



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

**Asociación entre la autoidentificación étnica y el consumo excesivo de alcohol
en adultos de 19 a 44 años en Perú de 2018 a 2019**

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR(ES)

Chamorro Ciprian, Camila	0000-0003-1773-8071
Asencios Ramos, Leslie Nataly	0000-0002-3701-3150

ASESOR(ES)

Blitchtein Winicki, Dora	0000-0002-9986-7442
--------------------------	---------------------

Lima, 11 de septiembre de 2024

RESUMEN

Antecedentes: El consumo excesivo de alcohol está asociado a características culturales y genéticas de las diversas poblaciones del mundo. En el Perú, existe una diversidad étnica con características que difieren de otras regiones; en donde la autoidentificación étnica incluye población nativa, afrodescendiente, caucásica, y mestiza.

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre la autoidentificación étnica y el consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años en Perú de 2018 a 2019.

Metodología: El diseño fue un análisis transversal analítico secundario a la Encuesta Demográfica de Salud Familiar. El consumo excesivo de alcohol se consideró, según la CDC, como el consumo de 5 o más tragos estandarizados en una ocasión para los hombres o 4 o más tragos estandarizados en una ocasión para las mujeres. La autoidentificación étnica se obtuvo por autorreporte; y se categorizó en origen nativo, afrodescendiente peruano, caucásico, y mestizo. Para todo el análisis se consideró el diseño complejo del estudio. Para identificar la asociación, se realizó un análisis multivariable mediante modelos, crudo y ajustado, lineales generalizados de la familia y opción de enlace Log Poisson. Los resultados se presentaron en razones de prevalencia.

Resultados: Con respecto a la etnia de origen nativo, la afrodescendiente peruana tuvo un 28% más de probabilidad de consumo excesivo de alcohol (RP 1.28, IC95% 1.16;1.41, $p < 0.001$), la etnia mestiza tuvo 17% más de probabilidad (RP 1.17, IC95% 1.09;1.25 $p < 0.001$) y en la etnia caucásica no se encontró asociación.

Conclusiones: Se encontró asociación entre autoidentificación étnica y consumo excesivo de alcohol. Aquellas que se autoidentificaron como mestizos y afrodescendientes peruanos tuvieron una mayor probabilidad de consumo excesivo de alcohol en comparación con la etnia de origen nativo. Sin embargo, no se encontró asociación con consumo excesivo de alcohol entre las personas que se autoidentificaron como caucásicas en comparación con los de etnia de origen nativo.

Palabras clave: Etnia; Consumo Excesivo de Bebidas Alcohólicas; Adulto; Encuesta Demográfica y de Salud.

Association between ethnic self-identification and binge drinking in adults aged 19 to 44 years in Peru from 2018 to 2019

ABSTRACT

Background: Binge drinking is associated with cultural and genetic characteristics of the diverse populations of the world. In Peru, there is an ethnic diversity with characteristics that differ from other regions; where ethnic self-identification includes native, peruvian afro-descendant, caucasian, and mixed-race.

Objective: The objective of the study was to evaluate the association between ethnic self-identification and binge drinking in adults aged 19 to 44 in Peru from 2018 to 2019.

Methodology: The design was an analytical cross-sectional analysis secondary to the Family Health Demographic Survey. Binge drinking was defined by the CDC as consuming 5 or more standardized drinks on one occasion for men or 4 or more standardized drinks on one occasion for women. Ethnic self-identification was obtained by self-report; and was categorized into native, peruvian afro-descendant, caucasian, and mixed-race. The complex design of the study was considered for the entire analysis. To identify the association, a multivariate analysis was performed using crude and adjusted models, generalized linear of the family, and Log Poisson link option. The results were presented in prevalence ratios.

Results: Regarding the ethnic group of native origin, the peruvian afro-descendant had a 28% higher probability of binge drinking (PR 1.28, 95% CI 1.16;1.41, $p < 0.001$), the mixed-race ethnic group had a 17% higher probability (PR 1.17, 95% CI 1.09;1.25 $p < 0.001$) and in the caucasian ethnic group, no association was found.

Conclusions: An association was found between ethnic self-identification and binge drinking. Those who self-identified as mestizos and peruvian afro-descendants had a higher probability compared to the ethnicity of native origin. However, no association was found with binge drinking among people who self-identified as caucasian to those of native ethnic self-identification.

Key words: Ethnicity; Binge Drinking; Adult; Demographic Health Survey.

N° 14359_Chamorro Ciprian, Camila_Asociación entre la autoidentificación étnica y el consumo excesivo de a

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

6%

2

upc.aws.openrepository.com

Fuente de Internet

4%

3

psicoeureka.com.py

Fuente de Internet

1%

4

Pedro González Angulo. "Modelo explicativo de factores protectores socio ecologicos del consumo de alcohol en jóvenes universitarios", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2022

Publicación

1%

5

www.monografias.com

Fuente de Internet

1%

6

eprints.uanl.mx

Fuente de Internet

1%

7

www.alcoholysociedad.org

Fuente de Internet

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	8
2.1. OBJETIVO GENERAL	8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. METODOLOGÍA	8
3.1. DISEÑO DE ESTUDIO	8
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	9
3.3. POTENCIA DEL ESTUDIO	9
3.4. VARIABLES DE ESTUDIO	9
3.5. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	10
3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	11
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	11
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSIÓN	13
6. FORTALEZAS Y LIMITACIONES	15
7. CONCLUSIONES	16
8. RECOMENDACIONES	16
9. REFERENCIAS	17
10. ANEXOS	22
10.1. FLUJOGRAMA DE SELECCIÓN DE ADULTOS DE 19 A 44 AÑOS	22
10.2. POTENCIA DEL ESTUDIO EN HOMBRES	23
10.3. POTENCIA DEL ESTUDIO EN MUJERES	24
10.4. TABLA 1A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE PREVALENCIA DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 19 A 44 AÑOS	25
10.5. TABLA 1B. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE PREVALENCIA DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 19 A 44 AÑOS SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	26
10.6. TABLA 2. ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 19 A 44 AÑOS	27
10.7. TABLA 3. ASOCIACIÓN ENTRE AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE 19 A 44 AÑOS	28

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas en América ocasionó un promedio de 85 mil muertes al año, es el segundo más elevado después de Europa al tener la segunda proporción más alta de consumidores y el porcentaje más bajo de personas que se abstienen de estas bebidas (1,2). En la región de América Latina, según datos de la OMS en 2018, Uruguay lidera en consumo per cápita de alcohol con 10.8 litros, seguido por Argentina con 9.8 litros y Chile con 9.3 litros, mientras que Perú se sitúa en el noveno lugar con 6.3 litros, siendo cercano al promedio mundial (1). Además, en América, una de cada cinco personas que consumen alcohol, ha tenido un episodio de consumo excesivo de alcohol por lo menos una vez al mes (1). Con respecto a las personas mayores de 15 años que consumieron alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días, de acuerdo con el informe "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles", en 2013, esto ocurrió en 37% de personas. Esta cifra disminuyó durante la pandemia de COVID-19, pero para el año 2022, se recuperó a un 36.1%, lo que representa un aumento respecto a los niveles previos a la pandemia (3).

Asimismo, es importante destacar que las consecuencias negativas asociadas al consumo excesivo de alcohol o *binge drinking*, van desde la exposición prenatal al alcohol en las mujeres lo cual resulta en una variedad de efectos adversos, resaltando el síndrome alcohólico fetal como la más grave (4), hasta daños en el tejido pulmonar y musculoesquelético, como miopatía y rabdomiólisis con consecuente afectación renal secundaria, sino también a compromisos en el sistema inmunológico, que aumentan la susceptibilidad a diversas infecciones (5). En los adolescentes, el consumo excesivo se relaciona a conductas de riesgo como; el consumo de tabaco, violencia, suicidio y conducción riesgosa (4). Igualmente, el consumo excesivo de alcohol se ha visto asociado a diversos problemas de salud como HTA, enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, diferentes tipos de cáncer, problemas cognitivos, depresión, ansiedad, dependencia y problemas familiares y psicosociales (6). Por otro lado, hay cierta evidencia científica, que es polémica, de un vínculo relevante entre el consumo de alcohol y enfermedad cardiocirculatoria, que proviene de la primera parte del siglo XX. Sin embargo, hay notables desacuerdos sobre los efectos peculiares de los diferentes tipos de bebida (vino, cerveza y licores) sobre el sistema cardiocirculatorio y los mecanismos beneficiosos de las bebidas alcohólicas (7); por lo que, no se deberían afirmar los beneficios de consumir este tipo de bebidas.

Entonces, para entender los componentes que están ligados al consumo de alcohol se vio que puede variar de acuerdo con las características culturales y étnicas (8); por ejemplo, el consumo de alcohol ha sido registrado desde hace mucho tiempo en contextos ceremoniales en grupos étnicos (9). Además, estas diferencias culturales y étnicas no solo influyen en los patrones de consumo de alcohol, sino también en las diversas formas en las que el organismo metaboliza el alcohol. Esto puede deberse a las variantes genéticas que codifican enzimas que metabolizan el alcohol, como el alcohol deshidrogenasa (ADH) y el aldehído deshidrogenasa (ALDH) (10), que se encuentran entre las mayores asociaciones genéticas con el riesgo de dependencia del alcohol. Por ejemplo, un estudio en estudiantes universitarios de Asia Oriental examinó cómo el alelo ALDH2*2, comúnmente más portado por asiáticos, se relaciona con el consumo de alcohol; siendo que la falta de presencia de este alelo ALDH2*2(-), presentó un efecto más fuerte para un mayor consumo excesivo de alcohol (11). En otro estudio entre estudiantes universitarias, se encontró que la variante genética corta del polimorfismo del promotor de la proteína transportadora de serotonina (5HTTLPR) está asociada con un mayor consumo de alcohol (12). Y, un estudio en el 2016 indicó que los genes que codifican las enzimas ADH y ALDH están asociadas con conductas relacionadas con el alcohol; tales como los alelos ADH1B*2, ADH1C*1 y ALDH2*2 que tienen una alta prevalencia en poblaciones asiáticas, y los alelos ADH1B*3 y ADH1C*1 en poblaciones africanas, lo que puede contribuir a las diferencias en la prevalencia de AUD (*Alcohol Use Disorder* o Dependencia de Alcohol) entre grupos étnicos. Además, la prevalencia de estos alelos varía entre diferentes subpoblaciones asiáticas y puede explicar en parte las diferentes tasas de este patrón de consumo de alcohol entre esas poblaciones (13).

Sobre el componente cultural, los hábitos de consumo de alcohol entre las comunidades indígenas muestran diferencias significativas: desde una integración total del alcohol en su vida diaria hasta su uso restringido a eventos específicos, e incluso abstinencia en grupos que han adoptado religiones como el protestantismo o el catolicismo (14).

Es importante destacar que el riesgo de beber alcohol en exceso no es igual en todos los subgrupos raciales y étnicos (15). Los jóvenes afrodescendientes (especialmente en los grados de educación más avanzados) reportan niveles significativamente más bajos de consumo excesivo de alcohol que los jóvenes caucásicos, mientras que los niveles de los jóvenes hispanos se encuentran entre los jóvenes afrodescendientes y caucásicos (15). De igual manera, según un estudio realizado en California donde se analizó el consumo excesivo de alcohol

según género y raza/etnicidad, se encontró que hay una tasa de consumo excesivo de alcohol en el último año de 30,5% en hombres caucásicos, y los hombres mexicanos los superan con un 42,9% (16). Y, de acuerdo con estudios anteriores, este reporta que los hispanos tienen tasas más altas y los asiáticos poseen tasas más reducidas de consumo excesivo de alcohol comparativamente con las personas caucásicas; sin embargo, los hispanos y los afrodescendientes son más propensos a tener problemas sociales y de salud a causa de la bebida que los caucásicos y los asiáticos (13).

Las consecuencias del consumo excesivo también varían según la etnia. Tales como los hombres blancos hispanos, que tienen tasas más altas de mortalidad por cirrosis que los hombres no hispanos, los hombres afrodescendientes no hispanos y las mujeres en general. Dentro del grupo hispano tenemos que los puertorriqueños y mexicanos tienen las tasas más altas de mortalidad por cirrosis. Mientras que, la etnia asiática tiene las tasas de mortalidad más bajas con respecto a enfermedades hepáticas alcohólicas (4).

Con relación al sexo, en los hombres se reporta más consumo de alcohol y consumo excesivo de alcohol que en las mujeres, especialmente en las cohortes de mayor edad; como el 57,4 % de los hombres que eran bebedores durante el último mes en comparación con solo el 46,5 % de las mujeres (4). Sin embargo, otro estudio indicó que, si bien las estimaciones han hecho notar tradicionalmente tasas más elevadas de consumo excesivo de alcohol en hombres, recientemente la brecha de género está disminuyendo, con un aumento concomitante en las tasas de consumo de alcohol y consumo excesivo de alcohol entre niñas y mujeres (17).

Finalmente, en el Perú, así como en otros países, el consumo de alcohol es un problema de salud pública (18,19), fomentado por prácticas tradicionales y sociales. Así también, se conoce poco la relación entre las costumbres de las poblaciones étnicas peruanas y el consumo excesivo de alcohol, visto por los pocos estudios en el mundo (15,16), y sobre todo en el Perú; ya que, pocos estudios relacionan directamente el consumo excesivo de alcohol y la autoidentificación étnica. Uno de estos aborda de manera superficial esta relación y señala que hay un menor consumo de alcohol entre las etnias nativas en comparación con las no nativas (1). Sin embargo, a menudo, las poblaciones son pequeñas o no representativas, o se centran en contextos diferentes al peruano, lo que resalta la necesidad de investigaciones más específicas en nuestro país. Por lo que, la presente investigación tiene como objetivo identificar la asociación entre las etnias autopercebidas y el consumo excesivo de alcohol en adultos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Evaluar la asociación entre la autoidentificación étnica y el consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años en Perú de 2018 a 2019.

2.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y prevalencia del consumo excesivo de alcohol según autoidentificación étnica de 19 a 44 años en Perú de 2018 a 2019.
- Identificar la asociación entre características sociodemográficas y el consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años en Perú de 2018 a 2019.
- Evaluar la asociación entre la autoidentificación y el consumo excesivo de alcohol estratificado según sexo considerando las variables confusoras.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de estudio

Este estudio fue un análisis transversal analítico secundario a la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2018 al 2019.

El marco muestral para la ENDES, que fue la información a partir de la cual se desarrolló nuestro análisis, se basó en estadística y cartográfica de los Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda del año 2017; así como, el material cartográfico actualizado para la ENDES, esta tuvo un diseño de dos etapas, aleatorio de tipo equilibrado, estratificado e independiente; a nivel de departamentos, por áreas urbanas y rurales. La unidad primaria de muestreo fue la vivienda particular, que se seleccionó a partir de conglomerados en el área urbana y del área de empadronamiento en el área rural (20).

3.2. Población de estudio

La población seleccionada para estudio cumplió con los siguientes criterios de inclusión: tener de 19 a 44 años, y hombres o mujeres que respondieron a las preguntas de la Encuesta de Salud. Se excluyeron a aquellos que no tuvieron información de autoidentificación étnica, que no respondieron las preguntas acerca del consumo de alcohol o que tuvieron alguna discapacidad permanente para entender y/o relacionarse. (Anexo 10.1)

3.3. Potencia del estudio

Se utilizó el software estadístico OpenEpi versión 3.01 para calcular la potencia del estudio con un nivel de confianza del 95%; considerando que el consumo excesivo de alcohol fue de 29.4% en nativos peruanos hombres y de 33.2% en hombres de otras etnias (1), y se estimó que 4 905 hombres sean de origen nativo y 8 241 pertenezcan a otras etnias. Por lo que, se estimó una potencia mayor al 80%, incluso considerando un efecto de diseño de dos. (Anexo 10.2)

En el caso las mujeres, la prevalencia del consumo excesivo de origen nativo fue de 11.1%, mientras que en las de otras etnias fue de 13.6% (1), estimándose una población de 6 741 mujeres de origen nativo, y 10 635 de otras etnias. También, se calculó potencia mayor al 80%, incluso considerando un efecto de diseño de dos. (Anexo 10.3)

3.4. Variables de estudio

La variable independiente principal fue la Autoidentificación étnica (21). Según la ENDES, se definió como la transmisión intergeneracional de creencias y costumbres, por sus antepasados. En el estudio, esta variable se operacionalizó a través de la respuesta a la pregunta: “Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres. Usted se siente o se considera...”. Nuestras variables se categorizaron en “0” Origen nativo, que incluyó las categorías quecha, aymara, nativo o indígena de la amazonía, perteneciente o parte de otro pueblo indígena u originario; “1” Afrodescendiente peruano, que incluyó las categorías negro, moreno, zambo, mulato, pueblo afroperuano o afrodescendiente; “2” Caucásico, que fue reportado como blanco; y “3” Mestizo.

La variable dependiente fue el Consumo excesivo de alcohol (22). Según la CDC, fue definida como el “consumo de 5 o más tragos en una ocasión para los hombres o 4 o más tragos en una ocasión para las mujeres” (6). Esta variable se construyó a partir de la respuesta afirmativa a las preguntas “¿alguna vez en su vida usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?”, “¿En los últimos 12 meses, usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?”, “¿En los

últimos 30 días, usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?”. Si el consumo fue más de una vez en 30 días, se preguntó acerca de cada tipo de bebida y cantidad consumida en la ocasión que más consumieron. Las bebidas consideradas fueron cerveza, vino, chicha de jora, masato, yonque o pizco, anisado, whisky y sus equivalentes. Además, se consideró el contenido de alcohol de cada tipo de bebida para obtener la cantidad de tragos estandarizados. Entonces, se operacionalizó, de acuerdo a la CDC, en “1” Sí consumo excesivo de alcohol como el consumo de 4 o más tragos estandarizados para una mujer y 5 o más tragos estandarizados para un hombre en una misma ocasión; y si el consumo de alcohol fue menor a este número de tragos, se consideró como “0” No consumo excesivo de alcohol.

Además, se consideraron otras variables relacionadas con las principales, como la edad en años; el sexo; el grado de instrucción; el lugar de residencia; el nivel socioeconómico, basado en las características de materiales del hogar, servicios, y otros, según metodología del INEI; el estado civil; el tabaquismo (uso de tabaco en los últimos 30 días), los diagnósticos de presión arterial alta y diabetes.

3.5. Procedimiento del estudio

Para este estudio, se descargaron las bases de datos de la encuesta ENDES del 2018-2019, que son de libre acceso para investigación.

La forma de medir las variables principales de nuestro estudio, según la encuesta ENDES, la información sobre el consumo excesivo de alcohol se obtuvo de la siguiente manera: los entrevistadores capacitados y de manera individual después de leer y aceptar el consentimiento, procedieron a preguntar a los participantes si consumieron alcohol alguna en su vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días; y solo a aquellas personas que consumieron alcohol más de una vez en los últimos 30 días; y solo a aquellas personas que consumieron alcohol más de una vez en los últimos 30 días, se les preguntó por la vez en la que más consumieron y el tipo de bebida alcohólica que consumieron, estandarizando las respuestas que dieron a las entrevistadoras en porciones (6).

Sobre la autoidentificación étnica, de igual manera, el entrevistador capacitado de manera individual después de leer y aceptar el consentimiento, obtuvo la información haciendo la pregunta: “Por sus antepasados y de acuerdo a sus costumbres, ¿usted se considera? ...”, para luego brindarles alternativas para que los participantes puedan responder según su autopercepción. Para esto, se les dijo a los entrevistadores que no existe una definición correcta para ninguna respuesta.

3.6. Análisis estadístico

Se realizó el análisis con el software STATA v.17 SE con un nivel de confianza de 95%, para todo el análisis se consideró el diseño complejo del estudio: los estratos, los conglomerados y peso ponderado de los participantes, utilizando el comando “svyset”. Para el análisis de la población con criterios de selección para el estudio, se utilizó la opción “subpob”.

En el análisis descriptivo, se presentaron las variables categóricas, en forma de frecuencias simples y porcentajes e intervalos de confianza al 95% ponderado.

Para el análisis bivariado, para evaluar la asociación de las variables categóricas con el consumo excesivo de alcohol se utilizó Chi-cuadrado de Pearson con corrección de Rao-Scott. Para identificar la asociación entre la autoidentificación étnica y el consumo excesivo de alcohol se realizó un análisis multivariable mediante modelos, crudo y ajustado, lineales generalizados (GLM) de la familia y opción de enlace Log Poisson. Los resultados se presentaron en razones de prevalencia (RP). El criterio para el ingreso de las variables en el modelo ajustado fue epidemiológico, basado en un Diagrama Acíclico Dirigido (DAG).

Se realizó el análisis de multicolinealidad del modelo ajustado, utilizando el factor de inflación de varianza con un criterio de 10; se excluyó la variable estado civil al encontrarse un valor de 10. Se evaluó la contribución de las variables en el modelo ajustado, mediante la post estimación, utilizando “Test” y las categorías de las variables incluidas en esta; por lo que, se excluyó la variable nivel socioeconómico, puesto que tenía correlación con la variable área de residencia.

Las variables confusoras que se consideraron fueron edad, sexo, nivel de educación (23), lugar de residencia, hipertensión arterial alta diagnosticada, diabetes diagnosticada y violencia de pareja.

3.7. Aspectos éticos

El protocolo de nuestro estudio fue revisado y aprobado por el Sub-Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, con código FCS-CEI/921-12-2022.

Adicionalmente para realizar la ENDES el INEI aplicó un consentimiento informado para recoger la información; también se consideró que, en cualquier momento, el participante puede dejar de participar de la encuesta.

Nuestro estudio, al ser un análisis de bases de datos secundaria, no contiene información que pueda identificar a los participantes de la encuesta; por lo que se guarda la confidencialidad.

Además, informar este trabajo cumplirá con los criterios de inclusión y exclusión, sin ningún tipo de discriminación.

Los resultados de nuestro estudio tendrán beneficios que puedan ser utilizados en salud pública, como estudios que se centren en la genética de las diferentes etnias y su impacto en el consumo y metabolismo de alcohol, además de los factores sociales y culturales asociados, para ayudar a las estrategias sanitarias del consumo excesivo de alcohol.

4. RESULTADOS

Las personas que cumplieron los criterios de selección para nuestro estudio fueron 26 641. Acerca de las características sociodemográficas de ellos, más de la mitad fueron varones (65.5%) y el grupo etario más prevalente fue de 29 a 44 años, seguido de los de 23 a 28 años y los de 19 a 22 años (59.6% vs 24.7% y 15.8%, respectivamente). En cuanto al grado de instrucción, 11.4% tuvieron como grado de instrucción más alto el nivel primaria; mientras que aquellos con secundaria como grado de educación más alto representan el 44.5%. En relación a la autoidentificación étnica, hubo mayor proporción de etnia mestiza, en comparación con las de origen nativo, afrodescendientes peruanos y caucásicos (53.5% vs 28.1%, 11.6% y 6.9%, respectivamente). Con respecto al consumo de alcohol en los últimos 30 días, los que sí consumieron en exceso representaron un 30.7%. (Anexo 10.4).

Sobre la asociación entre las características sociodemográficas y el consumo excesivo de alcohol, los hombres tuvieron mayor consumo excesivo de alcohol que las mujeres (38.3% vs 16.3% respectivamente, $p < 0.001$). En cuanto al lugar de residencia, los que sí tenían consumo excesivo de alcohol residían más en el área urbana que aquellos en el área rural (32.1% vs 24.0% respectivamente, $p < 0.001$). Con respecto al nivel socioeconómico, hay una relación directa entre el nivel socioeconómico y el consumo excesivo de alcohol; por ejemplo, aquellos en el quintil inferior consumen alcohol excesivamente menos que aquellos en el quintil superior (21.9% vs 36.4% respectivamente, $p < 0.001$). Acerca del grado de instrucción, aquellos con estudios universitarios a más son los que tuvieron mayor consumo excesivo de alcohol que los que tuvieron como nivel máximo alcanzado secundaria y aquellos con estudios superiores no universitarios (41.7% vs 30.6% y 29.2% respectivamente, $p < 0.001$). Según etnias, los que tuvieron un mayor consumo excesivo de alcohol fueron los mestizos, afrodescendientes y

caucásicos en comparación con la etnia de origen nativo (32.7%, 32.6% y 29.3% vs 26.5%, respectivamente; $p < 0.001$). (Anexo 10.6)

Respecto a la asociación entre la autoidentificación étnica y el consumo excesivo de alcohol, según el modelo crudo, tanto la etnia mestiza como la de afrodescendientes peruanos, tuvieron un 23% más de probabilidad de consumo excesivo de alcohol con respecto a la etnia de origen nativo (RP 1.23, IC95% 1.15;1.32, $p < 0.001$ y RP 1.23, IC95% 1.12;1.36, $p < 0.001$, respectivamente); mientras que en los caucásicos no se encontró asociación con el consumo excesivo del alcohol (RP 1.11, IC95% 0.97;1.26, $p = 0.97$). Al ajustar el modelo por lugar de residencia, edad, sexo, diagnóstico previo de diabetes, diagnóstico previo de hipertensión arterial y violencia de pareja en los últimos 12 meses, con respecto a la etnia de origen nativo, la afrodescendiente peruana tuvo un 28% más de probabilidad de consumo excesivo de alcohol (RP 1.28, IC95% 1.16;1.41, $p < 0.001$), la etnia mestiza tuvo 17% más de probabilidad de consumo excesivo de alcohol (RP 1.17, IC95% 1.09;1.25 $p < 0.001$) y en la etnia caucásica no se encontró asociación con el consumo excesivo de alcohol (RP 1.13, IC95% 0.99;1.28, $p = 0.073$). (Anexo 10.7)

5. DISCUSIÓN

En este estudio, se ha observado una asociación entre la autoidentificación étnica y el consumo excesivo de alcohol. Se pudo ver que, en comparación con las personas con autoidentificación étnica nativa, los afrodescendientes peruanos y mestizos tuvieron una mayor probabilidad de consumo excesivo de alcohol; mientras que, con la población caucásica, no se encontró asociación. Estos resultados divergen con los obtenidos en diferentes poblaciones; por ejemplo, en la población americana, donde los nativos americanos tienen la prevalencia más alta (12.1%) de consumo excesivo de alcohol; seguidos por los blancos (8.3%) y los hispanos (6.1%) (24). Sin embargo, en uno diferente encontramos que la población nativa americana, al igual que la población nativa peruana en nuestro estudio, tienen menor prevalencia de consumo excesivo de alcohol; dándose esta similitud entre ambos estudios a pesar de ser dos grupos nativos diferentes (25). Además, se observó que otra similitud es la mayor prevalencia de consumo excesivo de alcohol en los afrodescendientes que en los caucásicos (25). Así también, un estudio evaluó el consumo excesivo de alcohol en la etnia afrodescendiente encontrándose que estos tienen un mayor riesgo de consumo excesivo de alcohol en las edades de 35 a 49 años

(26), siendo esta una coincidencia con nuestro estudio; aunque hay otros, en donde se relaciona un menor consumo excesivo en personas afrodescendientes en comparación con las etnias caucásicas e hispanas, sin embargo la etnia afrodescendiente tiene un mayor riesgo a padecer más enfermedades asociadas al consumo de alcohol entre ellas la enfermedad hepática (27).

Una posible explicación para los diversos resultados en la población americana son las características sociales y culturales; en donde se menciona que las desventajas sociales y económicas y la disponibilidad de alcohol puede predecir los problemas relacionados con esta bebida (24). Según un estudio basado en Nueva York, se sugiere que las características del vecindario y el consumo excesivo de alcohol están determinados, en parte, por factores que varían según la raza o el origen étnico; ya que, los hispanos y los afrodescendientes que viven en vecindarios menos cohesivos tienen mayor consumo excesivo de alcohol que los caucásicos, quienes viven en vecindarios más ordenados (28). De igual manera, otro estudio de una cohorte de estudiantes de décimo grado de EE. UU. muestran que las mujeres y los jóvenes afrodescendientes son especialmente vulnerables a la victimización relacionada con el consumo de alcohol y la segregación racial en áreas de desventaja concentrada (29), dándole un motivo a estas disparidades basadas en el contexto social que rodea a cada grupo étnico. Estas afirmaciones coinciden con otro estudio realizado en una población china, en donde el patrón de riesgo de consumo de alcohol se asoció con la aculturación y otros factores demográficos (como el nivel de educación) y familiares sociales (por ejemplo, un ambiente de consumo de alcohol entre amigos) también tuvieron efectos sobre el patrón de consumo de riesgo (30).

Otra causa de las diferencias entre estas etnias se podría deber a factores genéticos asociados a ellas; como el diferente metabolismo del alcohol en algunos grupos étnicos. Un ejemplo estudiado es la diferencia genética entre la población caucásica y la japonesa, siendo que esta última presenta una mutación en el gen ALDH la cual codifica una enzima deficiente, que no permite el metabolismo de acetaldehído a acetato, ocasiona el “oriental flushing response” o “asian flush”; esto hace que presenten síntomas como cefalea, náuseas y mareos más intensos, lo que los obliga a disminuir el consumo de alcohol, y esto puede significar un factor protector para esta población porque beben con menos frecuencia, consumen cantidades más pequeñas de alcohol (11,31). Así también, un estudio sobre estudiantes universitarias americanas determinó que el comportamiento de consumo excesivo de alcohol está significativamente influenciado por polimorfismos en genes para transportadores serotoninérgicos; dado que

mujeres caucásicas, que tuvieron mayor expresión de estos polimorfismos, presentaron las tasas más altas de consumo excesivo de alcohol (12). Además, en otro estudio realizado en una población británica e irlandesa, se investigó sobre el alelo 48His en el gen ADH1B que sí proporciona una protección significativa contra el consumo de alcohol, como el síndrome de dependencia del alcohol, en esta población (32). Entonces, así como sucede en etnias extranjeras, estos resultados pueden orientar a dar paso a investigaciones más exhaustivas sobre los genes que pueden estar alterados o activados en las diferentes etnias peruanas y los factores sociales o culturales que estén relacionados con estas.

Por último, en cuanto a la prevalencia del consumo excesivo de alcohol, en nuestro estudio se encontró que aproximadamente el 30.7% de la muestra reportó un consumo excesivo. Con respecto a las características asociadas al consumo excesivo de alcohol, se encontró en mayor proporción en el grupo etario de 23 a 28 años. En cuanto al sexo, los hombres presentaron un mayor consumo excesivo de alcohol en comparación con las mujeres. También, se observó que aquellos que residían en áreas rurales tenían una menor proporción de consumo excesivo en comparación con aquellos en áreas urbanas. La violencia de pareja en los últimos 12 meses también estuvo relacionada con una mayor proporción de consumo excesivo en comparación con los que no lo habían experimentado en ese lapso de tiempo. Y, según el nivel socioeconómico, se observó una relación directa; es decir, los quintiles superiores tenían mayor consumo excesivo de alcohol.

6. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Es un estudio representativo de la población nacional. La metodología se realizó con encuestadoras capacitadas para el recojo de la información. Además, lo novedoso del estudio es que es de los primeros estudios que indaga sobre la asociación entre la autoidentificación étnica y el consumo excesivo de alcohol en el Perú.

Entre las limitaciones del presente estudio, cabe destacar que el diseño es transversal, lo que implica que no se considera la temporalidad en algunas variables; es decir, no podemos determinar la secuencia temporal de las variables. Sobre nuestra medición de la variable autoidentificación étnica, este no sigue un estándar 100% establecido. Esta variable se obtuvo mediante autorreporte, por lo que pudo existir un sesgo de deseabilidad social; así como que,

autoclasificarse en algún grupo étnico puede variar de acuerdo a diferentes características y percepciones sociales y culturales, lo que podría significar una limitación. Sobre el cálculo de la potencia, este se realizó por separado para hombres y mujeres debido a las diferencias significativas en sus hábitos de consumo de alcohol, lo cual también constituye una limitación; por ello, calculamos la potencia de forma individual para cada sexo e incluimos esta variable en el modelo ajustado final. Por otro lado, sabemos el consumo de alcohol de los encuestados en los últimos 30 días, sin embargo, no sabemos de sus patrones de consumo de alcohol en días anteriores a ese; por lo que, es una limitación. Asimismo, sobre las diferentes bebidas alcohólicas no registradas que se consumen en algunas poblaciones indígenas, tenemos una limitación porque puede variar el contenido alcohólico de los diferentes subtipos de bebida que existen, pero sabemos que estos están por debajo del nivel estandarizado del porcentaje para consumo excesivo de alcohol. Por último, no se consideró los síntomas depresivos como parte del ajuste de variables debido a la falta de datos en el análisis.

7. CONCLUSIONES

Los resultados identificaron una asociación entre la autoidentificación étnica de origen nativo y un menor consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años en Perú. En comparación con la autoidentificación étnica de origen nativo, la etnia afrodescendiente peruana tuvo un 28% más de probabilidad de consumo excesivo de alcohol, la etnia mestiza tuvo 17% más de probabilidad de consumo excesivo de alcohol, y en la etnia caucásica no se encontró asociación con el consumo excesivo de alcohol.

En nuestro estudio, se observó una mayor prevalencia de personas de etnia mestiza en comparación con las de origen nativo, afrodescendientes peruanos y caucásicos, representando el 53.5% vs. 28.1%, 11.6% y 6.9%, respectivamente. Además, se encontró que un 30.7% de la muestra reportó un consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días.

8. RECOMENDACIONES

Los resultados de la presente investigación resaltan la importancia de considerar los factores sociales, culturales, genéticos y ambientales que puedan influir en los patrones de consumo de alcohol en cada grupo étnico. Es crucial realizar estudios adicionales que profundicen en cómo

las dinámicas culturales y sociales dentro de diferentes comunidades étnicas modelan las actitudes hacia el alcohol y los comportamientos asociados. Asimismo, se recomienda explorar diferencias genéticas en el metabolismo del alcohol entre grupos étnicos mediante investigaciones detalladas de polimorfismos genéticos.

Además, con esta información, se puede contribuir al desarrollo de estrategias diferenciadas de prevención y atención específicas para reducir el consumo excesivo de alcohol en los grupos de mayor riesgo. Esto incluye la evaluación de políticas de salud pública adaptadas a las diferencias étnicas en el consumo de alcohol, así como la implementación de intervenciones educativas y de sensibilización cultural diseñadas para abordar percepciones culturales erróneas y promover comportamientos saludables dentro de diferentes contextos étnicos.

Por ello, es fundamental promover estudios longitudinales que no solo aborden la frecuencia y el contexto del consumo excesivo de alcohol, sino que también se complementen con investigaciones cualitativas para lograr una comprensión más profunda de las circunstancias que rodean este tipo de consumo y facilitar la identificación de personas que experimentan consecuencias negativas. Asimismo, es crucial analizar en detalle el impacto del contexto social en el consumo de alcohol, considerando aspectos como las características del vecindario, la disponibilidad y el entorno social. Estos factores pueden desempeñar un papel crucial en las variaciones observadas en el consumo excesivo de alcohol entre diferentes grupos étnicos.

9. REFERENCIAS

1. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H, Vargas-Fernández R, Grendas LN, Bendezu-Quispe G. Gender Differences in the Factors Associated with Alcohol Binge Drinking: A Population-Based Analysis in a Latin American Country. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 9 de septiembre de 2022];19(9). Disponible en: [/pmc/articles/PMC9101416/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35311116/)
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>
3. Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2023 [citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/4590055-4-consumo-de-alcohol>

4. Delker E, Brown Q, Hasin DS. Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview. *Alcohol Res* [Internet]. 2016 [citado 26 de agosto de 2022];38(1):7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27159807/>
5. Valencia Martín JL, Galán I, Segura García L, Camaralles Guillem F, Suárez Cardona M, Brime Beteta B, et al. Episodios de Consumo Intensivo de Alcohol "Binge Drinking: Retos en su Definición e Impacto en Salud. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2024];94:13–4. Disponible en: www.mscbs.es/resp
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. CDC; 2024 [citado 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/alcohol/hojas-informativas/consumo-alcohol-salud.html>
7. Estruch R. El vino y el alcohol en la salud. *Mediterráneo económico* [Internet]. 2015 [citado 9 de septiembre de 2022];(27):161–77. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207073>
8. Meneses MC, Uroz J, Prieto M, Charro MB. Revista Española de Drogodependencias. [Internet] 2018 [citado 30 de septiembre de 2022]. Consumo de alcohol de los adolescentes en Madrid: la influencia de la identidad étnica latinoamericana y nacional española. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/31297>
9. Villalobos LB. El consumo de alcohol y el alcoholismo en México: el caso de las comunidades indígenas. *El Cotidiano* [Internet]. 2013 [citado 23 de septiembre de 2022];(181):73–80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32528954010>
10. Huang YH, Chang KH, Lee YS, Chen CM, Chen YC. Association of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase Polymorphism with Spontaneous Deep Intracerebral Haemorrhage in the Taiwan population. *Scientific Reports* 2020 10:1 [Internet]. 27 de febrero de 2020 [citado 29 de septiembre de 2022];10(1):1–8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-60567-5>
11. O’Shea T, Thomas N, Webb BT, Dick DM, Kendler KS, Chartier KG. ALDH2*2 and peer drinking in East Asian college students. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2 de noviembre de 2017 [citado 27 de junio de 2024];43(6):678. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5916547/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30116547/)

12. Herman AI, Kaiss KM, Ma R, Philbeck JW, Hasan A, Dasti H, et al. Serotonin transporter promoter polymorphism and monoamine oxidase type A VNTR allelic variants together influence alcohol binge drinking risk in young women. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* [Internet]. 5 de febrero de 2005 [citado 28 de junio de 2024];133B(1):74–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15635592/>
13. Wall TL, Luczak SE, Hiller-Sturmhöfel S. Biology, Genetics, and Environment: Underlying Factors Influencing Alcohol Metabolism. *Alcohol Res* [Internet]. 2016 [citado 26 de agosto de 2022];38(1):59. Disponible en: </pmc/articles/PMC4872614/>
14. Berruecos Villalobos L. Las bebidas indígenas fermentadas y los patrones de consumo de alcohol de los grupos étnicos. *El Cotidiano* [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2022]. 2007;22(146):5-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32514602.pdf>
15. Krieg AG, Kuhl DC. Race, Adolescent Binge Drinking, and the Context of Neighborhood Exposure. *Deviant Behav* [Internet]. 2 de junio de 2016 [citado 29 de septiembre de 2022];37(6):615. Disponible en: </pmc/articles/PMC5222539/>
16. Banta JE, Mukaire PE, Haviland MG. Binge drinking by gender and race/ethnicity among California adults, 2007/2009. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2014 [citado 26 de agosto de 2022];40(2):95–102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24521071/>
17. Dir AL, Bell RL, Adams ZW, Hulvershorn LA. Gender Differences in Risk Factors for Adolescent Binge Drinking and Implications for Intervention and Prevention. *Front Psychiatry* [Internet]. 22 de diciembre de 2017 [citado 8 de septiembre de 2022];8:289. Disponible en: </pmc/articles/PMC5743668/>
18. Meneses K, Cisneros M, Braganza ME. Análisis socioeconómico del consumo excesivo de alcohol en Ecuador. *Rev Cienc Salud*. [Internet]. 2019;17(2):293–308. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7938>
19. Cabanillas-Rojas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 24 de marzo de 2020 [citado 30 de septiembre de 2022];37(1):148–54. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5151/3615>

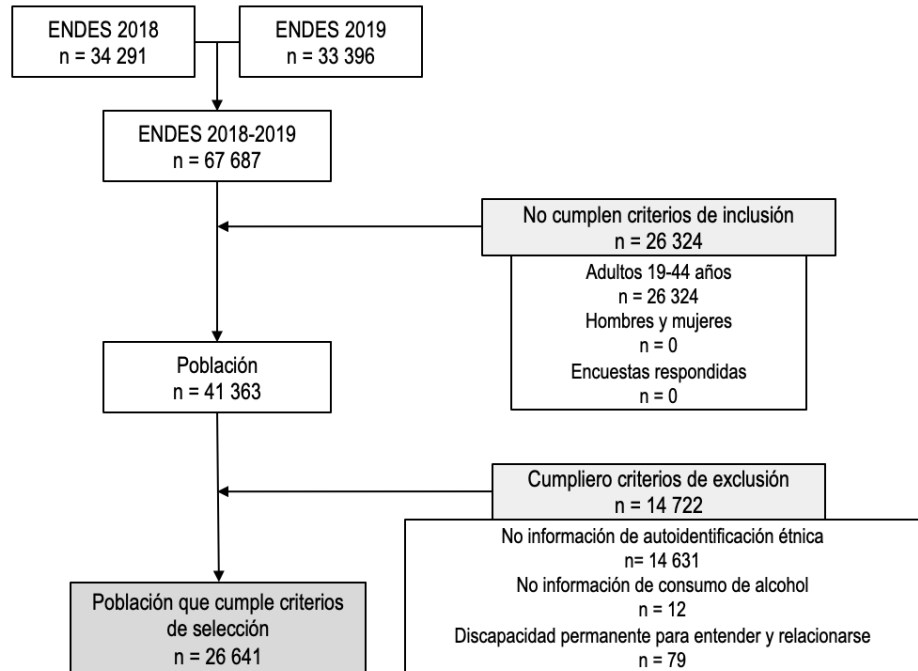
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. 202 [citado 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/DOCUMENTOS/FICHA_TECNICA_ENDES_2021.pdf
21. Jarrín OF, Nyandege AN, Grafova IB, Dong X, Lin H. Validity of Race and Ethnicity Codes in Medicare Administrative Data Compared With Gold-standard Self-reported Race Collected During Routine Home Health Care Visits. *Med Care* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 11 de noviembre de 2022];58(1):E1–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31688554/>
22. Ballester L, Alayo I, Vilagut G, Almenara J, Cebrià AI, Echeburúa E, et al. Validation of an Online Version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for Alcohol Screening in Spanish University Students. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado 24 de noviembre de 2022];18(10):5213. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/10/5213/htm>
23. Solomon CA, Laditka SB, Forthofer M, Racine EF. Black-white disparities in alcohol consumption trends among women in the United States, 1990-2015. *J Ethn Subst Abuse* [Internet]. 2021 [citado 28 de octubre de 2022];20(4):625–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31709927/>
24. Chartier K, Caetano R. Ethnicity and Health Disparities in Alcohol Research. *Alcohol Research & Health* [Internet]. 2010 [citado 15 de junio de 2023];33(1–2):152. Disponible en: </pmc/articles/PMC3887493/>
25. Grucza RA, Sher KJ, Kerr WC, Krauss MJ, Lui CK, McDowell YE, et al. Trends in Adult Alcohol Use and Binge Drinking in the Early 21st Century United States: A Meta-Analysis of Six National Survey Series. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 1 de junio de 2023];42(10):1939. Disponible en: </pmc/articles/PMC6364977/>
26. Williams E, Mulia N, Karriker-Jaffe KJ, Lui CK. Changing Racial/Ethnic Disparities in Heavy Drinking Trajectories through Young Adulthood: A Comparative Cohort Study. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 1 de junio de 2023];42(1):135. Disponible en: </pmc/articles/PMC5750074/>
27. Zapolski TCB, Baldwin P, Banks DE, Stump TE. Does a crossover age effect exist for African American and Hispanic binge drinkers? Findings from the 2010-

- 2013 National Study on Drug Use and Health. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 1 de junio de 2023];41(6):1129. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5490378/](#)
28. Chauhan P, Ahern J, Galea S, Keyes KM. Neighborhood Context and Binge Drinking by Race and Ethnicity in New York City. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 15 de junio de 2023];40(4):785. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4851160/](#)
29. Fairman BJ, Goldstein RB, Simons-Morton BG, Haynie DL, Liu D, Hingson RW, et al. Neighbourhood context and binge drinking from adolescence into early adulthood in a US national cohort. *Int J Epidemiol* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 28 de junio de 2024];49(1):103. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7124510/](#)
30. He J, Assanangkornchai S, Cai L, McNeil E. Disparities in drinking patterns and risks among ethnic majority and minority groups in China: The roles of acculturation, religion, family and friends. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 15 de junio de 2023];159:198–206. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26790824/>
31. Gaviria C. MM, Correa Arango G, Navas N. MC. Alcohol, cirrosis y predisposición genética. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 30 de marzo de 2016 [citado 28 de junio de 2024];31(1):27–35. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/70>
32. Way M, McQuillin A, Saini J, Ruparelia K, Lydall GJ, Guerrini I, et al. Genetic variants in or near ADH1B and ADH1C affect susceptibility to alcohol dependence in a British and Irish population. *Addiction Biology* [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 28 de junio de 2024];20(3):594–604. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/adb.12141>

10. ANEXOS

10.1. Flujograma de selección de adultos de 19 a 44 años

Figura 1. Flujograma de selección de población de estudio



10.2. Potencia del estudio en hombres

Potencia para estudios transversales

	Información de entrada
Intervalo de confianza de dos lados (%)	95
Cantidad de expuestos	2453
Prevalencia/coertura entre los expuestos (%)	29.4
Cantidad de no expuestos	4121
Prevalencia/coertura entre no expuestos (%)	33.2
Razón de Prevalencia/coertura	0.89
Diferencia de prevalencia (%) ¹	-3.800000000000043
Potencia basada en:	
Aproximación normal	89.28%
Aproximación normal con corrección de continuidad	88.76%

¹Diferencia de Prevalencia=Prevalencia en expuestos-prevalencia en no expuestos

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoPowerCross
 Imprimir desde el navegador con ctrl-P
 o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Potencia para estudios transversales

	Información de entrada
Intervalo de confianza de dos lados (%)	95
Cantidad de expuestos	4905
Prevalencia/coertura entre los expuestos (%)	29.4
Cantidad de no expuestos	8241
Prevalencia/coertura entre no expuestos (%)	33.2
Razón de Prevalencia/coertura	0.89
Diferencia de prevalencia (%) ¹	-3.800000000000043
Potencia basada en:	
Aproximación normal	99.49%
Aproximación normal con corrección de continuidad	99.46%

¹Diferencia de Prevalencia=Prevalencia en expuestos-prevalencia en no expuestos

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoPowerCross
 Imprimir desde el navegador con ctrl-P
 o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

10.3. Potencia del estudio en mujeres

Potencia para estudios transversales

	Información de entrada
Intervalo de confianza de dos lados (%)	95
Cantidad de expuestos	3371
Prevalencia/cobertura entre los expuestos (%)	11.1
Cantidad de no expuestos	5318
Prevalencia/cobertura entre no expuestos (%)	13.6
Razón de Prevalencia/cobertura	0.82
Diferencia de prevalencia (%) ¹	-2.5

Potencia basada en:

Aproximación normal	92.78%
Aproximación normal con corrección de continuidad	92.31%

¹Diferencia de Prevalencia=Prevalencia en expuestos-prevalencia en no expuestos

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoPowerCross
Imprimir desde el navegador con ctrl-P
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Potencia para estudios transversales

	Información de entrada
Intervalo de confianza de dos lados (%)	95
Cantidad de expuestos	6741
Prevalencia/cobertura entre los expuestos (%)	11.1
Cantidad de no expuestos	10635
Prevalencia/cobertura entre no expuestos (%)	13.6
Razón de Prevalencia/cobertura	0.82
Diferencia de prevalencia (%) ¹	-2.5

Potencia basada en:

Aproximación normal	99.8%
Aproximación normal con corrección de continuidad	99.78%

¹Diferencia de Prevalencia=Prevalencia en expuestos-prevalencia en no expuestos

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoPowerCross
Imprimir desde el navegador con ctrl-P
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

10.4. Tabla 1a. Características sociodemográficas y de prevalencia de consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años

Tabla 1a. Características sociodemográficas y de prevalencia de consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años (n= 26641)

Características sociodemográficas		n	(%) ^a	IC 95%	
				LI	LS
Lugar de residencia					
	Urbano	18381	(82.7)	82.0	83.4
	Rural	8260	(17.3)	16.7	18.0
Región natural					
	Costa	10906	(63.7)	62.7	64.8
	Sierra	9241	(23.5)	22.5	24.6
	Selva	6494	(12.8)	12.1	13.5
Nivel socioeconómico					
	Quintil inferior	7523	(16.5)	15.9	17.1
	Segundo quintil	7328	(22.9)	22.1	23.9
	Tercer quintil	5179	(22.0)	21.1	22.9
	Cuarto quintil	3902	(20.5)	19.6	21.3
	Quintil superior	2709	(18.1)	17.2	19.1
Edad					
	19 a 22 años	3159	(15.8)	15.1	16.5
	23 a 28 años	6295	(24.7)	23.8	25.5
	29 a 44 años	17187	(59.6)	58.6	60.6
Sexo					
	Femenino	11126	(34.5)	33.7	35.3
	Masculino	15515	(65.5)	64.7	66.3
Estado civil					
	Soltero	4440	(23.0)	22.1	23.9
	En unión	19962	(69.4)	68.5	70.4
	No en unión	2,239	(7.5)	7.1	8.0
Grado de instrucción					
	Primaria o menos	4357	(11.4)	10.8	12.0
	Secundaria	12376	(44.5)	43.5	45.5
	Superior no universitario	6995	(28.7)	27.8	29.6
	Universitario o más	2913	(15.5)	14.6	16.3
Seguro de salud					
	No tiene	7175	(32.0)	31.0	33.0
	SIS	13003	(37.5)	36.6	38.4
	Otro	6463	(30.5)	29.5	31.5
Consumo de frutas					
	No	25836	(95.9)	95.9	96.7
	Sí	805	(3.3)	3.3	4.1
Consumo de tabaco ^b					
	No	22735	(83.4)	82.6	84.1
	Sí	3883	(16.6)	15.9	17.4
Estado nutricional ^c					
	Bajo peso	181	(0.8)	0.6	1.0
	Normal	9487	(35.5)	34.6	36.4
	Sobrepeso	10944	(41.6)	40.7	42.5
	Obesidad	5613	(22.1)	21.4	22.9
Diagnóstico previo de Diabetes ^d					
	No	25936	(98.8)	98.5	99.0
	Sí	295	(1.2)	1.0	1.5
Diagnóstico previo de Hipertensión arterial ^e					
	No	25318	(97.0)	96.7	97.3
	Sí	902	(3.0)	2.7	3.3
Síntomas depresivos moderados a severos ^f					
	No	25527	(96.1)	95.8	96.5
	Sí	1114	(3.9)	3.5	4.2
Violencia de pareja en los últimos 12 meses ^g					
	No	19400	(67.4)	66.5	68.4
	Sí	1195	(4.3)	4.0	4.7
	No tuvo pareja en los últimos 12 meses	6027	(28.2)	27.3	29.2
Autoidentificación étnica					
	Origen nativo	10032	(28.1)	27.2	29.0
	Afrodescendiente peruano	2876	(11.6)	11.0	12.2
	Caucásico	1529	(6.9)	6.4	7.4
	Mestizo	12204	(53.5)	52.5	54.5
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días					
	No	19099	(69.3)	68.4	70.2
	Sí	7542	(30.7)	29.8	31.6

a porcentajes ponderados

IC: Intervalo de confianza al 95%, LI: Limite inferior, LS: Limite superior

b 5 valores perdidos

c 416 valores perdidos

d 410 valores perdidos

e 421 valores perdidos

f Instrumento PHQ9 criterio: puntaje ≥ 10

g 19 valores perdidos

10.5. Tabla 1b. Características sociodemográficas y de prevalencia de consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años según autoidentificación étnica

Tabla 1b. Características sociodemográficas y de prevalencia de consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años según autoidentificación étnica																		
Características sociodemográficas		Nativo (n = 10032)				Afrodescendiente (n = 2876)				Caucásico (n = 1529)				Mestizo (n = 12204)				
		n	(%) ^a	IC 95% LI LS		n	(%) ^a	IC 95% LI LS		n	(%) ^a	IC 95% LI LS		n	(%) ^a	IC 95% LI LS		
Lugar de residencia		Urbano	5633	(73.3)	71.8	74.8	1892	(75.2)	72.7	77.5	1008	(80.1)	77.7	82.2	9848	(89.6)	88.8	90.3
		Rural	4399	(26.7)	25.2	28.2	984	(24.8)	22.5	27.3	521	(19.9)	17.8	22.3	2366	(10.5)	9.7	11.2
Región natural		Costa	2048	(40.01)	38.0	42.1	1565	(69.3)	66.8	71.7	795	(72.4)	69.5	75.2	6498	(73.8)	72.7	74.9
		Sierra	6160	(49.43)	47.3	51.6	703	(19.2)	17.0	21.6	413	(17.5)	15.1	20.2	1965	(11.7)	10.8	12.6
		Selva	1824	(10.56)	9.3	12.0	608	(11.5)	10.1	13.1	321	(10.1)	8.5	11.9	3741	(14.5)	13.7	15.3
Nivel socioeconómico		Quintil inferior	4028	(24.9)	23.6	26.3	958	(25.6)	23.4	27.9	463	(18.6)	16.4	21.0	2074	(9.8)	9.2	10.5
		Segundo quintil	2897	(28.4)	26.7	30.1	889	(27.8)	25.4	30.2	407	(23.9)	20.9	27.1	3135	(18.9)	18.0	19.9
		Tercer quintil	1654	(21.3)	19.9	22.8	517	(20.1)	17.8	22.6	263	(21.6)	18.6	24.9	2725	(22.8)	21.7	23.9
		Cuarto quintil	991	(15.6)	14.4	17.0	325	(16.6)	14.4	19.0	211	(17.5)	14.7	20.7	2375	(24.2)	23.0	25.5
		Quintil superior	462	(9.8)	8.7	11.0	187	(10.0)	8.3	12.1	165	(18.4)	15.2	22.2	1895	(24.3)	22.8	25.8
Edad		19 a 22 años	1138	(15.8)	14.5	17.2	361	(16.9)	14.8	19.2	241	(18.8)	16.0	22.0	1419	(15.1)	14.1	16.2
		23 a 28 años	2353	(24.5)	23.1	25.9	714	(26.4)	24.1	28.8	398	(25.2)	22.2	28.5	2830	(24.3)	23.1	25.6
		29 a 44 años	6541	(69.8)	58.0	61.5	1801	(56.8)	54.1	59.5	890	(56.0)	52.2	59.7	7955	(60.6)	59.2	61.9
Sexo		Femenino	4281	(35.0)	33.5	36.5	1209	(34.8)	32.6	37.1	692	(37.7)	34.3	41.2	4944	(33.8)	32.7	35.0
		Masculino	5751	(65.0)	63.6	66.5	1667	(65.2)	62.9	67.4	837	(62.4)	58.9	65.7	7260	(66.2)	65.7	67.3
Estado civil		Soltero	1440	(20.7)	19.2	22.2	439	(21.9)	19.6	24.4	262	(20.6)	17.7	23.8	2299	(24.81)	23.6	26.1
		En unión	7830	(72.8)	71.2	74.4	2184	(69.7)	67.2	72.1	1115	(69.4)	65.6	72.9	8833	(67.6)	66.3	68.9
		No en unión	762	(6.5)	5.8	7.2	253	(8.4)	7.1	9.9	152	(10.1)	7.9	12.7	1,072	(7.59)	7.0	8.3
Grado de instrucción		Primaria o menos	1913	(13.2)	12.3	14.2	825	(23.5)	21.3	25.8	382	(18.0)	15.5	20.8	1237	(7.0)	6.4	7.6
		Secundaria	5007	(48.8)	47.1	50.4	1397	(48.3)	45.6	51.0	717	(47.0)	43.5	50.6	5255	(41.1)	39.7	42.5
		Superior no universitario	2219	(25.3)	23.8	26.9	508	(20.8)	18.7	23.1	309	(22.8)	19.8	26.1	3959	(32.9)	31.6	34.2
		Universitario o más	893	(12.7)	11.6	13.9	146	(7.4)	6.0	9.2	121	(12.2)	9.8	15.1	1753	(19.1)	17.8	20.4
Seguro de salud		No tiene	2531	(32.7)	30.9	34.6	718	(30.5)	27.9	33.2	442	(35.5)	31.9	39.3	3484	(31.5)	30.2	32.8
		SIS	5678	(44.0)	42.3	45.8	1663	(47.6)	44.8	50.4	781	(37.6)	34.2	41.0	4881	(31.9)	30.7	33.1
		Otro	1823	(23.3)	21.8	24.8	495	(22.0)	19.5	24.7	306	(26.9)	23.6	30.6	3839	(36.6)	35.3	38.0
Consumo de frutas		No	9788	(96.6)	95.8	97.2	2786	(97.1)	96.2	97.8	1475	(95.6)	93.7	97.0	11,787	(96.1)	95.4	96.6
		Sí	244	(3.4)	2.8	4.2	90	(2.9)	2.2	3.8	54	(4.4)	3.0	6.3	417	(3.9)	3.4	4.6
Consumo de tabaco ^b		No	8929	(87.7)	86.5	88.8	2437	(82.3)	79.9	84.4	1282	(80.8)	77.4	83.8	10105	(81.7)	80.6	82.8
		Sí	1103	(12.3)	11.2	13.6	438	(17.7)	15.6	20.1	246	(19.2)	16.2	22.7	2096	(18.3)	17.2	19.4
Estado nutricional ^c		Bajo peso	49	(0.6)	0.4	1.0	25	(0.9)	0.5	1.6	14	(0.9)	0.5	1.7	93	(0.9)	0.6	1.2
		Normal	4002	(39.0)	37.3	40.7	986	(35.8)	33.2	38.5	584	(36.7)	33.2	40.4	3915	(33.4)	32.3	34.6
		Sobrepeso	4058	(41.5)	39.9	43.1	1160	(39.8)	37.3	42.3	584	(37.3)	33.8	41.0	5142	(42.6)	41.4	43.9
		Obesidad	1750	(18.9)	17.6	20.3	663	(23.5)	21.5	25.7	330	(25.1)	21.9	28.6	2870	(23.1)	22.0	24.2
Diagnóstico previo de Diabetes ^d		No	9780	(99.1)	98.7	99.4	2803	(98.8)	98.0	99.3	1493	(98.7)	97.4	99.3	11860	(98.6)	98.2	98.9
		Sí	81	(0.9)	0.6	1.3	33	(1.2)	0.7	2.0	19	(1.3)	0.7	2.6	162	(1.4)	1.1	1.8
Diagnóstico previo de Hipertensión arterial ^e		No	9482	(96.6)	96.0	97.1	2748	(96.9)	95.8	97.7	1462	(96.8)	94.8	98.0	11626	(97.2)	96.8	97.6
		Sí	372	(3.4)	2.9	4.0	88	(3.1)	2.3	4.2	49	(3.2)	2.0	5.2	393	(2.8)	2.4	3.2
Síntomas depresivos moderados a severos ^f		No	9495	(95.0)	94.2	95.6	2772	(96.7)	95.6	97.5	1461	(95.1)	93.1	96.5	11799	(96.8)	96.3	97.2
		Sí	537	(5.0)	4.4	5.8	104	(3.3)	2.5	4.4	68	(5.0)	3.6	6.9	405	(3.2)	2.8	3.7
Violencia de pareja en los últimos 12 meses ^g		No	7495	(69.4)	67.8	71.0	2133	(68.2)	65.6	70.7	1089	(67.8)	64.1	71.3	8883	(66.1)	64.8	67.5
		Sí	518	(5.0)	4.4	5.7	118	(3.6)	2.8	4.6	75	(5.2)	3.7	7.3	484	(4.0)	3.5	4.6
		No tuvo pareja en los últimos 12 meses	2010	(25.5)	24.0	27.1	622	(28.2)	25.8	30.8	364	(27.0)	23.7	30.5	3031	(29.8)	28.5	31.4
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días		No	7639	(73.5)	72.1	74.9	2030	(67.4)	64.8	69.9	1137	(70.7)	67.0	74.1	8293	(67.4)	66.7	68.7
		Sí	2393	(26.5)	25.1	27.9	846	(32.6)	30.1	35.2	392	(29.3)	25.9	33.0	3911	(32.7)	31.3	34.0

^a porcentajes ponderados

IC: Intervalo de confianza al 95%. LI: Límite inferior, LS: Límite superior

^b 5 valores perdidos

^c 416 valores perdidos

^d 410 valores perdidos

^e 421 valores perdidos

^f Instrumento PHQ9 criterio: puntaje ≥10

^g 19 valores perdidos

10.6. Tabla 2. Asociación entre características sociodemográficas y el consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años

Características sociodemográficas		n = 19099 n (%) ^a	Consumo excesivo de alcohol						P ^h
			No n = 7542			Sí n = 7542			
			69.32% IC 95%		30.68% IC 95%		30.68% IC 95%		
		LI		LS		LI		LS	
Lugar de residencia	Urbano	12636 (67.9)	66.9	69.0	5745 (32.1)	31.0	33.2	< 0.001	
	Rural	6463 (76.0)	74.6	77.4	1797 (24.0)	22.6	25.4		
Región natural	Costa	7425 (68.2)	66.9	69.5	3481 (31.8)	30.5	33.2	< 0.001	
	Sierra	7052 (72.6)	71.3	73.9	2189 (27.4)	26.1	28.7		
	Selva	4622 (69.0)	67.4	70.5	18.72 (31.0)	29.5	32.7		
Nivel socioeconómico	Quintil inferior	6021 (78.1)	76.7	79.5	1502 (21.9)	20.5	23.3	< 0.001	
	Segundo quintil	5293 (71.0)	69.4	72.5	2035 (29.0)	27.5	30.6		
	Tercer quintil	3566 (69.7)	67.8	71.5	1613 (30.3)	28.5	32.2		
	Cuarto quintil	2501 (65.1)	62.9	67.1	1401 (34.9)	32.9	37.1		
	Quintil superior	1718 (63.6)	60.9	66.2	991 (36.4)	33.8	39.1		
Sexo	Femenino	9461 (83.7)	82.6	84.8	1665 (16.3)	15.2	17.4	< 0.001	
	Maculino	9638 (61.7)	60.5	62.9	5877 (38.3)	37.1	39.5		
Edad	19 a 22 años	2401 (73.0)	70.5	75.3	758 (27.1)	24.7	29.5	0.0027	
	23 a 28 años	4463 (67.8)	65.8	69.7	1832 (32.3)	30.3	34.2		
	29 a 44 años	12235 (69.0)	67.9	70.1	4952 (31.0)	29.9	32.1		
Estado civil	Soltero	2997 (66.0)	63.9	68.1	1443 (34.0)	31.9	36.2	0.0003	
	En unión	14494 (70.2)	69.1	71.2	5468 (29.8)	28.8	30.9		
	No en unión	1608 (71.7)	68.7	74.5	631 (28.3)	25.5	31.3		
Lengua Materna	Quechua	3899 (78.1)	76.2	79.9	978 (21.9)	20.1	23.8	< 0.001	
	Aymara	482 (77.6)	71.9	82.4	139 (22.4)	17.6	28.2		
	Otras lenguas nativas	385 (74.1)	67.5	79.7	98 (25.9)	20.3	32.5		
	Castellano u otra lengua materna	14333 (68.0)	66.9	69.0	6327 (32.1)	31.0	33.1		
Grado de instrucción	Primaria o menos	3581 (80.0)	78.1	81.8	776 (20.0)	18.2	21.9	< 0.001	
	Secundaria	8866 (69.4)	68.2	70.7	3510 (30.6)	29.3	31.8		
	Superior no universitario	4961 (70.9)	69.1	72.5	2034 (29.2)	27.5	30.9		
	Universitario o más	1691 (58.3)	55.6	60.9	1222 (41.7)	39.1	44.4		
Seguro de salud	No tiene	4768 (66.2)	54.5	67.8	2407 (33.8)	32.2	35.5	< 0.001	
	SIS	10038 (75.0)	73.8	76.1	2965 (25.0)	23.9	26.2		
	Otro	4293 (65.7)	63.7	67.5	2170 (34.4)	32.5	36.3		
Consumo de frutas	No	18489 (69.1)	68.2	70.1	7347 (30.9)	29.9	31.8	0.0315	
	Sí	610 (74.2)	69.7	78.2	195 (25.8)	21.8	30.3		
Consumo de tabaco ^b	No	17560 (75.1)	74.1	76.0	5193 (25.0)	24.0	25.9	< 0.001	
	Sí	1535 (40.5)	38.1	43.0	2348 (59.5)	57.0	61.9		
Estado nutricional ^c	Bajo peso	151 (81.2)	70.0	88.8	30 (18.8)	11.2	30.0	< 0.001	
	Normal	7022 (72.0)	70.4	73.4	2465 (28.1)	26.6	29.6		
	Sobrepeso	7744 (68.7)	67.3	70.0	3200 (31.3)	30.0	32.7		
	Obesidad	3774 (64.3)	62.3	66.2	1839 (35.7)	33.8	37.7		
Diagnóstico previo de Diabetes ^d	No	18500 (69.1)	68.1	70.0	7436 (31.0)	30.0	31.9	0.137	
	Sí	197 (62.3)	52.7	71.1	98 (37.7)	28.9	47.3		
Diagnóstico previo de Hipertensión arterial ^e	No	18061 (69.0)	68.1	70.0	7257 (31.0)	30.1	31.9	0.6835	
	Sí	628 (68.0)	62.7	72.8	274 (32.0)	27.2	37.3		
Síntomas depresivos moderados a severos ^f	No	18293 (69.2)	68.3	70.1	72.34 (30.8)	29.9	31.7	0.0817	
	Sí	806 (72.8)	68.7	76.4	308 (27.2)	23.6	31.3		
Violencia de pareja en los últimos 12 meses ^g	No	14104 (70.5)	69.5	71.5	5296 (29.5)	28.5	30.5	0.0001	
	Sí	798 (62.0)	57.5	66.4	397 (38.0)	33.6	42.6		
	No tuvo pareja en los últimos 12 meses	4181 (67.5)	65.7	69.4	1846 (32.5)	30.6	34.4		
Autoidentificación étnica	Origen nativo	7639 (73.5)	72.1	74.9	2393 (26.5)	25.1	27.9	< 0.001	
	Afrodescendiente peruano	2030 (67.4)	64.8	69.9	846 (32.6)	30.1	35.2		
	Caucásico	1137 (70.7)	67.0	74.1	392 (29.3)	25.9	33.0		
	Mestizo	8293 (67.4)	66.0	68.7	3911 (32.7)	31.3	34.0		

a Porcentajes ponderados
 IC: Intervalo de confianza ponderados al 95%, LI: Limite inferior, LS: Limite superior
 b 5 valores perdidos
 c 416 valores perdidos
 d 410 valores perdidos
 e 421 valores perdidos
 f Instrumento PHQ9 criterio: puntaje ≥10
 g 19 valores perdidos
 h Chi2 de Pearson con corrección de Rao Scott
 Para todo el análisis se consideró el muestreo complejo del estudio mediante los comandos (svy).

10.7. Tabla 3. Asociación entre autoidentificación étnica y consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años

Tabla 3. Asociación entre autoidentificación étnica y consumo excesivo de alcohol en adultos de 19 a 44 años (n = 26641)

Consumo excesivo de alcohol		Modelo general para adultos de 19 a 44 años (n = 26 641)					
		Modelo crudo*			Modelo ajustado**		
		RPc	95% IC	P	RPa	95% IC	P
Autoidentificación étnica							
	Origen nativo Ref				Ref		
	Afrodescendiente peruano	1.23	1.12 ; 1.36	<0.001	1.28	1.16 ; 1.41	<0.001
	Caucásico	1.11	0.97 ; 1.26	0.97	1.13	0.99 ; 1.28	0.073
	Mestizo	1.23	1.15 ; 1.32	<0.001	1.17	1.09 ; 1.25	<0.001
Lugar de residencia							
	Urbano Ref	1.34	1.25 ; 1.43	<0.001	1.17	1.09 ; 1.25	<0.001
	Rural Ref				Ref		
Edad							
	19 a 22 años Ref				Ref		
	23 a 28 años	1.19	1.07 ; 1.33	0.001	1.24	1.11 ; 1.39	<0.001
	29 a 44 años	1.15	1.04 ; 1.26	0.006	1.24	1.11 ; 1.38	<0.001
Sexo							
	Femenino Ref	0.43	0.40 ; 0.46	<0.001	0.44	0.41 ; 0.48	<0.001
	Maculino Ref				Ref		
Diagnóstico previo de Diabetes							
	No Ref				Ref		
	Si	1.22	0.95 ; 1.56	0.118	1.10	0.87 ; 1.39	0.442
Diagnóstico previo de Hipertensión Arterial							
	No Ref				Ref		
	Si	1.03	0.88 ; 1.21	0.681	1.08	0.93 ; 1.27	0.311
Violencia de pareja en los últimos 12 meses							
	No Ref				Ref		
	Si	1.29	1.14 ; 1.46	<0.001	1.34	1.19 ; 1.51	<0.001
	No tuvo pareja en los últimos 12 meses	1.10	1.03 ; 1.18	0.004	1.10	1.03 ; 1.19	0.007

RP: Razón de prevalencia (c=crudo, a=ajustado); 95 IC%: 95% intervalo de confianza

* Modelo crudo lineal generalizado de la familia y opción de enlace Log Poisson. Los resultados son presentados como razón de prevalencia (RPc).

**Modelo ajustado lineal generalizado de la familia y opción de enlace Log Poisson. Los resultados son presentados como razón de prevalencia (RPa). Está ajustado lugar de residencia, edad, sexo, diagnóstico previo de diabetes, diagnóstico previo de hipertensión arterial, violencia de pareja en los últimos 12 meses.

Para todo el análisis se consideró el muestreo complejo del estudio mediante los comandos (svy).