



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**“FACTORES ASOCIADOS AL NO RECONOCIMIENTO DE
PROBLEMAS CON EL USO DE ALCOHOL EN PERSONAS
ADULTAS QUE ASISTEN A ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS
DE SALUD EN LIMA METROPOLITANA Y OTRAS
REGIONES”**

**“FACTORS ASSOCIATED WITH THE NON-RECOGNITION OF
PROBLEMS WITH THE USE OF ALCOHOL IN ADULTS
WHO ATTEND PUBLIC HEALTH ESTABLISHMENTS IN
METROPOLITAN LIMA AND OTHER REGIONS”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

Susan Yessica Cari Bellido
Lizbeth Valeri Quispe Aguilar

ASESOR

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Johann Martin Vega Dienstmaier.

Vocal: Dr. Santiago Martin Stucchi Portocarrero.

Secretario: Dr. Paulo Jorge Ruiz Grosso .

Fecha de Sustentación: 02 de agosto de 2023

Calificación: Aprobado

ASESOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-8403-5363

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a Dios y al Señor de los Temblores, cuyo cuidado ha estado presente en cada una de nuestras metas y proyectos. Agradecemos a nuestras madres y padres, quienes han sido un constante respaldo, guiándonos con valores y virtudes que han enriquecido cada año de nuestra trayectoria en la carrera de medicina humana, siempre confiando en nosotras y nuestras aspiraciones. Extendemos nuestro agradecimiento a nuestros hermanos, familiares y amigos, cuyo aliento constante y apoyo incondicional nos impulsaron a mantenernos perseverantes. También, deseamos dedicar un espacio especial a nuestras mascotas, fieles compañeras a lo largo de este proceso, brindándonos su cariño a lo largo de todos estos años de formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestra gratitud al doctor Javier Saavedra Castillo, nuestro asesor, por su inquebrantable apoyo y paciencia a lo largo de todas las etapas de nuestro estudio. También extendemos nuestro agradecimiento al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" por su confianza al proporcionarnos acceso a su valiosa base de datos, lo que permitió la realización de nuestra investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El estudio ha sido autofinanciado por los investigadores.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADOS DEL INFORME DE SIMILITUD

FACTORES ASOCIADOS AL NO RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS CON EL USO DE ALCOHOL EN PERSONAS ADULTAS QUE ASISTEN A ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD EN LIMA METROPOLITANA Y OTRAS REGIONES.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	duict.upch.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	www.insm.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
6	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	7
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	8
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	18
VI. LIMITACIONES.....	27
VII. CONCLUSIONES.....	28
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
IX. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	39

RESUMEN

Antecedente: El uso perjudicial de alcohol se asocia con una morbilidad y mortalidad importantes, que a menudo no se diagnostican. La minimización o negación de la enfermedad es un factor común en los pacientes con problemas de abuso y/o dependencia de alcohol, lo cual retrasa el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. **Objetivo:** Determinar los factores demográficos, sociales y clínicos relacionados con el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en personas adultas. **Materiales y métodos:** Estudio correlacional, con diseño transversal, que utiliza las bases de datos de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana y en Hospitales Regionales, realizados en el 2015 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. **Resultados:** Se encontró relación estadísticamente significativa del no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol (NRPUA) con el sexo ($p=0,045$) de los pacientes, la presencia de comorbilidad con el episodio depresivo ($p=0,018$), la presencia de conductas psicopáticas ($p<0,001$), conductas violentas ($p=0,002$), una baja autoestima ($p=0,001$) y buena cohesión familiar ($p=0,002$). **Conclusión:** Se confirma que los factores demográficos, sociales y clínicos considerados en el presente estudio se relacionan significativamente con el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en personas adultas que asisten a consultorios de los establecimientos de salud en Lima Metropolitana y en ocho regiones del Perú.

Palabras Clave: Alcoholismo, Salud Mental, Reconocimiento.

ABSTRACT

Background: Harmful use of alcohol is associated with significant morbidity and mortality, which is often undiagnosed. The minimization or denial of the disease is a common factor in patients with alcohol abuse and/or dependence problems, which delays early diagnosis and timely treatment. **Objective:** To determine the demographic, social and clinical factors related to the non-recognition of alcohol use problems in adults. **Materials and methods:** Correlational study, with a cross-sectional design, that uses the databases of the Epidemiological Study of Mental Health in General Hospitals and Health Centers of Metropolitan Lima and in Regional Hospitals, carried out in 2015 by the National Institute of Mental Health. “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. **Results:** A statistically significant relationship was found for the non-recognition of problems with the use of alcohol (NRPUA) with the sex ($p=0.045$) of the patients, the presence of comorbidity of the depressive episode ($p=0.018$), mental health aspects such as the presence of psychopathic behaviors ($p<0.001$), violent behaviors ($p=0.002$) and low self-esteem ($p=0.001$) and good family cohesion ($p=0.002$). **Conclusion:** It is confirmed that the demographic, social and clinical factors considered in the present study are significantly related to the non-recognition of problems with the use of alcohol in adults who attend clinics of health establishments in Metropolitan Lima and in eight regions from Peru.

Key words: Alcoholism, Mental Health, Recognition

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno por uso de alcohol o uso nocivo de alcohol es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y una de las principales causas de muerte evitable (1). Este trastorno puede ser progresivo y fatal, por ello constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo. Se estima que el trastorno por uso de alcohol afecta al 10% de la población y produce 2,5 millones de muertes anuales (2).

De acuerdo con el informe publicado en el 2018, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estimó que alrededor de 2,3 mil millones de personas consumen alcohol en todo el mundo, y aproximadamente 76,3 millones podrían ser diagnosticadas como trastornos por consumo de alcohol (3). Según un estudio realizado por Cedro (4), el uso perjudicial y dependencia del alcohol en el Perú sobrepasaría un millón 700 mil adictos, que en su mayoría serían varones.

El abuso/dependencia de alcohol también tiene consecuencias económicas, entre ellos los costos referentes a la atención médica de la enfermedad, la pérdida de productividad laboral, servicios sociales, justicia penal y una reducción significativa de los principales indicadores económicos del país (5). En 2010, el consumo nocivo de alcohol le costó a Estados Unidos 249 mil millones de dólares (6). En el mismo año, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), estimó que el consumo nocivo de alcohol le genera al Perú pérdidas anuales de al menos 245 millones de dólares (7).

Desde el punto de vista clínico, para realizar el diagnóstico del consumo perjudicial o dependencia de alcohol se emplea la historia clínica y el examen físico, como instrumentos adicionales pueden utilizarse los cuestionarios

específicos para detectar oportunamente problemas con el uso de alcohol (8). En la actualidad, existen diversos cuestionarios para la detección del consumo nocivo de alcohol, entre los más reconocidos en el medio, están el Chronic Alcoholism General Evaluation (CAGE) y Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (9). También se utiliza la escala breve de beber anormal (EBBA), como pruebas de tamizaje en primera instancia y posteriormente se recurre al Muenchner Alkoholismus Test (MALT) como prueba confirmatoria (10). Asimismo, está la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), la cual es una entrevista de screening para los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV, que fue desarrollada conjuntamente por Y. Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” de París y D. Scheehan, en colaboración con la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998 (11).

Dos aspectos son importantes con respecto al consumo perjudicial o dependencia de alcohol. Por un lado, existe una baja identificación de problemas con el uso de alcohol dentro del sistema de salud y, por otro lado, las personas que padecen estos problemas tienden a negarlos o tienen serias dificultades para reconocerlos (12).

Esto podría estar ligado a una etapa de los estadios que el Modelo Transteórico del Cambio denomina como etapa precontemplativa, en la cual la persona niega su problema, no se da cuenta o lo minimiza; en el caso de las adicciones, durante esta fase la persona niega su enfermedad, no tiene intención de cambiar su comportamiento en un futuro predecible o si acude a tratamiento lo hace bajo presión de su entorno social o familiar y podría repercutir en la veracidad de las respuestas ante cuestionarios diagnósticos (13). La población que se encuentra dentro de la fase de precontemplación, permanece ahí por falta de información

sobre las consecuencias de su comportamiento, o por tener intentos fracasados de cambiar dicho comportamiento (14).

Por otro lado, el modelo biopsicosocial del alcoholismo conceptúa que el curso del alcoholismo está influenciado multifactorialmente por factores biológicos, psicológicos y psicosociales. En este sentido, se incluirán en este estudio algunos factores psicológicos y sociales relacionados con el trastorno por consumo de alcohol (15).

Se encontró en diversos estudios que la presencia de comorbilidades de problemas con el uso de alcohol y de salud mental como la depresión y/o ansiedad aumenta las probabilidades de reconocer problemas con el uso de alcohol en personas adultas en comparación con aquellas sin comorbilidad (16, 17, 18), aunque en un estudio no se encontró asociación positiva (19).

Con respecto a los factores sociodemográficos, los hombres tienen mayor probabilidad de tener problemas con el uso de alcohol en comparación con las mujeres (20); sin embargo, se encontró que las mujeres percibieron mayor necesidad de buscar ayuda. En cuanto a la edad, personas de 45 a 64 años son significativamente más propensas a buscar ayuda, en contraste, las personas de 18 a 29 años tienen menos probabilidad de hacerlo (18).

Acerca del nivel económico, este puede influenciar en el reconocimiento de problemas con el uso de alcohol, así como la búsqueda de ayuda o tratamiento; cabe resaltar que en países con mayores ingresos económicos el reconocimiento aumentó en comparación con países de medios a bajos ingresos (21). Sin embargo, también se menciona en otro estudio que las personas con ingreso económico y nivel de estudios bajos presentan mayor búsqueda de ayuda, mientras que, las personas con

estatus económico y nivel de instrucción más elevados y sin comorbilidad presentan menor probabilidad de reconocer su consumo de alcohol como un problema (18).

Por otro lado, se ha descrito que existe una estrecha relación entre el problema de uso de alcohol con el comportamiento violento (22), ya que el consumo intenso puede afectar el pensamiento cognitivo y la capacidad de percepción de problemas con el uso de alcohol (23). En un estudio realizado en España se observó que el consumo de alcohol genera un incremento en la frecuencia de conductas violentas hacia la pareja (24).

La cohesión familiar se considera como un valor dentro de la población hispana y puede funcionar como un factor protector. Un estudio realizado en Miami encontró que una mayor cohesión familiar se asoció directamente con un mayor apoyo social y una menor gravedad del consumo de alcohol (25).

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2015, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI), en los últimos 12 meses el consumo de alcohol era mayor en Lima Metropolitana (75%), seguido por el resto de la costa (69,2%), la selva (60%) y por último la sierra (53,9%). El mayor porcentaje sobre problemas de uso de alcohol se encontró en Lima Metropolitana con 25,8% y el menor fue en la sierra con 17% (26). En cuanto a la edad de inicio del consumo de alcohol, se puede clasificar como de inicio temprano (menor a 25 años) e inicio tardío (mayor a 25 años). Se describe que las personas con inicio temprano tienen mayor predisposición de presentar problemas con el consumo de alcohol y mayor psicopatología. La edad de inicio podría afectar el reconocimiento de problemas de uso de alcohol (27).

Una mayor sintomatología relacionada con el consumo de alcohol aumenta el reconocimiento y la búsqueda de ayuda. Al tener mayor número de síntomas generales estos se reconocen con mayor facilidad, y la presencia de múltiples síntomas requiere mayor necesidad de tratamiento (19).

Al evaluar la relación de las conductas psicopáticas con los problemas de consumo de alcohol, un estudio señala que cuanto mayor es el consumo aumentan los delitos “impulsivos” como el robo, vandalismo, fraude y malversación, entre otros (28).

En una revisión sistemática y un metaanálisis, se incluyeron 17 estudios, de los cuales la mayoría fue de EE. UU. Y los restantes de Reino Unido y Tailandia; el principal hallazgo de este estudio fue que aproximadamente un tercio (31%) de los que cumplen con criterios de consumo de riesgo de alcohol, son conscientes que tienen un problema con la bebida, lo que confirma que la tasa de autorreconocimiento es baja. Debido a ello, en esta investigación se sugiere que el reconocimiento del consumo riesgoso de alcohol es un precedente necesario para la búsqueda de ayuda y el diagnóstico oportuno (29).

En Latinoamérica, un estudio cualitativo realizado en Colombia con una población de adultos tuvo como objetivo reconocer las causas que perjudican el acceso a los servicios de salud para el consumo no saludable de alcohol. Se analizaron 5 categorías, entre ellas: educación, conocimiento de la condición de salud, estigma, falta de formación de los profesionales y cultura. Se concluyó que la causa del no reconocimiento del consumo no saludable de alcohol más frecuentemente identificada es la cultura, ya que en la sociedad de dicho país el consumo de alcohol suele ser aceptado en los hogares como una conducta normal e incluso en eventos familiares se suele incluir a menores de edad (30).

Las personas retrasan la búsqueda de ayuda y el tratamiento hasta que experimentan problemas psicológicos, médicos o sociales, esto es debido a que no reconocen su problema de uso alcohol (19). Tanto es así que en dos encuestas estadounidenses de 9 personas solo 1 percibía la necesidad de ayuda (16). Es frecuente que el paciente no reconozca su enfermedad al momento de recibir el diagnóstico o incluso durante el inicio del tratamiento (31). Un paso limitante para el tratamiento oportuno es la negación del trastorno de uso de alcohol, el cual es potencialmente modificable (16). La falta de reconocimiento se asocia con resultados deficientes en el tratamiento, una mala adherencia y mayores tasas de hospitalización (23).

En el Perú no se han realizado estudios sobre factores que se asocian con la ausencia de autopercepción de problemas con el uso de alcohol, por lo que esta investigación pretende ser un aporte en este tema.

Este estudio está en línea con las políticas nacionales contra el consumo problemático de alcohol, como la Política Multisectorial de Salud al 2030 y el artículo 18 de la Ley de Salud Mental, entre otros.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Estimar los factores demográficos, sociales y clínicos relacionados con el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en personas adultas que asisten a consultorios de los establecimientos públicos de salud en Lima Metropolitana y en ocho regiones del Perú.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la asociación entre los factores socioeconómicos y demográficos con el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en la población estudiada.
- Estimar la asociación entre las características clínicas del problema de uso de alcohol y su no reconocimiento en la población estudiada.
- Evaluar el vínculo entre la depresión y ansiedad y el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en la población estudiada.
- Estimar la asociación entre autoestima, conductas psicopáticas y conductas violentas y el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en la población estudiada.
- Estimar la asociación entre la cohesión familiar y la no identificación del problema de uso de alcohol en la población estudiada.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio:

El presente es un estudio correlacional con diseño transversal, que se ejecutó con datos de fuente secundaria, provenientes del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - Callao y de ocho Hospitales Regionales de las ciudades de Tumbes, Trujillo, Iquitos, Pucallpa, Tacna, Arequipa, Huancavelica y Abancay (EESMHGCS) (32,33).

b) Población:

La población estudiada está constituida por personas que llegaban en búsqueda de atención en especialidades médicas de consulta externa en los hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana - Callao y de ocho hospitales regionales de las ciudades de Tumbes, Trujillo, Iquitos, Pucallpa, Tacna, Arequipa, Huancavelica y Abancay (EESMHGCS) (32,33).

Criterios de inclusión:

Personas de 18 años o más de edad cumplidos de ambos sexos que llegaban en búsqueda de atención en 17 especialidades médicas de consulta externa predefinidas: cardiología, cirugía, dermatología, endocrinología, enfermedades infecciosas/infectología, gastroenterología, ginecología, medicina general, medicina interna, neumología, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, psiquiatría, reumatología, traumatología, urología, y psicología.

Criterios de exclusión:

Personas que no hablaban castellano.

c) Muestra:

La muestra de los EESMHGCS, es probabilística, de tipo complejo, que combina los diseños muestrales estratificados (establecimientos de salud) y por conglomerados (especialidades médicas). La muestra es independiente para cada establecimiento de salud.

Tamaño de la muestra. Detalles del cálculo de la muestra del estudio original puede encontrarse el estudio original (32,33)

La muestra total calculada de establecimientos en Lima Metropolitana y Callao fue de 13600, finalmente se registraron 10885 y para los establecimientos de las 8 regiones la muestra total fue de 1849 (32,33). Debido a la naturaleza de este estudio se incluirá la potencia estimada para el análisis de los datos en las tablas respectivas.

d) Procedimientos y técnicas:

Las entrevistas se realizaron a través de cuestionarios divididos en diferentes módulos que permiten obtener datos del establecimiento de salud y de la persona entrevistada. Los encuestadores fueron egresados o profesionales de la salud, preferentemente psicólogos, que fueron entrenados para la aplicación de los cuestionarios.

Instrumentos

Dentro de los módulos se emplea los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Salud Mental de Colombia Modificado.- Original de Colombia, fue sometido a un proceso de adaptación y ampliación para uso en nuestro medio por personal experto del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (34). En cuanto a la cohesión familiar se

evalúa mediante 6 ítems en una escala de 1 a 5 (Nada/ poco/ regular/ bastante/ mucho), relacionados con la familia actual, tales como; respeto, vergüenza, apoyo, orgullo, valores morales y progreso a través de las siguientes preguntas: “¿Qué tanto siente que lo(a) respetan? ”; “¿Cuánto o qué tanto le importaría hacer pasar vergüenza a su familia por su culpa?”; “¿Qué tanto siente que se apoyan unos a otros?”; “¿Cuan o qué tan orgulloso(a) se siente de su familia?”; “¿Qué tanto siente usted que sus valores morales se parecen a los de su familia?” ; “¿Qué tanto se siente parte del progreso de su familia?”. Las conductas violentas se evalúan mediante las preguntas: “¿Alguna vez le ha pegado a un niño tan fuerte como para hacerle moretones?”; “¿Desde los 18 años, ha estado en más de una pelea que haya acabado a golpes?”; “¿Alguna vez ha usado un arma, como una piedra, un palo un cuchillo(navaja)?; En una pelea ¿ha usado un arma como una pistola?”. Las preguntas relacionadas con tendencias psicopáticas: ¿Con qué frecuencia ha ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas?, ¿Con qué frecuencia o cada cuanto tiempo miente mucho?, ¿con qué frecuencia ha adquirido objetos de muy dudosa procedencia o robados?, cada una con cinco alternativas (Nunca/ Rara vez/ Ocasionalmente/ Frecuentemente/ Muy frecuentemente). Se consideró una conducta psicopática si se mostraba la conducta en cuestión, al menos “ocasionalmente” (32, 33).

Escala de autoestima de Rosenberg.- Elaborado por Rosenberg, escala ampliamente empleada que permite evaluar la autoestima global, emplea un puntaje entre 10 y 40 (35). En un estudio realizado en Colombia se encontró un coeficiente de fiabilidad mayor de 0,7 (36). En estudio previos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, se halló un

coeficiente de fiabilidad de 0,754 (37).

MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10)

(38).- Diseñado para satisfacer la necesidad de una entrevista psiquiátrica estructurada breve, con un tiempo de administración de aproximadamente 15 minutos, es utilizada en estudios epidemiológicos (13). Elaborada para lograr obtener una breve y estructurada entrevista psiquiátrica que puede ser utilizada por psiquiatras y médicos no psiquiatras (13) y adaptado en nuestro medio en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Para obtener la prevalencia actual, 6, 12 meses y de vida de los principales trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos por uso de alcohol, según los criterios de investigación de la CIE-10. El coeficiente de fiabilidad para dependencia de alcohol es 0,748, trastorno de ansiedad generalizada es 0,874 y de episodio depresivo 0,665 (32).

Cuestionario sobre acceso a los servicios de salud en el Perú adaptado y

modificado 7.- Este cuestionario se basó en el Cuestionario de Accesos a Servicios de Salud de la Encuesta de Hogares (1995) adaptadas al modelo de la salud mental. Se utilizaron las preguntas de auto reporte de problemas de salud mental (morbilidad sentida), que incluían problemas con alcohol o drogas: ¿En algún período de su vida (más de 7 días) ha tenido problemas con alcohol o drogas? (No, Si). Además, se incluyeron preguntas relacionadas al acceso a servicios de salud por problemas de salud mental en el último año: ¿Dónde o con quien se llevó a cabo la consulta, atención o tratamiento de su problema con los nervios o de tipo emocional?

No reconocimiento de problemas con el uso de alcohol.- El problema en el caso del consumo alcohol es que las personas afectadas tienden a sobreestimar el consumo de sus pares (39), por lo tanto, las personas que beben intensamente tienden a no reconocer sus conductas de consumo de alcohol como problemáticas porque exageran las conductas de sus pares, y configurarían personas que no reconocen o no se perciben con problemas con el alcohol. En este sentido, se utilizará la pregunta de morbilidad sentida (problemas con el uso de alcohol) como indicador de percepción de problemas con el alcohol, y se obtendrá un grupo de personas que percibe que tiene y otro grupo que no lo percibe. A su vez se identificará a las personas con presencia de trastornos por uso de alcohol (uso perjudicial o dependencia) a través del MINI, obteniéndose como resultado la presencia o no del trastorno. Ambas evaluaciones, tanto la percepción de problemas como la del MINI, se aplicaron a toda la muestra. Por lo tanto, las personas con “*No reconocimiento de problemas con el uso de alcohol*” (NRPUA) serán aquellas que hayan respondido que no perciben que tienen problemas con el uso de alcohol y que al mismo tiempo hayan resultado positivas a la presencia de Uso perjudicial/dependencia de alcohol a través del MINI.

e) Aspectos éticos del estudio

La investigación original contó con la aprobación del Comité de Ética Institucional del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” y tuvo un consentimiento informado escrito de los participantes. La información utilizada para el presente trabajo de investigación fue proporcionada por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. El proyecto fue derivado al Comité de ética institucional del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio

Delgado-Hideyo Noguchi” para su evaluación y se ejecutó una vez aprobado por el mismo. El presente proyecto de investigación se rigió y cumplió con las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud de los seres humanos elaboradas por el CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas), en colaboración con la OMS (Organización Mundial de la Salud) en la Pauta 12: Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud, en el sentido que a pesar de que el consentimiento informado de la investigación original no especificaba su uso en estudios secundarios, sí cumple con los tres criterios que establece la Pauta 12, es decir sería oneroso e impracticable solicitar la autorización de los encuestados, pues se trata de una investigación sobre un problema importante de salud pública que de otra manera no podría explorarse y no existe posibilidades de afectar a los encuestados, dado que la base de datos se encuentra anonimizada (40).

f) Plan de análisis

Para de la obtención de la prevalencia de conductas violentas se consideraron las respuestas a las preguntas referidas a haber maltratado a un niño menor y provocar moretones; involucrarse en más de una pelea que haya acabado en golpes, o haber empleado piedras, palos, cuchillos, o haber utilizado armas de fuego en una pelea. Una respuesta afirmativa de cualquiera de las preguntas indica la presencia de tendencias violentas. En cuanto a la construcción de la variable tendencias psicopáticas, de las preguntas referidas a la frecuencia de adquisición y venta de objetos de muy dudosa procedencia o robados, o mentir, de las cinco alternativas de respuesta se tomaron en cuenta únicamente las respuestas ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente. La elección de una de estas tres alternativas

determina la presencia de tendencias violentas. Para la construcción de la variable cohesión familiar, se consideraron 6 preguntas sobre sentirse respetado por la familia, hacer pasar vergüenza a su familia, apoyo mutuo en la familia, sentir orgullo por la familia, compartir valores morales con la familia y ser parte del progreso de la familia. Se obtuvo el puntaje total en la escala sumando los códigos de las alternativas de respuesta (1 =Nada, 2=Poco, 3= regular, 4= Bastante, 5=Mucho). Para la construcción de la variable principal del estudio (variable dependiente) al que se denominó *no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol* (NRPUA) se determinó si la persona (1) presentaba abuso/dependencia de alcohol y (2) tenía el trastorno y no lo percibía y (3) no accedió a servicios de salud por este trastorno.

En una primera etapa se realizaron análisis descriptivos, mediante gráficos, tablas de frecuencias y de contingencia e indicadores resumen (medias, medianas, indicadores de variación como desviaciones típicas y coeficiente de variación).

En la segunda etapa se realizaron análisis relacionando el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol con los factores considerados en cada uno de los objetivos del estudio, tales como nivel socioeconómico, trastornos psiquiátricos, características clínicas, conductas violentas y psicopáticas, autoestima, cohesión familiar, etc. mediante tablas de dos entradas y pruebas de hipótesis de independencia en muestras complejas utilizando una variante de la prueba chi cuadrado de Pearson con corrección de Rao -Scott de segundo orden. También se utilizó la prueba t de student para comparación de las medias de dos grupos independientes.

Por último, se realizó la evaluación del tamaño del efecto y la potencia de las

pruebas estadísticas utilizadas en el estudio mediante pruebas a posteriori (post hoc).

En el caso de las pruebas t de student y chi cuadrado de independencia se calculó el tamaño del efecto utilizando las estadísticas delta de glass y V de Cramer, respectivamente.

Para el cálculo de la potencia de las pruebas se utilizó el paquete G*Power versión 3.1.9.7, a partir del tamaño de muestra (n), nivel de significancia ($\alpha=0.05$) y el tamaño del efecto (δ o w) seleccionando la estadística de prueba utilizada (prueba t de student o prueba chi cuadrado). Para fines de interpretación, convencionalmente, se considera que una potencia ($1-\beta$) aceptable es de 80% a más (41,42).

IV. RESULTADOS

La muestra total del estudio estuvo conformada por personas adultas que asistieron a los consultorios de los establecimientos públicos de salud, y que fue de 20701, 10885 de Lima Metropolitana y 9816 de ocho ciudades del país (Tumbes, Trujillo, Iquitos, Pucallpa, Tacna, Arequipa, Huancavelica y Abancay).

A partir de esta muestra total, se seleccionó aquellos adultos que tuvieron problemas con el uso de alcohol y lo reconocen (242) o no lo reconocen (831), lo que dio una muestra total de 1073 adultos.

La proporción de adultos que no reconocieron tener problemas con el uso del alcohol en Lima Metropolitana (79,7%) fue mayor comparado con los hallazgos en los establecimientos hospitalarios de las otras ciudades (73,4%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (Tabla 1).

Además, en la tabla 1 se observó que el no reconocimiento de problemas con el uso

de alcohol (NRPUA) en los adultos de sexo femenino fue mayor (82,7%) comparado con el sexo masculino (75,2%) ($p=0,045$).

Por otro lado, no se observó diferencias estadísticamente significativas en el no reconocimiento de problemas con el uso del alcohol según la edad, el nivel educativo y el nivel de pobreza de los adultos en los establecimientos de salud de Lima Metropolitana y las 8 ciudades (Tabla 1).

Entre los adultos que presentaron un episodio depresivo a lo largo de la vida, 72,3% no reconoce problemas con el uso del alcohol, proporción que fue significativamente menor comparada con los que no presentaron esta comorbilidad (79,3%) ($p=0,018$). Por otro lado, no se observó una asociación significativa del NRPUA con la presencia de cualquier trastorno de ansiedad (Tabla 2).

En función a los criterios diagnósticos del cuestionario MINI (según la CIE-10) sobre abuso/dependencia del alcohol se encontró que los pacientes que no reconocen problemas con el uso de alcohol tuvieron un número promedio de síntomas de 5,4 (DE:4,0), mientras que para los que sí reconocen el problema, la puntuación promedio fue de 12,2 (DE:5,6). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p<0,001$) (Tabla 3).

El 69,9% de los adultos con dependencia de alcohol en la vida no reconocieron tener problemas con su uso, mientras que 83,6% de aquellos con consumo perjudicial de alcohol en la vida no reconocieron en un tener problemas con su uso. Es decir, las personas con dependencia reconocían que tenían problemas con el alcohol en un 30,1%, mientras que las que tenían consumo perjudicial (Abuso)

reconocían en un 16,4%. Estos hallazgos fueron estadísticamente significativos ($p=0,003$) (Tabla 4).

En promedio, la edad de inicio en el consumo de alcohol, tanto de los que reconocieron y no reconocieron problemas con su uso, fue de 16 años (Tabla 5). Lo mismo ocurre con la edad de inicio del abuso/ dependencia del alcohol, que fue de 24 años en ambos grupos (Tabla 5).

En cuanto a la frecuencia de consumo riesgoso de alcohol en el último año (tomar más de media botella de licor en menos de tres horas) se apreció que los pacientes que reconocían su problema con el uso de alcohol presentaron mayor intensidad (6 ocasiones en promedio), mientras que aquellos que no reconocían problemas con el uso de alcohol presentaron un promedio de 4,3 ocasiones. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (Tabla 5).

En la tabla 6 se observó que el puntaje total promedio en la escala de autoestima de Rosenberg, de aquellos que no reconocían problemas con el uso de alcohol fue estadísticamente mayor comparado con los que reconocían tener el problema ($p=0,001$).

Con respecto a la prevalencia de vida de tendencias violentas, se relacionó significativamente con el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol ($p=0,002$). Se observó que el 72,4% de los que presentan conductas violentas no reconocen que tuvieron problemas con el uso de alcohol, versus el 80,9% de los que no tenían este tipo de conductas. Por otro lado, el 61,7% de los pacientes que presentaron tendencias psicopáticas (tales como, sustraer y vender objetos de dudosa procedencia o robados, participación en robos, mentir repetidamente siendo

adulto) no reconocieron tener problemas con el uso de alcohol versus 79,5% de los que no presentaban esas conductas. ($p < 0,001$) (Tabla 7).

Se observó una asociación significativa entre la cohesión familiar y el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol ($p = 0,002$), pues los pacientes que no reconocieron su problema con el uso de alcohol tuvieron mayor puntaje promedio (15,2 DT:3,2) de cohesión familiar en comparación con los pacientes que reconocen su problema con el uso de alcohol (14,5 DT: 3,4) (Tabla 8).

V. DISCUSIÓN

El presente estudio, pretende determinar cuáles son los factores asociados con el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol, siendo este uno de los primeros que aborda el tema en nuestro país. Es así que, evidencia una tendencia de que los factores desfavorables, tales como la depresión, mayor sintomatología, dependencia de alcohol, tendencias violentas y psicopáticas se asocian con un mayor reconocimiento de problemas con el uso de alcohol. Estos hallazgos concuerdan con estudios realizados en poblaciones de primer mundo, en los cuales los factores mencionados facilitan el reconocimiento del alcoholismo (18,19,43,62,66).

Por otro lado, factores como una alta autoestima, una fuerte cohesión familiar y el consumo perjudicial de alcohol se asocian al no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol. Por el contrario, estudios realizados en poblaciones norteamericanas y europeas mencionan que estos factores favorecen el reconocimiento de sus problemas con el alcohol y por lo tanto la búsqueda de ayuda. La discrepancia observada podría explicarse por diferencias culturales entre países de primer mundo y países en desarrollo como el nuestro (59,68).

Con respecto a los factores sociodemográficos y económicos, los resultados obtenidos muestran que el sexo femenino presenta mayor prevalencia de no reconocimiento de problemas de uso de alcohol en comparación con el sexo masculino. Una posible explicación sería que las mujeres perciben un mayor estigma social asociado al uso de alcohol y que además tienden a asociar este problema con la depresión o ansiedad, razones por las cuales no suelen buscar ayuda (44). Según un estudio realizado en México, se tiene el estigma de que una mujer no debería tener problemas de uso de alcohol, y si lo tiene, deberá ocultarlo o negarlo, pues en caso contrario es rechazada y estigmatizada (45). En contraste, un estudio anterior realizado en EE.UU. menciona que las mujeres tienden a percibir mayor necesidad de búsqueda de ayuda por lo tanto reconocen más que los hombres los problemas con el uso de alcohol (18, 20).

Referente a los grupos de edad no se encontró relación estadísticamente significativa, se encontró que la distribución de edad es homogénea, en tanto que la población norteamericana, las personas de 18 a 29 años son las que tienen menos posibilidad de reconocer su alcoholismo (18). Esto puede deberse a que los hombres jóvenes ven al consumo de alcohol como un mecanismo de afrontamiento de problemas emocionales y consideran que el único momento aceptable dentro de la sociedad para expresar su angustia es cuando toman alcohol, por lo que su uso tiende a normalizarse en la sociedad, y en consecuencia disminuye el reconocimiento de su problema con el uso de alcohol. Otra posible explicación es que los jóvenes tienen el estigma de que ser diagnosticados con un trastorno de uso de alcohol podría influir negativamente en su carrera, razón por la cual limitan su reconocimiento y su búsqueda de ayuda. (46, 47)

Acerca del nivel de instrucción se observó una mayor frecuencia de reconocimiento a menor nivel educativo, aunque no alcanzó diferencias estadísticamente significativas. En esta misma dirección, Oleski y colaboradores encontraron que personas con un menor nivel de estudios presentan mayor probabilidad de reconocimiento y búsqueda de ayuda (18).

Se observó que los participantes que se atendieron en los hospitales regionales presentaron mayor reconocimiento con el uso problemático de alcohol, comparados con aquellos que se atendieron en Lima Metropolitana, si bien los resultados no fueron significativos en este estudio. En ese sentido, según los estudios epidemiológicos poblacionales y en establecimientos de salud de salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" se ha encontrado que los problemas por trastornos de consumo de alcohol afectan en mayor proporción a la población regional que a la población de Lima Metropolitana, siendo mayor en Ayacucho (15%), seguido de Iquitos (9,8%) (32,33,48). Es posible que, en las regiones el tema del trabajo comunitario es muy valorado, las comunidades se organizan en función de las personas que trabajan, pero si una persona empieza a fallar en su capacidad laboral debido a problemas con el uso de alcohol, el trabajador es relegado socialmente, por lo que, al confrontar esta dificultad, llevaría al paciente a reconocer su problema con el uso de alcohol.

En cuanto al nivel de pobreza, según el NBI se encontró que la frecuencia de no reconocimiento se incrementa a medida que disminuye la pobreza, sin embargo, no alcanzó nivel estadísticamente significativo. En este sentido, un estudio en población norteamericana reportó que las personas con estatus económico alto presentan menor probabilidad de reconocer su uso de alcohol como un problema

(18). Esto podría explicarse porque las personas con un menor nivel económico presentan mayores consecuencias negativas relacionadas con el uso de alcohol (49), lo cual conlleva a un mayor reconocimiento del mismo (18). Así mismo, los vecindarios con mayor nivel económico presentaron menor reconocimiento, ya que la comunidad ejerce un efecto protector de participación e implicación en el consumo de alcohol (49).

El número de síntomas está dado por los puntajes del cuestionario MINI sobre abuso/ dependencia de alcohol. En cuanto a la relación entre el número de síntomas y el no reconocimiento de problemas con el uso de alcohol, se encontró que los que no reconocen tener problemas con el uso alcohol puntúan menos en el cuestionario (5 puntos en promedio), en comparación de los que sí reconocen (12 puntos en promedio). Por lo que, un mayor reconocimiento estaría relacionado a presentar más síntomas o a tratarse de problemas más severos. Este hallazgo concuerda con estudios previos que indican que, tener más síntomas del trastorno por consumo de alcohol, pronosticó el reconocimiento de problemas y la búsqueda de ayuda (50). Además, un estudio con diseño longitudinal, asoció de manera positiva un mayor recuento de síntomas de abuso/ dependencia de alcohol del cuestionario DSM IV, con la búsqueda de ayuda y el reconocimiento de los propios problemas con el alcohol (19).

Con respecto a la presencia de dependencia o consumo perjudicial de alcohol en la vida se encontró que los adultos que presentan dependencia de alcohol, según MINI, reconocieron con mayor frecuencia tener problemas con el uso de alcohol, comparado con los que presentan consumo perjudicial de alcohol. Esto podría deberse a que la dependencia de alcohol es una enfermedad más severa y por lo tanto hay mayor sintomatología lo que permitiría aumentar el reconocimiento del

problema (9). Del mismo modo, algunos estudios sugieren que los pacientes que presentan dependencia del alcohol reconocen su problema con el uso de alcohol en mayor porcentaje que los que padecen de abuso de alcohol, lo que concuerda con nuestros hallazgos (18,19).

En el presente estudio se observó una tendencia a una mayor intensidad de consumo de alcohol entre los participantes que reconocen problemas con su uso, comparado con los que no reconocen. La intensidad de consumo guarda relación con el consumo riesgoso de alcohol, el cual está relacionado a consecuencias negativas como accidentes, enfermedades, entre otros, por lo que, las personas presentan mayor sintomatología, lo que conlleva a un mayor reconocimiento del problema (51). En contraste, una encuesta realizada en Melbourne-Australia, encontró que jóvenes con consumo riesgoso de alcohol tienen menor reconocimiento de problemas con el consumo excesivo de alcohol, debido a que existe un entorno favorecedor del consumo de alcohol, es decir esta conducta se normaliza, ya que se asocia como parte de su cultura y se minimiza sus consecuencias negativas (52, 53).

En relación a la edad de inicio del consumo de alcohol, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los que presentaron reconocimiento del problema y los que presentaron NRPUA, pues en ambos casos fue de 16 años. La literatura menciona que a menor edad de inicio de consumo mayor probabilidad de dependencia de por vida y sintomatología (27). Otro estudio realizado en EE.UU. menciona que personas con inicio de consumo de alcohol a edades tempranas (<18 años) tienen mayores probabilidades de tener NRPUA, lo cual podría explicarse ya que el consumo de alcohol es cada vez más común en jóvenes, además que estos cuentan con menos responsabilidades (54). Es importante asesorar a los adolescentes y jóvenes sobre el consumo problemático de alcohol, ya que una edad

temprana de inicio en el consumo de alcohol está ligada a una edad temprana del diagnóstico de trastorno de consumo de alcohol (55).

Del mismo modo se encuentran las comorbilidades relacionadas con el NRPUA, como la depresión y ansiedad. En cuanto al episodio depresivo, se encontró que los participantes con episodio depresivo presentaron un mayor reconocimiento de problemas con el uso de alcohol a comparación de los no deprimidos. Los hallazgos concuerdan con otros estudios en los cuales se encontró que pacientes que padecen de depresión presentan mayor posibilidad de reconocer problemas con el uso de alcohol (16,17,18). La literatura no deja en claro asociación o relación causal entre el consumo perjudicial de alcohol y la depresión, sin embargo, la evidencia sugiere que el consumo problemático de alcohol aumenta el riesgo de que el paciente presente depresión (56). Así mismo el consumo de alcohol intensifica los estados depresivos, por lo que se sugiere el pronto reconocimiento del alcoholismo y trastornos depresivos comórbidos (57).

Por otro lado, los participantes que padecieron trastornos de ansiedad tuvieron mayor reconocimiento de problemas de uso de alcohol en comparación de los que no los padecen, sin embargo, esta relación no fue estadísticamente significativa. Existen estudios que mencionan que la comorbilidad de consumo de alcohol con trastornos del ánimo incrementa el reconocimiento de problemas con el uso de alcohol (16,17), esto se puede explicar porque la comorbilidad aumenta la sintomatología y disminuye la funcionalidad, lo que resulta en un consumo más desadaptativo y aumenta la búsqueda de ayuda (18). En contraste, un estudio psiquiátrico realizado en EE.UU. encontró que la comorbilidad con el consumo de alcohol y trastorno de ansiedad puede disminuir las probabilidades de búsqueda de

ayuda, ya que perciben el alcohol como una manera eficaz de mitigar los síntomas de la ansiedad (18).

En cuanto a la autoestima, se apreció que, en la escala de autoestima de Rosenberg, los participantes que no reconocían sus problemas con el uso de alcohol presentaron en promedio mayores niveles de autoestima en comparación con los que los reconocían. Los hallazgos obtenidos concuerdan con un estudio en una población universitaria, que describe que los estudiantes universitarios con alta autoestima se encuentran en situaciones sociales en las cuales el consumo de alcohol es considerado de manera positiva (58), y cuando perciben algún mensaje de riesgo de consumo de alcohol, tienden a aumentar su consumo de alcohol, ya que por su alta autoestima tienden a considerarse menos propensos a los daños relacionados con el alcohol (59). Por otro lado, la literatura menciona que la baja autoestima es un factor importante para los adultos con problemas de uso de alcohol. También al comparar entre mujeres y hombres con problemas con el uso de alcohol, se evidenció que las mujeres tienden a tener una menor autoestima en comparación con los varones (60). Por otro lado, los participantes que tuvieron conductas violentas presentaron significativamente mayor reconocimiento de su problema con el uso de alcohol a diferencia de aquellos que no ejercen la violencia. La literatura menciona que el uso de alcohol aumenta las conductas violentas y deterioro de la cognición, la atención y coordinación, lo que provocaría crímenes violentos y por lo tanto mayores problemas legales (61). Por lo que, al confrontar tales problemas, podrían reconocer su problema con su uso de alcohol, ya que las personas con problemas de consumo de alcohol solo buscan ayuda cuando presentan dificultades en la vida (62). Así mismo, otros estudios mencionan que el consumo de alcohol afecta también las funciones ejecutivas, lo que conlleva a una desinhibición que podría aumentar el

comportamiento violento (63). Sin embargo, la disfunción ejecutiva causada por daño cerebral relacionado con el alcohol está estrechamente relacionada con la negación alcohólica (64), lo que implicaría que cuanto más alcohol beben las personas y más tienden a iniciar la violencia relacionada con el alcohol, más se niegan a reconocer sus problemas relacionados con este (65).

Del mismo modo, se observó que los participantes con uso perjudicial/dependencia de alcohol que presentaron conductas psicopáticas como ganar dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia, entre otros, tienen mayor reconocimiento de tener problemas con el alcohol, a diferencia de quienes no presentan estas tendencias.

Aunque sigue en estudio la relación entre el consumo de alcohol, el NRPUA y la búsqueda de ayuda, un estudio longitudinal de 30 años realizado en Nueva Zelanda muestra que el continuo aumento de consumo de alcohol tiene un fuerte vínculo con los delitos impulsivos en la población juvenil (28). La literatura menciona que el consumo de alcohol puede facilitar y promover actos delictivos y por consiguiente problemas legales (65, 66). Se ha visto que la coerción que ejerce el sistema de justicia penal incrementa el reconocimiento y la búsqueda de tratamiento del uso de alcohol (66), tanto así que en una población estadounidense que acudió a tratamiento, el 56% de estos fue por influencia de la institución judicial (67).

Por último, se observó que la puntuación media en el cuestionario de cohesión familiar es mayor entre los adultos que no reconocen su problema de uso de alcohol.

Los hallazgos obtenidos no concuerdan con un estudio realizado en Puerto Rico, en el cual se menciona que una cohesión familiar más fuerte puede actuar como un efecto protector de las consecuencias relacionadas con el alcohol (68). Un mayor consumo dentro de una red social como es la familia, puede dificultar el reconocimiento de problemas con el uso de alcohol (29). Además, se ha encontrado

que una mayor cohesión familiar podría afectar la formación de la identidad de la persona, lo cual podría generar problemas de salud como el consumo excesivo de alcohol (69).

El consumo de alcohol constante e intenso puede impactar en la toma de decisiones y el funcionamiento cognitivo, lo cual puede disminuir la percepción sobre las consecuencias negativas para la salud, y a su vez, disminuir la capacidad de búsqueda de ayuda (23). Con frecuencia, las personas comienzan a reconocer que tienen un problema con el alcohol cuando hay consecuencias como problemas legales, pérdida de trabajo problemas de pareja o problemas financieros (23). En el trastorno por uso de alcohol es muy frecuente la negación de la enfermedad y sus síntomas, frustrando los esfuerzos de diagnóstico y tratamiento temprano (70) La literatura propone que reconocer el problema de consumo de alcohol es el primer paso para poder contrarrestarlo (19). Lo cual frecuentemente se complica por las defensas de negación y racionalización de la persona (70). La negación del trastorno de uso de alcohol influye negativamente en la prevención primaria y en mayor proporción en la prevención secundaria de la enfermedad (71). La dificultad para reconocerse correctamente conlleva a una búsqueda de ayuda inadecuada y un retraso de búsqueda de tratamiento oportuno, este retraso está asociado a resultados negativos (72). Así mismo, en un estudio realizado en población norteamericana se menciona que el reconocimiento de problemas con el uso de alcohol se asocia positivamente con el porcentaje de días de abstinencia de alcohol (73) y así mismo se relaciona positivamente con una mayor motivación para el tratamiento y una mayor asistencia a las sesiones de terapia. (23)

VI. LIMITACIONES

En este estudio de investigación las limitaciones a considerar son las siguientes. En primer lugar, los datos a utilizar para este estudio son del año 2015, lo que podría influenciar en que los patrones clínicos pudieran haber cambiado desde entonces. Sin embargo, el objetivo de este estudio no está alrededor de evaluar prevalencias, sino el de busca asociaciones entre variables que estarían menos influenciadas con el aspecto temporal. En segundo lugar, el estudio original se realizó antes de la pandemia COVID-19, la cual podría influenciar en la autopercepción. Estudios realizados en diversos países y en Latinoamérica mencionan que durante la pandemia aumentaron los problemas relacionados con el consumo de alcohol a diferencia de años anteriores (74,75). En tercer lugar, el proyecto no fue realizado específicamente para el propósito de este estudio, por lo tanto, existe la posibilidad de no considerar variables que son importantes para el autoreconocimiento de uso no saludable de alcohol; es decir, se corre el riesgo de plantear un modelo ajustado con las variables que se cuentan y no todas aquellas que eventualmente podrían explicar mejor el problema. En cuarto lugar, al tratarse de una encuesta relacionada con un tema sensible, como el consumo perjudicial de alcohol, puede que las personas no respondan las preguntas con veracidad por temor al estigma social sobre el alcoholismo. En quinto lugar, a la luz de alguno de nuestros hallazgos algunos factores puede que exijan un tamaño de muestra más amplio. Finalmente, dados los resultados obtenidos y para tener una mayor claridad con respecto a las asociaciones encontradas, sería importante ampliar a evaluación entre la asociación entre el NRPUA y cada uno de los factores considerados, controlando posibles efectos confusores y/o modificadores, mediante el análisis multivariado como por

ejemplo un modelo de regresión logística para muestras complejas, la cual produce odds ratio ajustados (42,76).

VII. CONCLUSIONES

En conclusión, los hallazgos encontrados a pesar de las limitaciones muestran significativamente que existen factores como sexo masculino; características clínicas como dependencia o consumo perjudicial; comorbilidades como depresión, aspectos de la salud mental como conductas violentas y conductas psicopáticas, y cohesión familiar que intervienen en el NRPUA, el cual es una de las principales causas del retraso de un diagnóstico oportuno, un tratamiento tardío y consecuencias fatales. Se necesita facilitar el autorreconocimiento de los síntomas del abuso/dependencia de alcohol, ya que puede convertirse en un método potencialmente prometedor para aumentar las probabilidades de buscar ayuda para los problemas con el uso perjudicial de alcohol.

Se sugiere realizar estudios con mayor cobertura para mejorar la comprensión y la potencia al estudiar las relación entre las variables consideradas en este estudio y el NRPUA y la búsqueda de ayuda . Este estudio pretende servir como base para investigaciones futuras y concientizar sobre la importancia de identificar los factores que influyen en el NRPUA y de esta manera plantear estrategias para una intervención oportuna. Debido a que somos un país multicultural, se recomienda el estudio de estos hallazgos por regiones, dado que el nuestro ha considerado solo algunas ciudades de nuestro país.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Witkiewitz K, Litten RZ, Leggio L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Sci Adv.* 2019;5(9).
2. Lima-Rodríguez JS, Guerra-Martín MD, Domínguez-Sánchez I, Lima-Serrano M. Alcoholic patients' response to their disease: perspective of patients and family. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(6):1165-1172.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Online]. 2018. Available from: URL: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
4. Fuentes G, Bedoya D, Luis M, Banchero A, Diez C, Carrasco C, et al. El problema de las drogas en el Perú. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas 2018: 25-35.
5. World Health Organization, Fifty-Eighth World Health Assembly. Public-health problems caused by harmful use of alcohol. Ginebra: WHO; 2005:116–8.
6. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. *Am J Prev Med.* 2015;49(5):73-79.
7. Navarro de Acosta M del C, Díaz Otoyá M, Viñoles García JM. Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú. Lima: Observatorio Peruano de Drogas, Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas; 2010:1–120.
8. Galli Silva E, Feijoo Llantop L, Roig Rojas I, Romero Elmore S. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina

de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Herediana 2002;13(1):19-25.

9. Ochoa Mangado E, Madoz Gúrpide A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia del alcohol. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2009;55(214).

10. Nizama Valladolid M, Nizama García M, Puente de la Vega C, Reyes-Langer SL, Saavedra Castillo J. Diagnóstico indirecto del abuso/dependencia al alcohol en población adulta peruana: validación de una encuesta. Acta médica Peru. 2010;27(2):91–8.

11. Ponce Alfaro G, Arias Horcajadas F. Instrumentos de evaluación. In: Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol.

12. Riofrío C, Rodríguez JJ. Identificación del alcoholismo en atención primaria. Jano: Medicina y humanidades. 2010; 1763:65–74.

13. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol. 1992;47(9):1102-1114.

14. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2000; 18(2):129-138.

15. Skewes MC, Gonzalez VM. The Biopsychosocial Model of Addiction. Principles of Addiction. 2013;61–70.

16. Edlund MJ, Booth BM, Feldman ZL. Perceived need for treatment for alcohol use disorders: results from two national surveys. Psychiatr Serv. 2009; 60:1618–1628.

17. Grella CE, Karno MP, Warda US, Moore AA, Niv N. Perceptions of need and help received for substance dependence in a national probability survey. *Psychiatr Serv.* 2009; 60:1068–1074.
18. Oleski J, Mota N, Cox BJ, Sareen J. Perceived need for care, help seeking, and perceived barriers to care for alcohol use disorders in a national sample. *Psychiatr Serv.* 2010; 61:1223–1231.
19. Glass JE, Grant JD, Yoon HY, Bucholz KK. Alcohol problem recognition and help seeking in adolescents and young adults at varying genetic and environmental risk. *Drug Alcohol Depend.* 2015; 153:250-257.
20. Brienza RS, Stein, MD: Alcohol use disorder in primary care: do gender-specific differences exist? *J. Gen. Intern. Med.* 2002; 17:387–397.
21. Degenhardt L, Glantz M, Evans Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Thornicroft G, et al. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: An analysis of data from the World Mental Health Surveys. *Psychiatr Serv.* 2017;16(3):299–307.
22. Proescholdt MG, Walter M, Wiesbeck GA. Alkohol und Gewalt: Eine aktuelle Übersicht. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2012;80(8):441-449.
23. Raftery D, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Ingram I, Goh MCW, et al. Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. *Addict Behav.* 2020 Dec; 111:106549.
24. Llopis Giménez C, Rodríguez García MI, Hernández Mancha I. Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja

en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. Cuad. med. forense. 2014;20(4):51-169.

25. Cano MÁ, Sánchez M, Rojas P, Ramírez-Ortiz D, Polo KL, Romano E, et al. Alcohol Use Severity Among Adult Hispanic Immigrants: Examining the Roles of Family Cohesion, Social Support, and Gender. *Subst Use Misuse*. 2018 Mar 21;53(4):668-676.

26. Montoya LB, Rivas AN, Noriega M. Perú: Enfermedades no transmisibles Y transmisibles, 2015. Lima: INEI; 2016.

27. Christoffersen LAN, Mortensen EL, Becker U, Osler M, Sørensen HJ, Flensburg-Madsen T. Age at onset and age at treatment of alcohol use disorders: Associations with educational level and intelligence. *Alcohol*. 2021; 95:7-14.

28. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and criminal offending: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2013;128(1-2):30-36.

29. Smith JJ, Spanakis P, Gribble R, Stevelink SAM, Rona RJ, Fear NT, et al. Prevalence of at-risk drinking recognition: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2022 Jun 1; 235:109449.

30. Gómez C, Cárdenas P, Marroquín A, Cepeda M, Suárez F, Uribe JM. Barreras de Acceso, Autoreconocimiento y reconocimiento en depresión y trastornos del consumo del alcohol: Un estudio cualitativo. *Rev Colomb de Psiquiatría*. 2021; 50:55–66.

31. Bradley KA. Screening and diagnosis of alcoholism in the primary care setting. *West J Med*. 1992;156(2):166-171.

32. Saavedra Castillo JE, Paz Schaeffer V, Robles Arana Y, Luna Solis Y, Zevallos Bustamante S, Cruz Campos V, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana. *Anales de Salud Mental*. 2018;34:1–185.
33. Saavedra Castillo JE, Paz Schaeffer V, Robles Arana Y, Luna Solis Y, Zevallos Bustamante S, Cruz Campos V, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales regionales. *Anales de Salud Mental*. 2015;34:127-130.
34. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud mental de una población urbano-marginal de Lima. Serie Monografías de Investigación N°2. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”; 1995.
35. Vázquez-Morejón A, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 2004;22(2):247-255.
36. Ceballos Ospino GA, Paba Barbosa C, Suescún J, Oviedo HC, Herazo E, Campo Arias A. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*. 2017;15(2):29–39.
37. Robles Y, Padilla M, Sanz Y. Confiabilidad y Validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de la sierra rural - 2008 y de Trapecio Andino 2010 - Ciudad de Abancay. Documento Técnico. Lima-INSM, 2018.
38. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. 2001.
39. Baer JS, Stacy A, & Larimer M. Biases in the perception of drinking norms among college students. *J Stud Alcohol*. 1991; 52(6):580–586.

40. Van Delden JJM, Van der Graaf R. Revised CIOMS International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans. *JAMA*. 2017;317.
41. Cárdenas Castro M, Arancibia Martini H. Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G* Power: Complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Revista científica salud y sociedad*. 2014;5(2): 210-224.
42. Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. 2013,8(2): 20- 139.
43. Kuria MW, Ndeti DM, Obot IS, Khasakhala LI, Bagaka BM, Mbugua MN, et al. The Association between Alcohol Dependence and Depression before and after Treatment for Alcohol Dependence. *ISRN Psychiatry*. 2012, 26:1.
44. Greenfield SF. Women and alcohol use disorders. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10(2):76-85.
45. Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean. Washington D.C, Estados Unidos de América: World Bank Publications; 2002.
46. Lynch L, Long M, Moorhead A. Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *Am J Mens Health*. 2018;12(1):138-149.
47. Rim SJ, Jo M, Lee JH, Park S. Analyzing Untreated Alcohol Use Disorder and Factors Related to Help-Seeking Status. *Psychiatry Investig*. 2021;18(10):936-942.

48. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental. 2002; 18 (1 y 2).
49. Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. Alcohol Res. 2016;38(1):83-94.
50. Edlund MJ, Booth BM, Feldman ZL. Perceived need for treatment for alcohol use disorders: results from two national surveys. Psychiatr. Serv. 2009;60:1618–1628.
51. Herrero-Montes M, Alonso-Blanco C, Paz-Zulueta M, Pellico-López A, Ruiz-Azcona L, Sarabia-Cobo C, et al. Excessive alcohol consumption and binge drinking in college students. Peer J. 2022, 10: 6-13
52. Van Gemert C, Dietze P, Gold J, Sacks R, Stove M, Vally H, et al. The Australian national binge drinking campaign: campaign recognition among young people at a music festival who report risky drinking. BMC Public Health 2011, 482: 4-8.
53. Pérez A, Ruth D. Normalización del consumo de alcohol como factor de riesgo. Universidad de La Laguna.2019, 3-9.
54. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age of alcohol-dependence onset: associations with severity of dependence and seeking treatment. Pediatrics. 2006;118(3):755-763.

55. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006; 160:739–746
56. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction.* 2011;106(5):906-14.
57. Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD. Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 20:32-41.
58. DeHart T, Tennen H, Armeli S, Todd M, Mohr C. A diary study of implicit self-esteem, interpersonal interactions and alcohol consumption in college students. *J. Exp. Soc. Psychol.* 2009;45(4):720-730.
59. Gierski F, De Wever E, Benzerouk F. Disentangling the Relationship Between Self-Esteem and Problematic Alcohol Use Among College Students: Evidence from a Cluster Analytic Approach. *Alcohol.* 2020;55(2):196-203.
60. Beckman LJ. Self-esteem of women alcoholics. *J Stud Alcohol.* 1978;39(3):491-498.
61. Malathesh BC, Kumar CN, Kandasamy A, Moirangthem S, Math SB, Murthy P. Legal, Social, and Occupational Problems in Persons with Alcohol Use Disorder: An Exploratory Study. *Indian J Psychol Med.* 2021;43(3):234-240.
62. Simpson CA, Tucker JA. Temporal sequencing of alcohol-related problems, problem recognition, and help-seeking episodes. *Addict Behav.* 2004; 27:659–674.
63. Morgan AB, Lilienfeld SO. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clin Psychol Rev.* 2000;20(1):113-136.

64. Rinn W, Desai N, Rosenblatt H, Gastfriend DR. Addiction denial and cognitive dysfunction: a preliminary investigation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002;14(1):52-57.
65. Lee KS. The relationship of alcohol and crime in Korea. *J Korean Med Sci.* 2013;28(5):643-645.
66. Polcin DL, Korcha R, Greenfield TK, Bond J, Kerr W. Pressure to Reduce Drinking and Reasons for Seeking Treatment. *Contemp Drug Probl.* 2012;39(4):687-714.
67. McLellan A. "What are the evidence-based administrative practices? Systems issues that impede delivery of effective treatment." 11th. International conference on the Treatment of Addictive Behaviors. 2006.
68. Caetano R, Vaeth PA, Canino G. Family cohesion and pride, drinking and alcohol use disorder in Puerto Rico. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2017;43(1):87-94.
69. Marsiglia FF, Kulis S, Parsai M, Villar P, Garcia C. Cohesion and conflict: family influences on adolescent alcohol use in immigrant Latino families. *J Ethn Subst Abuse.* 2009;8(4):400-12.
70. Hays JT, Spickard WA Jr. Alcoholism: early diagnosis and intervention. *J Gen Intern Med.* 1987;2(6):420-427.
71. Bucholz KK, Homan SM, Helzer JE. When do alcoholics first discuss drinking problems? *J Stud Alcohol.* 1992;53(6):582-589.
72. Picco L, Abdin E, Pang S, Vaingankar JA, Jeyagurunathan A, Chong SA, et al. Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(1):84-93.

73. Rice SL, Hagler KJ, Tonigan JS. Longitudinal trajectories of readiness to change: alcohol use and help-seeking behavior. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;75(3):486-495.
74. Roberts A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, et al. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2021; 229:109150.
75. Garcia-Cerde R, Valente JY, Sohi I, Falade R, Sanchez ZM, Monteiro MG. Alcohol use during the covid-19 pandemic in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2021; 45:1.
76. Garcia Perez R, Garcia Pino G, González Ballester D, Garcia Moreno R. Logistic regression model for the calculation of dependence according to the Lawton and Brody scale. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2010; 36(7): 365-371.

IX. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1

No reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en personas adultas, según características demográficas y socioeconómicas.

Características sociodemográficas	Muestra	Problemas con el uso del alcohol				Significación (*)	Potencia
		No reconoce		Reconoce			
		n	%	n	%		
Sexo							
Masculino	921	704	75,2	217	24,8	0,045	48,91%
Femenino	152	127	82,7	25	17,3		
Grupo de edad							
18 a 24	126	95	75,1	31	24,9	0,954	12,28%
25 a 44	400	316	77,2	84	22,8		
45 a 64	378	289	76,1	89	23,9		
65 a más	169	131	75,4	38	24,6		
Nivel educativo							
Sin nivel	10	6	60,2	4	39,8	0,323	39,33%
Primaria	210	157	72,6	53	27,4		
Secundaria	591	455	75,7	136	24,3		
Superior no universitaria	122	98	79,6	24	20,4		
Superior universitaria	140	115	82,4	25	17,6		
Nivel de pobreza (NBI)							
Pobre extremo	51	35	66,4	16	33,6	0,305	33,38%
Pobre	254	193	74,1	61	25,9		
No Pobre	768	603	77,6	165	22,4		
Establecimiento de salud							
Lima Metropolitana	470	383	79,7	87	20,3	0,112	69,03%
Regiones	603	448	73,4	155	26,6		

(*) Prueba de independencia chi cuadrado con corrección de Rao-Scott. $p \leq 0,05$

Tabla 2

No reconocimiento de problemas con el uso de alcohol según presencia de comorbilidades

Comorbilidades	Muestra	Problemas con el uso del alcohol				Significación (*)	Potencia
		No reconoce		Reconoce			
		n	%	n	%		
Prevalencia de vida del episodio depresivo							
Si	451	330	72,3	121	27,7	0,018	82,08%
No	619	499	79,3	120	20,7		
Prevalencia de vida del trastorno de ansiedad							
Si	237	178	73,5	59	26,5	0,300	17,37%
No	834	652	77,1	182	22,9		

(*) Prueba de independencia chi cuadrado corregida de Rao_Scott. $p \leq 0,05$

Tabla 3

No reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en personas adultas, según respuestas al cuestionario MINI sobre abuso/dependencia de alcohol.

Cuestionario MINI para abuso/dependencia de alcohol	Problemas con el uso de alcohol				Significación (*)	Potencia
	No reconoce		Reconoce			
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica		
Número de síntomas según cuestionario MINI, para abuso/dependencia de alcohol	5,4	4,0	12,2	5,6	0,001	95,0%

(*) Prueba t de comparación de dos muestras independientes. $p \leq 0,05$

Tabla 4

No reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en personas adultas, según dependencia, consumo perjudicial sin dependencia del alcohol.

Trastorno por consumo de alcohol	Muestra	Problemas con el uso de alcohol				Significación (*)	Potencia
		No reconoce		Reconoce			
		n	%	n	%		
Dependencia de alcohol en la vida	563	397	69,9	166	30,1	0,003	99,99%
Consumo perjudicial de alcohol en la vida	510	434	83,6	76	16,4	0,003	99,99%

(*) Prueba de independencia chi cuadrado corregida de Rao_Scott. $p \leq 0,05$

Tabla 5

No reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en personas adultas, según edad de inicio e intensidad del consumo de alcohol.

Edad de inicio de uso perjudicial/dependencia de alcohol	Problemas con el uso de alcohol				Significación (*)	Potencia
	No reconoce		Reconoce			
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica		
Edad a la que consumió alcohol por primera vez	16,7	4,1	16,1	3,2	0,160	40,10%
Edad de inicio de uso perjudicial /dependencia de alcohol	24,4	7,9	24,4	9,2	0,938	20,69%
En los últimos doce meses ¿cuántas veces ha llegado a tomar más de media botella de licor en menos de tres horas?	4,3	13,3	6,0	20,5	0,136	19,71%

(*) Prueba t de comparación de dos grupos independientes. $p \leq 0,05$

Tabla 6

Puntajes totales promedio en la escala de autoestima de Rosenberg en personas adultas, según el reconocimiento de problemas con el uso de alcohol.

Autoestima	Problemas con el uso de alcohol				Significación (*)	Potencia
	No reconoce		Reconoce			
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica		
Puntajes en la escala de autoestima de Rosenberg	30,3	4,5	29,3	4,1	0,001	95,0%

(*) Prueba t de student de comparacion de medias de dos grupos independientes. $p \leq 0,05$

Tabla 7

No reconocimiento de problemas con el uso de alcohol en adultos, según tendencias psicopáticas y tendencias violentas.

Aspectos de salud mental	Muestra	Problemas con el uso de alcohol				Significación (*)	Potencia
		No reconoce		Reconoce			
		n	%	n	%		
Tendencias violentas							
Si	583	427	72,4	156	27,6	0,002	95,51%
No	483	399	80,9	84	19,1		
Tendencias psicopáticas							
Si	188	116	61,7	72	38,3	0,001	99,99%
No	879	711	79,5	168	20,5		

(*) Prueba de independencia chi cuadrado con corrección de Rao_Scott. $p \leq 0,05$

Tendencias violentas: Se refiere a experiencias o situaciones donde se utilizó la violencia hacia niños y ha dejado moretones; o involucrarse en una pelea donde hubo golpes o utilizar en una pelea armas de fuego; o punzocortantes o contundentes. Tendencias psicopáticas: Se refiere a haber sustraído y vendido de objetos de dudosa procedencia o robados, participar en robos o mentir repetidamente siendo adulto.

Tabla 8

**No reconocimiento de problemas con el consumo de alcohol y cohesión familiar
alcohol en las personas adultas**

Cohesión familiar	Problemas con el uso de alcohol				Significación (*)	Potencia
	No reconoce		Reconoce			
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica		
Puntajes en la escala de cohesión familiar	15,4	3,2	14,5	3,4	0,002	95,0%

(*) Prueba t de comparación de dos muestras independientes. $p \leq 0,05$

X. ANEXOS

Anexo 1. Definición operacional de variables.

Definición Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Valores o categorías
VARIABLES RELACIONADAS AL NO RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL				
Reconocimiento de problemas con el consumo de alcohol	Uso perjudicial y dependencia de alcohol, medidos según criterios de investigación basados en el cuestionario MINI, (CIE-10).	Uso perjudicial y dependencia de alcohol (prevalencia de año).	Cualitativa nominal.	1. Presente. 2. Ausente.
	Percepción de problemas con el uso de alcohol, evaluada a través de la pregunta: ¿En algún periodo de su vida ha tenido problemas... con alcohol o drogas?	Morbilidad sentida de problemas con el uso de alcohol	Cualitativa nominal.	1. Sí. 0.No.
	No reconocimiento de problemas con el consumo de alcohol	Uso de perjudicial/dependencia de alcohol presente, y respuesta "No" a morbilidad sentida sobre problemas con el uso de alcohol.	Cualitativa nominal.	1. Sí. 0.No.
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				

Edad	Diferencia entre la fecha al momento de la entrevista y la fecha de nacimiento.	Años cumplidos al momento de la entrevista.	Cuantitativa.	Años.
Sexo	Determinado por el sexo al nacer.	Sexo.	Cualitativa nominal.	1. Masculino. 2. Femenino.

Nivel de instrucción	Grado máximo de estudio de educación formal alcanzado por el sujeto a la fecha de la entrevista.	Estudios.	Cualitativa ordinal.	1. Sin estudios · 2. Inicial. 3. Primaria. 4. Secundaria · 5. Superior.
Lugar de atención	Lugar donde se realizó la entrevista.	Ubigeo del departamento.	Cualitativa nominal.	1. Lima. 2. Otros departamentos.
VARIABLE SOCIOECONOMICA				

Nivel socio - económico	Se mide el nivel, según las necesidades básicas insatisfechas, las cuales incluyen: hacinamiento, vivienda y abastecimiento de agua inadecuados, deficientes servicios sanitarios para el desecho de excretas, no asistencia a escuelas primarias. Se considera pobre a un hogar cuando tiene una necesidad insatisfecha, no pobre cuando no tiene ninguna y pobre extremo cuando tiene 2 o más.	Nivel de pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas.	Cualitativa ordinal.	1. No pobre. 2. Pobre .3.Pobre extremo.
-------------------------	---	---	----------------------	---

VARIABLES CLÍNICAS RELACIONADAS AL NO RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Número de síntomas o criterios diagnósticos positivos	Se refiere a aquellos síntomas que indican predisposición a problemas con el consumo de alcohol. Basado en el cuestionario MINI (ver Anexo 3).	Número de síntomas.	Cuantitativa.	1 - 20 puntos
---	--	---------------------	---------------	---------------

Presencia de uso perjudicial o dependencia	Se refiere a la presencia de consumo perjudicial o dependencia de alcohol según los criterios de investigación del CIE-10, a través del MINI	Uso perjudicial o dependencia de alcohol	Cualitativa nominal.	1.Presencia 2.Ausencia
--	--	--	----------------------	---------------------------

Intensidad	Se refiere al número de veces que se ingiere cierta cantidad de alcohol en determinado tiempo. En el estudio se evalúa si se consumió más de media botella de licor* en menos de tres horas.	Número de veces que se ha llegado a tomar más de media botella de licor *en menos de tres horas en el último año.	Cuantitativa.	Veces.
Edad de inicio	Número de años que tenía el entrevistado la primera vez que consumió alcohol.	Años cumplidos al iniciar consumo de alcohol.	Cuantitativa.	Años.
VARIABLES CLÍNICAS: COMORBILIDADES				
Episodio depresivo	Presencia del diagnóstico presuntivo de episodio depresivo obtenido mediante el MINI (15,23) en el último año.	Prevalencia de anual de episodio depresivo.	Cualitativa Nominal.	1.- Presente. 2.- Ausente.
Trastornos de ansiedad	Presencia del diagnóstico presuntivo de algún trastorno de ansiedad en el último año obtenido por medio del MINI (15,23) según los criterios de investigación del CIE-10.	Prevalencia anual de trastornos de ansiedad	Cualitativa nominal	1.- Presente. 2.- Ausente.

VARIABLE RELACIONADA CON LOS ASPECTOS DE SALUD MENTAL				
Autoestima	Valoración o percepción hacia uno mismo que condiciona un estado afectivo y una valoración en relación a los ideales (Escala de autoestima de Rossemberg) (27).	Puntuaciones	Cuantitativa.	10-40 puntos. A mayor puntaje mayor valoración.

Conductas violentas	Se refiere a experiencias o situaciones en las cuales se utilizó la violencia hacia niños y ha dejado moretones, involucrarse en una pelea donde hubo golpes o utilizar en una pelea armas de fuego, punzocortantes o contundentes.	Uso de la violencia.	Cualitativa nominal.	1.- Sí. 2.- No.
Conductas psicopáticas	Sustracción y venta de objetos de dudosa procedencia o robados, participación en robos, mentir repetidamente siendo adulto.	Ha presentado alguna conducta psicopática.	Cualitativa nominal.	1.- Sí. 2.- No.
VARIABLE RELACIONADA CON LA FAMILIA				
Cohesión familiar	El grado en que los miembros de la familia logran conectarse entre sí y brindarse apoyo. Se mide mediante el respeto, la vergüenza, apoyo, orgullo, valores morales, progreso, comunicación, respeto a la opinión, interés y consideración.	Score global de cohesión familiar en sistema vigesimal considera seis ítems (respeto, vergüenza, apoyo, orgullo, valores morales, progreso).	Cualitativa ordinal.	1.-Nada o poco. 2. Regular. 3. Bastante o Mucho.

Anexo 2. Relación de establecimientos de salud de Lima Metropolitana y Callao.

Zona	Distrito	Establecimiento
Lima Norte	San Martín de Porres	Hospital Nacional Cayetano Heredia
	Los Olivos	Centro de Salud: Laura Caller
	Los Olivos	Centro de Salud: Juan Pablo II
Lima Centro	Breña	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
	Breña	Centro de Salud: Breña
	Breña	Centro de Salud: Chacra Colorada
Lima Centro	Pueblo Libre	Hospital Santa Rosa
	Magdalena	Centro de Salud: Magdalena
	San Miguel	Centro de Salud: San Miguel
Lima Norte	Puente Piedra	Hospital Carlos Lan franco La Hoz
	Puente Piedra	Centro de Salud: Materno Infantil Dr. Enrique Martín Alguna
	Puente Piedra	Centro de Salud: Los Sureños
Lima Este	El Agustino	Hospital Nacional Hipólito Unanue
	El Agustino	Centro de Salud: Madre Teresa de Calcuta
	Santa Anita	Centro de Salud: Santa Anita
Lima Este	San Juan de Lurigancho	Hospital San Juan de Lurigancho
	San Juan de Lurigancho	Centro de Salud: José Carlos Mariátegui
	San Juan de Lurigancho	Centro de Salud: Ganimedes
Lima Sur	San Juan de Miraflores	Hospital Nacional María Auxiliadora
	Villa El Salvador	Centro de Salud: César López Silva
	Villa El Salvador	Centro de Salud: San José
Callao	Callao	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
	Callao	Centro de Salud: Bellavista
	Callao	Centro de Salud: Néstor Gambeta Alta

Anexo 3. Relación de establecimientos de salud en ocho regiones del Perú.

GRUPO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	ESTABLECIMIENTO
1	Apurímac	Abancay	Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega-Abancay
2	Arequipa	Arequipa	Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
3	Huancavelica	Huancavelica	Hospital Departamental de Huancavelica
4	La Libertad	Trujillo	Hospital Regional Docente Trujillo
5	Loreto	Maynas	Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"
6	Tacna	Tacna	Hospital Hipólito Unánue De Tacna
7	Tumbes	Tumbes	Hospital Regional " José Alfredo Mendoza Olavarría"
8	Ucayali	Coronel Portillo	Hospital Regional De Pucallpa

Anexo 4. Cuestionario MINI, según criterios de investigación de la CIE-10
para abuso y dependencia de alcohol

PIENSE EN EL PERIODO DE SU VIDA EN QUE HA TOMADO CON MAYOR FRECUENCIA. DURANTE EL AÑO DE ESE PERIODO ...	0. NO 1. SI	A. ¿CON QUE FRECUENCIA LE HA OCURRIDO ESTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	B. ¿Y DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?
		TARJETA 19 Códigos 1. Ninguna vez en el año 2. Una vez en el año 3. Dos a 4 veces al año 4. 5 o más veces al año	TARJETA 20 Códigos 1. Ninguna vez 2. Una a 3 veces en el mes 3. Una a 2 veces a la semana 4. Tres a 4 veces a la semana 5. Cinco a 7 veces a la semana
1. ¿HA LLEGADO A TENER TANTA NECESIDAD O DESEO DE TOMAR QUE NO PODÍA RESISTIR (O CONTROLAR)?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
2. ¿HA LLEGADO A INTENTAR NO TOMAR SIN CONSEGUIRLO (O LOGRARLO)?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
3. ¿HA TENIDO (O TIENE) DIFICULTAD PARA PARAR DE BEBER ANTES DE ESTAR COMPLETAMENTE EBRIO O BORRACHO(A)?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
4. ¿CUÁNDO NO TOMA(BA) O TOMA(BA) POCO SUS MANOS TEMBLABAN, SUDABA O SE SENTÍA NERVIOSO(A)?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
5. ¿HA LLEGADO A TOMAR UN VASO/COPA PARA EVITAR TENER LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS O PARA CORTAR LA MAÑANA, CURAR EL CUERPO O CURAR LA CABEZA?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
6. ¿HA TENIDO (O TIENE) QUE TOMAR MÁS DE LO QUE ACOSTUMBRABA PARA SENTIRSE "BIEN, ALEGRE, ENTONADO(A)", U OBTENER LOS MISMOS EFECTOS QUE ANTES	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
7. ¿HA LLEGADO (O LLEGA) A REDUCIR O DESCUIDAR SUS ACTIVIDADES DE COSTUMBRE (DE OCIO O DIVERSION, TRABAJO, COTIDIANAS) POR TOMAR?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
8. ¿HA LLEGADO (O LLEGA) A SEGUIR TOMANDO AUN CUANDO ESTO LE CAUSA(BA) PROBLEMAS EN SU CUERPO O CONDUCTA (PSICOLÓGICOS)?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
9. ¿EL HECHO DE TOMAR LE HA CAUSADO PROBLEMAS EN SU SALUD FÍSICA O EMOCIONAL (COMO NO INTERESARSE POR NADA, SENTIRSE DEPRIMIDO(A) O DESCONFÍAR DE OTROS)?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
10. ¿HA TENIDO (O TIENE) PROBLEMAS EN SU TRABAJO O ESTUDIOS POR TOMAR?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
11. ¿LE HA OCURRIDO QUE, SIN DARSE CUENTA, ¿TERMINA(BA) TOMANDO MÁS DE LO QUE DESEABA?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
12. ¿HA TENIDO (O TIENE) PROBLEMAS O CONFLICTOS CON SU PAREJA DEBIDO A QUE USTED TOMABA?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
13. ¿HA TENIDO (O TIENE) PROBLEMAS O CONFLICTOS CON SUS PADRES DEBIDO A QUE USTED TOMABA?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
14. ¿HA TENIDO (O TIENE) PROBLEMAS O CONFLICTOS CON SUS HIJOS DEBIDO A QUE USTED TOMABA?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
15. ¿HA LLEGADO A PERDER AMIGOS DEBIDO A QUE USTED TOMABA?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
16. ¿HA TENIDO (O TIENE) PROBLEMAS O CONFLICTOS CON SUS AMIGOS, COMPADRES, VECINOS DEBIDO A QUE USTED TOMABA?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
17. ¿HA TENIDO (O TIENE) GANAS DE DISMINUIR LO QUE TOMABA?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
18. ¿LE HA OCURRIDO QUE, AL DÍA SIGUIENTE, DESPUÉS DE HABER BEBIDO LA NOCHE ANTERIOR, NO SE ACORDABA DE PARTE DE LO QUE HABÍA PASADO?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
19. ¿HA TENIDO (O TIENE) ALGUN ACCIDENTE DE TRÁNSITO ESTANDO TOMADO?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓
20. ¿HA TENIDO (O TIENE) ALGUN OTRO TIPO DE ACCIDENTE HABIENDO TOMADO LICOR?	0 1 ↓ →	1 2 3 4 ↓ ↓ → →	1 2 3 4 5 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓