



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL EN  
EL PERÚ EN EL 2022**

**CHARACTERISTICS OF ALCOHOL USE DISORDER IN PERÚ IN 2022**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO**

**AUTORES**

DIEGO HUILLCAHUARI VASQUEZ

ELIAS JAMPIERO VELASQUEZ RIPALDA

**ASESOR**

DR. OTTO BARNABY GUILLEN LOPEZ

LIMA – PERÚ

2023



## **JURADO**

Presidente: Dr. Johann Martin Vega Dienstmaier

Vocal: Dr. Paulo Jorge Martin Ruiz Grosso

Secretario: Dr. Jorge Martin Arevalo Flores

Fecha de sustentación: 23 de noviembre de 2023

Calificación: Aprobado

**ASESOR**

Esp. Otto Barnaby Guillen Lopez

Departamento Académico de Clínica Médica

ORCID: 0000-0003-4012-4828

## **DEDICATORIA**

Dedicamos este trabajo a nuestras familias

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis mentores por las invaluable lecciones brindadas - Elías

Agradezco a mis padres por haberme apoyado estos largos años, a mis hermanos, abuelos, tíos y Yeralin a quienes siempre tengo presentes y son mi motivación.

Agradecimiento especial para nuestro asesor por su tiempo y dedicación brindada. - Diego

## **FINANCIAMIENTO**

El presente proyecto ha sido autofinanciado

## **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflicto de interés

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL EN EL PERÚ EN EL 2022

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>13%</b>	<b>12%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>evidencia.midis.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>idoc.pub</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Universidad de Murcia</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>www.issup.net</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS .....	6
III.MATERIALES Y MÉTODOS .....	7
IV. RESULTADOS .....	12
V. DISCUSIÓN .....	15
VI. CONCLUSIONES .....	22
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	23
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS .....	30
IX. ANEXOS .....	36



## **RESUMEN**

**Antecedentes:** El trastorno por uso de alcohol es considerado un problema de salud pública con consecuencias sociales, mentales y físicas. Además, representa uno de los principales factores de riesgo para la morbilidad y mortalidad en América Latina; sin embargo, los estudios sobre este trastorno son escasos en la región.

**Objetivo:** Determinar la situación epidemiológica del trastorno por uso de alcohol en el Perú en el año 2022. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal.

Se empleó la base de datos de la ENDES 2022. Se realizó regresión logística bivariada y multivariada para determinar relación entre variables. **Resultados:** La

prevalencia del trastorno por uso de alcohol fue de 2,9%, con un 5,0% para varones y 0,9%, mujeres. El 1,7% presentó severidad leve, 0,7% severidad moderada y 0,5% severidad grave. La edad media fue de 36 años. **Conclusiones:** El trastorno

por uso de alcohol en el Perú durante el año 2022 fue mayor en los varones y ocurrió con mayor frecuencia entre las edades de 15-29 años. Además, más de la mitad de estos inició su consumo antes de los 18 años.

**Palabras clave:** Alcohol, Trastorno por uso de alcohol, Epidemiología, Perú.

## **ABSTRACT:**

**Background:** Alcohol use disorder is considered a public-health issue with social, mental, and physical implications. Furthermore, it represents one of the main mortality and morbidity risk factors in Latin America. However, there is lacking data on this disorder in the region. **Objectives:** To determine the current epidemiological situation of alcohol use disorder in Peru throughout the year 2022.

**Materials and methods:** We conducted a cross-sectional, descriptive study. A database pertaining to ENDES was used. We made use of a single hypothesis test such as bivariate and multivariate logistic regression to find any association between variables. **Results:** Alcohol use disorder showed a prevalence of 2,9%. Males accounted for 5,0% and females, for 0,9%. As for severity, 1,7% were mild, 0,7% were moderate, and 0,5% were allocated as severe. The mean age was 36 years old. **Conclusions:** Alcohol use disorder in Peru throughout the year 2022 was more related to being male than female and it was more frequent in the 15-29 years old cluster. Moreover, consumption accounted for more than half of cases in people younger than 18 years old.

**Key words:** Alcohol, Alcohol Use Disorder, Epidemiology, Peru.

## I. INTRODUCCIÓN

El trastorno por uso de alcohol (TUA) es considerado el más prevalente de los desórdenes de uso de sustancias a nivel mundial. En la región de las Américas la ingesta de alcohol es elevada, con un consumo per cápita anual promedio de 8 litros (L) frente al promedio mundial (6,4 L), siendo superado solo por la región europea (1). En nuestro país, la incidencia de este trastorno se ha estimado en 439 a 562 por cada 100 000 individuos, colocando al Perú entre los países con más consumo de alcohol junto a Bolivia, México, Panamá en América; países del África subsahariana; y Rusia por el Oriente (2). El alcohol representa uno de los principales factores de riesgo para la carga total de enfermedades tanto en morbilidad como mortalidad, siendo asociado a más de 200 enfermedades, entre las cuales se encuentran múltiples afecciones hepáticas, cardiovasculares, mentales, traumatismos, cánceres, entre otros (3). Esto se refleja en las cerca de 3 millones de muertes (5,3% de mortalidad a nivel global) y 132,6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que han sido relacionadas al trastorno por uso de alcohol en el año 2016. Además, en la encuesta epidemiológica realizada por la NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) se mencionó que la tasa de trastorno por uso de alcohol fue de 14% entre personas con depresión mayor diagnosticada en el último año y, de 40% en personas con depresión mayor a lo largo de su vida (1,4). Por otro lado, se ha observado que el impacto del consumo de alcohol está ligado a las condiciones económicas y sociales del país o región, de forma que mientras menor es el grado de desarrollo, mayor es

el grado de mortalidad y morbilidad. Esto cobra gran importancia en Latinoamérica y el Caribe, donde existen varios países de bajos y medios-bajos ingresos económicos (5). Entonces, si bien el consumo excesivo de alcohol conlleva a consecuencias en la salud, también trae consigo pérdidas económicas y sociales para la sociedad en general (6).

Pese a ello, en la última década se ha observado que el promedio regional de consumo de alcohol se ha incrementado, aunque con una variación heterogénea entre países; y se estima que para el 2025 el consumo per cápita anual promedio global de alcohol podría incrementarse hasta 7,0 L en caso de no tomar las medidas de salud pública necesarias para revertir esta tendencia, suponiendo un incremento en el número de casos de trastorno por uso de alcohol (7). McLellan et al. (8) mencionaron que los tratamientos para este trastorno son tan efectivos como los empleados para otras condiciones médicas crónicas, tales como la diabetes o el asma. Dentro de estos tratamientos, las intervenciones psicosociales son efectivas; sin embargo, la prevalencia de personas que recaen es aproximadamente del 70%, y retornan al consumo excesivo de alcohol después de aplicado solo el tratamiento psicosocial (9). Así mismo, varias medicaciones son usadas para tratar el trastorno por uso de alcohol, lo que conlleva a disminución del consumo excesivo y el aumento de días de abstinencia (10).

Se puede categorizar el trastorno por uso de alcohol según la severidad en: peligroso, dañino o dependencia. Babor et al. (11) mencionaron que un patrón de

consumo peligroso confiere un riesgo incrementado de daño relacionado al alcohol. Sin embargo, los patrones “dañino” y “dependencia” comprenden, además del daño relacionado al consumo de alcohol, un grado de daño a nivel de salud mental, que afecta a su vez a la esfera social.

En el 2010, Nutt et al. (12) establecieron que el alcohol es la sustancia más dañina a nivel psicoactivo. Se suma a este problema que las personas con trastorno por uso de alcohol no buscan atención de manera inmediata. Es entonces que se plantea el modelo de Saunders (13), que consiste en 4 pasos. El primer paso es el reconocimiento de tener un problema de alcohol. El segundo, decidir que es necesario el cambio. El tercero, decidir que se requiere tratamiento y, finalmente, el cuarto paso es buscar el tratamiento. A este fenómeno se le conoce como “brecha de tratamiento”, definido como la disparidad entre la necesidad de tratamiento, el hecho de buscarlo y, finalmente, recibirlo, lo que ocasiona un impacto negativo en el pronóstico de los pacientes con síntomas de abuso de alcohol (14). Adicionalmente, Bonniatti et al. (15) en el año 2009 concluyó que el trastorno por uso de alcohol no era correctamente reconocido al momento de la atención en el servicio de emergencia, por lo que no se realizaba una intervención temprana y el paciente quedaba sin tratamiento específico. En relación a lo anterior, Bandara et al. (16) encontró que existía un inadecuado *screening* de parte de los profesionales de salud, lo que llevaba a una falta de tratamiento de trastornos por uso de alcohol.

Dentro de los últimos datos relacionados al alcoholismo en el Perú están los

publicados por J. Yamamoto et al. (17) en el año 1993, quienes concluyeron que ciertas variables demográficas como el sexo masculino presenta una prevalencia mayor que el femenino (34,8% versus 2,46%). No obstante, ellos encontraron que la edad de inicio del trastorno fue mucho más temprana en el sexo femenino. A nivel nacional, en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" se iniciaron en el año 2002 varias investigaciones epidemiológicas donde se determinó que la prevalencia anual de abuso o dependencia de alcohol, haciendo uso de los criterios del DSM-IV, fue de 3,6% en el departamento de Huánuco en Perú en el 2013 (18). De manera similar, en los departamentos de Cajamarca, Ayacucho y Huaraz en el año 2017, la prevalencia anual de abuso o dependencia de alcohol fue de 1,9%, 4,9% y 3,9%, respectivamente (19). Adicionalmente, en la Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM) en el Perú el año 2005, usando los criterios del DSM-IV, se encontró una prevalencia anual de abuso de alcohol del 1,5% convirtiéndolo en el trastorno por uso de sustancias más frecuente, seguido de la dependencia de alcohol con una prevalencia anual del 0,5% (20). Sin embargo, actualmente están vigentes los criterios del DSM-5 para establecer el diagnóstico de trastorno por uso de alcohol, por lo que son necesarios estudios actuales usando esta herramienta diagnóstica.

**a. Justificación del estudio:**

El trastorno por uso de alcohol representa un problema de salud pública a escala mundial, con gran prevalencia en las Américas, incluido nuestro país. Esto se

traduce en consecuencias de salud, económicas y sociales; por lo tanto, es importante tratar esta problemática. Sin embargo, a pesar de que el consumo de alcohol representa el principal riesgo de morbilidad y mortalidad en Latinoamérica, son escasos los estudios epidemiológicos en la mayoría de estos países. Además, casi la totalidad de los estudios se enfocan en patrones de consumo de alcohol en jóvenes y las muestras son extraídas de una única institución, ya sea una escuela o universidad. Pocos estudios se enfocan en otras variables relacionadas al alcohol, como es el trastorno por consumo de alcohol (21).

En la actualidad, no existen datos a nivel nacional acerca de la situación del trastorno por uso de alcohol en el Perú, por lo que en el presente estudio se determinará la proporción de pacientes que presenten trastorno por uso de alcohol junto a su grado de severidad; y también se determinará si existe relación entre algunas variables sociodemográficas y el trastorno por uso de alcohol. En base a estos resultados podría justificarse la necesidad de plantear intervenciones de salud pública sobre este problema.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Establecer la situación epidemiológica del trastorno por uso de alcohol en el 2022 en el Perú.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar la proporción de participantes que cumplen con los criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno por uso de alcohol
- Describir las características sociodemográficas de los participantes que cumplen con los criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno por uso de alcohol.
- Determinar el grado de severidad de los participantes que cumplen con los criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno por uso de alcohol.
- Determinar si existe alguna relación entre presentar trastorno por uso de alcohol y algunas variables sociodemográficas.



### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **Diseño del estudio:**

La presente investigación fue observacional de tipo descriptivo y transversal, en el cual se realizó un análisis secundario de la base de datos del Módulo “Encuesta de Salud” (código 1640), perteneciente a la Encuesta nacional de Demografía y Salud del Perú (ENDES) 2022, que comprendió del 01 de enero al 31 de diciembre del 2022. La muestra se caracterizó por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental, por área urbana y rural. Teniendo en cuenta que la unidad primaria de muestreo (por conglomerados) se seleccionó con probabilidad proporcional al tamaño y en términos de su peso ponderado. La unidad secundaria de muestreo (viviendas) se seleccionó del registro de viviendas, aplicando un muestreo equilibrado. El método utilizado fue por entrevista directa (presencial), realizada por personal capacitado quienes visitaron las viviendas seleccionadas para realizar los cuestionarios de la encuesta.

#### **Población:**

La población objetivo fue representada por todas las personas de 15 años a más pertenecientes al territorio nacional del Perú que fueron residentes habituales, y aquellas que no eran residentes pero que pernoctaron en la vivienda la noche anterior al día de la entrevista.

**Muestra de estudio:**

Personas de 15 años a más que participaron en la ENDES 22 y que respondieron a las preguntas del Módulo “Encuesta de Salud” con código 1640 que fueron un total de 36 650, que después de aplicado los criterios de exclusión quedaron 30 768. **(Gráfico 1)**. Los criterios de selección para este estudio fueron los siguientes:

**Criterios de inclusión:**

- Participante que comprende el idioma español
- Participante que reside en el Perú al momento de la entrevista
- Participante con información completa de factor de ponderación, número de estrato y conglomerado.
- Participante con información sociodemográfica completa
- Participante con 15 años de edad o más.

**Criterios de exclusión:**

- Participante con información incompleta de factor de ponderación, número de estrato y conglomerado
- Participante que no cuenta con información sociodemográfica completa (sexo, edad, grado de instrucción y seguro de salud)
- Participante que haya respondido con “No Recuerdo” y/o “No se” en algunas de las variables.

## **Procedimientos y técnicas**

Se accedió a la página web: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/> publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Posteriormente se hizo la búsqueda de la ENDES 2022, seleccionando así el módulo de “Encuesta de Salud”, que tiene el código 1640. Se identificó la base de datos para este módulo llamada “CSALUD01” y se descargó en formato “dat” para su uso respectivo en el programa estadístico STATA v.17. Debido a que la muestra se caracteriza por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, se necesitó ajustar con el comando *svyset* considerando el factor de ponderación, conglomerados y estratos respectivos para su posterior análisis. Además, se generó la subpoblación de participantes con TUA haciendo uso de los once criterios diagnósticos establecidos por la DSM-5 los cuales fueron consistentes con las preguntas utilizadas por la ENDES 2022 listadas en el **anexo 1**.

## **Variables y definición operacional**

Las variables junto a su definición operacional y conceptual se encuentran listadas y detalladas en el **anexo 2**.

## **Plan de análisis:**

La base de datos CSALUD01 fue procesada con el software estadístico STATA v17. Debido al muestreo complejo que utilizó estratos, conglomerados y factores de ponderación, se procedió a crear la variable “Peso\_pond” haciendo uso de la variable “PESO15\_AMAS” y dividiéndola entre 1 000 000, calculando así el peso

ponderal. Después de esto se procedió a declarar el diseño muestral haciendo uso del comando “svyset HV001, weight(Peso\_pond) vce(linearized) singleunit(missing)”, lo que nos permitió analizar de manera correcta los datos brindados.

Para la descripción de las variables continuas, que fueron “Edad” y “Edad de inicio de consumo de alcohol”, se aplicaron medidas de tendencia central (medias). Para la representación de dichas variables se utilizó gráficos de barras e histograma.

Para describir la muestra, se hizo uso del comando “svy linearized : tabulate (variable), cell ci cv obs percent” para cada una de nuestras variables. Además, para la variable “Edad de inicio de consumo de alcohol” se hizo uso del comando “svy linearized, subpop(if TUA ==1) : tabulate Ed\_Ini\_OH, cell ci cv obs percent”.

Para el análisis bivariado con regresión logística, se categorizó a las variables “Edad” en 4 grupos usando los intervalos del World Mental Health 2000 (WMH 2000); y la variable “Edad de inicio de consumo de alcohol”, en 2 grupos proporcionales los cuales representan ser menor de edad y mayor de edad en el Perú. Una vez categorizadas, se procedió con el comando “svy linearized : tabulate (variable) TUA, row obs pearson” para cada variable de manera consecutiva.

Para el análisis bivariado, se procedió con el comando “svy linearized : logistic TUA (variable)” para las variables correspondientes, generando un OR de manera individual. Una vez realizado esto, se procedió al análisis multivariado para determinar los OR corregidos haciendo uso del comando “svy linearized : logistic TUA (variable 1) (variable 2)” y colocando a las variables de manera consecutiva después de la variable “TUA”.

Con respecto a la severidad, se generó la variable categórica “Severidad” y se aplicó el comando “svy linearized : tabulate (variable) Severidad, row obs pearson” para las variables correspondientes.

Para culminar, se calculó la potencia estadística haciendo uso del comando “power logistic”.

### **Aspectos éticos:**

El proyecto de investigación fue sometido a evaluación por el comité de ética asociado a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y se aprobó con el número 211770. No se requirió consentimiento informado, ya que se trabajó con una base de datos secundaria, por lo que los investigadores no tuvieron contacto directo con pacientes ni se realizó ninguna intervención en estos. Adicionalmente, el uso de la base de datos secundaria es respaldado por la política de dominio público correspondiente a todas las encuestas gubernamentales.

#### IV. RESULTADOS

Una vez elaborado el archivo de datos y habiendo eliminado los datos perdidos se obtuvo un total de 30 768 personas encuestadas cuyas edades se encontraban entre 15 y 95 años, siendo la edad promedio de  $40 \pm 17,39$  años. En las personas que presentaron trastorno por uso de alcohol (TUA), las edades se encontraron entre 15 y 77 años con una edad promedio de  $36,04 \pm 13,62$  años; mientras que en el grupo que no presentaron el trastorno sus edades se encontraron entre 15 y 95 años, con una edad promedio de  $40,20 \pm 17,47$  años. **(Gráfico 2)**

Así también, se encontró que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en el grupo con el trastorno fue de  $17,03 \pm 3,17$  años, la moda fue 18 años y el rango iba desde los 10 hasta los 40 años. Además, el 63,3% de participantes iniciaron su consumo antes de los 18 años. **(Gráfico 3)**

Para el trastorno por uso de alcohol, se obtuvo una prevalencia de 2,9%, mientras que en lo que respecta a la severidad, el 1,7% presentó una severidad leve, 0,7% moderada y 0,5% severa.

Respecto a la distribución del TUA según sexo, se encontró que la prevalencia del trastorno por uso de alcohol en hombres fue de 5,0% mientras que en las mujeres la prevalencia fue de 0,9%. Respecto a la edad, se observó que la mayor prevalencia de TUA se encontró en aquellas personas cuyas edades se encontraban entre 15 y 29 años (3,6%) seguido del grupo cuyas edades se encontraban entre los 30 a 44 años (3,4%); la prevalencia entre aquellos cuyas edades se encontraban entre los 45

y 54 años fue de 2,3% y, finalmente, la prevalencia fue de 1,5% en aquellos cuyas edades eran mayores a 55 años. En lo que respecta al nivel de instrucción, la prevalencia de TUA en aquellas personas con grado de instrucción inicial-primaria fue de 1,5%, en las personas con nivel de instrucción de secundaria fue de 3,6%, en los que presentaron un nivel superior no universitario fue de 2,3%, y en los que presentaron un nivel de instrucción superior universitario-postgrado fue de 2,9%. Por su parte, en aquellos participantes con TUA, se obtuvo que 73,8% contaban con seguro de salud; sin embargo, solo el 1,0% respondió que sí había accedido a tratamiento en los últimos 12 meses. **(Tabla 1)**

Al analizar la relación entre el TUA y las características sociodemográficas, se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas entre presentar trastorno por uso de alcohol y todas las características analizadas. **(Tabla 2)**

En cuanto a la severidad del trastorno por uso de alcohol, se encontró que presentó diferencias estadísticas con todas las variables estudiadas. **(Tabla 3)**

Para determinar las variables asociadas a TUA se calcularon los Odds Ratio (OR) tanto en el análisis bivariado como en el multivariado. Así mismo, se evaluó la potencia estadística la cual fue de 1,0. Todas las variables analizadas resultaron con asociación estadística significativa con el TUA. En el análisis multivariado se encontró que el ser hombre aumenta el riesgo de TUA en 5,27 (OR=5,27; IC95%: 3,87-7,18) veces respecto de las mujeres; con respecto a la edad se encontró que el tener una edad entre 15 y 29 años eleva el riesgo de TUA en 1,68 (OR=1,68;

IC95%: 1,03-2,72) veces, mientras que el tener edades entre 30 y 44 años el riesgo de TUA aumentó el riesgo en 1,89 veces (OR=1,89; IC95%: 1,27-2,80), ambos respecto de aquellos cuyas edades se encuentran entre 55 y 95 años. Con respecto al grado de instrucción, aquellas personas con nivel educativo secundaria tuvieron 1,62 (OR=1,62; IC95%: 1,05-2,48) veces mayor riesgo de TUA respecto de aquellos con nivel educativo inicial-primaria. Por último, el tener seguro de salud aumentó el riesgo de TUA en 1,34 veces (OR=1,34; IC95%: 1,04-1,72). (**Tabla 4**). En cuanto a la presencia de variables confusoras, se descarta la existencia de estas debido a que los OR corregidos fueron estadísticamente significativos.



## V. DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos una prevalencia de 2,9% de tener trastorno por uso de alcohol en el Perú en el año 2022. Al realizar la comparación con estudios nacionales realizados por el INSM en el año 2002 se evidencia que la prevalencia habría disminuido a casi la mitad de lo reportado, y en comparación con el año 2012 cuando se determinó una prevalencia similar para abuso de alcohol en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (18,19). Sin embargo, en comparación a los hallazgos de la EMSM de Perú del año 2005, se encontró un incremento relativo discreto en la prevalencia (20). Por su parte, a nivel de Sudamérica, en Brasil se condujeron encuestas nacionales que mostraron un incremento en la prevalencia de abuso de alcohol de 13,7% a 17,1% en los años 2013 y 2019, respectivamente (22). En contraste, los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan un rango entre 5,1% y 11,5% de tener dicho trastorno en la región de las Américas (1). Otro estudio realizado con encuestas en 27 países obtuvo una prevalencia media de 2,2%, y el rango fue desde 0,1% en Irak hasta 5,9% en Ucrania (23). En nuestro país, la prevalencia sería levemente inferior a la encontrada en nuestra región, quizás por las diferentes metodologías usadas para definir el TUA. A pesar que en nuestro continente el trastorno por uso de alcohol es elevado y varía en torno al país evaluado, los países más desarrollados y con mayores ingresos son los que presentan mayor prevalencia y, por el contrario, los menos desarrollados y con menores ingresos, como Perú, presentan menores prevalencias (1). Sin embargo, es pertinente resaltar que el tipo de muestreo realizado en la ENDES 2022 pueda haber influido en esto al momento de randomizar a los participantes en grupos representativos de la población en general, por lo que podría existir un sesgo de

información.

La edad promedio en general fue de 36 años en la población con TUA, no obstante, el grupo de 15 a 29 años fue el que tuvo la mayor prevalencia (3,6%) con respecto al resto de grupos etarios, observándose además que la frecuencia del trastorno fue disminuyendo con la edad. Esto concuerda con los resultados de un estudio en el que se concluye que el grupo etario más afectado por este trastorno corresponde al adulto joven (24). Adicionalmente, se postula que la disminución de la prevalencia en edades mayores se debería principalmente a que en los casos leves, diversos factores como insertarse en el mercado laboral, casarse y asumir la responsabilidad de tener un hijo favorecerían la remisión del trastorno (25).

La edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adultos con trastorno por uso de alcohol en nuestro estudio fue de 17 años. Esto concuerda con un estudio realizado en 2010, que determinó que desde los años 80 hasta el 2007 la edad promedio de inicio de consumo de alcohol había disminuido de 28 a 17 años (26).

Otro estudio en Perú mencionó que la edad de inicio sería de 13,3 años (27); sin embargo, esta diferencia se debería a que en este último estudio, en comparación con el nuestro, solo se incluyó a una población de 10 a 19 años pertenecientes a colegios y sin el diagnóstico de trastorno por uso de alcohol. Según la regresión logística, encontramos que existía una relación inversa significativa entre la edad de inicio de consumo y el trastorno por uso de alcohol. Esto también es evidenciado en un estudio australiano en el que indican que una menor edad de inicio estaba relacionada con un consumo excesivo de alcohol y, de manera subsecuente, con mayor probabilidad de desarrollar este trastorno; además, sugerían que la

abstinencia de alcohol hasta cumplidos los 18 años disminuiría los riesgos de daños relacionados al alcohol (28). Con respecto a esto, nuestro estudio mostró que el 63,3% de participantes iniciaron su consumo antes de los 18 años, y que incluso algunos respondieron que fue tan temprano como a los 10 años de edad. Por ello, resulta de gran importancia brindar mayor atención a este grupo etario e implementar medidas para reducir estas cifras. Existe evidencia de asociación entre edad de inicio de consumo de alcohol y nivel de educación. Esto fue descrito por Baumeister et al. (29) en el 2007, quienes encontraron una asociación entre más nivel de inteligencia con una edad mucho mayor de inicio y más frecuencia de tratamiento del trastorno por consumo de alcohol.

Con respecto al género, encontramos que los varones representaban la mayoría de casos (5,0%) de trastorno por uso de alcohol. Además, tanto en el análisis bivariado como multivariado se encontró que ser del sexo masculino estaba significativamente más asociado (OR=5,2) con presentar este trastorno en comparación al femenino. Esto también se observó en un estudio multinacional realizado por Glantz et al. (23), quienes encontraron que los hombres tenían hasta 4,6 veces más probabilidades de presentar el trastorno a lo largo de la vida, en comparación con las mujeres. Esta predominancia del sexo masculino es similar prácticamente a nivel global, e históricamente ha perdurado a lo largo de los años; sin embargo, en este último siglo esta brecha se estaría reduciendo (30). Así lo demostró otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos, el cual determinó que del año 2000 al 2016 el número de mujeres adultas que consumía alcohol se incrementó en 6%, pero en el caso de los varones disminuyó en 0,2% (31). Por otro lado, si

bien esta brecha se reduce, no debemos asumir que este sería el caso en todos los lugares y grupos etarios. Por ejemplo, esta reducción podría ocurrir en las personas más jóvenes y no en bebedores mayores que presentan patrones de consumo más establecidos (32). Otro ejemplo de ello ocurrió en España, donde se encontró que en los adolescentes de 14-18 años prácticamente no existen diferencias en el patrón de consumo, independientemente de sus sexos (33).

En torno al grado de instrucción, nuestro estudio evidenció una relación estadísticamente significativa con presentar trastorno por uso de alcohol, al igual que con la severidad de este. En la regresión logística multivariada, se encontró un riesgo de 1,6 veces en personas que tenían grado de instrucción secundaria con respecto al grado de instrucción inicial-primaria. A pesar de que en el análisis bivariado se encontró un riesgo levemente superior al comparar los otros dos grupos con la instrucción inicial-primaria, al momento de realizar el análisis multivariado se obtienen los OR corregidos cuyos rangos incluyen a la unidad por lo que en nuestro estudio no se encontró asociación para estos dos grupos restantes. Sin embargo, Mortensen et al. (34), en el 2006 encontró que a más grado de estudio tenía el participante, menor riesgo tenía de presentar un consumo de alcohol de riesgo. Esto último se refuerza con otro estudio del mismo autor que en el 2014 describió que la principal variable es el estilo de vida del participante, y que se asocia con bajo niveles de consumo de riesgo (35).

Encontramos también que el 73,8% de los participantes contaba con algún seguro de salud; sin embargo, tan solo el 1% tuvo acceso a tratamiento debido al uso de alcohol. Esta cifra es inferior a la reportada por Degenhardt et. al (36), que fue llevado a cabo en 26 países, y estimaron que el acceso a tratamiento a nivel mundial

por trastorno por consumo de sustancias en promedio es 7%, pero que puede llegar de 10,3% en países de altos ingresos hasta 1,0% en países de bajos y medios-bajos ingresos como el nuestro. Cabe mencionar que la definición utilizada para acceso al tratamiento en el estudio previamente mencionado es comparable con la utilizada por el ENDES 2022, pues se pregunta si la persona recibió cualquier tipo de tratamiento ya sea psicosocial o farmacológico. Ellos plantean que globalmente la cobertura de tratamiento en personas con trastornos por consumo de sustancias es extremadamente baja. Esto demuestra la gran brecha de tratamiento de la cual nuestro país no es ajeno. Con respecto a esto, Finn et al. (37) concluyeron en Dinamarca que la barrera principal en cuanto al acceso al tratamiento sería el estigma y la vergüenza relacionadas a la búsqueda de tratamiento por este trastorno. Esto no hace más que reforzar lo mencionado por Schomerus G et al. (38), quienes concluyeron que a comparación de otros trastornos mentales no relacionados a sustancias, el trastorno por uso de alcohol es marcadamente estigmatizado, incluso al nivel de la esquizofrenia. También se han descrito otras barreras, tales como la falta de reconocimiento de tener un problema con el consumo de alcohol, la creencia de que el tratamiento no es útil y el desconocimiento de opciones terapéuticas (39). En nuestro estudio, si bien identificamos que la cobertura de tratamiento es muy baja, por el diseño de la encuesta no podemos determinar cuál de estos motivos fueron los que condicionaron este hallazgo, puesto que las causas no son las mismas en todas las regiones geográficas, sobretodo en países donde no hay acceso universal gratuito a la salud, y probablemente el factor económico también juegue un rol importante. Esto podría dar pie a nuevos estudios que se enfoquen en identificar cuáles son los principales motivos por los que una persona

con trastorno por uso de alcohol no acude a buscar tratamiento en nuestro medio, con la finalidad de poder actuar en dichos factores para incrementar la cobertura del tratamiento. En relación a ello, Rehm et al. (40) demostró que un incremento de cobertura de tratamiento de 40% llevaría a una reducción de hasta 10% en la mortalidad atribuida al alcohol en la Unión Europea dentro de tan solo el primer año. Adicionalmente, en la regresión multivariada se obtuvo que poseer seguro de salud estaba asociado a presentar TUA, esto probablemente se haya debido a que los participantes con este trastorno y seguro de salud sean más proclives a acudir a un centro de salud.

En cuanto a los grados de severidad del TUA encontrados en nuestro estudio, el leve fue el más prevalente tanto en varones como mujeres. Siendo el severo solo en 0,9% de varones y 0,1% de mujeres encuestadas. Estas proporciones son menores a las encontradas por Caetano et al. (41) en Puerto Rico en el 2018, donde se encontraron frecuencias más elevadas, siendo el grado leve en varones de un 18%; moderado, 8% y severo, 12%. A su vez, la prevalencia del grado leve en mujeres fue de un 9%; moderado en 5% y finalmente severo en 2%. Sin embargo, los resultados descritos por dicho autor se basan en la presencia de TUA a lo largo de la vida, a diferencia de presentar TUA en el último año, como se realizó en nuestro estudio. A pesar de ello, esto demostraría que la prevalencia y severidad del trastorno por uso de alcohol varía entre países, por lo que las políticas a implementar se deben de basar siempre en estudios nacionales.

## **Limitaciones del estudio**

Nuestro estudio, al estar basado en información recolectada a través de encuestas, está sujeto a las respuestas de los participantes, quienes no necesariamente podrían haber respondido con la verdad, ya que se trata de un tema con estigmas y posibles tabúes, influenciado muchas veces por el entorno sociocultural e incluso legal.

Además, existe la posibilidad de que algunas personas al llenar este tipo de encuestas tuvieran dificultad para hacerlo, ya sea por falta de explicación por el entrevistador o por una mala interpretación de las preguntas.

Adicionalmente, existe la posibilidad de que las personas con presencia de trastorno por uso de alcohol severo podrían estar infrarrepresentadas debido a la no disponibilidad de estos para participar en la encuesta, lo cual podría deberse a diversas causas como estar fuera de casa consumiendo alcohol hasta encontrarse hospitalizado por consecuencias de esta sustancia en el día de la encuesta.

Finalmente, otra limitación relevante del estudio es el hecho de que se analizó una base de datos secundaria en donde el objetivo principal de investigación no fue el diagnosticar trastorno de uso de alcohol, sino recolectar numerosos datos socio-demográficos nacionales, en donde se incluyeron preguntas que nos ayudaron a diagnosticar la presencia de trastorno por uso de alcohol.

## **Conclusiones**

En el Perú en el año 2022 se tuvo una prevalencia estimada del trastorno por uso de alcohol de 2,9% en adultos, siendo la mayoría de severidad leve, ocurriendo con mayor frecuencia en el grupo etario de 15-29 años y con un inicio de consumo más frecuente antes de los 18 años de edad.

Mayores asociaciones se encontraron relacionadas al sexo masculino, grado de instrucción secundaria y poseer seguro de salud.

## **Recomendaciones**

La edad temprana de inicio de consumo de alcohol está relacionada con presentar este trastorno, por lo que es recomendable retrasarlo en la medida de lo posible. Se podrían realizar campañas de screening para detectar el trastorno por uso de alcohol en los colegios, además de reforzar la educación acerca del daño producido por tomar alcohol.

En nuestro país, el acceso a tratamiento en los adultos con trastorno por uso de alcohol es extremadamente bajo. Por ello es fundamental realizar estudios posteriores dirigidos a determinar la causa de dicho fenómeno.



#### IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Geneva: WHO; 2018. (Citado el 13 de Agosto del 2023). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [published correction appears in *Lancet Psychiatry*. 2019 Jan;6(1):e2]. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):987-1012. doi:10.1016/S2215-0366(18)30337-7
3. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, Parry CD, Patra J, Popova S, Poznyak V, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Taylor B. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010 May;105(5):817-43. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.
4. Johnson BA. Medication treatment of different types of alcoholism. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6):630-639. doi:10.1176/appi.ajp.2010.08101500
5. Monteiro MG. Alcohol y salud pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario? [Alcohol and public health in Latin America: how to prevent a health disaster?]. *Adicciones*. 2013;25(2):99-105. doi: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.56>
6. Moan IS, Storvoll EE, Sundin E, Lund IO, Bloomfield K, Hope A, Ramstedt M, Huhtanen P, Kristjánsson S. Experienced Harm from Other People's Drinking: A Comparison of Northern European Countries. *Subst Abuse*. 2015 Nov

15;9(Suppl 2):45-57. doi: 10.4137/SART.S23504.

7. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: OPS; 2019. (Citado el 14 de Agosto del 2023). Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012\\_spa.pdf?sequence=](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=)
8. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 2000 Oct 4;284(13):1689-95. doi: 10.1001/jama.284.13.1689.
9. Weiss RD, O'malley SS, Hosking JD, Locastro JS, Swift R; COMBINE Study Research Group. Do patients with alcohol dependence respond to placebo? Results from the COMBINE Study. J Stud Alcohol Drugs. 2008;69(6):878-884. doi:10.15288/jsad.2008.69.878
10. Ernst DB, Pettinati HM, Weiss RD, Donovan DM, Longabaugh R. An intervention for treating alcohol dependence: relating elements of Medical Management to patient outcomes with implications for primary care. Ann Fam Med. 2008;6(5):435-440. doi:10.1370/afm.884
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. 2nd ed. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Nutt DJ, King LA, Phillips LD; Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet.

2010;376(9752):1558-1565. doi:10.1016/S0140-6736(10)61462-6

13. Saunders SM, Zygowicz KM, D'Angelo BR. Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2006 Apr;30(3):261-70. doi: 10.1016/j.jsat.2006.01.003.

14. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004 Nov;82(11):858-66.

15. Boniatti MM, Diogo LP, Almeida CL, Cardoso Mde O. Prevalence and record of alcoholism among emergency department patients. *Clinics (Sao Paulo).* 2009;64(1):29-34. doi: 10.1590/s1807-59322009000100006

16. Bandara SN, Samples H, Crum RM, Saloner B. Is screening and intervention associated with treatment receipt among individuals with alcohol use disorder? Evidence from a national survey. *J Subst Abuse Treat.* 2018;92:85-90. doi: 10.1016/j.jsat.2018.06.009

17. Yamamoto J, Silva JA, Sasao T, Wang C, Nguyen L. Alcoholism in Peru. *Am J Psychiatry.* 1993;150(7):1059-1062. doi: 10.1176/ajp.150.7.1059

18. Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental. Informe General. Perú: Anales de Medicina. 2016;32(2):31. (Citado el 30 de Octubre del 2023). Disponible en: [https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2021/Vol%20XXXII%202016%20nro2%20EESM\\_ciudad%20de%20Huanuco%202013%20\(1\).pdf](https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2021/Vol%20XXXII%202016%20nro2%20EESM_ciudad%20de%20Huanuco%202013%20(1).pdf)

19. Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental. Informe General. Perú: Anales de Medicina. 2020;36(1,2):32. (Citado el 30 de Octubre del 2023). Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3676569/Estudio%20Epidemiol%20de%20Salud%20Mental%202020.pdf>

C3%B3gico%20de%20Salud%20Mental%20en%20Ayacucho%2C%20Cajamarc  
a%20y%20Huaraz%202017.pdf.pdf

20. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000100006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100006&lng=es).

21. Cremonte M, Biscarra MA, Conde K, Cherpitel CJ. Epidemiology of alcohol consumption and related problems in Latin American countries: Contributions of psychology. Int J Psychol. 2018 Aug;53(4):245-252. doi: 10.1002/ijop.12373.

22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113p. (Citado el 30 de Octubre del 2023). Disponible en: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>

23. Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, et al. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys [published correction appears in Addict Behav. 2020 Jul;106:106381]. Addict Behav. 2020;102:106128. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106128

24. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. JAMA Psychiatry. 2015 Aug;72(8):757-66. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.

25. Helzer JE, Robins LN, Taylor JR, Carey K, Miller RH, Combs-Orme T, Farmer A. The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *N Engl J Med.* 1985 Jun 27;312(26):1678-82. doi: 10.1056/NEJM198506273122605.
26. Chick J. The WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol. *Alcohol Alcohol.* 2011 May-Jun;46(3):223. doi: 10.1093/alcalc/agr035.
27. Maximiliano L, Ortega A, Salas M, Vais R. Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. *Rev enferm Herediana.* 2015;8(2):3-10. doi: <https://doi.org/10.20453/renh.v8i2.2687>
28. Liang W, Chikritzhs T. Age at first use of alcohol and risk of heavy alcohol use: a population-based study. *Biomed Res Int.* 2013;2013:721761. doi: 10.1155/2013/721761.
29. Baumeister RF, Vohs KD, Tice DM. The Strength Model of Self-Control. *Curr. Dir. Psychol.* 2007, 16(6), 351-355. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x
30. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open.* 2016 Oct 24;6(10):e011827. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011827
31. Gruzza RA, Sher KJ, Kerr WC, Krauss MJ, Lui CK, McDowell YE, Hartz S, Viridi G, Bierut LJ. Trends in Adult Alcohol Use and Binge Drinking in the Early 21st-Century United States: A Meta-Analysis of 6 National Survey Series. *Alcohol Clin Exp Res.* 2018 Oct;42(10):1939-1950. doi: 10.1111/acer.13859.
32. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Teesson M. Birth cohort

trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ open*. 2016;6(10):e011827. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011827

33. Observatorio Español sobre Drogas . Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994–2018. PNSD; Madrid, Spain: 2019. (Citado el 14 de Agosto del 2023). Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2018-19\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf)

34. Mortensen EL, Jensen HH, Sanders SA, Reinisch JM. Associations between volume of alcohol consumption and social status, intelligence, and personality in a sample of young adult Danes. *Scand J Psychol*. 2006 Oct;47(5):387-98. doi: 10.1111/j.1467-9450.2006.00520.x.

35. Mortensen E, Flensburg-Madsen T, Molbo D, Christensen U, Osler M, Avlund K. Personality in late midlife. *J Aging Health* 2014;26(1):21-36. doi: 10.1177/0898264313519317.

36. 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. *World Psychiatry* 2017;16(3):299-307. doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20457>.

37. Finn S, Mejldal A, Nielsen A. Perceived barriers to seeking treatment for alcohol use disorders among the general danish population – a cross sectional study on the role of severity of alcohol use and gender. *Arch Public Health* 2023;81(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01085-4>

38. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG,

Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol*. 2011 Mar-Apr;46(2):105-12. doi: 10.1093/alcalc/agq089.

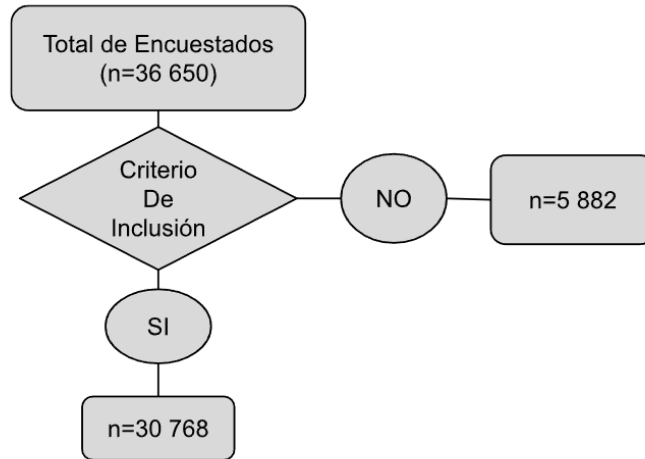
39. Grant BF. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *J Stud Alcohol*. 1997 Jul;58(4):365-71. doi: 10.15288/jsa.1997.58.365.

40. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013 Feb;23(2):89-97. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.08.001.

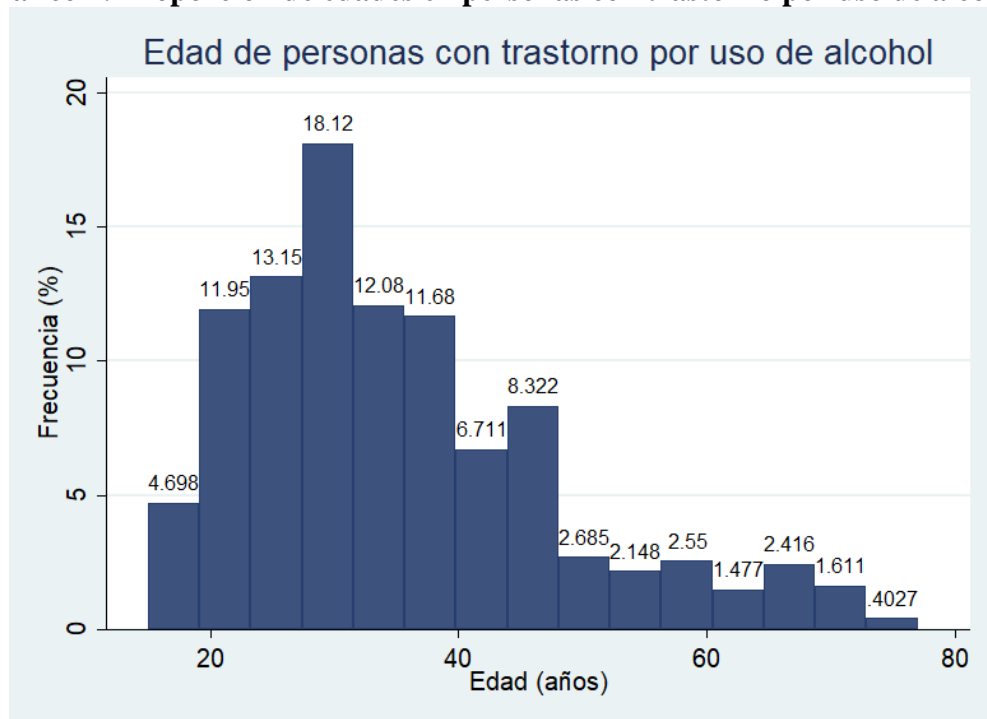
41. Caetano R, Gruenewald P, Vaeth PAC, Canino G. DSM-5 Alcohol Use Disorder Severity in Puerto Rico: Prevalence, Criteria Profile, and Correlates. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018 Feb;42(2):378-386. doi: 10.1111/acer.13572.

## V. TABLAS Y GRÁFICOS

**Gráfico 1: Selección de la muestra de estudio**



**Gráfico 2: Proporción de edades en personas con trastorno por uso de alcohol**





**Gráfico 3: Proporción de edades de inicio de consumo de alcohol en personas con trastorno por uso de alcohol**



**Tabla 1: Descripción de la muestra. ENDES 2022**

<b>Características</b>	<b>n (30 678) <sup>a/</sup></b>	<b>%<sup>b/</sup></b>	<b>IC95%</b>	<b>ERM</b>
<b>TUA</b>				
Si	745	2,9%	2,5% - 3,3%	6,5%
No	30023	97,1%	96,7% - 97,5%	0,2%
<b>Severidad TUA</b>				
No tiene	30023	97,1%	96,7% - 97,5%	0,2%
Leve	468	1,7%	1,5% - 2,0%	7,0%
Moderado	179	0,7%	0,6% - 0,9%	12,0%
Severo	98	0,5%	0,3% - 0,6%	17,7%
<b>Sexo</b>				
Masculino	13518	49,0%	48,0% - 49,9%	1,0%
Femenino	17250	51,0%	50,1% - 52,0%	0,9%
<b>Edad</b>				
15 - 29 años	10451	33,1%	32,3% - 33,9%	1,3%
30 - 44 años	11830	30,0%	29,3% - 30,8%	1,3%
45 - 54 años	3528	15,5%	14,8% - 16,2%	2,3%
55 - 95 años	4959	21,4%	20,6% - 22,2%	1,9%
<b>Edad de inicio de consumo de alcohol c/</b>				
< 18 años	446	63,3%	57,4% - 68,8%	4,6%
≥ 18 años	299	36,7%	31,2% - 42,6%	7,9%
<b>Grado de instrucción</b>				
Inicial - Primaria	7030	18,9%	18,2% - 19,6%	1,9%
Secundaria	14668	48,4%	47,4% - 49,3%	1,0%
Superior no universitario	4807	16,2%	15,5% - 16,9%	2,2%
Superior universitario - Postgrado	4263	16,5%	15,8% - 17,2%	2,1%
<b>Seguro de salud c/</b>				
Sí	565	73,8%	68,8% - 78,2%	3,2%
No	180	26,2%	21,8% - 31,2%	9,0%
<b>Acceso a tratamiento c/</b>				
Sí	4	1,0%	0,2% - 4,5%	73,8%
No	741	99,0%	95,5% - 99,7%	1,1%

a/: Frecuencia no ponderada

b/: Porcentajes ponderados

c/: Frecuencias solo en aquellos con TUA

ERM: Error Relativo de Muestreo

**Tabla 2: Trastorno por uso de alcohol según características sociodemográficas. ENDES 2022**

Características	n (30768)	% a/	TUA		p valor b/	ERM
			Si (n=745)	No (n= 30023)		
<b>Sexo</b>						
Masculino	13578	49,0%	624 (5,0%)	12894 (95,0%)	0,000	1,0%
Femenino	17250	51,0%	121 (0,9%)	17129 (99,1%)		0,9%
<b>Edad</b>						
15 - 29 años	10451	33,1%	298 (3,6%)	10153 (96,4%)	0,000	1,3%
30 - 44 años	11830	30,0%	303 (3,4%)	11527 (96,6%)		1,3%
45 - 54 años	3528	15,5%	71 (2,3%)	3457 (97,7%)		2,3%
55 - 95 años	4959	21,4%	73 (1,5%)	4886 (98,5%)		1,9%
<b>Grado de instrucción</b>						
Inicial - Primaria	7030	18,9%	93 (1,5%)	6937 (98,5%)	0,000	1,9%
Secundaria	14668	48,4%	392 (3,6%)	14276 (96,4%)		1,0%
Superior no universitario	4807	16,2%	128 (2,3%)	4679 (97,7%)		2,2%
Superior universitario - Postgrado	4263	16,5%	132 (2,9%)	4131 (97,1%)		2,1%
<b>Edad de inicio de consumo de alcohol</b>						
<18 años	10401	36,8%	446 (5,0%)	9955 (95,0%)	0,000	1,3%
≥18 años	20367	63,2%	299 (1,7%)	20068 (98,3%)		0,7%
<b>Seguro de salud</b>						
Sí	26127	82,3%	565 (2,6%)	25562 (97,4%)	0,000	0,5%
No	4641	17,7%	180 (4,3%)	4461 (95,7%)		2,2%
<b>Acceso a tratamiento</b>						
Sí	41	0,1%	4 (27,6%)	37 (72,4%)	0,000	25,6%
No	30727	99,9%	741 (2,9%)	29986 (97,1%)		0,0%

a/: Porcentajes ponderados

b/: p valor obtenido con F corregida para muestras complejas

ERM: Error Relativo de Muestreo

**Tabla 3: Severidad del trastorno por uso de alcohol según características sociodemográficas. ENDES 2022**

Características	No tiene	Severidad TUA			p valor
		Leve	Moderado	Severo	
<b>Sexo</b>					
Masculino	12894 (95,0%)	382 (2,9%)	154 (1,2%)	88 (0,9%)	0,000
Femenino	17129 (99,1%)	86 (0,5%)	25 (0,3%)	10 (0,1%)	
<b>Edad</b>					
15 - 29 años	10153 (96,4%)	193 (2,3%)	69 (0,7%)	36 (0,5%)	0,000
30 - 44 años	11527 (96,6%)	210 (2,1%)	66 (0,9%)	27 (0,3%)	
45 - 54 años	3457 (97,7%)	36 (1,3%)	20 (0,5%)	15 (0,5%)	
55 - 95 años	4886 (98,5%)	29 (0,5%)	24 (0,5%)	20 (0,5%)	
<b>Grado de instrucción</b>					
Inicial - Primaria	6937 (98,5%)	49 (0,7%)	24 (0,4%)	20 (0,4%)	0,000
Secundaria	14276 (96,4%)	238 (2,0%)	99 (1,0%)	55 (0,6%)	
Superior no universitario	4679 (97,7%)	90 (1,9%)	29 (0,4%)	9 (0,04%)	
Superior universitario - Postgrado	4131 (97,1%)	91 (1,9%)	27 (0,6%)	14 (0,4%)	
<b>Edad de inicio de consumo de alcohol</b>					
<18 años	9955 (95,0%)	268 (2,8%)	111 (1,3%)	67 (0,8%)	0,000
≥18 años	20068 (98,3%)	200 (1,0%)	68 (0,3%)	31 (0,2%)	
<b>Seguro de salud</b>					
Sí	25562 (97,4%)	364 (1,6%)	124 (0,6%)	77 (0,4%)	0,000
No	4461 (95,7%)	104 (2,2%)	55 (1,5%)	21 (0,6%)	
<b>Acceso a tratamiento</b>					
Sí	37 (0,72%)	1 (3,5%)	1 (3,9%)	2 (20,2%)	0,000
No	29986 (97,1%)	467 (1,7%)	178 (0,7%)	96 (0,4%)	

**Tabla 4: Modelo de regresión logística respecto a la presencia de TUA y las variables evaluadas. ENDES 2022**

	Análisis bivariado			Análisis multivariado		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
<b>Sexo</b>						
Masculino vs Femenino	6,06	4,44 - 8,27	0,000	5,27	3,87 - 7,18	0,000
Femenino	1,00			1,00		
<b>Edad</b>						
15 - 29 años	2,36	1,51 - 3,68	0,000	1,68	1,03 - 2,72	0,042
30 - 44 años	2,21	1,51 - 3,24	0,000	1,89	1,27 - 2,80	0,002
45 - 54 años	1,53	0,86 - 2,71	0,147	1,37	0,76 - 2,41	0,309
55 a más años	1,00			1,00		
<b>Edad de inicio de consumo de alcohol</b>						
< 18 años	3,06	2,39 - 3,92	0,000	2,30	1,80 - 2,94	0,000
≥ 18 años	1,00			1,00		
<b>Grado de instrucción</b>						
Superior universitario - postgrado	1,94	1,30 - 2,88	0,001	1,31	0,86 - 1,97	0,204
Superior no universitario	1,56	1,05 - 2,32	0,026	1,16	0,77 - 1,76	0,477
Secundaria	2,44	1,70 - 3,52	0,000	1,62	1,05 - 2,48	0,028
Inicial - Primaria	1,00			1,00		
<b>Seguro de salud</b>						
Si	1,68	1,31 - 2,15	0,000	1,34	1,04 - 1,72	0,021
No	1,00			1,00		

## VI. ANEXOS

### Anexo 1: Preguntas de la ENDES 2022 empleadas en los criterios de inclusión

Número de pregunta	Enunciado de la pregunta	Criterio DSM-5 de TUA
QS713	En los últimos 12 meses hubo momentos en que la bebida o la resaca le dificultaron realizar sus actividades o sus responsabilidades en los estudios, en el trabajo o en la casa	5
QS714	En los últimos 12 meses hubo momentos en que el consumo de alcohol le provocó discusiones u otros problemas con su familia, amigos, vecinos o compañeros de trabajo	6
QS716	En los últimos 12 meses hubo momentos que estuvo bajo los efectos del alcohol en situaciones en que podía hacerse daño	8
QS719	En los últimos 12 meses hubo momentos en que tuvo tantas ganas de beber que no pudo resistirse a tomar una copa o le resultó difícil pensar en otra cosa	4
QS720	En los últimos 12 meses hubo momentos que necesitó beber más cantidad de alcohol para sentir el mismo efecto o notó que ya no conseguía ponerse alegre con la misma cantidad que bebía habitualmente	10
QS721	En los últimos 12 meses hubo momentos en que tuvo síntomas como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales cuando bebió menos, dejaba de beber o estaba sin beber	11
QS724	En los últimos 12 meses hubo momentos en que bebió más frecuentemente o durante más días seguidos de lo que se había propuesto	1

QS726	En los últimos 12 meses hubo momentos en qué intentó beber menos o dejar de beber y no pudo hacerlo	<b>2</b>
QS727	En los últimos 12 meses hubieron períodos de varios días o más en los que pasó tanto tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol que no le dio tiempo para nada más	<b>3</b>
QS728	En los últimos 12 meses tuvo un período de un mes o más que dejó de hacer actividades importantes o las redujo considerablemente a causa de la bebida	<b>7</b>
QS729	En los últimos 12 meses hubo momentos en que siguió bebiendo aunque sabía que tenía un problema físico o emocional grave que puede haber sido provocado o empeorados por la bebida	<b>9</b>

#### **Anexo 2: Variables y definición operacional**

<b>Variable</b>	<b>Pregunta empleada por la ENDES</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Indicador</b>
Edad	(QS23): ¿Cuántos años tiene?	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos hasta el momento de la entrevista	Continua	- Edad en años
Sexo	(QSSEXO): Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres,	Agrupación de características fisiológicas y anatómicas del entrevistado	Cualitativa Dicotómica	- Masculino - Femenino

Grado de instrucción	(QS25N): ¿Cuál es el grado de estudios más alto que aprobó?	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel de estudios máximo que el entrevistado haya aprobado	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicial</li> <li>- Primaria</li> <li>- Secundaria</li> <li>- Superior no universitario</li> <li>- Superior universitario</li> <li>- Postgrado</li> </ul>
Edad de inicio de consumo de alcohol	(QS207C): ¿A qué edad fue la primera vez que tomó bebidas alcohólicas?	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la edad cumplida en que ingirió alguna bebida alcohólica por primera vez.	Años cumplidos hasta la primera vez que tomó bebidas alcohólicas.	Continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad en años</li> </ul>
Acceso al tratamiento	(QS730): ¿En los últimos 12 meses usted ha recibido tratamiento de algún profesional de salud por consumo de alcohol?	Facultad de cualquier persona de exigir y obtener la información de que dispone un responsable del tratamiento.	Personas que recibieron tratamiento de parte de algún profesional de la salud debido a consumo de alcohol, especificado en la pregunta QS730 del Cuestionario ENDES 2022.	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí recibió tratamiento</li> <li>- no recibió tratamiento</li> </ul>



Seguro de salud	¿Cuenta con seguro de salud?	Seguro que proporciona principalmente una cobertura sanitaria, asistencia en caso de sufrir alguna dolencia o enfermedad y, en algunas ocasiones, también da cobertura de carácter económico.	Persona que posee algunos de los tipos de seguro de salud disponibles, ya sea público o privado.	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí posee seguro de salud</li> <li>- No posee seguro de salud</li> </ul>
Trastorno por uso de alcohol	No aplica	Cualquier deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de una persona, cuya naturaleza permita inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno.	Participantes que cumplen con dos o más de los once criterios diagnósticos para trastorno por uso de alcohol según la DSM-5, los cuales se corresponden a las preguntas descritas al <b>anexo 1</b> .	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> </ul>

Severidad	No aplica	Probabilidad de que acontezca un resultado adverso durante el curso de una enfermedad o condición	Grado de severidad del trastorno por uso de alcohol según la DSM-5, determinado por el número de respuestas afirmativas de los criterios diagnósticos los cuales corresponden a las preguntas del anexo 1, siendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve: 2 a 3</li> <li>- Moderado: 4 a 5</li> <li>- Severo: Mayor o igual a 6</li> </ul>	Cualitativa no dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve</li> <li>- Moderado</li> <li>- Severo</li> </ul>
-----------	-----------	---	--	---------------------------	--