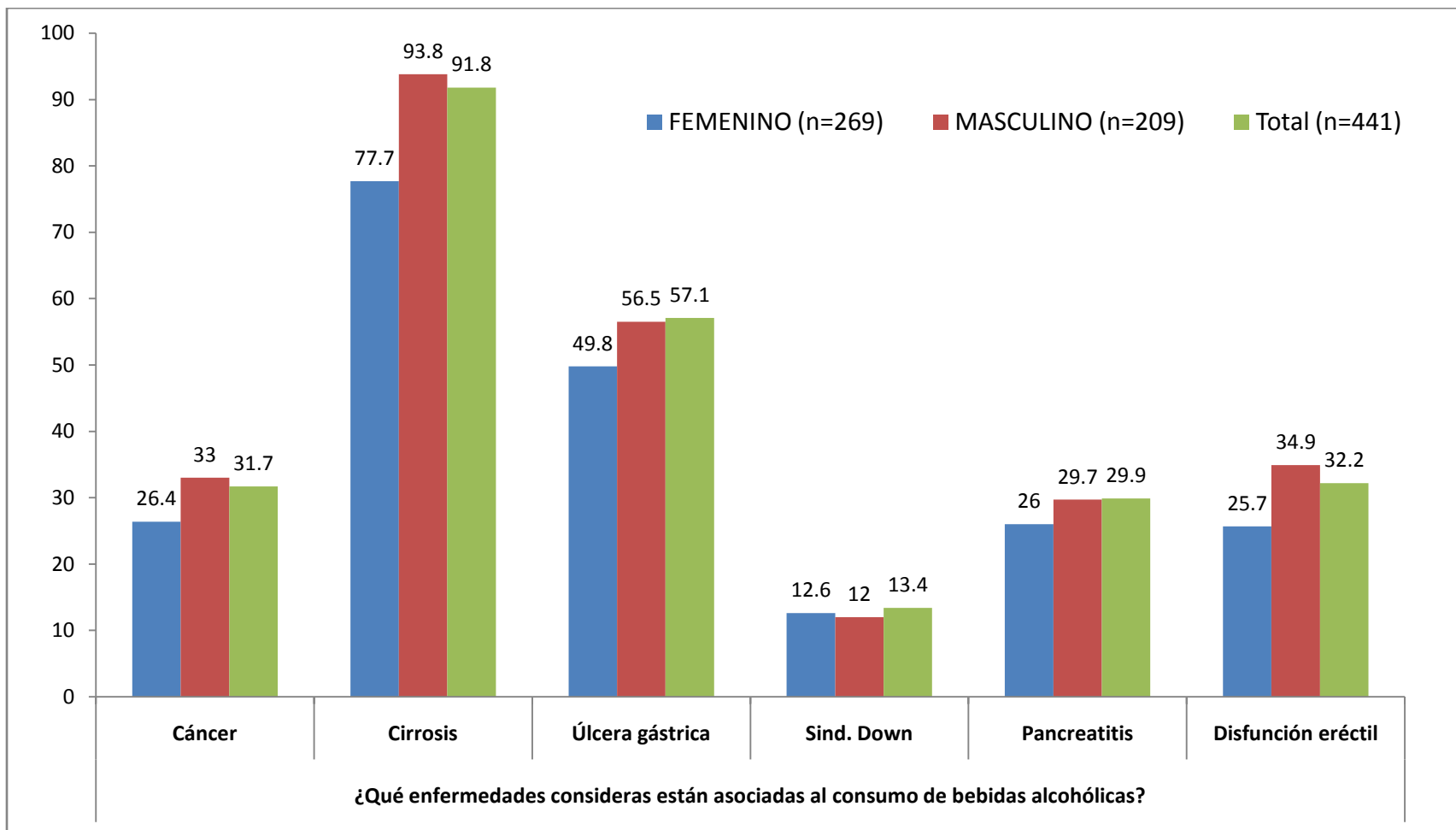


GRAFICO #4A: ACTITUDES ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL

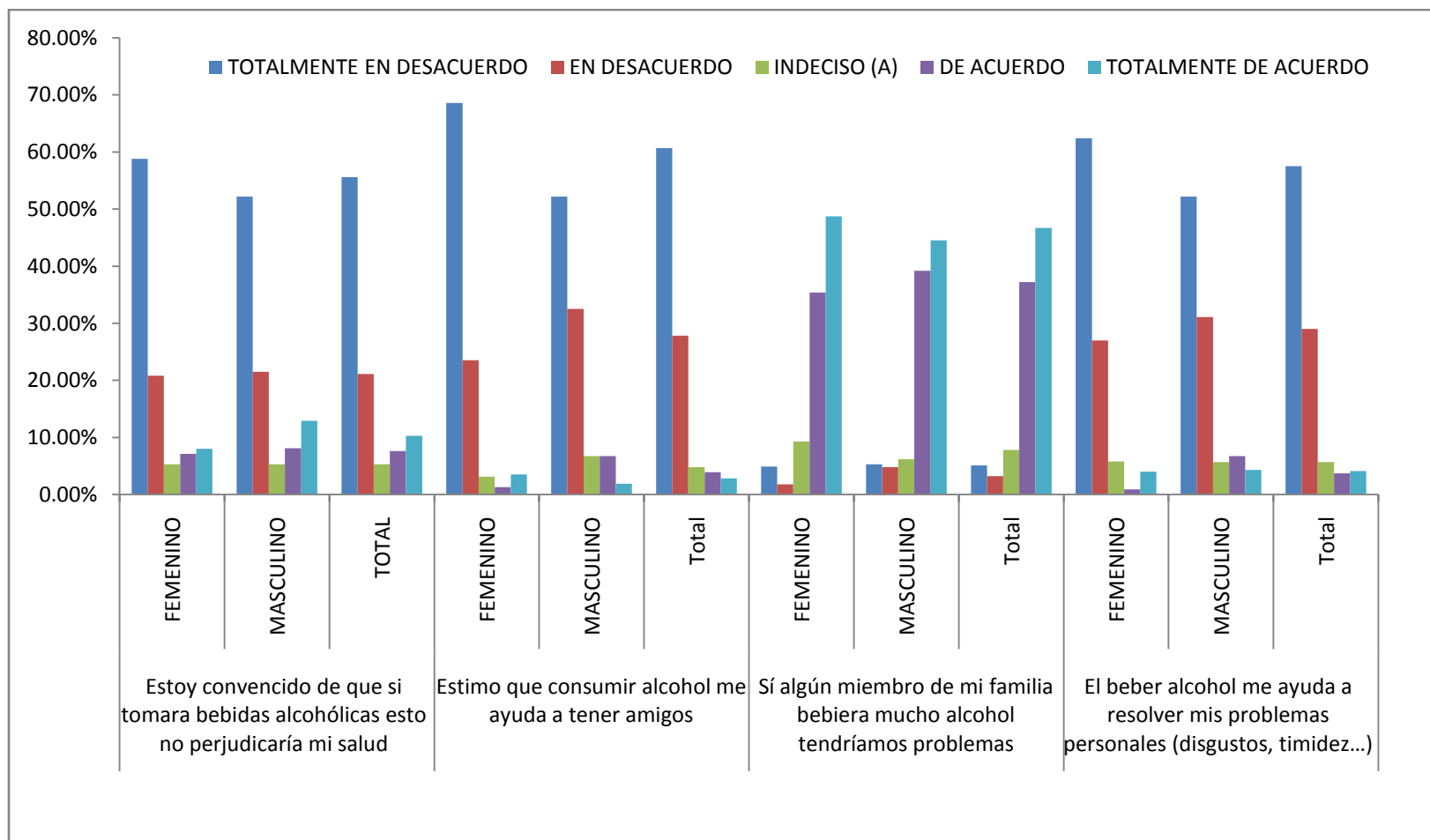


GRAFICO #4B: ACTITUDES ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL

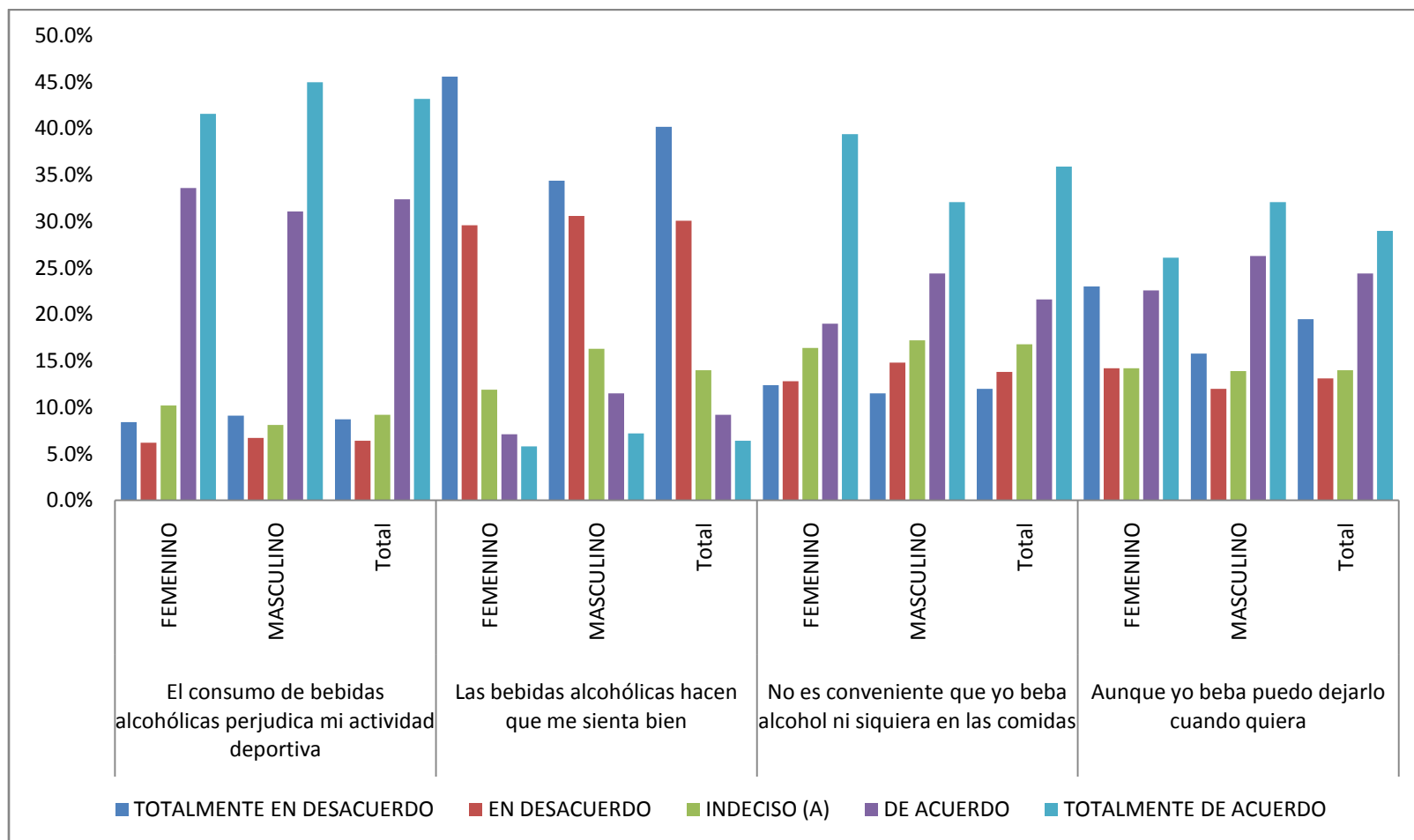


GRAFICO #5A: PRÁCTICAS DE CONSUMO DE ALCOHOL

