

Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas



Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas

Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS



Benjamin Taylor M.Sc., Jürgen Rehm Ph.D., José Trinidad Caldera Aburto Ph.D., Juliano Bejarano Ph.D., Claudina Cayetano M.D., Florence Kerr-Correa M.D. Ph.D., Marina Piazza Ferrand Ph.D., Gerhard Gmel Ph.D., Kathryn Graham Ph.D., Thomas K. Greenfield Ph.D., Ronaldo Laranjeira Ph.D., Maria Cristina Lima M.D. Ph.D., Raquel Magri M.D., Maristela G. Monteiro M.D., Ph.D., Maria Elena Medina Mora, Ph.D., Myriam Munné M.D., Martha P. Romero Ph.D., Adriana Tucci Ph.D., Sharon Wilsnack, Ph.D.

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS.

Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32851 4

I. Título

1. ALCOHOLISMO - mortalidad
2. TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALCOHOL
3. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
4. CULTURA
5. GÉNERO
6. MORBILIDAD
7. AMÉRICAS

NLM WM 274

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación, THS/MH, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introductorias en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Pan American Health Organization
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C 20037, EE.UU.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades, zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Índice

Agradecimientos	5
Resumen Ejecutivo	7
Introducción	9
Contexto Teórico sobre Género, Alcohol y Daños Relacionados con el Alcohol	11
Metodología	15
Estudio Multicéntrico OPS	15
Principales requisitos del estudio	15
Metodología de la encuesta	15
Argentina	16
Belice	16
Brasil (I)	17
Brasil (II)	17
Canadá	17
Costa Rica	18
Méjico	19
Nicaragua	19
Perú	19
Uruguay	19
Estados Unidos	20
Perfil regional: 2002	20
Consumo per cápita	22
Consumo no registrado	23
Categorías de prevalencia	23
Patrones de consumo	23
Datos que indican carga de morbilidad	24
Relacionando la exposición al alcohol con resultados de morbilidad y lesiones	25
Relaciones de riesgo	25
Resultados	27
Por País: 2005	27
Otros análisis potenciales con los datos multicéntricos	36
Perfil regional: 2002	36
Mortalidad atribuible al alcohol a nivel regional y subregional	38
Años de vida perdidos (AVP) atribuibles al alcohol	39
Años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol	40
Discusión	41
Los pasos a seguir	44
Referencias	45
Apéndices	51
Apéndice 1: Cuestionario central GENACIS	52
Apéndice 2: Descripción general de la encuesta GENACIS	69

Agradecimientos

Muchas personas estuvieron directa o indirectamente involucradas en este proyecto y nos sentimos profundamente agradecidos con todas ellas por su compromiso, participación y aportes. El Estudio Multicéntrico sobre Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue hecho posible gracias a una subvención del Área de Gestión e Información del Conocimiento (IKM). Asimismo, los fondos proporcionados regularmente por la Unidad sobre Alcohol y Abuso de Sustancias de la OPS, las aportaciones extrapresupuestales del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el financiamiento recibido de la Generalitat València, España, y una aportación voluntaria del Centro para la Adicción y la Salud Mental (CAMH), Canadá (un Centro Colaborador de OPS/OMS), complementaron las necesidades para la realización y terminación del proyecto.

La Dra. Sharon Wilsnack apoyó la participación de los principales investigadores de América Latina en los congresos anuales de la Kettil Bruun Society, donde presentaron sus hallazgos ante el IRGGA (International Research Group on Gender and Alcohol), en reuniones realizadas durante 2005, 2006 y 2007. El apoyo de la Dra. Wilsnack fue posible gracias a una beca del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) de EE.UU.

Deseamos agradecer a todos los investigadores y sus grupos de trabajo en 10 países (Argentina, Belice, Brasil, Canadá, Costa Rica, EE.UU., Méjico, Nicaragua, Perú y Uruguay), quienes participaron en la planificación, implementación, análisis y difusión de los datos, así como a las correspondientes representaciones de la OPS en estos países, por su asistencia para coordinar las actividades con la sede central.

Deseamos agradecer especialmente a Benjamin Taylor, el principal autor del presente reporte. Laura Krech, Janis Dawson Schwartzman, Martha Koev y Amalia Paredes también proporcionaron apoyo técnico y administrativo para la implementación del proyecto en sus diversas etapas.

Este proyecto fue coordinado por la Dra. Maristela G. Monteiro, Asesora Regional en Alcohol y Abuso de Sustancias en la OPS, en colaboración con el Prof. Dr. Jurgen Rehm, de CAMH. La revisión de la traducción y la edición fue realizada por la Consultora, Prof. María Florencia Di Masi de Alconada

Resumen Ejecutivo

El alcohol es un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en las Américas. En general, los niveles de ingesta de alcohol en las Américas son mayores que el promedio global, en tanto que los índices de abstinencia, tanto para hombres como para mujeres, son consistentemente inferiores. En el año 2002, en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó aproximadamente 323,000 muertes, 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la Región, abarcando resultados de enfermedad crónica y aguda en neonatos y ancianos. Los hombres tienen mayores niveles de carga de morbilidad atribuible al alcohol en comparación con las mujeres, lo cual podría deberse principalmente a su perfil de consumo de alcohol, tanto en términos de un mayor volumen total, como en patrones más nocivos de ingesta, incluyendo ingesta episódica intensa.

Los datos del Estudio Multicéntrico sobre Género, Alcohol, Cultura y Daños, patrocinado por la OPS, subrayan los perfiles de consumo de alcohol y los predictores y resultados relacionados con la sustancia para 10 países en 2005: Argentina, Belice, Brasil, Canadá, Costa Rica, Nicaragua, Méjico, Perú, Uruguay y EE.UU. Los datos de Argentina, Canadá, Costa Rica, Méjico, Uruguay y Estados Unidos fueron recabados previamente como parte del Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura, (GENACIS). Utilizando indicadores comparables, se recabaron nuevos datos en Belice, Brasil, Nicaragua y Perú. Se apreciaron amplias diferencias en el volumen de consumo de alcohol e ingesta episódica intensa entre los países, incluso en aquellos clasificados en la misma subregión OMS. Los datos de la nueva encuesta resaltan la importancia de desagregar los datos de las subregiones OMS país por país, con el fin de apreciar las diferencias en el consumo y el correspondiente riesgo de resultados atribuibles al alcohol a nivel nacional y, por consiguiente, informar acerca de políticas sobre alcohol propias de cada país, capaces de abordar los problemas y perfiles de consumo de alcohol específicos.

¹ **Clasificación de los países de las Américas por mortalidad infantil y de adultos**

America A	America B	America D
Muy baja mortalidad infantil y de adultos	Mortalidad infantil alta baja y baja mortalidad de adultos	Mortalidad infantil y adulta alta
Canadá, Cuba, Estados Unidos de América	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, Méjico, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú

Definición de las regiones: Los subgrupos regionales utilizados fueron los definidos por la OMS (Informe Mundial de la Salud 2000; 6) sobre la base de niveles de mortalidad infantil y adulta alta, media o baja.

Introducción

El alcohol es un factor importante de riesgo de mortalidad y carga de morbilidad en todo el mundo (Ezzati et al., 2002; 2004; OMS 2002; Lopez et al., 2006; para más detalles sobre alcohol ver Rehm et al., 2006 a; b; 2004). Se encontró que esta situación se repite también en la Región de las Américas donde, en 2000, el alcohol ocupó el primer lugar entre los factores que contribuyen a la carga de morbilidad tanto para AMR B (por ej., Méjico, Brasil) como para AMR D (por ej., Perú) y ocupó el segundo lugar tras el tabaquismo para AMR A (por ej., Estados Unidos y Canadá); (Rehm y Monteiro 2005; OMS 2002)¹.

Tanto el volumen promedio (per capita) de consumo de alcohol como los diferentes patrones de ingesta contribuyen a esta carga de morbilidad (Rehm et al., 2003c; 2004; Greenfield, 2001). Los patrones de consumo se conceptualizan aquí como una variable moderadora que determina el nivel de daño asociado a un volumen constante de exposición y, en el caso de resultados de enfermedad como la ECC, hasta si el efecto del alcohol es benéfico o nocivo (Rehm et al., 2003d).

Además de la carga de morbilidad relacionada con el alcohol, hay marcadas consecuencias sociales que surgen de su uso, es decir problemas en las relaciones familiares y personales, violencia, problemas laborales y económicos, maltrato y abandono de menores (Klingemann y Gmel, 2001; Room et al., 2002, 2003). Si bien en algunas economías de mercado consolidadas los costos de los problemas sociales relacionados con el alcohol son mucho mayores que los costos de los problemas de salud, no tenemos conocimiento de esta relación en los países en vías de desarrollo.

El alcohol es también un tema de género. Existen diferencias conocidas entre hombres y mujeres en lo que se refiere a cuánto y cómo beben y al tipo y grado de consecuencias sociales y de salud resultantes (Rehm et al., 2004). Además, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sufrir no sólo por su propio comportamiento de ingesta, sino también por el comportamiento de su pareja y sus consecuencias perjudiciales, incluyendo violencia familiar, lesiones de tránsito y carga económica (Room et al., 2002).

A pesar de las alarmantes estimaciones de la OMS, las cuestiones relacionadas con el alcohol siguen teniendo una baja prioridad en los programas de salud de la mayoría de los países en la región de las Américas y no abunda la información epidemiológica sobre el consumo de alcohol y los problemas relacionados en hombres y mujeres. Muchos países nunca han tenido encuestas nacionales o a gran escala sobre el consumo de alcohol, patrones de uso y consecuencias relacionadas, tampoco han llevado a cabo un análisis de estas variables por género.

Contexto Teórico sobre Género, Alcohol y Daños Relacionados con el Alcohol

En paralelo al desarrollo de investigaciones internacionales sobre las conductas en cuanto al consumo, se ha puesto cada vez más atención en las influencias del género sobre los patrones y problemas del beber, alentados por el crecimiento en las investigaciones sobre la ingesta en mujeres. Han aumentado los conocimientos sobre cómo difiere el consumo y problemas asociados en mujeres respecto a los hombres, a partir de investigaciones en varios países, incluyendo Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Suecia, Holanda, Alemania, Méjico y República Checa. Esta investigación cuantitativa ha sido complementada por un número creciente de estudios etnográficos sobre las diferencias de la ingesta entre hombres y mujeres (por ej., Gefou-Madianou, 1992; McDonald, 1994).

Una importante restricción que poseen los análisis comparativos internacionales sobre el consumo en hombres y mujeres es la limitada serie de medidas y preguntas comparables que existen en los conjuntos de datos. Existe una clara necesidad de investigaciones comparativas y análisis coordinados de datos provenientes de nuevas encuestas que utilicen preguntas o variables similares sobre el consumo, sus problemas asociados y posibles correlatos. Este enfoque multinacional podría mejorar en gran medida nuestros conocimientos sobre cómo influyen las características individuales y sociales sobre el comportamiento de ingesta de hombres y mujeres, así como el desarrollo de mediciones de ingesta sensibles al género y a políticas sobre alcohol.

Estas consideraciones han sido la base para el estudio multinacional sobre género, alcohol y cultura (GENACIS), que utiliza una serie estandarizada de preguntas y variables en las encuestas representativas de la población general, para comparar los niveles de consumo de alcohol, sus patrones de uso y problemas relacionados entre hombres y mujeres, en cada país, entre un país y otro y entre diferentes culturas en el mundo. Se están recabando y analizando datos de más de 40 países de todas las regiones del mundo, con el apoyo económico principal de la Organización Mundial de la Salud (para países en vías de desarrollo), del Instituto Nacional de Alcoholismo y Abuso del Alcohol (NIAAA, para los Estados Unidos y para los congresos del Grupo Internacional de Investigación sobre Género y Alcohol) y de la Unión Europea (para los países europeos) (Wilsnack y Wilsnack 2002; Wilsnack et al., 2005).

En lo que se refiere a la región de la Américas, dentro del estudio GENACIS, la OMS y OPS apoyaron encuestas en Argentina, Costa Rica y Uruguay, mientras que fuentes de financiamiento nacionales apoyaron los estudios en Brasil, Canadá, Méjico y Estados Unidos.

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

La metodología disponible y los conocimientos construidos en la Región como resultado de la participación en el GENACIS, podrían utilizarse para incluir otros países, generar nuevos datos y aumentar la base de conocimientos sobre la relación entre género, alcohol y daños en la Región de las Américas. Tanto los conjuntos de datos ya existentes como los nuevos, permitirían realizar comparaciones dentro de los países y a nivel internacional sobre las diferencias entre géneros en lo que se refiere a consumo de alcohol, patrones de ingesta y sus problemas. Una mejor comprensión sobre la naturaleza y el grado de consumo de alcohol y sus problemas proporcionaría información crucial para la implementación de políticas más efectivas, adaptadas a características regionales y nacionales.

Dentro de este contexto, se llevó a cabo el Estudio Multicéntrico de la OPS sobre Alcohol, Género, Cultura y Daños, uniendo bases de datos de estudios realizados como parte de GENACIS en 6 países, además de nuevos datos recabados y analizados en 4 países, bajo la coordinación general y el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Toxicomanías y Salud Mental, un centro colaborador de OPS/OMS. El presente reporte es el informe final del estudio y su objetivo es proporcionar una primera visión de la riqueza de la base de datos, aunque se realizarán muchos más análisis que serán difundidos a través de futuras publicaciones científicas.

Para el presente reporte, se utilizaron los datos de 2002 sobre exposición y carga de morbilidad en términos de mortalidad y discapacidad atribuibles al alcohol en la Región de las Américas, junto con datos recabados en 6 países de la Región mediante el estudio internacional sobre alcohol, género y cultura (GENACIS), patrocinado por la OMS, NIAAA y la Unión Europea. También se recabaron nuevos datos en 4 países (Belize, Brasil, Perú y Nicaragua), utilizando un instrumento muy similar al utilizado en GENACIS que fue patrocinado por OPS. Otros datos fueron recabados en San Pablo, Brasil, con la financiación de la Fundação de Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). El trabajo del segundo estudio brasileño fue patrocinado por la Secretaría Nacional sobre Drogas (SENAD). Los datos integrados permiten realizar comparaciones dentro de los países y entre países, basadas en los 5 principales objetivos de este estudio:

(1) Comparaciones de los patrones de consumo de hombres y mujeres en cada país; comparaciones de patrones de consumo entre mujeres y entre hombres; y diferencias de género en los patrones de ingesta entre un país y otro.

Existen estudios internacionales previos que compararon los patrones de ingesta en hombres y mujeres construyendo unidades comunes de reporte (por ej., consumo mensual medio, frecuencia de ingesta, frecuencia de ingesta episódica intensa) a partir de datos de encuestas ya existentes (por ej., Vogeltanz-Holm et al., 2004; Wilsnack et al., 2000). Sin embargo, cada país utilizó en las encuestas anteriores sus propias preguntas, categorías de respuestas y supuestos, lo que limitaba la capacidad de los investigadores para derivar mediciones comparativas de ingesta. Los datos basados en los mismos métodos de medición del comportamiento de consumo permitirán que las comparaciones sean analizadas de forma más directa y precisa.

(2) Comparaciones de prevalencia de problemas relacionados con el alcohol en hombres y mujeres de cada país; comparaciones de la prevalencia de problemas relacionados con alcohol entre hombres y entre mujeres; y diferencias de género en la prevalencia de problemas entre un país y otro.

Ha sido difícil realizar estas comparaciones entre países, dado que cada uno puso su mirada en listas ligeramente distintas de problemas de comportamiento y síntomas de dependencia del alcohol. Además de algunos estudios metodológicos (como los que se utilizaron para desarrollar el cuestionario AUDIT-OMS, 2002; o del estudio OMS sobre la confiabilidad y validez de las mediciones de dependencia - Üstün et al., 1997), los análisis propuestos figurarán entre las primeras comparaciones internacionales de índices de prevalencia de problemas relacionados con el alcohol en la Región, particularmente para comparar incidencias en mujeres y hombres.

(3) Comparaciones de predictores a nivel individual de consumo de alcohol en hombres y mujeres y problemas relacionados con el alcohol, dentro de los países y entre países.

Los estudios anteriores han identificado una gran serie de posibles predictores, a nivel individual, en cuanto a los niveles de consumo de alcohol y los riesgos de problemas relacionados, en hombres o mujeres que beben. Los posibles predictores incluyen características físicas (estatura, peso, edad) y características de las relaciones maritales y familiares; redes sociales; experiencias sexuales; experiencias de maltrato; experiencias y condiciones laborales; y características relacionadas con el estado socioeconómico (es decir ingresos, escolaridad y estado laboral). Los análisis bivariantes y multivariantes apuntarán a revelar qué tan diferente o consistente es la relación de estas variables con los patrones de consumo de alcohol y problemas relacionados, entre bebedores hombres y mujeres, en cada país y de un país con respecto a otro.

(4) Análisis de predictores a nivel de sociedad sobre el consumo de alcohol en hombres y mujeres y los problemas relacionados con el alcohol.

La diversidad de países en el estudio propuesto permitirá el análisis de las características sociales (a) como posibles predictores de patrones de consumo de alcohol en hombres y mujeres y problemas relacionados entre sociedades; y (b) como posibles modificadores de asociaciones con predictores a nivel individual para hombres y mujeres en cada sociedad estudiada. Las características sociales a evaluarse como posibles predictores o modificadores muy posiblemente incluirán mediciones de la desigualdad de roles en hombres y mujeres (es decir el grado de la “emancipación” de las mujeres); lo “seco” o “húmedo” de la cultura de ingesta de una sociedad (es decir, en qué grado se integra el uso de alcohol en las actividades cotidianas y es compatible con ellas, frente a lo que se hace como actividad excepcional, fuera de las actividades de todos los días); medidas de los niveles de vida y desarrollo económico; medidas de desigualdad económica y de ingresos y del estado de transición demográfica (Castille-Salgado, 2000); y mediciones de los medios de relevamiento y varianzas de las características individuales (como experiencias maritales, laborales y de salud, agregadas a partir de la encuesta para caracterizar el entorno que rodea a los individuos; - para una descripción ver Bryk y Raudenbush, 1992).

(5) Perfeccionamiento de las mediciones sensibles al género del consumo de alcohol y problemas relacionados.

Como preparación para el proyecto GENACIS, los miembros del Grupo Internacional de Investigaciones sobre Géneros y Alcohol (IRGGA) desarrollaron una serie de preguntas centrales sobre consumo de alcohol y problemas relacionados, para ser utilizadas en las encuestas que participaron del proyecto global. Los países también pueden incluir preguntas o procedimientos de medición alternativos, además de nuevas preguntas centrales, lo que permitirá comparaciones de datos específicos de género obtenidos mediante procedimientos distintos. Las comparaciones de los resultados a partir de las preguntas centrales y de las mediciones alternativas, revelarán si existen formas en que las encuestas realizadas en los diversos países puedan perfeccionar su cobertura sobre el comportamiento de ingesta de hombres y mujeres de manera significativa.

Esta serie de preguntas centrales GENACIS aparece en el Apéndice 1 y fue utilizada para todas las nuevas encuestas del presente estudio.

Metodología

Se utilizaron dos métodos principales distintos para los dos años diferentes presentados en el presente estudio. La primera serie describirá el método general del estudio multicéntrico OPS y se indicará cómo modificó cada país estos métodos o instrumentos para adaptarlos mejor a sus necesidades. Además, por favor advierta que cada indicador utilizado para estimar la carga de morbilidad relacionada con el alcohol fue también medido en la encuesta, por lo que las discusiones generales de los indicadores de consumo de alcohol son aplicables al alcohol en general y no sólo a los estudios de carga de morbilidad relacionada con el alcohol. La segunda parte de esta sección describirá detalladamente los métodos que se utilizaron para determinar las estimaciones de consumo per cápita y la correspondiente carga de morbilidad atribuible al alcohol en la región de las Américas.

Estudio Multicéntrico OPS

Los datos presentados en el presente reporte incluyeron una encuesta en 10 países, cuyos objetivos principales fueron proporcionar una imagen epidemiológica detallada del consumo de alcohol y resultados relacionados. Posee un método general que se incluye en la propuesta de investigación resumida a continuación, pero debieron tratarse ciertas desviaciones de este método, según el país. Se requirió a todos los países utilizar al menos el cuestionario central GENACIS (ver Apéndice 1), aunque se les permitió utilizar preguntas del Cuestionario Expandido, si así lo deseaban. Para obtener una copia de la encuesta exacta que utilizó cada país, por favor comunicarse con el supervisor de cada estudio (Apéndice 2).

Principales requisitos del estudio

- (1) Un tamaño de muestra de al menos 1,000.
- (2) Inclusión tanto de hombres adultos como de mujeres adultas (de 18 años de edad o más) proporcional a su representación en la población general de la zona del estudio.
- (3) Muestreo probabilístico completo, en todos los niveles y estratos.
- (4) Una muestra nacional, siempre que fuera posible; de lo contrario, una zona o zonas geográficas representativas o bien caracterizadas.
- (5) Aprobación de la propuesta de investigación por un Comité de Ética del país.

Metodología de la encuesta

- (1) Hacer todo lo posible para obtener un índice de completación de 70% o más.
- (2) Incluir todas las preguntas del Cuestionario Central Expandido GENACIS, con excepción de las preguntas que el líder y el personal de la encuesta del país consideraran culturalmente inapropiadas para su país.
- (3) Inclusión de una serie central de resultados de comportamientos (lesiones intencionales o no intencionales, ECC, violencia).
- (4) Se alienta de forma especial que el director de la encuesta de cada país consulte con el grupo o coordinador de análisis de datos sobre el plan de muestreo.

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

- (5) Guías para los entrevistadores y el personal del proyecto para manejar cuestiones de confidencialidad, necesidades especiales de capacitación para la administración de preguntas potencialmente delicadas, consciencia sobre las reacciones del entrevistador y el entrevistado a preguntas delicadas e identificación de recursos locales disponibles para los encuestados que pudieran necesitar servicios de salud física o mental.

La siguiente es una lista y breve descripción de los países participantes con los datos presentados en este reporte, que fueron proporcionados por los investigadores de cada país:

Argentina

Directora de la encuesta: Dra. Myriam Munné, Instituto de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires

Año de la Encuesta: 2002. Tipo de encuesta: muestra probabilística transversal de la Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representando el 50% de la población del país. Muestra: 1,000 hombres y mujeres, de entre 18 y 65 años de edad. Se realizaron entrevistas cara a cara utilizando el cuestionario GENACIS.

Belice

Directora de la encuesta: Dra. Claudina E. Cayetano, Ministerio de Salud, Belice.

Tamaño de muestra: 2,400 hombres y mujeres 18+. La muestra fue tomada de la Encuesta sobre mano de obra, representativa del país. Se seleccionó una muestra de los hogares que representaban zonas urbanas y rurales de cada distrito. Cada uno de los seis distritos administrativos se subdividió en "distritos de enumeración" (DE) más pequeños, con un tamaño promedio de 200 hogares. Cada distrito administrativo fue tratado como un estrato. La muestra constaba de un diseño en dos etapas, con la selección de DE urbanos y rurales como primera etapa. La segunda etapa fue la selección aleatoria sistemática de hogares a partir de los DE selectos. Se muestreó un total de 120 DE y se seleccionaron aleatoriamente 20 hogares en cada uno, con lo que se obtuvo un tamaño de muestra de 2,400 hogares.

La encuesta fue administrada a miembros del hogar², tanto hombres como mujeres, de 18 años de edad o más, utilizando una versión ampliada del cuestionario GENACIS. Puesto que ésta fue una encuesta nacional, se prepararon cuestionarios en español e inglés. Se realizó una entrevista cara a cara con cada uno de los miembros elegibles del hogar. Cuando no se podía contar con algún miembro elegible, se hicieron arreglos para reunirse con esa persona y realizar la entrevista en una fecha posterior. Las entrevistas fueron realizadas por entrevistadores capacitados durante un periodo de 3 semanas. Los Supervisores de Distrito de la Oficina Central de Estadística (CSO) se encargaron de la supervisión general del trabajo de campo en sus respectivos distritos, con la asistencia de supervisores de campo. Los cuestionarios completados fueron editados a nivel de distrito, en tanto que el ingreso y procesado de datos fue realizado en la sede central CSO, utilizando CSPRO para el ingreso de datos y SPSS para el análisis.

² Una o más personas (emparentadas o no) que viven juntas, es decir, que duermen en el lugar la mayoría de las noches de una semana (cuando menos 4), y que comparten cuando menos una comida al día.

Brasil (I)

Directora de la encuesta: Dra. Florence Kerr Correa, Universidad Estatal de Botucatu. Año 2006. Se tomó una muestra estratificada, representativa de niveles socioeconómicos y educativos de la ciudad de San Pablo, e incluyó a personas de 18 años de edad o más. Se calculó el tamaño de la muestra y se establecieron los siguientes rangos de edades para ambos géneros: 18 a 34 años de edad, 35 a 59 y 60 años o más. Cada estrato fue conformado desde un censo de sector (IBGE, 2000) y se seleccionó a los entrevistados utilizando esquemas de muestreo por conglomerados. La unidad de muestreo fue la de hogares familiares y no se incluyeron alojamientos estudiantiles, ni edificios institucionales o comerciales. Se podía entrevistar a todas las personas del hogar de más de 18 años de edad. El tamaño de la muestra fue ampliado para permitir un índice de no-respuesta de 20%. La muestra final fue de 2,083 encuestados, con un índice de respuesta de 75%. Fue financiado por FAPESP (04/11729-2)

Brasil (II)

Director de la encuesta: Dr. Ronaldo Laranjeira, Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de San Pablo 2006-2007. Se utilizó una muestra probabilística representativa de la población brasileña de 14 años de edad o más. Se tuvieron en cuenta todas las regiones metropolitanas y capitales de cada estado mediante una estrategia de muestreo en tres etapas, basada en sectores municipales, secciones censales y por último en individuos. La muestra se basó en el Censo 2000 del Brasil. Con un promedio de respuesta de 66.4%, se completaron un total de 3,700 entrevistas en 2006-2007. Se calcularon los pesos post-estratificación para ajustar la muestra a las distribuciones de variables sociodemográficas de poblaciones de censo conocidas y, por lo tanto, es representativa de la población brasileña de 14 años de edad o más. Financiamiento proporcionado por la Secretaría Nacional Antidrogas de Brasil. Consultor internacional del proyecto: Dr. Raul Caetano, Southwestern University, Dallas, Texas, EE.UU.

Canadá

Directora de la encuesta: Dra. Kathryn Graham, Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH), Toronto/Londres, Ontario, Centro de Colaboración OMS y OPS. Nombre de la encuesta: Género, alcohol y problemas en Canadá. Año de la encuesta: 2004. Tipo de encuesta: muestra aleatoria de la población general en Canadá. Modo de recabación de datos: Encuesta de Entrevistas Telefónicas Asistidas por Computadora (CATI) con marcado aleatorio de dígitos (RDD). Tamaño de muestra: 14,000. Rango de edades y sexos: hombres y mujeres, 18 a 75 años de edad

Costa Rica

Director de la encuesta: Dr. Juliano Bejarano, San José, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. El estudio fue realizado por la Fundación Vida y Sociedad de Costa Rica. Año: 2003.

La muestra fue tomada de la gran zona metropolitana, una zona geográfica que contiene casi la mitad de la población nacional y el 50% de los hogares. El diseño del estudio fue de encuesta en hogares restringida a la población de la Gran Zona Metropolitana. Tuvo un diseño de muestra de conglomerados, multietápica, con

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

probabilidad proporcional al tamaño e incluyó a hombres y mujeres de 18 años o más, que vivían permanente o temporalmente en las casas. La unidad de muestreo primaria fue el segmento (zona geográfica con delimitación arbitraria; es decir, calles, casas, ríos, incluyendo aproximadamente 70 hogares), seleccionada por probabilidad proporcional al tamaño, a partir del número de hogares existentes. La segunda etapa de muestreo fue el hogar, que se seleccionó sistemáticamente a partir de un punto inicial aleatorio. Para cada segmento, el entrevistador tenía una cartografía detallada para seleccionar la vivienda inicial y la dirección a seguir. La etapa final de muestreo fue el sujeto en cada hogar. Los sujetos fueron seleccionados aleatoriamente utilizando una hoja de ruta. El tamaño de la muestra fue de 1,274 entrevistados (630 hombres y 644 mujeres). El 82% provenía de zonas urbanas y el 18% restante de zonas rurales. En las zonas urbanas, 51.6% fueron hombres y 48.4% mujeres, en tanto que en las zonas rurales 39.7% fueron hombres y 60.3% mujeres. Ocho estudiantes avanzados de psicología, con experiencia y capacitación, realizaron cada entrevista personal. Administraron la entrevista estandarizada GENACIS de 30 a 45 minutos de duración. Se informó a los entrevistados que podían negarse a responder cualquiera de las preguntas del cuestionario, si así lo deseaban. También se preparó a los trabajadores de campo para enfrentar situaciones especiales en lo referente a sentimientos del encuestado ocasionados por algunas preguntas delicadas (sexualidad, victimización, consumo de alcohol, etc.). El diseño de la muestra no incluyó a personas sin hogar, pacientes en hospitales y/o personas sin residencia establecida.

Méjico

Directoras de la encuesta: Dra. Martha Romero y Dra. María Elena Medina Mora, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Ciudad de Méjico, Centro Colaborador OPS/OMS.

Año de la encuesta: 1998. Tipo de encuesta: encuesta nacional de hogares (zonas urbanas con más de 25,000 habitantes y ciudades fronterizas con Estados Unidos). Modo de recolección de datos: Entrevistas cara a cara. Tamaño de la muestra: 9,600 hombres y mujeres. Rango de edades: 12 a 65 años. El marco muestral utilizó los datos y mapas de frontera del Censo de Población de 1995, incluyendo las zonas geoestadísticas básicas (similares a las secciones censales empleadas en Estados Unidos), que son las unidades geográficamente definidas más pequeñas sobre las que se cuenta con datos demográficos. Se utilizó un diseño de muestra multietápico geográficamente estratificado (localidades, bloques de ciudades, segmentos de unidades habitacionales en los bloques seleccionados, todos los hogares en los segmentos seleccionados y un individuo dentro del hogar seleccionado). El tamaño muestral tomó en cuenta un índice esperado de no-respuesta de 16%, un índice de prevalencia de 1% para cualquier tipo de sustancia utilizada y un nivel de precisión de 3% para estimaciones de índices de menos de 25% o más de 75%, con un nivel de confianza de 95% y suponiendo un valor de 1.5 para el Efecto de Diseño (DEFF) debido al agrupamiento del diseño de la muestra, basado en datos de encuestas recientes. Para cada hogar de la muestra, se aplicó un pequeño cuestionario para obtener las condiciones de vida de la vivienda, así como una lista

de los datos socioeconómicos básicos de todos los miembros del hogar. Utilizando este cuestionario, se produjeron dos listas independientes de miembros del hogar dentro de los rangos de edades predeterminados (12 a 17 y 18 a 65 años de edad), excluyendo a empleados domésticos que vivían en el hogar, así como a personas que no hablaban español o que eran mentalmente discapacitadas para responder el cuestionario. En cada uno de los hogares se seleccionó aleatoriamente a adolescentes utilizando una tabla balanceada de números aleatorios. Se seleccionaron adultos (18 a 65 años de edad) con una probabilidad igual. El peso de la muestra fue determinado según la probabilidad de selección en cada etapa y se ajustaron para tomar en cuenta correcciones por las diferencias de los índices de no-respuesta en hombres y mujeres. Se recabó la información mediante un cuestionario estandarizado, ampliamente probado en encuestas anteriores, al que se respondió en entrevistas cara a cara, e incluye preguntas tomadas de las encuestas de hogares de Estados Unidos, para permitir comparaciones interculturales de los datos.

Nicaragua

Director de la encuesta: Dr. José T. A. Caldera, Profesor de la Universidad de Colonia, León, Nicaragua.

Tamaño de la muestra: 2,030 hombres y mujeres de 18-65 años de edad. Se eligieron cinco ciudades representativas en los cuatro puntos cardinales (León, Rivas, Estelí y Juigalpa) y una de la Costa Atlántica (Bluefields); todas ellas tienen más de 60,000 habitantes. Para cada una, se seleccionaron aleatoriamente 200 hectáreas a partir de un mapa digital. El tamaño de la muestra fue de 400 entrevistas con 95% de confianza y 5% de precisión.

Perú

Directora de la encuesta: Dr. María Piazza, Coordinadora del Área de Información y Epidemiología, Programa de Prevención de Drogas y Rehabilitación de Dependencias de DEVIDA (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas) y la cooperación técnica de Bélgica (CTB).

Tamaño de la muestra: 1,110 personas de la capital (Lima), de 18 a 64 años de edad (representando el 30% de la población general) y 421 personas de Ayacucho, en la región andina del país, mediante entrevistas cara a cara, utilizando una muestra probabilística multietápica. El marco muestral utilizó los datos y mapas de la frontera del Censo de Población de 1996, incluyendo zonas básicas similares a los censos de Estados Unidos, que son las unidades geográficamente definidas más pequeñas de las que se cuenta con datos demográficos. Las etapas de muestreo incluyen muestrear "conglomerados" (similares a las secciones censales, cada uno con un total de unos 40 hogares distribuidos en uno o más bloques). Una segunda etapa implicó muestrear hogares y finalmente personas en cada hogar. Para Lima se estimó un tamaño de muestra de 1,152 residentes de hogares ubicados en 144 "conglomerados". En Ayacucho se seleccionó un total de 480 residentes que vivían en hogares ubicados en 50 "conglomerados".

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

Uruguay

Directora de la encuesta: Dra. Raquel Magri, Secretaría Nacional de Drogas, Montevideo.

Año: 2004. Tipo de encuesta: encuesta transversal de hogares. Muestra: probabilística, representativa de la población general de todas las ciudades con 10,000 o más habitantes en el país. Tamaño de la muestra: 1,000 hombres y mujeres. Rango de edades: 18 a 65 años.

Estados Unidos

Director de la encuesta: Dr. Thomas K. Greenfield, Grupo de Investigaciones sobre Alcohol (ARG), Instituto de Salud Pública, Berkeley, California. Fue financiada a través de una subvención (Center Grant P50 AA05595) del Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) de Estados Unidos.

La encuesta nacional sobre alcohol de Estados Unidos (N10) del año 2000 fue realizada para ARG por el Instituto de Investigaciones de Encuestas de la Universidad de Temple, con entrevistas entre noviembre de 1999 y junio de 2001. N10 implicó una encuesta nacional de hogares utilizando Entrevistas Telefónicas Asistidas por Computadora (CATI) de adultos (18 o más) que residían en los 50 estados de Estados Unidos y Washington DC (n = 7,612), a partir de un Muestreo de Marcación Aleatoria de Dígitos (RDD), con generación de números asistida por una lista, detección automática de números fuera de uso y búsqueda computarizada en la sección amarilla para incrementar el índice de llamadas exitosas. La muestra incluyó un total de 4,142 mujeres y 3,470 hombres. En general, los análisis utilizan la ponderación para la representatividad nacional a partir del censo de 2000, además ajustando los errores estándar para explicar el diseño muestral (es decir estratificación, no-respuesta, adultos en el hogar y números telefónicos independientes), utilizando programas estadísticos como Stata.

Perfil regional: 2002

Los siguientes indicadores principales de exposición están incluidos en la estimación de la carga de morbilidad relacionada con el alcohol (Rehm et al., 2004):

- Consumo per cápita de alcohol registrado en adultos
- Consumo per cápita de alcohol no registrado en adultos
- Prevalencia de abstinencia por edad y sexo
- Prevalencia de diferentes categorías de volumen promedio de consumo de alcohol, por edad y sexo
- Puntuación para los patrones de consumo

Consumo per cápita

Los datos de consumo de alcohol per cápita denotan el consumo en litros de alcohol puro por habitante en un año dado. Estos datos están disponibles para la mayoría de los países, muchas veces en series de tiempo y tienden a evitar la subestimación del volumen total de consumo que comunmente aparece en los datos

de las encuestas (es decir Midanik, 1982; Rehm, 1998; Gmel y Rehm, 2004). Se considera preferible el consumo per cápita en adultos, es decir el consumo de cualquier persona de 15 años o más, con respecto al consumo per cápita per se, puesto que la mayor parte del alcohol se consume a fines de la adolescencia y durante la edad adulta. La pirámide de edades varía en los diferentes países (Organización de las Naciones Unidas 2005), por consiguiente, las cifras de consumo per cápita basadas en la población total tienden a subestimar de manera relativa el consumo en países en donde la mayor proporción de la población tiene menos de 15 años, como es el caso en muchos países en vías de desarrollo. Para mayor información y guía sobre cómo se estima el consumo per cápita, consultar la "Guía Internacional para el Monitoreo del Consumo de Alcohol y Daños Relacionados" (OMS 2000).

Existen tres principales fuentes de datos para realizar las estimaciones per cápita: datos de los gobiernos, datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y de la industria del alcohol (Rehm et al., 2003b). Si se puede contar con ellos, los datos mejores y más confiables normalmente provienen de los gobiernos, a partir de cifras de ventas, impuestos o datos de producción. En general, los datos de ventas se consideran como los más precisos, siempre y cuando la venta de bebidas alcohólicas esté separada de las ventas de cualquier otro artículo posible que se ofrezca en un lugar dado y que dichos datos sean específicos de las bebidas. Una de las desventajas de los datos de producción es que siempre dependen de datos precisos de exportaciones e importaciones, pues de otro modo las cifras de producción llevan a sub- o sobreestimaciones.

La base de datos internacionales más completa sobre consumo per cápita es FAOS-TAT, publicada por la FAO, donde aparecen datos de producción y comercialización de casi 200 países, sobre distintos tipos de bebidas alcohólicas. Las estimaciones se basan en reportes oficiales de producción de los gobiernos, principalmente como respuesta de los ministerios de agricultura al cuestionario anual de la FAO. Las estadísticas sobre importaciones y exportaciones se derivan principalmente de los Departamentos de Aduanas. Si no se cuenta con estas fuentes, se consultan otros datos gubernamentales como anuarios estadísticos. La precisión de los datos FAO se basa en el informe de datos enviado por las naciones miembro. Es muy probable que los datos subestimen la producción informal, casera e ilegal (Giesbrecht et al., 2000).

La tercera fuente principal de datos proviene de la industria del alcohol. En esta categoría, la fuente que se utiliza más ampliamente es World Drink Trends (WDT), publicada por primera vez por la Comisión de Bebidas Destiladas (Centro Mundial de Investigaciones Publicitarias 2005). Las estimaciones WDT se basan en las ventas totales en litros, divididas entre la población total de mediados de año y utilizan índices de conversión que no se publican. WDT también trata de calcular el consumo en turistas entrantes y salientes. En la actualidad, por lo menos se cuenta con datos parciales de 58 países. Existen otras fuentes de la industria del alcohol, así como también compañías de investigación de mercado, que son menos sistemáticas, abarcan menos países y son más limitadas en su alcance temporal.

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

La Base de Datos Global sobre Alcohol (GAD) de la OMS (www.who.int/whosis) recaba y compara sistemáticamente los datos per cápita de diferentes fuentes de manera regular (para procedimientos y otra información ver: OMS 1999; 2004; Rehm et al., 2003b) utilizando datos de la ONU para estimaciones de la población. Se han utilizado las siguientes reglas para seleccionar los mejores datos para cada país:

- Para todos los países de “altos ingresos” en la clasificación del Banco Mundial, y donde existan estimaciones WDT, se deben tomar estas estimaciones³, puesto que se basan en datos de ventas específicos de cada país.
- Para todos los demás países donde la WDT utilizó estadísticas gubernamentales, estadísticas de la industria del alcohol nacional, o información FAO suplementada con fuentes locales adicionales, se deben utilizar las estimaciones WDT.
- Para otros países se deben utilizar las estimaciones FAO.
- Se deben sustituir los datos FAO y WDT, si existieran estimaciones gubernamentales basadas en documentación escrita, que incluyen datos de ventas de varios años.

La utilización de estadísticas gubernamentales para estimaciones per cápita en la GAD debe ser aprobado por su comité directivo. Actualmente, existen estadísticas gubernamentales solamente para una reducida minoría de países. El árbol de decisiones anteriormente especificado supone la siguiente jerarquía de validez y confiabilidad de los datos (de más válidos/confiables a menos válidos/confiables):

1. Estadísticas gubernamentales basadas en datos de ventas e impuestos
2. Estadísticas de la industria del alcohol con información de ventas específica de cada país
3. FAO
4. Estadísticas de la industria del alcohol provenientes de fuentes globales (se deberá utilizar esta opción únicamente si no existen datos FAO para el país)

En la práctica, el algoritmo significa que muchas de las estimaciones de los países desarrollados se basan en datos WDT o gubernamentales directos, en tanto que la mayoría de las estimaciones para los países en vías de desarrollo se basan en datos FAO. Para países en los que existen ambas estimaciones, las fuentes se correlacionan en grado considerable (correlación de Pearson = 0.74; Rehm et al., 2003a); pero no parece posible hallar una explicación general para las diferencias sistemáticas en los datos de todos los países. Obviamente, una explicación es que las estimaciones FAO se basan en datos de producción, en tanto que los datos WDT se basan principalmente en datos de ventas. Esto puede hacer que las estimaciones FAO sean mayores que lo que ocurre realmente, puesto que FAO refleja parcialmente la producción de bebidas que no aparece en datos de venta, ya sea por la producción casera, es decir la producción de vino de palma o cerveza de sorgo en algunos países africanos, o porque WDT no incluye toda la gama de categorías de bebidas.

³ La lista de países clasificados como de “altos ingresos” según el Banco Mundial: Andorra, Antillas Holandesas, Aruba, Australia, Austria, Bahamas, Bahrain, Bélgica, Bermuda, Brunei Darussalam, Canadá, Chipre, Dinamarca, Emiratos Árabes Unidos, Eslovenia, España, Estados Unidos de Norteamérica, Finlandia, Francia, Polinesia Francesa, Alemania, Grecia, Groenlandia, Guam, Holanda, Irlanda, Islandia, Islas Caimán, Islas del Canal, Islas Faeroe, Islas Marianas del Norte, Islas Vírgenes de Estados Unidos, Israel, Italia, Japón, Kuwait, Liechtenstein, Luxemburgo, Mónaco, Nueva Caledonia, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, Qatar, Reino Unido, República de Corea, San Marino, Singapur, Suecia y Suiza.

Para las estimaciones en curso tipo ECR (evaluación comparativa de riesgos) sobre la carga de morbilidad atribuible al alcohol para el año 2002, -el año con los últimos datos disponibles sobre la carga de morbilidad en diferentes partes del mundo (Mathers et al., 2003)-, se ha utilizado un promedio del consumo per cápita en adultos de tres años -2001, 2002 y 2003- para obtener así una estimación por país más estable.

Consumo no registrado

El consumo no registrado proviene de una variedad de fuentes (Giesbrecht et al., 2000):

- Producción casera de bebidas alcohólicas
- Producción y venta ilegales de bebidas alcohólicas
- Importación legal e ilegal de bebidas alcohólicas
- Otros tipos de producción y usos de bebidas alcohólicas, sin impuestos o que no son parte de las estadísticas oficiales de ventas y producción.

Para las estimaciones actuales sobre la carga de morbilidad atribuible al alcohol para el año 2002, tomamos los datos nacionales de consumo no registrado de la GAD. Para países en donde no existían estimaciones del consumo no registrado y existía la Encuesta Mundial de Salud (WHS) u otra encuesta representativa que indicara mayor consumo que el registrado, estimamos el consumo no registrado desde estas encuestas. Sin embargo, es obvio que uno de los principales propósitos de las encuestas GENACIS fue investigar el consumo total de alcohol (tanto registrado como no registrado) sistemáticamente, mediante encuestas.

Categorías de prevalencia

También se evaluó la prevalencia de diferentes categorías de volumen promedio de consumo de alcohol por edad y sexos mediante encuestas, aprovechando esencialmente la concentración de la distribución de la ingesta en estos subgrupos demográficos (Greenfield y Rogers, 1999). También se aplicaron los mismos criterios de selección de encuestas anteriormente especificados. Se utilizaron las categorías de ingesta definidas en la Tabla 1, construidas de forma tal que el riesgo de muchas enfermedades crónicas, como cánceres relacionados con el alcohol, fuera aproximadamente igual para hombres y mujeres en la misma categoría, (Rehm et al., 2003c; 2004). Estas categorías fueron utilizadas por primera vez como base para derivar fracciones atribuibles en el primer estudio australiano sobre los costos del abuso de sustancias (Consejo Nacional de Investigaciones Médicas y de Salud 1992; English et al., 1995); se han utilizado también en muchos estudios epidemiológicos y de costos de enfermedad y en los datos que se presentan en el presente reporte.

Patrones de consumo

Los patrones de consumo producen impacto sobre ciertas categorías de enfermedades, como enfermedad cardíaca isquémica o lesiones, independientemente del volumen consumido (Greenfield 2001; Rehm et al., 2003c; 2004; 2006b). Para cuan-

Tabla 1: Definición de las categorías de ingesta

Categorías de ingesta	Hombres	Mujeres
Abstemio o bebedor muy moderado	0 - < 0.25 g/día	0 - < 0.25g/día
Categoría de ingesta I	0.25 - < 40g/día	0.25-< 20g/día
Categoría de ingesta II	40 - < 60g/día	20 - < 40g/día
Categoría de ingesta III	60+ g/día	40+ g/día

Nota: Los límites de estas categorías se definen en gramos de alcohol puro por día. Para referencia, una botella de vino de mesa contiene unos 70 gramos de etanol; 0.25 g/día corresponde a algo menos que una copa de vino al mes.

tificar el impacto de los patrones de ingesta, se ha construido y validado una puntuación para el ECR del año 2000 (Rehm et al., 2001; 2003b; 2004). Ya se ha descrito detalladamente en otras partes la puntuación y sus algoritmos subyacentes (Rehm et al., 2003b, 2004). Comprende: cuatro aspectos distintos de ingesta intensa (alta cantidad usual de alcohol por ocasión, frecuencia de consumo festivo en fiestas o celebraciones comunitarias, proporciones de ocasiones de ingesta en las que los bebedores se embriagan, distribución de la misma cantidad de ingesta en menos ocasiones), no beber durante las comidas y beber en lugares públicos. Se descubrió que estos aspectos se cargan en una dimensión subyacente en un análisis de escala óptimo (Bijleveld et al., 1998). En varios análisis con diferentes metodologías, se descubrió que estaban relacionadas con la enfermedad cardíaca isquémica (Gmel et al., 2003; Rehm et al., 2004) y con diferentes formas de lesiones (Cherpitel et al., 2005; Rehm et al., 2004).

Se han evaluado las puntuaciones de los patrones mediante una metodología mixta de entrevistas claves a expertos y encuestas. Son parte de la GAD y actualmente se ha calculado una sola puntuación por país. La encuesta GENACIS utiliza esta misma metodología para crear patrones de ingesta a partir de los datos que evalúan los cuatro diferentes aspectos, agregados al nivel de país o de zona.

Datos que indican carga de morbilidad

En los presentes análisis se utilizaron medidas basadas tanto en eventos como en tiempos indicativos del estado de salud de la población. La mortalidad, medida en número de muertes, fue la medición de eventos; los años de vida perdidos (AVP) a causa de mortalidad prematura y la carga de morbilidad, medida en años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD), constituyeron las medidas de separación de tiempo (Murray et al., 2002; Rehm et al., 2004). La medición AVAD combina AVP con los años de vida perdidos por vivir con una discapacidad. Las estimaciones para la mortalidad y AVAD para los años 2002 y 2005 fueron obtenidas directamente por la sede central de la OMS (Dr. C. Mathers). Los AVAD y los AVP tuvieron un ajuste de 3% a la edad y se ponderaron a la edad, para poder ser comparados con el estudio de Carga Global de Morbilidad (CGM). Se obtuvieron datos de población de la división demográfica de las Naciones Unidas (ONU) (Naciones Unidas 2005). Los

grupos de edad utilizados fueron: 0-4 años, 5-14 años, 15-29 años, 30-44 años, 45-59 años, 60-69 años y +70 años.

Relación de la exposición al alcohol con los resultados de morbilidad y lesiones

Se descubrió que el consumo de alcohol está relacionado con las siguientes categorías CGM (para categorías CGM: Mathers et al., 2001; para la relación con el alcohol: Rehm et al., 2003c; 2004; Clinical Trials Research et al., 2002): condiciones que surgen durante el periodo perinatal (bajo peso al nacer); cánceres (cánceres bucales y orofaríngeos; cáncer esofágico, cánceres colónicos y rectales, cáncer hepático, cáncer de mama y otros neoplasmas); diabetes mellitus; trastornos neuropsiquiátricos (trastornos por el uso de alcohol, epilepsia); enfermedades cardiovasculares (enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad cardíaca isquémica); enfermedades cerebrovasculares (accidente cerebrovascular hemorrágico, accidente cerebrovascular isquémico); cirrosis hepática; lesiones no intencionales (accidentes de tránsito, envenenamientos, caídas, ahogamientos y otras); lesiones intencionales (lesiones auto-inflingidas, violencia y otras).

Estas categorías de enfermedad son las mismas que para ECR 2000, con una excepción: se añadió cáncer colorrectal. En otras palabras, todos los estudios de revisión en los años noventa e inicios de los 2000 concluyeron una relación causal entre alcohol y la respectiva categoría de enfermedad o lesión seleccionada (Rehm et al., 2003c), excepto para cáncer colorrectal, donde algunas evidencias son más recientes (Boffetta et al., 2006; Cho et al., 2004).

Relaciones de riesgo

La Tabla 2 da un panorama general de los riesgos relativos (RR) para las diferentes enfermedades, por categoría de ingesta.

Para la mayoría de las categorías de enfermedades crónicas, las fracciones de la enfermedad atribuibles al alcohol (FAA) fueron derivadas combinando la prevalencia de la exposición y las estimaciones de riesgo relativos a partir de meta-análisis (Cho et al., 2004; Corrao et al., 2000; English et al., 1995; Gutjahr et al., 2001; Rehm et al., 2004; Ridolfo et al., 2001); utilizando la siguiente fórmula (Walter, 1976; Walter, 1980):

$$AF = \frac{[\sum_{i=1}^k P_i(RR_i - 1)]}{[\sum_{i=0}^k P_i(RR_i - 1) + 1]}$$

Donde

i: Categoría de exposición con exposición basal o sin exposición i = 0

RR(i): riesgo relativo a nivel de exposición i, comparado con no consumo

P(i): prevalencia de la categoría i-ésima de exposición

Las FAA, tal como fueron derivadas de la fórmula anterior, pueden interpretarse como un reflejo de la proporción de la enfermedad que desaparecería si no hubiera consumo de alcohol.

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

Tabla 2: Riesgos relativos de enfermedades y lesiones atribuibles al alcohol por estrato de consumo (el grupo de referencia es “abstemios actuales”)

Enfermedad o condición	ICD-10	Código GBD	RR de Categoría de ingesta I	RR de Categoría de ingesta II	RR de Categoría de ingesta III	Fuentes y comentarios
Condiciones que surgen durante el periodo perinatal: bajo peso al nacimiento	P05-P07	U050	M/W 1.00	M/W 1.40	M/W 1.40	(Gutjahr et al. 2001; Rehm et al; 2004)
Cánceres bucales y orofaríngeo	C00-C14	U061	M/W 1.45	M/W 1.85	M/W 5.39	(Gutjahr et al. 2001)
Cáncer esofágico	C15	U062	M/W 1.80	M/W 2.38	M/W 4.36	(Gutjahr et al. 2001)
Cánceres colorrectales	C18-C21	U064	M/W 1.00	M 1.16 W 1.01	M 1.41 W 1.41	(Cho et al. 2004)
Cáncer hepático	C22	U065	M/W 1.45	M/W 3.03	M/W 3.60	(Gutjahr et al. 2001)
Cáncer de mama	C50	U069	<45 yrs W 1.15 45+ yrs W 1.14	<45 yrs W 1.41 45+ yrs W 1.38	<45 yrs W 1.46 45+ yrs W 1.62	(Ridolfo et al. 2001)
Otros neoplasmas	D00-D48	U078	M/W 1.10	M/W 1.30	M/W 1.70	(Rehm et al. 2004)
Diabetes mellitus (regiones A)	E10-E14	U079	M 0.99 W 0.92	M 0.57 W 0.87	M 0.73 W 1.13	(Gutjahr et al. 2001)
Diabetes mellitus (las demás regiones)	E10-E14	U079	M/W 1.00	M/W 1.0	M 1.00 W 1.13	(Gutjahr et al. 2001)
Trastornos de uso de alcohol	F10	U086	-	-	-	AF 100%
Trastornos depresivos unipolares*	F32-F33	U082				(Rehm et al; 2004)
Epilepsia	G40, G41	U085	M 1.23 W 1.34	M 7.52 W 7.22	M 6.83 W 7.52	(Gutjahr et al. 2001)
Enfermedad cardíaca hipertensiva	I10-I14	U106	M 1.33 W 1.15	M 2.04 W 1.53	M 2.91 W 2.19	(Corrao et al. 1999)
Enfermedad cardíaca isquémica*	I20-I25	U107	M/W 0.82	M/W 0.83	M 1.00 W 1.12	(Corrao et al. 2000); (Rehm et al; 2004)
Accidente cardiovascular hemorrágico (regiones A)	I60-I62	U108	M 1.12 W 0.74	M 1.40 W 1.04	M 1.54 W 1.94	(Reynolds et al. 2003)
Accidente cardiovascular hemorrágico (otras regiones)	I60-I62	U108	M 1.12 W 1.00	M 1.40 W 1.04	M 1.54 W 1.94	(Reynolds et al. 2003)
Accidente cardiovascular isquémico (regiones A)	I63	U108	M 0.94 W 0.66	M 1.13 W 0.84	M 1.19 W 1.53	(Reynolds et al. 2003)
Accidente cardiovascular isquémico (otras regiones)	I63	U108	M/W 1.00	M 1.13 W 1.00	M 1.19 W 1.53	(Reynolds et al. 2003)
Cirrosis hepática*	K74	U117	M/W 1.26	M/W 9.54	M/W 13.0	(Rehm et al; 2004)
Accidentes de tránsito*	^	U150	Para todas las categorías de lesiones (zona sombreada), el enfoque que supone que los RR específicos a los estratos de consumo son generalizables de un país a otro, fue utilizado únicamente como análisis de sensibilidad. Los análisis principales utilizaron fracciones atribuibles al alcohol específicas a la región, a partir de tanto el nivel de consumo como el patrón de ingesta (para derivación ver Rehm et al., 2004).			(Rehm et al; 2004)
Envenenamientos*	X40-X49	U151				(Rehm et al; 2004)
Caidas*	W00-W19	U152				(Rehm et al; 2004)
Ahogamientos*	W65-W74	U154				(Rehm et al; 2004)
Otras lesiones no intencionales*	Rest of V, W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y86, Y88, Y89	U155				(Rehm et al; 2004)
Lesiones autoinflingidas*	X60-X84, Y870	U157				(Rehm et al; 2004)
Violencia*	X85-Y09, Y871	U158				(Rehm et al; 2004)
Otras lesiones no intencionales*	Y35	U160				(Rehm et al; 2004)

RR – riesgo relativo

* Las FAA fueron tomadas de ECR para las regiones no A (a partir de análisis conjuntos transversales de series de tiempo)

&V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99. Para países con datos ICD-10 de cuatro dígitos, utilice: V01.1-V01.9, V02.1-V02.9, V03.1-V03.9, V04.1-V04.9, V06.1-V06.9, V09.2, V09.3, V10.4-V10.9, V11.4-V11.9, V12.3-V12.9, V13.3-V13.9, V14.3-V14.9, V15.4-V15.9, V16.4-V16.9, V17.4-V17.9, V18.4-V18.9, V19.4-V19.6, V20.3-V20.9, V21.3-V21.9, V22.3-V22.9, V23.3-V23.9, V24.3-V24.9, V25.3-V25.9, V26.3-V26.9, V27.3-V27.9, V28.3-V28.9, V29.4-V29.9, V30.4-V30.9, V31.4-V31.9, V32.4-V32.9, V33.4-V33.9, V34.4-V34.9, V35.4-V35.9, V36.4-V36.9, V37.4-V37.9, V38.4-V38.9, V39.4-V39.9, V40.4-V40.9, V41.4-V41.9, V42.4-V42.9, V43.4-V43.9, V44.4-V44.9, V45.4-V45.9, V46.4-V46.9, V47.4-V47.9, V48.4-V48.9, V49.4-V49.9, V50.4-V50.9, V51.4-V51.9, V52.4-V52.9, V53.4-V53.9, V54.4-V54.9, V55.4-V55.9, V56.4-V56.9, V57.4-V57.9, V58.4-V58.9, V59.4-V59.9, V60.4-V60.9, V61.4-V61.9, V62.4-V62.9, V63.4-V63.9, V64.4-V64.9, V65.4-V65.9, V66.4-V66.9, V67.4-V67.9, V68.4-V68.9, V69.4-V69.9, V70.4-V70.9, V71.4-V71.9, V72.4-V72.9, V73.4-V73.9, V74.4-V74.9, V75.4-V75.9, V76.4-V76.9, V77.4-V77.9, V78.4-V78.9, V79.4-V79.9, V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83.0-V83.3, V84.0-V84.3, V85.0-V85.3, V86.0-V86.3, V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, V99, Y850.

Para depresión y lesiones, las FAA fueron tomadas del estudio de Análisis de Riesgo Comparativo (ECR), (ver Rehm et al., 2004, para una descripción detallada de las suposiciones subyacentes y cálculos). No se estimaron los efectos protectores del consumo del alcohol sobre la enfermedad cardíaca isquémica, accidentes cardiovasculares y diabetes en todas las regiones no A, debido a la evidencia de que el patrón de ingesta para la mayor parte del consumo de alcohol no es protector en estas regiones (para mecanismos fisiológicos: McKee y Britton 1998; Puddey et al., 1999; Rehm et al., 2003d; para evidencia epidemiológica: Gmel et al., 2003; Rehm et al., 2004; en impresión). Por consiguiente, un riesgo relativo en regiones A de menos de 1 podría representar el efecto protector para accidentes cardiovasculares y diabetes; en regiones no A, se utilizó un riesgo relativo de 1. Para enfermedad cardíaca isquémica, se utilizaron los resultados de un análisis conjunto transversal de series de tiempo (Rehm et al., 2004). Los análisis de sensibilidad con supuestos sobre todos los efectos protectores completarán el reporte final.

Para estimar los subtipos de accidente cerebrovascular (isquémico o hemorrágico), utilizamos las proporciones de la región y las específicas a las edades de los subtipos de accidente cerebrovascular, para que se pudieran aplicar RR ponderados (CTR, 2002).

Resultados

Por País: 2005

En lo que se refiere al consumo de alcohol a nivel de cada país, hubo una amplia variación dentro y entre países, incluso en aquellos de la misma subregión. Las Tablas 3 y 4 presentan el resumen de dos variables de consumo de alcohol distintas en los países participantes. En la Tabla 3, podemos observar que, en general, la mayoría de los hombres y mujeres fueron clasificados como abstemios o bebedores moderados. También, en general, conforme aumentan las categorías de ingesta, los niveles de prevalencia disminuyen tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, en las exposiciones de hombres y mujeres se pueden apreciar diferencias de género específicas de cada país. En todos los países, exceptuando Canadá y Perú, la mayoría de las mujeres fueron abstemias. Los datos generales reportan índices de abstinencia de un máximo de aproximadamente 90% en Nicaragua a un mínimo de 27% en Canadá. En hombres, la mayoría fueron bebedores de categoría I, excepto en Nicaragua y Belice, donde aproximadamente la mitad de la población masculina de la encuesta fueron abstemios, con sólo 35% y 39% ubicados en la categoría I, respectivamente. En lo que se refiere a ingesta perjudicial y de riesgo, Brasil II (Muestra nacional) reportó la mayor prevalencia de consumo perjudicial en un cuarto de la población (25.8%) y la menor Perú (1.3%). Las mujeres brasileñas de la encuesta nacional (Brasil II) reportaron la mayor prevalencia (11.8%), aproximadamente diez veces mayor que el siguiente país, Canadá, (1.30%). La menor proporción de consumo perjudicial se reportó en Costa Rica (0.09%) y Perú (0.1%).

La prevalencia del consumo de categoría III entre hombres en Belice, Brasil I, Brasil II y Nicaragua fue mayor que la de sus connacionales en la categoría II en una

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

proporción de 2:1. Es interesante observar que en estos tres países los índices de abstinencia son también muy elevados (ocupan los primeros 5 lugares). En lo que se refiere a mujeres, tanto Nicaragua como Belice y particularmente Brasil, tenían las mayores prevalencias de abstinencia, pero también ocupaban los primeros lugares con respecto a las categorías de ingestas más nocivas (categoría II y III) entre todas las mujeres, especialmente en Brasil, donde reportaron niveles muy altos de consumo de riesgo y de consumo perjudicial, si se lo compara con otros 9 estudios. No obstante, Canadá tiene prevalencias relativamente elevadas en las 3 categorías de ingesta y baja abstinencia en hombres y mujeres. En este país, aunque la prevalencia de ingesta moderada es muy elevada, la prevalencia del consumo perjudicial y de riesgo es también muy elevada en comparación con los demás países y mucho más elevada que las cifras reportadas por la encuesta de Estados Unidos, aun cuando ambos están clasificados en la misma subregión (AMR A).

Tabla 3: Prevalencia de abstemios y categorías de consumo en los países participantes en hombres y mujeres.

	Grupo de edades	Abstemios <= 0.25 g/d		Cat 1 M: 0-40 g/d W: 0-20 g/d		Cat 2 M: 40-60 g/d W: 20-40 g/d		Cat 3 M: 60+ g/d W: 40+ g/d	
		M†	W†	M	W	M	W	M	W
Argentina	18-29	10.79	50.53	83.35	48.46	3.75	1.01	2.10	0
	30-44	13.73	61.67	70.71	36.78	6.81	1.51	8.74	0.04
	45-59	12.42	53.34	75.51	43.39	10.58	1.24	1.50	2.03
	60-69	19.59	51.95	68.43	47.69	7.31	0.36	4.67	0
	Total	12.80	55.06	76.59	43.12	6.56	1.20	4.05	0.63
Belice	18-29	45.88	77.82	44.29	19.38	3.52	2.25	6.31	0.55
	30-44	44.05	77.97	41.90	19.56	5.17	1.53	8.88	0.94
	45-59	51.24	84.15	37.93	13.89	2.27	0.98	8.56	0.99
	60-69	58.61	92.77	30.63	7.23	4.13	0	6.63	0
	70-79	73.85	97.72	25.36	2.28	0	0	0.79	0
	80+	89.76	93.86	10.24	6.14	0	0	0	0
	Total	49.63	81.28	39.52	16.56	3.60	1.46	7.26	0.7
Brasil (I)	18-29	39.61	66.70	50.51	31.63	4.41	1.50	5.48	0.17
	30-44	33.01	76.13	57.86	22.79	3.42	0.53	5.71	0.56
	45-59	47.43	78.73	45.64	20.16	2.70	1.11	4.23	0
	60-69	57.76	86.09	36.39	12.90	2.50	1.02	3.34	0
	70-79	73.95	95.31	23.35	4.69	0	0	2.71	0
	80+	95.79	95.53	4.21	4.47	0	0	0	0
	Total	42.71	76.13	49.05	22.69	3.31	0.69	4.93	0.24
Brasil (II)	18-29	27.12	41.86	30.40	20.02	11.76	18.86	30.71	19.25
	30-44	29.38	52.42	32.04	17.44	5.93	18.01	32.65	12.13
	45-59	34.82	64.12	41.25	17.59	8.17	11.55	15.77	6.75
	60-69	38.67	74.28	41.85	10.20	3.09	11.04	16.40	4.48
	70-79	56.89	78.08	30.75	15.10	3.20	5.31	9.16	1.51
	80+	79.15	95.38	17.13	4.62	0	0	3.72	0
	Total	32.01	55.50	34.13	17.31	8.01	15.39	25.84	11.79

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

	Grupo de edades	Abstemios <= 0.25 g/d		Cat 1 M: 0-40 g/d W: 0-20 g/d		Cat 2 M: 40-60 g/d W: 20-40 g/d		Cat 3 M: 60+ g/d W: 40+ g/d	
		M†	W†	M	W	M	W	M	W
Canadá	18-29	12.83	20.11	75.81	70.75	4.50	6.83	6.86	2.32
	30-44	14.58	22.69	78.70	71.41	4.14	4.75	2.58	1.14
	45-59	21.76	26.00	71.29	68.04	4.21	4.70	2.74	1.27
	60-69	24.90	36.34	66.35	58.69	5.79	4.37	2.96	0.60
	70-79	38.55	48.66	54.30	47.22	5.18	3.13	1.96	0.98
	Total	18.93	26.82	73.12	66.95	4.49	4.92	3.47	1.30
Costa Rica	18-29	28.71	61.41	63.69	36.31	5.05	2.00	2.54	0.29
	30-44	49.75	70.16	47.67	27.74	0.51	2.10	2.06	0
	45-59	48.78	72.93	49.35	26.63	1.87	0.44	0	0
	60-69	60.16	92.00	36.51	8.00	0	0	3.33	0
	70-79	56.59	88.89	39.01	11.11	4.4	0	0	0
	80+	50.00	77.51	50.00	22.49	0	0	0	0
Total	43.59	70.17	52.17	28.28	2.48	1.45	1.75	0.09	
EE.UU. (II)	18-29	30.38	48.96	66.11	48.90	2.92	1.75	0.59	0.39
	30-44	28.91	49.62	65.14	47.16	3.25	2.69	2.70	0.53
	45-59	33.51	60.15	62.47	36.11	1.56	3.56	2.47	0.17
	60-69	44.22	67.79	52.51	30.37	0.21	1.75	3.06	0.10
	70-79	45.73	69.82	51.85	26.79	1.75	3.39	0.67	0
	80+	59.94	76.55	40.06	21.27	0	2.18	0	0
Total	33.80	56.50	61.91	40.55	2.31	2.63	1.99	0.31	
Méjico	18-29	29.32	76.01	66.06	22.87	2.26	0.89	2.66	0.23
	30-44	24.51	74.15	70.53	24.65	2.34	0.52	2.63	0.68
	45-59	32.92	76.04	60.83	23.39	1.87	0.51	4.37	0.15
	60-69	46.87	84.91	49.69	14.38	0.97	0	2.46	0.71
	Total	29.00	75.66	65.87	23.29	2.15	0.64	2.98	0.41
Nicaragua	18-29	47.37	86.88	42.51	11.24	2.43	0.51	7.69	1.36
	30-44	57.75	89.61	37.43	9.80	2.14	0.20	2.67	0.39
	45-59	63.70	93.83	27.41	5.76	5.19	0.41	3.70	0
	60-69	86.67	95.52	13.33	4.48	0	0	0	0
	70-79	88.89	100.0	11.11	0	0	0	0	0
	80+	66.67	--	33.33	--	0	--	0	--
Total	56.84	89.55	35.67	9.39	2.77	0.35	4.72	0.71	
Perú	18-29	16.22	43.06	80.74	56.60	0.72	0.34	2.32	0
	30-44	15.19	44.65	84.06	55.33	0.71	0.02	0.04	0
	45-59	22.52	45.89	76.17	53.24	0	0.47	1.32	0.4
	60-69	44.18	48.55	55.82	51.45	0	0	0	0
	Total	19.78	44.70	78.60	54.96	0.51	0.23	1.12	0.1
Uruguay	18-29	15.83	45.45	73.33	47.27	6.67	5.45	4.17	1.82
	30-44	25.66	56.82	68.14	42.05	3.54	1.14	2.65	0
	45-59	30.48	64.53	60.95	33.99	2.86	0.99	5.71	0.49
	60-69	42.11	68.75	55.26	28.75	0	2.50	2.63	0
	Total	25.53	57.85	66.49	39.10	3.99	2.40	3.99	0.64

Fuente: Encuestas nacionales GENACIS
† M=Hombres, W=Mujeres

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

La Tabla 4 muestra el volumen medio de ingesta en cada uno de los 10 países participantes. En general, la Tabla 4 demuestra que los hombres beben más que las mujeres en una escala de aproximadamente 2 a 10 veces más. Sin embargo, en general, entre hombres y mujeres, Brasil II sobresalió con un consumo medio 4 veces mayor que el consumo medio más alto para mujeres en Nicaragua. Sin embargo, en relación con otros países, Canadá, Belice y Brasil I también presentan un mayor consumo medio de alcohol en mujeres. Es inmediatamente obvio lo que diferencia a estos 4 países en términos de consumo medio de alcohol: las cohortes de edades más jóvenes. Los adultos jóvenes de menos de 44 años de edad (y especialmente los de 18 a 29 años) dan cuenta de un consumo de alcohol diario muy elevado, en comparación con las cohortes de mayor edad en cada uno de los países que ocupan los primeros lugares. En comparación con los demás países, sus poblaciones más jóvenes no reportan beber tanto alcohol. Entre hombres, Brasil llama particularmente la atención con un volumen de consumo medio diario de alcohol de entre 48 y 73 gramos para la población masculina menor de 70 años de edad (aproximadamente entre 2-3 tragos por día). En este país, los hombres reportan un consumo entre 2-3 veces mayor que los de otros países. Entre mujeres, las nicaragüenses de 18 a 29 años de edad reportaron niveles de consumo medio diario que estaban a la par de los hombres de otros países (con la excepción de Brasil II), lo cual es especialmente sorprendente, dado el alto índice de abstinencia que se observa en la Tabla 3 (86.9%). Sin embargo, como veremos en la Tabla 9, la forma en que las cohortes más jóvenes consumen alcohol es distinta de las cohortes de mayor edad y, tomando en consideración los previos análisis de mortalidad y morbilidad, refleja el tipo de daño atribuible al alcohol experimentado por estos grupos.

Tabla 4: Volumen medio de consumo de alcohol en gramos diarios entre bebedores, hombres y mujeres, de los países participantes

	Grupo de edades	M†		W†	
		N	Media	N	Media
Argentina	18-29	133	12.98	150	2.12
	30-44	139	15.63	200	1.95
	45-59	94	14.02	183	2.90
	60-69	36	16.47	65	2.90
	Total		14.45		2.39
Belice	18-29	587	26.22	687	8.41
	30-44	643	35.07	725	9.12
	45-59	409	33.53	398	8.88
	60-69	143	31.13	151	1.29
	70-79	104	7.35	81	0.68
	80+	25	5.70	32	1.50
	Total		29.83		7.82
Brasil (I)	18-29	174	19.70	129	4.96
	30-44	180	18.88	124	4.08
	45-59	92	21.25	78	4.13
	60-69	47	18.07	27	2.97
	70-79	17	10.90	7	1.34
	80+	1	13.40	2	1.49
	Total		19.24		4.25
Brasil (II)	18-29	215	73.52	227	42.78
	30-44	204	68.87	219	36.09
	45-59	130	58.00	108	29.85
	60-69	58	48.45	28	31.79
	70-79	20	47.72	14	22.73
	80+	3	31.28	2	12.00
	Total		66.15		37.13

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

	Grupo de edades	M†		W†		
		N	Media	N	Media	
Canadá	18-29	978	20.89	1017	8.91	
	30-44	1650	14.10	1988	6.53	
	45-59	1348	15.37	1720	6.55	
	60-69	529	16.02	643	5.71	
	70-79	201	14.68	305	6.18	
	Total			16.12		6.85
Costa Rica	18-29	153	10.33	250	2.05	
	30-44	121	6.95	299	1.34	
	45-59	90	4.21	195	0.92	
	60-69	29	4.48	56	0.17	
	70-79	21	6.94	45	0.66	
	80+	2	0.14	12	0.71	
	Total			7.39		1.33
EE.UU. (II)	18-29	396	11.53	346	4.25	
	30-44	588	12.84	547	4.53	
	45-59	334	11.18	254	3.70	
	60-69	105	10.59	89	4.86	
	70-79	58	10.79	57	5.08	
	80+	18	5.78	17	5.27	
	Total			11.80		4.35
Méjico	18-29	909	9.72	1254	1.08	
	30-44	813	10.93	1229	1.41	
	45-59	452	10.68	591	0.82	
	60-69	107	9.39	137	0.55	
	Total			10.33		1.14
	Nicaragua	18-29	247	32.72	587	17.50
30-44		187	22.14	510	8.31	
45-59		135	24.43	243	3.35	
60-69		30	10.68	67	0.71	
70-79		9	15.59	9	.	
80+		6	4.30	N/A		
Total				26.07		10.93
Perú	18-29	208	9.84	335	1.48	
	30-44	181	3.62	410	1.31	
	45-59	87	4.96	222	2.15	
	60-69	40	3.23	48	2.00	
	Total			6.32		1.58
Uruguay	18-29	120	15.64	165	5.48	
	30-44	113	11.21	176	2.05	
	45-59	105	19.46	203	2.61	
	60-69	38	10.53	80	1.78	
	Total			14.86		3.10

Fuente: Encuestas nacionales GENACIS
 † M=Hombres, W=Mujeres

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

El consumo excesivo ocasional o consumo episódico intenso (binge drinking, en inglés), se define como tener por lo menos un episodio de consumo en el pasado año de 5 o más bebidas en una sola sesión. Este tipo de perfil de consumo está asociado con un mayor riesgo de resultados agudos (lesiones) y crónicos (cirrosis hepática). La Tabla 5 muestra el resumen del consumo excesivo ocasional en los 10 países participantes. En general, los hombres reportan prevalencias de consumo episódico intenso entre 2 y 5 veces mayor que las mujeres, con la excepción de Brasil II donde la prevalencia en mujeres es apenas dos tercios de la de los hombres. Brasil reporta la mayor prevalencia de consumo excesivo ocasional en general y para ambos géneros en un poco más de la mitad de la población (57.40%), con más de dos tercios (65.52%) de los hombres y casi la mitad de las mujeres (46.32) reportando por lo menos un episodio de consumo excesivo circunstancial el año anterior. A Brasil lo sigue de cerca Canadá que reporta una prevalencia general de (48.26%), con los hombres en el 63.45% y las mujeres con una prevalencia de 36.7%. También cabe hacer notar que entre los canadienses de 18 a 29 años de edad, el 83.9% de los hombres y 64.7% de las mujeres reportaron consumos excesivos ocasionales en el pasado año, siendo ambas cifras mayores que las de las contrapartes brasileñas respectivamente. Esta tendencia en cuanto a las edades se da en la mayoría de los países. Incluso en los países que reportan una baja prevalencia general de consumo episódico intenso, los hombres de 18 a 29 años de edad tienen índices de prevalencia de aproximadamente 50%. También entre mujeres, las de 18 a 29 años de edad reportan prevalencias más elevadas y en la mayoría de los casos aproximadamente dos veces mayores que el general para las mujeres.

La menor ingesta intensa reportada aparece en Nicaragua con 16.8%, en general, seguida de cerca por Uruguay con 18.40%, aunque los hombres (y las mujeres en Perú), en las cohortes más jóvenes, reportaron proporciones similares a las que se aprecian en otros países. Por último, es interesante observar que las mujeres de 18 a 29 años de edad en los Estados Unidos reportan la segunda proporción más elevada de bebedores episódicos intensos, junto con Canadá, aún cuando los hombres de ese país no reportaron de igual manera prevalencias relativamente elevadas.

Tabla 5: Prevalencia del consumo excesivo ocasional en los países participantes, en hombres y mujeres.

	General (%)	Grupos de edades	M† (%)	W† (%)
Argentina	30.07	18-29	61.90	16.68
		30-44	65.92	7.72
		45-59	44.11	5.85
		60-69	26.15	3.58
		Total	55.52	9.62
Belice	22.86	18-29	42.46	10.70
		30-44	43.11	11.26
		45-59	36.52	6.93
		60-69	29.49	1.31
		70-79	11.61	0
		80+	10.24	0
		Total	38.17	8.86
Brasil (I)	28.45	18-29	45.59	20.30
		30-44	39.06	8.68
		45-59	35.12	9.13
		60-69	21.14	0
		70-79	23.59**	0
		80 +	0	0
		Total	39.12	12.45

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

	General (%)	Grupos de edades	M† (%)	W† (%)
Brasil (II)	57.40	18-29	71.83	58.08
		30-44	72.75	44.19
		45-59	51.26	35.89
		60-69	55.93	23.80
		70-79	33.10	20.92
		80 +	12.43	0
		Total	65.52	46.32
Canadá	48.26	18-29	83.88	64.66
		30-44	68.41	34.51
		45-59	55.99	30.59
		60-69	42.83	11.76
		70-79	28.67	7.29
		Total	63.45	36.65
		Costa Rica	22.51	18-29
30-44	32.72			11.37
45-59	24.85			4.46
60-69	16.40			1.58
70-79	21.98			0
80+	0			0
Total	33.98			11.29
EE.UU. (II)	26.93	18-29	52.42	30.81
		30-44	48.89	22.44
		45-59	29.63	9.57
		60-69	13.16	4.75
		70-79	10.81	2.55
		80+	3.17	0
		Total	37.87	16.80
Méjico	28.54	18-29	56.20	8.86
		30-44	64.59	10.10
		45-59	49.26	8.57
		60-69	37.10	4.48
		Total	56.60	9.04
Nicaragua	16.8	18-29	49.80	9.03
		30-44	39.57	6.27
		45-59	32.59	2.88
		60-69	13.33	2.99
		70-79	11.11	0
		80+	16.67	--
		Total	40.23	6.64
Perú	37.2	18-29	64.90	25.66
		30-44	64.70	26.56
		45-59	52.42	26.74
		60-69	30.00	22.49
		Total	59.06	26.11
Uruguay	18.40	18-29	52.50	20.00
		30-44	35.40	3.41
		45-59	26.67	2.46
		60-69	18.42	2.50
		Total	36.70	7.37

Fuente: Encuestas nacionales GENACIS

† M=Hombres, W=Mujeres

Nota: Se determinó al consumo excesivo ocasional como por lo menos un episodio de consumo de al menos 5 bebidas en una sola sesión durante el último año

** 3 individuos de un total de 14 bebedores

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

En la Tabla 6, el análisis muestra dos ejemplos de cómo se pueden utilizar los datos multicéntricos para estimar los daños relacionados con el alcohol (en este caso pelear mientras se bebe y lesiones debido al consumo propio o ajeno). Las mayores prevalencias de peleas al beber se reportaron en Brasil II, Estados Unidos, Nicaragua y Costa Rica. En los grupos de edades de menos de 60 años, entre el 20% y 30% de los hombres reportaron peleas, y entre el 5% y 15% de las mujeres en los mismos grupos etarios reportaron peleas mientras bebían, con la excepción de Brasil donde los índices reportados aproximadamente se duplican (y en algunos casos son aún mayores). No es sorprendente que las prevalencias de lesiones relacionadas con el consumo propio o ajeno fueran también más altas en general en estos 4 países, con Brasil II liderando el camino. Cabe hacerse notar que las peleas y lesiones relacionadas con alcohol afectan desproporcionadamente a las cohortes más jóvenes (especialmente de 18 a 29 años). Puesto que ambos son resultados agudos de la ingesta, no es sorprendente que los afectados sean los jóvenes, dado su mayor volumen de consumo en general y la prevalencia de ingesta episódica intensa, en los mismos países que reportaron una alta prevalencia de peleas y lesiones (Estados Unidos, Nicaragua, Costa Rica).

Tabla 6: Prevalencia de peleas mientras se bebe y lesiones (a sí mismo o a otra persona) como resultado de la bebida, en los últimos 12 meses, en bebedores de los países participantes por edad y sexo. *

	Grupo de edades	M†		W†	
		Peleas al beber (%)	Lesionado alguna vez como resultado de beber (%)	Peleas al beber (%)	Lesionado alguna vez como resultado de beber (%)
Argentina	18-29	13.17	14.51	3.15	0.58
	30-44	8.62	9.00	0	0
	45-59	3.10	3.88	2.52	2.52
	60-69	0	0	0	0
Belice	18-29	11.94	5.75	1.31	1.38
	30-44	5.14	2.59	4.43	0.57
	45-59	7.22	1.60	0	0
	60-69	5.36	0	0	0
	70-79	0	0	0	0
	80+	33.33	0	0	0
Brasil I	18-29	7.81	4.48	2.16	0
	30-44	4.72	2.06	0.44	0.04
	45-59	1.05	0.53	0.75	0
	60-69	1.77	0	0	0
	70-79	0	0	0	0
	80 +	0	0	0	0
Brasil II	18-29	20.01	5.86	8.84	2.50
	30-44	16.97	2.57	3.25	0.99
	45-59	12.15	2.22	4.64	0
	60-69	10.58	3.17	0	0
	70-79	0	0	0	0
	80 +	0	0	0	0

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

	Grupo de edades	M†		W†	
		Peleas al beber (%)	Lesionado alguna vez como resultado de beber (%)	Peleas al beber (%)	Lesionado alguna vez como resultado de beber (%)
Canadá	18-29	13.06	10.46	4.01	5.41
	30-44	3.36	7.40	0.94	2.64
	45-59	1.65	3.76	0.22	1.51
	60-69	0.37	4.46	0.30	1.42
	70-79	0	0.63	0	0.27
Costa Rica	18-29	34.16	10.80	10.07	3.36
	30-44	14.07	3.70	3.92	2.40
	45-59	18.32	6.67	4.41	1.09
	60-69	20.08	0	0	9.02
	70-79	30.10	0	0	0
	80+	0	0	0	0
EE.UU.	18-29	24.33	10.77	14.82	1.49
	30-44	29.33	16.99	9.96	3.33
	45-59	20.21	6.80	6.85	2.86
	60-69	2.79	1.49	2.09	0.80
	70-79	10.51	0	0.91	0.98
	80+	2.64	1.54	0	0
Méjico	18-29	6.03	6.32	0.85	0.56
	30-44	6.63	8.38	0.39	0.65
	45-59	3.52	6.53	0	0.84
	60-69	4.41	8.02	0	0
Nicaragua	18-29	35.80	9.88	25.00	9.38
	30-44	20.00	20.00	6.67	0
	45-59	10.71	14.29	0	0
	60-69	0	0	--	--
	70-79	--	--	--	--
	80+	--	--	--	--
Perú	18-29	10.20	18.82	1.33	39.43
	30-44	4.77	16.17	1.14	40.47
	45-59	3.69	22.42	0.93	43.05
	60-69	5.46	47.23	0	48.55
Uruguay	18-29	8.33	6.48	1.68	0.84
	30-44	2.25	2.25	0	0.83
	45-59	2.38	2.38	1.00	0
	60-69	4.17	0	0	0

Fuente: Encuestas nacionales GENACIS

† M=Hombres, W=Mujeres

Nota: Se determinó el consumo excesivo ocasional como por lo menos un episodio de consumo de al menos 5 bebidas en una sola sesión durante el último año
No se encuestó Méjico

Otros análisis potenciales utilizando los datos multicéntricos

La base de datos multicéntrica es una fuente potencialmente rica para comparaciones intranacionales de factores individuales relacionados con el uso de alcohol o con resultados asociados con el alcohol, como la violencia, ciertos resultados de salud, abuso de otras sustancias y contextos de consumo específicos de cada país. Se anticipa que esta fuente de datos será utilizada para construir modelos regresivos que permitirán la formación de modelos predictivos, con lo que se obtendrán intervenciones específicas en cada país y a nivel regional. Al combinar la información a nivel nacional sobre la forma en que bebe la gente, podría ser posible anticipar mejor los riesgos potenciales para la salud, con lo que se correlacionaría la información de las encuestas con los estudios de carga de morbilidad en la misma zona.

Perfil regional: 2002

En la Tabla 7 se presentan datos selectos de exposición, representativos del nivel regional y nacional. Se eligieron uno o dos países con mayor población adulta como característicos de la región, para dar un indicio de la influencia de ese país sobre los promedios regionales y para realizar comparaciones. Todos los datos promedios regionales fueron ponderados con respecto a la población adulta para reflejar la población que consume alcohol.

Tabla 7: Características del consumo de alcohol en la región de las Américas OMS (AMR) en 2002, de cada país participante en el estudio multicéntrico, según la subregión

Región OMS	Población adulta *	Porcentaje de abstemios		Consumo de alcohol †	Consumo no registrado	Valor del patrón	Bebida más consumida registrada
		M	W				
AMR A	262,651	32	52	9.4	1.1	2.0	Cerveza (59%)
Canadá	25,838	18	26	8.5	2.0	2	Cerveza
Estados Unidos de Norteamérica	228,220	37	54	9.6	1.0	2	Cerveza
AMR B	311,514	18	39	8.4	2.6	3.1	Cerveza (59%)
Argentina	28052440	9	26	8.6	1.0	2	Vino
Belice	158720	24	44	6.8	2.0	4	Cerveza
Brasil	127,411	13	31	8.8	3.0	3	Cerveza
Costa Rica	2921100	33	66	5.9	2.0	3	Licores
Méjico	69,336	35	64	7.7	3.0	4	Cerveza
Uruguay	2595400	25	43	7.8	2.0	3	Vino
AMR D	46,049	32	51	7.4	4.0	3.1	Licores y Cerveza (50% each)
Nicaragua	3170280	9	38	2.6	1.0	4	Licores
Perú	17,761	20	27	9.9	5.9	3	Cerveza
Región americana OMS	620,213	25	45	8.7	2.1	2.6	Cerveza (58%)
Mundo	4,388,297	45	66	6.2	1.7	2.6	Licores (55%)

*Cifras en miles

† Consumo per capita en adultos (edad 15+) para 2002 en litros de alcohol puro, derivado como promedio de consumos anuales de 2001 a 2003, incluyendo consumo no registrado. Las cifras pueden derivarse de FAO, World Drink Trends o de la Base de Datos Global sobre Alcohol de la OMS, dependiendo de la disponibilidad y exactitud.

En general, una mejor situación económica en las Américas se da en paralelo con incrementos en el consumo de alcohol. El mayor consumo medio fue registrado en la región AMR A, seguida por AMR B y D. Sin embargo, el consumo no registrado presenta una tendencia opuesta, donde AMR D reporta el mayor consumo de alcohol no registrado y AMR A reporta el menor.

No obstante, para la carga de morbilidad atribuible también es importante considerar la puntuación del valor de los patrones. Esta escala de cuatro puntos refleja

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

cómo bebe la gente, en vez de cuánto y es sumamente importante para determinar los daños atribuibles al alcohol. Una puntuación de 1 caracteriza un comportamiento de ingesta menos nocivo (consumo moderado durante las comidas, sin ingesta intensa irregular), en tanto que una puntuación de 4 (mayor nivel de ingesta intensa irregular) caracteriza al consumo de alcohol más perjudicial para la salud. AMR A tuvo el patrón de menor valor medio en la región americana (2.00), seguida por AMR B y D, que fueron aproximadamente iguales, con poco más de 3. Esto confirma las previas investigaciones, que demuestran que los patrones de ingesta son peores (puntuaciones de 3 y 4) para los países en vías de desarrollo, como los centroamericanos, en tanto que los países norteamericanos y del Caribe tienden a tener patrones menos nocivos de consumo con puntuaciones de aproximadamente 2 (Rehm et al., 2004).

Tanto la puntuación de los patrones, como el consumo de alcohol no registrado, juegan un papel significativo en la determinación de la mortalidad y carga de morbilidad atribuible al alcohol, lo cual se confirmará en las siguientes tablas. También cabe hacer notar que tanto AMR A como AMR B fueron culturas predominantemente cerveceras, en tanto que AMR D consumió licores y cerveza en cantidades aproximadamente iguales. Los países más poblados de cada región son interesantes en términos de su efecto sobre los valores medios para la Subregión y Región, específicamente para AMR B y AMR D (puesto que AMR A -en específico EE.UU- empuja gran parte del promedio para la Región de las Américas en general). De manera atípica, Méjico tiene índices de abstinencia muy elevados para AMR B, por lo tanto, tiene menor consumo per cápita que AMR B y que toda la Región Americana. Sin embargo, el valor de patrones refleja un patrón perjudicial de ingesta entre aquellos que beben. Ocurre lo opuesto para Perú, donde números de abstemios atípicamente bajos elevan los valores de consumo de alcohol per capita. Esto, combinado con un patrón de ingesta nocivo, tiene como resultado altos índices de daños relacionados con el alcohol en estas regiones, como lo ilustran las siguientes tablas.

Es interesante hacer notar la forma en que ciertos patrones de consumo de alcohol pueden manifestarse a través de algunos resultados relacionados con el alcohol, a nivel individual de cada país. El resto del presente reporte resume la carga de morbilidad general, a nivel regional y subregional de la OMS, en lo que se refiere a la carga de morbilidad atribuible al alcohol.

Mortalidad atribuible al alcohol a nivel regional y subregional

La Tabla 8 muestra la mortalidad atribuible al alcohol en cada una de las tres subregiones de las Américas y sus porcentajes relativos comparados con la mortalidad total en la subregión. El consumo de alcohol causó un considerable número de muertes en el año 2002 en las Américas: el 8.7% de todas las muertes en hombres y el 1.7% de muertes en mujeres fueron atribuibles al alcohol. Por consiguiente, la tasa de mortalidad causada por el alcohol fue considerablemente mayor que en el resto del mundo, aunque hubo una considerable variación entre las distintas subregiones. AMR B reportó los mayores números relativos de muertes atribuibles

al alcohol, con 13.9% y 3.1% de todas las muertes en hombres y mujeres, respectivamente, seguida por AMR D y finalmente por AMR A, que reportó los menores números relativos de muertes atribuibles al alcohol. Las principales categorías de morbilidad que presentaron la mayor cantidad de muertes atribuibles al alcohol fueron: lesiones no- intencionales (aproximadamente 93,000), lesiones intencionales (70,000) y cirrosis hepática (64,000). En estas tres categorías, los hombres presentaron una abrumadora mayoría de muertes, lo cual fue verdad para todas las categorías de morbilidad en todas las subregiones (85.6% para hombres, 14.4% para mujeres).

Sin embargo, hubo algunas diferencias importantes entre subregiones. La más notable es la relación entre alcohol y enfermedades cardiovasculares en AMR A que no se apreció en otras regiones o categorías. Esto se debió a que el efecto preventivo del consumo de alcohol fue presentado únicamente en esta Región, basado en la puntuación de patrones más favorables. Esto causó un efecto neto para mujeres en AMR A de un total de sólo 6,000 muertes atribuibles al alcohol. Entre hombres, la gran cantidad de muertes en las categorías de lesiones, cirrosis y cáncer superaron las muertes prevenidas en las enfermedades cardiovasculares.

Años de vida perdidos (AVP) atribuibles al alcohol

La Tabla 9 presenta los resultados de años de vida perdidos (AVP) atribuibles al alcohol en las Américas en 2002. Muchas de las mismas tendencias siguieron siendo ciertas

Tabla 8: Muertes* atribuibles al consumo de alcohol en la región de las Américas OMS (AMR) en 2002

Categoría de enfermedad	AMR A		AMR B		AMR D		AMR Total				Mundo			
	no.		no.		no.		no.		%		no.		%	
	M†	W†	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
Condiciones maternas y perinatales (bajo peso al nacimiento)	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.2	1	1	0.1	0.4
Cáncer	15	9	13	8	1	1	30	19	10.7	40.1	361	105	19.7	36.7
Diabetes melitus	-4	-1	0	0	0	0	-4	-1	-1.3	-2.0	-8	-4	-0.4	-1.3
Trastornos neuropsiquiátricos	7	2	15	2	2	0	24	5	8.8	9.8	106	25	5.7	8.6
Enfermedades cardiovasculares	-17	-19	45	10	3	1	31	-8	11.1	-17.4	361	-53	19.7	-18.4
Cirrosis hepática	15	6	31	7	4	1	50	14	18.3	30.7	293	77	16.0	26.7
Lesiones no intencionadas	20	6	53	6	7	1	80	13	29.0	27.0	501	96	27.3	33.3
Lesiones intencionadas	7	2	54	3	3	0	65	5	23.4	11.7	220	40	12.0	14.1
Total de muertes atribuibles al alcohol	44	6	211	36	21	4	276	47	100.0	100.0	1,836	287	100.0	100.0
Total de muertes	1,363	1,356	1,514	1,186	293	248	3,170	2,791			29,891	27,138		
Porcentaje de muertes atribuibles al alcohol	3.2	0.4	13.9	3.1	7.3	1.7	8.7	1.7			6.1	1.1		

*Números redondeados en el millar más cercano. Cero (0) indica menos de 500 muertes atribuibles al alcohol en la categoría de enfermedad
 † M=Hombres, W=Mujeres

Fuente: cálculos propios basados en las estadísticas de mortalidad OMS

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

para hombres y mujeres, como se pudo apreciar a través de las muertes atribuibles al alcohol. Los hombres representaron la mayoría de los AVP, con un 86.6% de todos los AVP, y las mujeres representaron el 13.4%. En las tres Subregiones, las lesiones representaron una gran proporción del total de AVP (66.3% en hombres, 44.5% entre mujeres), seguidas por cirrosis hepática y trastornos neuropsiquiátricos.

Entre subregiones, AMR A y AMR D presentaron AVP relativos comparables para la región, aunque AMR B presentó números relativos más elevados de AVP, tanto para hombres como para mujeres. Las principales diferencias apreciadas en AMR A y B son las categorías de lesiones, enfermedades cardiovasculares (efecto protector en AMR A, no presentado en AMR B) y cirrosis hepática entre hombres, donde AMR B tiene cifras relativas mucho mayores que AMR A. También cabe hacer notar en esta tabla el efecto protector del alcohol respecto a la diabetes en términos de AVP. Comparando globalmente los AVP relativos atribuidos al alcohol, AMR A y D presentan prevalencias comparables, en tanto que AMR B representó el triple del promedio global para hombres y mujeres.

Años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol

La Tabla 10 muestra los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol en las Américas en 2002. La mayor diferencia que se aprecia en esta tabla es la alta carga de morbilidad atribuible al alcohol debido a trastornos neuropsiquiátricos

Tabla 9: Años de vida perdidos (AVP)* atribuibles al consumo de alcohol en la región de las Américas OMS (AMR) en 2002

Categoría de enfermedad	AMR A		AMR B		AMR D		AMR Total				Mundo			
	no.		no.		no.		no.		%		no.		%	
	M†	W†	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
Condiciones maternas y perinatales (bajo peso al nacimiento)	1	1	3	2	0	0	4	3	0.1	0.3	47	37	0.1	0.6
Cáncer	169	110	161	112	13	12	343	234	6.1	26.8	4,510	1,368	13.9	24.3
Diabetes melitus	-39	-13	0	5	0	0	-39	-8	-0.7	-0.9	-85	-30	-0.3	-0.5
Trastornos neuropsiquiátricos	114	35	274	42	46	9	434	85	7.7	9.8	2,005	484	6.2	8.6
Enfermedades cardiovasculares	-145	-156	472	110	37	11	364	-35	6.5	-4.0	4,223	-250	13.0	-4.4
Cirrosis hepática	211	88	506	101	70	15	787	205	14.0	23.5	4,403	1,118	13.5	19.9
Lesiones no intencionales	449	103	1325	126	170	17	1944	245	34.6	28.2	11,910	1,963	36.6	34.9
Lesiones intencionales	187	43	1510	93	82	6	1779	143	31.7	16.4	5,540	934	17.0	16.6
Todos los AVP atribuibles a alcohol	947	210	4,250	591	419	70	5,616	871	100.0	100.0	32,553	5,625	100.0	100.0
Todos los AVP	11,468	8,478	22,977	14,375	5,410	4,378	39,855	27,232			496,059	426,418		
Porcentaje de todos los AVP atribuibles al alcohol	8.3	2.5	18.5	4.1	7.7	1.6	14.1	3.2			6.6	1.3		

*Números redondeados en el millar más cercano. Cero (0) indica menos de 500 AVP atribuibles al alcohol en la categoría de enfermedad.

† M=Hombres, W=Mujeres

Fuente: cálculos propios basados en las estadísticas de mortalidad OMS

en las tres subregiones. La carga de morbilidad neuropsiquiátrica atribuible al alcohol fue el mayor factor de contribución de AVAD en hombres y mujeres en las tres Subregiones, que representan aproximadamente la misma carga de morbilidad que ambas categorías de lesiones combinadas. Se aprecian tendencias similares para los demás indicadores de carga de morbilidad con respecto a las diferencias entre géneros (82.4% para hombres, 17.6% para mujeres), el efecto protector del alcohol contra la carga de morbilidad cardiovascular y la alta carga a causa de la categoría de las lesiones.

La Subregión que reporta la menor carga de morbilidad relativa atribuible al alcohol no es AMR A, como en las previas estimaciones, sino AMR D, donde, tanto en hombres como en mujeres, el alcohol representó un tercio de los AVAD con respecto a AMR A y aproximadamente la mitad que AMR B. Sin embargo, las tres Regiones tuvieron estimaciones considerablemente más elevadas de carga de morbilidad comparada con las estimaciones globales de 7.1% y 1.4%, respectivamente para hombres y mujeres. En total, la carga de morbilidad atribuible al alcohol en la Región Americana es proporcionalmente más del doble de las estimaciones globales.

Discusión

Antes de discutir las implicancias de esta descripción general de los datos generales y sus relaciones con la mortalidad y morbilidad en las Américas, es importante

Tabla 10: Años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD)* atribuibles al consumo de alcohol en la región de las Américas OMS (AMR) en 2002

Categoría de enfermedad	AMR A		AMR B		AMR D		AMR Total				Mundo			
	no.		no.		no.		no.		%		no.		%	
	M†	W†	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
Condiciones maternas y perinatales (bajo peso al nacimiento)	1	1	3	3	1	0	5	4	0.0	0.2	52	42	0.1	0.4
Cáncer	179	135	164	118	13	12	357	264	3.0	10.3	4,593	1,460	8.4	14.6
Diabetes melitus	-90	-29	0	8	0	0	-90	-21	-0.8	-0.8	-225	-66	-0.4	-0.7
Trastornos neuropsiquiátricos	2189	663	3156	837	323	84	5667	1584	47.1	61.7	19,393	3,722	35.3	37.2
Enfermedades cardiovasculares	-131	-188	530	129	41	12	440	-48	3.7	-1.8	4,877	-318	8.9	-3.2
Cirrosis hepática	256	113	629	136	91	21	976	269	8.1	10.5	5,415	1,468	9.9	14.7
Lesiones no intencionales	526	133	1707	184	225	24	2458	340	20.4	13.2	14,499	2,647	26.4	26.5
Lesiones intencionales	205	48	1914	120	94	7	2213	176	18.4	6.8	6,366	1,051	11.6	10.5
Todos los AVAD atribuibles a alcohol	3,136	875	8,103	1,533	787	161	12,026	2,569	100.0	100.0	54,970	10,006	100.0	100.0
Todos los AVAD	24,528	22,340	45,653	35,936	8,992	8,137	79,173	66,413			772,912	717,213		
Porcentaje de todos los AVAD atribuibles al alcohol	12.8	3.9	17.7	4.3	8.8	2.0	15.2	3.9			7.1	1.4		

*Números redondeados en el millar más cercano. Cero (0) indica menos de 500 AVAD atribuibles al alcohol en la categoría de enfermedad

† M=Hombres, W=Mujeres

Fuente: cálculos propios basados en las estadísticas de mortalidad OMS

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

examinar algunas cuestiones metodológicas. En primer lugar, los riesgos relativos por la estimación de mortalidad y morbilidad atribuibles al alcohol se derivaron de meta-análisis, partiendo de la suposición que son consistentes entre países, debido principalmente al hecho de que reflejan mecanismos biológicos. Esta suposición probablemente no es problemática para la Región América A, puesto que la mayoría de los estudios incluidos en los meta-análisis son de países europeos o norteamericanos, con antecedentes genéticos y sistemas de atención de salud similares. Sin embargo, las FAAs para lesiones pueden ser más problemáticas, puesto que se demostró que la relación entre alcohol y lesiones está influida en alto grado por la cultura. Segundo, las estimaciones para el grupo de edad de 70 años y más son una sobrestimación, tanto para los efectos benéficos como para los nocivos. Se ha demostrado que los riesgos relativos disminuyen con la edad y, aunque existen cuantificaciones de este efecto para los principales riesgos relacionados con el tabaco, no existen cuantificaciones para la enfermedad atribuible al alcohol (ver también Rehm et al., 2006a, para referencias y mayor información). Por último, los datos de la encuesta podrían subestimar ligeramente el consumo en las categorías de ingesta intensa, debido a la baja cobertura de las poblaciones con ese tipo de ingesta, como las personas sin hogar, los militares y los institucionalizados, aunque se ha observado que estos ajustes no afectan en gran medida las estimaciones generales de la encuesta, al menos en EE.UU. (Weisner et al., 1995). Sin embargo, a pesar de estas cuestiones, las estimaciones son las más actualizadas y mejores posibles para cada país y para la Región, por lo tanto, deberían ser extremadamente valiosas como fuente de información para las políticas sobre alcohol.

Existen varios resultados principales de este análisis limitado y preliminar. Estos son:

- El consumo general en las Américas es elevado, comparado con los promedios mundiales.
- El consumo de alcohol y la prevalencia de comportamiento de ingesta peligrosa (episódica intensa) son elevados entre hombres y mujeres jóvenes en todos los países de las Américas.
- La carga de morbilidad atribuible al alcohol de los adultos jóvenes es especialmente elevada, particularmente en América B y D.
- La carga atribuible al alcohol para jóvenes, hombres y mujeres, es elevada.
- Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen una importante proporción de años de vida perdidos y años de vida ajustados a la discapacidad.

En las Américas, se deberían aplicar prácticas para reducir el consumo per capita (Babor et al., 2003; Anderson y Baumberg, 2006) como por ejemplo, impuestos y restricciones sobre la disponibilidad. Estas restricciones incluyen medidas para aumentar la edad mínima para beber alcohol, la densidad de locales de venta de bebidas alcohólicas y horas de operación, la disponibilidad durante eventos deportivos y la disminución de la publicidad y la mercadotecnia (Anderson y Baumberg, 2006; Rehm et al., 2004; Babor et al., 2003; Giesbrecht y Greenfield, 2003). En lo que se refiere a impuestos, hay claras evidencias de que los consumidores reaccio-

nan a los precios de los artículos, incluyendo el alcohol. La más reciente literatura económica descubrió este comportamiento incluso en personas con dependencia del alcohol (ver capítulo 6 en Babor et al., 2003). Dadas las tasas impositivas relativamente bajas en la mayoría de los países americanos (especialmente en Centro y Sudamérica), y dado el alto consumo en países como Canadá, Belice y Brasil, el incremento de los impuestos sobre bebidas alcohólicas debería ser una prioridad para las políticas en esta Región, dado su efecto sobre el consumo y su rentabilidad (Chisholm et al., 2004; 2006).

Los dos siguientes hallazgos importantes de este breve análisis dieron cuenta de que son los jóvenes los que consumen gran parte del alcohol, que lo hacen en una forma más peligrosa y que sufren dos resultados agudos relacionados con el alcohol (lesiones y peleas) con más frecuencia que las cohortes de mayor edad. Debido a este comportamiento de consumo, la carga de morbilidad atribuible al alcohol para resultados agudos es especialmente elevada. Existen varias opciones políticas particularmente efectivas para reducir el consumo de alcohol en este grupo, como por ejemplo, aumentar los precios y la edad en la que los jóvenes pueden adquirir legalmente licor en establecimientos con o sin licencia (Babor et al., 2003). La aplicación de estas leyes de edad mínima para beber, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, es una limitación de este enfoque que debe tomarse en cuenta para que tales medidas sean efectivas (Giesbrecht y Greenfield, 2003).

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen una importante proporción de la carga atribuible al alcohol. Dentro de esta categoría, los trastornos por el uso de alcohol conforman la mayor proporción de esta categoría (Rehm y Monteiro, 2005), especialmente en América B y D. El uso de screenings e intervenciones breves en atención primaria de la salud para aumentar la derivación a los servicios asistenciales, junto con la organización de un sistema integrado de salud, proporciona un efectivo tratamiento para la dependencia del alcohol y su uso perjudicial (Babor et al., 2001). Los grupos de autoayuda como AA y los servicios sociales deberían vincularse con los servicios de tratamiento para apoyar la recuperación y rehabilitación. Existen varios tratamientos efectivos para la dependencia del alcohol, incluyendo terapias conductuales cognitivas (Marques y Formigoni 2001; Morgenstern et al., 2001; Hoyer et al., 2001), la intervención breve o counseling (Mundt 2006), la farmacoterapia (Chick et al., 2000), y combinaciones de todas éstas (Anton et al. 1999), que pueden ofrecerse a través de distintos servicios para pacientes externos o internos.

El presente es un análisis preliminar de los principales indicadores de alcohol y de un resultado relacionado con el alcohol. Se espera y se alienta a que se realicen más análisis en profundidad con los datos regionales, que incluyan análisis de factores de riesgos sociales en modelos predictivos, para investigar las cuestiones relacionadas con el alcohol, específicas de cada país. A pesar, de las diferencias culturales entre los países, el daño causado por el alcohol es una preocupación de salud pública a nivel regional, que está creciendo al incrementarse el consumo de alcohol y las sesiones de ingesta intensa. Generalmente, las políticas sobre alcohol necesitan

tiempo para desarrollarse, ganar apoyo legislativo, obtener el consenso político y el suficiente apoyo del público para mantenerlas a largo plazo (Greenfield et al., 2004a; 2004b). Los estudios han demostrado que la información de las investigaciones, si se las presenta de manera apropiada, pueden a veces proporcionar el apoyo necesario, en los momentos cruciales, para intensificar los esfuerzos y aplicar políticas empíricamente sólidas (Johnson et al., 2004). Las políticas para reducir la carga atribuible al alcohol requieren de implementación nacional con el fin de tener éxito en este campo. La utilización de los resultados de encuestas como GENACIS seguirá proporcionando este tipo de conocimientos especializados y específicos de cada país, alrededor de los cuales se podrán formar políticas buenas y eficaces.

Los pasos a seguir

El proyecto multicéntrico OPS fue una iniciativa crucial y un enorme paso para estimar el consumo de alcohol y los daños relacionados en América del Norte, Central y del Sur. Sin embargo, una vez cuantificado este daño, aún quedan por realizar grandes tareas para reducirlo de manera significativa. Se requieren esfuerzos dirigidos a evaluar políticas en los países en vías de desarrollo, en las distintas razas y culturas. El tipo de información generada por estas encuestas ayudará a crear estas políticas, pero será una causa perdida si no pueden evaluarse y modificarse conforme las necesidades lo requieran.

Referencias

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

- Anderson P, and Baumberg B. (2006) Alcohol in Europe. Londres: Institute of Alcohol Studies.
- Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, Thevos A, Wang W, Woolson R. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156:1758–64.
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Osterberg E, Rehm J, Room R, y Rossow I. (2003) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford y Londres: Oxford University Press.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. (2001) Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Segunda Edición. Organización Mundial de la Salud.
- Bijleveld, CCJH y van der Kamp, LJT. (1998) Longitudinal data analysis: designs, models and methods. Sage Publications Ltd, Londres, Reino Unido.
- Boffetta P, Hasibe M, La Vecchia C, Zatonski W, and Rehm J. (2006) The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *Int J Cancer* 119, 884-887.
- Bryk A, Raudenbush SW (1992). Hierarchical Linear Models for Social and Behavioral Research: Applications and Data Analysis Methods. Newbury Park, CA: Sage.
- Castillo-Salgado C (2000). Health situation analysis in the Americas, 1999-2000. *Epidemiological Bulletin* 21(4).
- Cherpitel C, Yu Y, Bond J, Rehm J, Poznyak V, Macdonald S, Stafstrom M, y Hao W. (2005) Multilevel analysis of alcohol-related injury among emergency room patients: a cross-national study. A research report from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP) and the WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries. *Addiction* 100, 1840-1850.
- Chick J, Anton R, Checinski K, Croop R, Drummond DC, Farmer R, Labriola D, Marshall J, Moncrieff J, Morgan MY, Peters T, Ritson B. (2000). A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse. *Alcohol and Alcoholism*. 35(6): 587-93.
- Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J (2006). Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev* 25: 553-565.
- Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M, y Monteiro M. (2004) Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 65, 782-793.
- Cho E, Smith WSA, Ritz J, van den Brandt PA, Colditz GA, y Folsom AR. (2004) Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Medicine* 140, 603-613.
- Clinical Trials Research Unit. (2002) Estimating ischaemic and haemorrhagic stroke by age, sex, region, and fatal and non-fatal categories. Australia: Produced for Comparative Risk Analysis (CRA) project, University of Auckland.
- Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, y Arico S. (1999) Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. *Addiction* 94, 1551-1573.

- Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, y Poikolainen K. (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta analysis. *Addiction* 95, 1505-1523.
- English D, Holman C, Milne E, Winter M, Hulse G, Codde G, et al., (1995) The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia 1995. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Human Services and Health.
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A y Murray CJL. (2004) Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Ginebra: OMS.
- Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Horn S, Murray C, and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. (2002) Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360, 1347-1360.
- Gefou-Madianou D ed. (1992). Alcohol, gender and culture. Londres, RU: Routledge.
- Giesbrecht NA, Greenfield TK (2003) Preventing alcohol-related problems in the US through policy: media campaigns, regulatory approaches and environmental interventions. *J Primary Prev* 24(1):63-104.
- Giesbrecht N, Greenfield TK, Lemmens P, y Osterberg E. (2000) Estimating alcohol consumption: measurement and policy issues related to legal and illegal sources of alcohol. *Contemporary Drug Problems* 27, 221-233.
- Greenfield TK (2001) Individual risk of alcohol-related disease and problems, in *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*, (Heather N, Peters TJ, Stockwell T eds), pp 413-437. John Wiley, Nueva York.
- Greenfield TK, Giesbrecht NA, Kaskutas LA, Johnson S, Kavanagh L, Anglin L (2004a) A study of the alcohol policy development process in the United States: theory, goals, and methods. *Contemp Drug Prob* 31(Winter):591-626.
- Greenfield TK, Johnson SP, Giesbrecht NA (2004b) The alcohol policy development process: policy makers speak. *Contemp Drug Prob* 31(Winter):627-654.
- Greenfield TK, Rogers JD (1999) Who drinks most of the alcohol in the U.S.? The policy implications. *J Stud Alcohol* 60(1):78-89.
- Gmel G y Rehm J. (2004) Measuring alcohol consumption. *Contemp Drug Probl* 31, 467-540.
- Gmel G, Rehm J y Frick U. (2003) Trinkmuster, Pro-Kopf-Konsum von Alkohol und koronare Mortalität. *Sucht* 49, 95-104.
- Gutjahr E, Gmel G y Rehm J. (2001) Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *European Addiction Research* 7, 117-127.
- Hoyer J, Fecht J, Lauterbach W, Schneider R. (2001) Changes in conflict, symptoms, and well-being during psychodynamic and cognitive-behavioral alcohol inpatient treatment. *Psychotherapy & Psychosomatics* 70(4):209-215.
- Johnson S, Greenfield TK, Giesbrecht N, Kaskutas LA, Anglin L (2004) The role of research in the development of U.S. federal alcohol control policy. *Contemp Drug Prob* 31(Invierno):737-758.
- Klingemann H, Gmel G eds. (2001). Mapping the social consequences of alcohol consumption. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, y Murray DJL. (2006) Global burden of disease and risk factors. New York and Washington: Oxford University Press and the World Bank.

Marques ACPR, Formigoni MLOS. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. (2001) *Addiction* 96(6):835-846-928.

Mathers CD, Bernard C, Iburg K, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K, Stein C, y Tomijima N. (2003) The Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results (GPE Discussion Paper No. 54). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Mathers C, Vos A, Lopez AD, Salomon J, and Ezzati M. (2001) National burden of disease studies: a practical guide. Global program on evidence for health policy. 2a Edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

McDonald M ed. (1994). *Gender, drink and drugs*. Oxford, RU: Berg Publishers.

McKee M, and Britton A. (1998) The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: Potential physiological mechanisms. *J R Soc Med* 91, 402-407.

Midanik LT. (1982) The validity of self-reported alcohol consumption and alcohol problems: a literature review. *British Journal of Addiction* 77, 357-382.

Morgenstern J, Blanchard KA, Morgan TJ, Labouvie E, Hayaki J. (2001) Testing the effectiveness of cognitive-behavioral treatment for substance abuse in a community setting: within treatment and posttreatment findings. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 69(6):1007-1017.

Mundt MP. (2006) Analyzing the costs and benefits of brief intervention. *Alcohol Research and Health*. 29(1): 34-6.

Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD y Lopez AD. (2002) Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

National Health and Medical Research Council (1992) Is there a safe level of daily consumption of alcohol for men and women? National Health and Medical Research Council, Canberra, Australia.

Puddey IB, Rakic V, Dimmitt SB, and Beilin LJ. (1999) Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors - a review. *Addiction* 94, 649-663.

Rehm J. (1998) Measuring quantity, frequency and volume of drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22, 45-145.

Rehm J, Chisholm D, Room R, and Lopez A. (2006a) Alcohol. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, D.C.: Oxford University Press and World Bank.

Rehm J, Greenfield T, and Kerr W. (2006b) Patterns of drinking and mortality from different diseases - an overview. *Contemporary Drug Problems*, 33(2):205-235.

Rehm J, Monteiro MM (2005). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Revue Panamericana de Salud Pública*. Oct-Nov; 8(4-5):241-8.

Rehm J, Monteiro M, Room R, Gmel G, Jernigan D, Frick U, et al. (2001) Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research* 7, 138-147.

- Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, and Frick U. (2003b) The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research* 9, 147-156.
- Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, and Sempos CT. (2003c) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease - an overview. *Addiction* 98, 1209-1228.
- Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos C, Frick U, y Jernigan D. (2004) Alcohol Use. En M. Ezzati, A. Lopez, A. Rodgers, y C. Murray, eds. *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Volumen 1*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos C, y Jernigan D. (2003a) Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research* 9, 157-164.
- Rehm J, Sempos C, y Trevisan M. (2003d) Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease - a review. *Journal of Cardiovascular Risk* 10, 15-20.
- Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, Kinney GL, Sathya B, y He J. (2003) Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 289, 579-588.
- Ridolfo B y Stevenson C. (2001) *The Quantification of Drug-Caused Mortality and Morbidity in Australia 1998* Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Mäkelä K, Marshall M, Medina-Mora ME, Monteiro M, Parry C, Partanen J, Riley L, Saxena S (2002). Alcohol in developing societies: a public health approach. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Room R, Graham K, Rehm J, Jernigan D, Monteiro, M (2003). Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *European Addiction Research* 9(4):165-175.
- Üstün B, Compton W, Mager D, Babot T, Baiyewu O, Chatterji S, Cottler L, Gogou A, Mavreas V, Peters L, Pull C, Saunders J, Smeets R, Stipek MR, Vrsti R, Hasin D, Room R, Van den Brink W, Regier D, Blaine J, Grant BF, Sartorius N (1997). WHO Study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorders instruments: overview of methods and results. *Drug Alcohol Depend* 47(3):161-9.
- United Nations (2005) *World Population Prospects. The 2004 revision*. United Nations Department of Economic and Social affairs, Population Division, New York.
- Vogeltanz-Holm ND, Neve RJM, Greenfield TK, Wilsnack RW, Kubicka L, Wilsnack SC, Fleming JM, Spak F (2004) A cross-cultural analysis of women's drinking and drinking-related problems in five countries: findings from the International Research Group on Gender and Alcohol. *Addict Res Theory* 12(1):31-40.
- Walter SD. (1976) The estimation and interpretation of attributable risk in health research. *Biometrics* 32, 829-849.
- Walter SD. (1980) Prevention of multifactorial disease. *American Journal of Epidemiology* 112, 409-416.
- Weisner C, Schmidt L, Tam TW (1995) Assessing bias in community-based prevalence estimates: towards an unduplicated count of problem drinkers and drug users. *Addiction* 90(3):391-406.

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

Wilsnack, RW, Vogeltanz, ND, Wilsnack, SC, Harris, TR, et al., (2000) Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction* 95, 251-265.

Wilsnack R. W., Wilsnack, S. C., y Obot, I. S. (2005). Why study gender, alcohol, and culture? In I.S. Obot & R. Room (Eds.), *Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries* (pp.1-23). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Wilsnack, S.C., & Wilsnack, R.W. (2002). International gender and alcohol research: Recent findings and future directions. *Alcohol Research & Health*, 26, 245-250.

WHO World Health Organization (1999) *Global status report on alcohol*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Toxicomanías.

WHO World Health Organization (2000) *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.

WHO World Health Organization (2002) *World Health Report: Reducing risks, promoting health life*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

WHO World Health Organization (2004) *Global status report on alcohol 2004*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

World Advertising Research Center Ltd. (2005) *World drink trends*. World Advertising Research Center Ltd., Oxfordshire, Reino Unido.

Apéndices

ATENCIÓN: SI NUNCA SE CASÓ, POR FAVOR RESPONDER LA P. 7

7. ¿Alguna vez vivió con una pareja en relación marital?

Sí	1
No	2

ATENCIÓN: SI ES VIUDO, DIVORCIADO, SEPARADO O NUNCA SE CASÓ (P.6A= 3, 4, 5 O 6) PASE A LA P.8

SI ESTÁ CASADO (P. 6A=1), PASE A LA P.11.

SI ESTÁ VIVIENDO CON UNA PAREJA (P-6A=2) PASE A LA P.10.

8. ¿Entre las personas que usted conoce, hay alguien con quien tuvo alguna relación romántica muy estrecha?

Sí	1 (PASE A LA P. 9)
No	2 (PASE A LA P. 11)

10. ¿Esta persona o pareja es hombre o mujer?

Hombre	1
Mujer	2

11. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyendo a usted, su cónyuge o pareja y otros familiares que vivan con usted??

|_|_| personas

12. ¿Tuvo hijos, incluyendo hijastros o adoptados?

Sí	1
No	2 (PASE A LA P. 14)

13. ¿Cuántos niños de menos de 18 años viven con usted, incluyendo adoptados, hijastros, hijos de su pareja o nietos?

|_|_| niños

EXPERIENCIA LABORAL

14. ¿Cuál es su ocupación u ocupaciones actuales? *INCLUIR COMO OCUPACIÓN AMA O AMO DE CASA.* _____

OPCIÓN: Si el entrevistado tiene dificultad para responder a esta pregunta, el entrevistador puede proporcionar un conjunto de categorías laborales localmente

15. ¿Cuál es su estado laboral diario actual? *MARQUE UNO CON UN CÍRCULO. LA REFERENCIA AL ESTADO LABORAL Y CATEGORÍAS LABORALES PODRÍA NECESITAR DE TÉRMINOS LOCALES CON SIGNIFICADOS SIMILARES.*

Trabajo asalariado	8 (PASE A P. 20)
Desempleado involuntariamente	7 (PASE A P. 20)
Estudiante	6 (PASE A P. 20)
Jubilado	5 (PASE A P. 20)
No trabaja debido a enfermedad	4 (PASE A P. 20)
Licencia por embarazo o crianza	3 (PASE A P. 20)
Ama o amo de casa,	2 (PASE A P. 20)
Desempleado voluntario x otras razones	1 (PASE A P. 20)

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

16A. ¿Cuál es su situación laboral actual?

Empleado/a hasta que renuncie o me retire	1
Empleado/a hasta que sea despedido	2
Empleado/a hasta que termine el (proyecto/labor/trabajo)	3
Empleado/a temporalmente o intermitentemente	4

16B. ¿Es trabajador/a autónomo/a o está a sueldo?

Autónomo/a	1
A sueldo	2

17. Usted generalmente trabaja: *MARQUE CON UN CIRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA. REVISE PARA ADAPTAR AL HORARIO DE TRABAJO DE CADA PAÍS.*

Diurno	4
Vespertino	3
Nocturno	2
Rotatorio	1

18. ¿Cuál es la mejor descripción de las personas con las que trabaja o que son sus colegas?

Todos o casi todos son hombres	7
La mayoría son hombres	6
La mitad son mujeres	5
La mitad son mujeres y la mitad son hombres	4
La mayoría son mujeres	3
Todas o casi todas son mujeres	2
Trabajo solo o por mi cuenta	1

19. ¿Qué tan tensa es su situación laboral? *NOTA PARA EL INVESTIGADOR: ESTO SE REFIERE A ESTRÉS NEGATIVO O ANGUSTIA*

Muy tensa	4
A veces es tensa	3
Un poco tensa	2
Nada tensa	1

20. ¿Cuál es el ingreso total de su hogar, sin impuestos y de todas sus fuentes de empleo? Por ingreso del hogar nos referimos a los ingresos obtenidos por usted (*SI ES APLICABLE*: por su pareja o cónyuge, o por cualquier otro familiar que viva con usted) y cualquier ingreso de otras fuentes, como apoyo para la maternidad o pensiones. *UTILICE CATEGORÍAS DE INGRESOS CULTURALMENTE APROPIADAS.*

21. ¿Qué porción del ingreso total de su hogar, de todas las fuentes de ingreso, proporciona usted mismo?

La totalidad	5
Más de la mitad	4
Aproximadamente la mitad	3
Menos de la mitad	2
Ninguna	1
SE NEGÓ	0

REDES SOCIALES

22A. ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha tenido contactos informales y de apoyo con familiares, amigos y vecinos, incluyendo cartas, llamadas telefónicas o correos electrónicos?

Diario o casi diario	5
Varias veces a la semana	4
Una o dos veces a la semana	3
De una a tres veces en los últimos 30 días	2
Ninguna en los últimos 30 días	1

22B. Aparte de su cónyuge, pareja o relación romántica, ¿con cuántas personas siente confianza para hablar sobre un problema personal importante?

6 o más	5
4-5	4
2-3	3
Una	2
Ninguna	1

COMPORTAMIENTO DE INGESTA

MEDICIÓN DE CONSUMO GENÉRICO

Las siguientes preguntas son acerca del uso de bebidas alcohólicas, como vino, cerveza y licores, ya sea de usted o de sus conocidos.

24. Durante los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia bebió cualquier bebida que contenía alcohol, ya sea vino, cerveza o licor (*U OTRAS BEBIDAS CULTURALMENTE ESPECÍFICAS QUE NO PUDIERAN SER RECONOCIBLES PARA EL ENTREVISTADO SIN ESPECIFICAR EL NOMBRE COLOQUIAL*), o cualquier otra bebida?

A diario o casi a diario	9
Tres o cuatro veces a la semana	8
Una o dos veces a la semana	7
Una a tres veces al mes	6
Siete a once veces en los últimos 12 meses	5
Tres a seis veces en los últimos 12 meses	4
Dos veces en los últimos 12 meses	3
Una vez en los últimos 12 meses, o	2
Nunca en los últimos 12 meses	1 (PASE A P.33A)

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

26A. En los días en los que usted toma cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, ¿cuántos tragos toma al día?

____|____| bebidas (O RESPONDIDO EN TÉRMINOS DEL ENCUESTADO Y POSCODIFICADOS A LOS RANGOS EN GRAMOS DE LAS P. 25A2-A7)

A1.	<p>NOTA: TODAS LAS INSTRUCCIONES PARA EL INVESTIGADOR ESTÁN EN MAYÚSCULAS, Y NO DEBEN LEERSE AL ENTREVISTADO. TODAS LAS PREGUNTAS PARA EL ENTREVISTADO ESTÁN EN NEGRITAS.</p> <p>Las siguientes preguntas son acerca de la cantidad de vino, cerveza y licores (U OTRAS BEBIDAS CULTURALMENTE ESPECÍFICAS QUE NO PUDIERAN SER RECONOCIBLES PARA EL ENTREVISTADO SIN ESPECIFICAR EL NOMBRE COLOQUIAL) que bebió en los últimos 12 meses. Cuando nos referimos a una bebida queremos decir... (EL INVESTIGADOR DEBERÁ DESCRIBIR LOS DIVERSOS TIPOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y POSIBLES TAMAÑOS PARA APROXIMAR UN "TRAGO" TÍPICO EN ESA CULTURA PARTICULAR. SE DEFINIRÁ UN "TRAGO" ESTÁNDAR COMO AQUEL QUE CONTIENE APROXIMADAMENTE 12 GRAMOS DE ETANOL, Y TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SERÁN EN "GRAMOS DE ETANOL"; SEGUIDA POR LA EQUIVALENCIA EN AMÉRICA DEL NORTE EN NÚMERO DE TRAGOS. EL INVESTIGADOR DEBERÁ CONVERTIR LOS GRAMOS DE ETANOL EN EL NÚMERO EQUIVALENTE APROPIADO DE TRAGOS/UNIDADES PARA ESTA CULTURA).</p> <p>Piense en todas las bebidas alcohólicas combinadas, es decir, cualquier combinación de latas, botellas o vasos de cerveza, copas de vino o tragos que contengan licor de cualquier clase (O EL EQUIVALENTE CULTURAL DE ESTO).</p>		
	(PREGUNTE A2)	240 gramos o más de etanol en un solo día (20 o más tragos en un solo día,)	a
	(PREGUNTE A2)	por lo menos 144, pero menos de 240g (por lo menos 12, pero menos de 20 tragos,)	a
	(PASE A A3)	por lo menos 96, pero menos de 144g (por lo menos 128, pero menos de 12 tragos,)	b
	(PASE A A4)	por lo menos 60, pero menos de 96g (por lo menos 5, pero menos de 8 tragos,)	c
	(PASE A A5)	por lo menos 36, pero menos de 60g (por lo menos 3, pero menos de 5 tragos,)	d
	(PASE A A6)	por lo menos 12, pero menos de 36g (por lo menos 1, pero menos de 3 tragos,)	e
	(PASE A A7)	por lo menos 1, pero menos de 12g (por lo menos un sorbo, pero menos de un trago completo,)	f
	(PASE A 48A)	NO BEBIÓ EN LO ABSOLUTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	g
	(PREGUNTE A2)	NO SABE	98
(PREGUNTE A2)	SE NEGÓ	97	

(NO LO LEA. SÓLO PARA REFERENCIA.)			
CANTIDAD DE EQUIVALENCIAS DE TRAGOS (EN UNIDADES DE EE.UU.)			
LOS INVESTIGADORES DEBERÁN LLENAR LOS TÉRMINOS O TAMAÑOS APROPIADOS PARA SU CULTURA			
12 tragos =	12 latas de cerveza	5 tragos =	5 latas de cerveza
	4-1/4 cuartos de cerveza		1-3/4 cuartos de cerveza
	2 botellas de vino de tamaño normal		3/4 de botella de vino
	1/2 galón de vino		1/5 quinta de licor
	1/2 quinta de licor		1/3 pinta de licor
	3/4 de pinta de licor		
		3 tragos =	3 latas de cerveza
			1 cuarto de cerveza
8 tragos =	8 latas de cerveza		1/2 botella de vino
	3 cuartos de cerveza		1/3 de 1/2 de pinta de licor
	1-1/4 botellas de vino		
	1/2 pintas de licor	1 tragos =	1 lata de cerveza de 12 oz.
	1/3 quinta de licor		1 copa de vino de 4 oz.
			1 trago mezclado con una medida de licor

Un refresco de vino de 12 oz. es igual a un trago	
A2.	Durante los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia bebió por lo menos 144, pero menos de 240 gramos de etanol (por lo menos 12, pero menos de 20 tragos) de cualquier bebida alcohólica en un sólo día, es decir, cualquier combinación de latas, botellas o vasos de cerveza, copas de vino, o bebidas que contenían cualquier tipo de licor (o equivalente cultural a estos términos o envases)?
A3.	Durante los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia bebió por lo menos 96, pero menos de 144 gramos de etanol (por lo menos 8, pero menos de 12 tragos) de cualquier bebida alcohólica en un sólo día, es decir, cualquier combinación de latas, botellas o vasos de cerveza, copas de vino, o bebidas que contenían cualquier tipo de licor (o equivalente cultural a estos términos o envases)?
A4.	Durante los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia bebió por lo menos 60, pero menos de 96 gramos de etanol (por lo menos 5, pero menos de 8 tragos) de cualquier bebida alcohólica en un sólo día, es decir, cualquier combinación de latas, botellas o vasos de cerveza, copas de vino, o bebidas que contenían cualquier tipo de licor (o equivalente cultural a estos términos o envases)?
A5.	Durante los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia bebió por lo menos 36, pero menos de 60 gramos de etanol (por lo menos 3, pero menos de 5 tragos) de cualquier bebida alcohólica en un sólo día, es decir, cualquier combinación de latas, botellas o vasos de cerveza, copas de vino, o bebidas que contenían cualquier tipo de licor (o equivalente cultural a estos términos o envases)?
A6.	Durante los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia bebió por lo menos 12, pero menos de 36 gramos de etanol (por lo menos 1, pero menos de 3 tragos) de cualquier bebida alcohólica en un sólo día, es decir, cualquier combinación de latas, botellas o vasos de cerveza, copas de vino, o bebidas que contenían cualquier tipo de licor (o equivalente cultural a estos términos o envases)?

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

A7.	Durante los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia bebió <u>por lo menos un sorbo, pero menos de 12 gramos de etanol (por lo menos un sorbo, pero menos de un trago completa)</u> de cualquier bebida alcohólica en un sólo día, es decir, cualquier combinación de latas, botellas o vasos de cerveza, copas de vino, o bebidas que contenían cualquier tipo de licor (o equivalente cultural a estos términos o envases)?						
		A2	A3	A4	A5	A6	A7
		144-239 GRAMOS	96-143 GRAMOS	60-95 GRAMOS	36-59 GRAMOS	12-35 GRAMOS	1-11 GRAMOS
	Todos los días o casi todos los días,	9	9	9	9	9	9
	Tres o cuatro veces por semana,	8	8	8	8	8	8
	Una o dos veces por semana,	7	7	7	7	7	7
	Una a tres veces al mes,	6	6	6	6	6	6
	De siete a once veces en los últimos 12 meses,	5	5	5	5	5	5
	De tres a seis veces en los últimos 12 meses,	4	4	4	4	4	4
	Dos veces en los últimos 12 meses,	3	3	3	3	3	3
	Una vez en los últimos 12 meses, o	2	2	2	2	2	2
	Nunca en los últimos 12 meses	1	1	1	1	1	1

26B. En un día típico cuando bebió ¿cuánto tiempo pasó bebiendo?

|__|__| minutos O |__|__| horas

27. ¿Cuántos años tenía cuando comenzó a beber más de un sorbo?

|__|__| años de edad

CONTEXTOS DE INGESTA FAMILIARES Y DE OTRO TIPO

28. Pensando en los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia bebió en las siguientes circunstancias? Piense en todas las veces que se apliquen a cada situación. Por ejemplo, un trago con la comida en su casa deberá incluirse en "(a) con las comidas" y "(c) en mi hogar".

	Todos los días o casi todos los días	Tres o cuatro veces por semana	Una o dos veces por semana	Una a tres veces al mes	De siete a once veces en los últimos 12 meses	De tres a seis veces en los últimos 12 meses	Una vez en los últimos 12 meses	Nunca en los últimos 12 meses
a. en la comida	8	7	6	5	4	3	2	1
b. en una fiesta o celebración	8	7	6	5	4	3	2	1
c. en mi hogar	8	7	6	5	4	3	2	1
d. en casa de un amigo	8	7	6	5	4	3	2	1
e. en el lugar de trabajo	8	7	6	5	4	3	2	1
f. en un bar/pub/disco	8	7	6	5	4	3	2	1
g. en un restaurante	8	7	6	5	4	3	2	1

29. ¿Con cuánta frecuencia en los últimos 12 meses se tomó un trago cuando estaba con las siguientes personas? Piense en todas las veces que se apliquen para cada persona. Por ejemplo, beber con su cónyuge o pareja y amigos deberá incluirse en "(a) con la pareja o cónyuge", y "(d) con amigos".

	Todos los días o casi todos los días	Tres o cuatro veces por semana	Una o dos veces por semana	Una a tres veces al mes	De siete a once veces en los últimos 12 meses	De tres a seis veces en los últimos 12 meses	Una vez en los últimos 12 meses	Nunca en los últimos 12 meses
a. con su cónyuge, pareja/relación romántica (no cohabitante), estuvieran o no presentes otras personas	8	7	6	5	4	3	2	1
b. con algún familiar distinto de su cónyuge, pareja/relación romántica (no cohabitante)	8	7	6	5	4	3	2	1
c. con personas con las que trabaja o va a la escuela	8	7	6	5	4	3	2	1
d. con amigos distintos de su pareja o cónyuge	8	7	6	5	4	3	2	1
e. cuando no había nadie	8	7	6	5	4	3	2	1

SI ES NECESARIO, COMBINE LAS CATEGORÍAS RECOMENDADAS DE FRECUENCIA EN UN NÚMERO REDUCIDO DE CATEGORÍAS, PERO

a. Mantenga las opciones extremas: NUNCA, Y DIARIO O CASI A DIARIO

b. Combine categorías completas de la lista actual de frecuencias

CONSECUENCIAS DE INGESTA

A continuación le haremos algunas preguntas sobre experiencias relacionadas con el beber que muchas personas tuvieron durante su vida.

30A. Durante los últimos 12 meses, ¿SU forma de beber tuvo algún efecto nocivo

a. en su trabajo, estudios u oportunidades de empleo?	NO	1
	SÍ, UNA O DOS VECES	2
	SÍ, TRES O MÁS VECES	3
b. en su trabajo doméstico o labores en la casa?	NO	1
	SÍ, UNA O DOS VECES	2
	SÍ, TRES O MÁS VECES	3
c. en su matrimonio o relaciones íntimas?	NO	1
	SÍ, UNA O DOS VECES	2
	SÍ, TRES O MÁS VECES	3
d. en sus relaciones con otros familiares, incluyendo sus hijos?	NO	1
	SÍ, UNA O DOS VECES	2
	SÍ, TRES O MÁS VECES	3
e. con sus amigos o vida social?	NO	1
	SÍ, UNA O DOS VECES	2
	SÍ, TRES O MÁS VECES	3
f. en su economía?	NO	1
	SÍ, UNA O DOS VECES	2
	SÍ, TRES O MÁS VECES	3

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

30B. Durante los últimos 12 meses, ¿se peleó al beber?

NO 1
 SÍ, UNA O DOS VECES 2
 SÍ, TRES O MÁS VECES 3

30C. ¿Con cuánta frecuencia en los últimos 12 meses

	Diario o casi a diario	Por semana	Por Mes	Menos de una vez al mes	Nunca
a. bebió suficiente para sentir los efectos del alcohol, por ejemplo, arrastraba la voz y tenía problemas para caminar?	4	3	2	1	0
b. tuvo dolor de cabeza o sintió náuseas por haber bebido?	4	3	2	1	0
c. tomó un trago para recuperarse de cualquiera de las secuelas del haber bebido?	4	3	2	1	0
d. se sintió enfermo o temblaba cuando redujo la forma de beber o la interrumpió?	4	3	2	1	0
e. descubrió que no podía dejar de beber una vez que comenzaba?	4	3	2	1	0
f. fracasó al querer realizar lo que normalmente se esperaba de usted por haber bebido?	4	3	2	1	0
g. necesitaba un trago por la mañana para poder continuar después de una sesión de bebida intensa?	4	3	2	1	0
h. sintió culpa o remordimiento después de beber?	4	3	2	1	0
i. no pudo recordar lo que sucedió la noche anterior porque había bebido?	4	3	2	1	0

31. ¿Alguna vez usted o alguien resultó herido como resultado de haber bebido?

Sí, durante el último año 4
 Sí, pero no en el último año 2
 Nunca 0

NOTA PARA EL INVESTIGADOR: P. 30e – i, y P. 31 están codificados para concordar con la prueba AUDIT.

32. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna de las siguientes personas intentó influir sobre su forma de beber para que bebiera menos o dejara de beber?

a. ¿Su cónyuge, pareja/relación romántica (no cohabitante)?	SÍ 1 NO 2
b. ¿Su hijo o hijos?	SÍ 1 NO 2
c. ¿Algún otro miembro mujer de su familia?	SÍ 1 NO 2

d. ¿Algún otro miembro varón de su familia?	SÍ	1
	NO	2
e. ¿Alguien en su trabajo o escuela?	SÍ	1
	NO	2
f. ¿Alguna amiga o conocida?	SÍ	1
	NO	2
g. ¿Algún amigo o conocido?	SÍ	1
	NO	2
h. ¿Un médico o trabajador de la salud?	SÍ	1 (PASE A P. 34A)
	NO	2 (PASE A P. 34A)

PREGUNTE 33A-C SÓLO A LOS ABSTEMIOS ACTUALES (NUNCA BEBIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES).

33A. ¿Alguna vez bebió alguna bebida que contenía alcohol?

Sí	1 (PREGUNTE P. 33B)
No	2 (PASE A P. 34A)

33B. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a beber más de un sorbo o una probada?

|_|_| años de edad

33C. ¿Hubo algún momento en que su forma de beber causó problemas en su vida (por ejemplo problemas con la familia, salud, la ley o la policía)?

Sí	1
No	2

RELACIONES ÍNTIMAS Y SEXUALIDAD

SI NO TIENE CÓNYUGE/PAREJA/RELACIÓN ROMÁNTICA PASE A P- 39

34A. Pensando en los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia su cónyuge/pareja/relación romántica (no cohabitante) consumió bebidas alcohólicas? Recuerde incluir todos los tipos de bebidas alcohólicas...licores, vino, cerveza.

A diario o casi a diario	8
Tres o cuatro veces por semana	7
Una o dos veces por semana	6
De una a tres veces por mes	5
De siete a once veces en los últimos 12 meses	4
De tres a seis veces en los últimos 12 meses	3
Una o dos veces en los últimos 12 meses	2
Nunca en los últimos 12 meses	1

34B. Nuevamente, pensando en los últimos 12 meses, ¿cuántas bebidas tomó su cónyuge, pareja/relación romántica (o cohabitante) en un día típico cuando bebía? Piense en todos los tipos de bebidas alcohólicas combinadas.

|_|_| tragos

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

35. Marque el número que describa mejor cuán feliz se siente en su relación con su cónyuge, pareja/relación romántica (no cohabitante).

1 2 3 4 5
----->
Extremadamente Extremadamente
infeliz feliz

36. Marque el número que describa mejor cuán fácil es en general hablar de sus sentimientos o problemas con su cónyuge, pareja/relación romántica (no cohabitante).

1 2 3 4 5
----->
Muy Muy
Difícil fácil

37. ¿Con cuánta frecuencia discute con su cónyuge, pareja/relación romántica (no cohabitante)?

Por lo menos una vez al día	5
Varias veces a la semana	4
Varias veces al mes	3
Una o al mes o menos	2
Nunca	1

38. Durante los últimos 12 meses, ¿cuánto de lo que bebió fue con su cónyuge, pareja/relación romántica (no cohabitante)?

Todas o casi todas las ocasiones	5
La mayoría de las ocasiones	4
Algunas ocasiones	3
Unas cuantas ocasiones	2
Nunca	1
No bebo	0

39. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación sexual de manera consensuada?

ANOTE LA EDAD PARA LA PRIMERA VEZ: |__|_| años
NUNCA TUVO RELACIÓN SEXUAL CONSENSUADA: |__| (PASE A P. 41)

40. Durante los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas tuvo actividad sexual (FAVOR DE ANOTAR UN NÚMERO).

|__|_|_| parejas

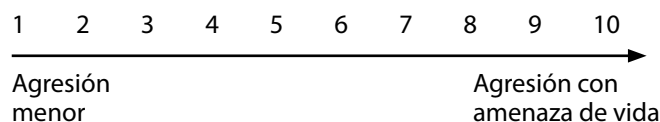
VIOLENCIA Y VICTIMIZACIÓN

42. La gente puede ser físicamente agresiva de muchas formas, por ejemplo empujando, golpeando o abofeteando, o con agresiones físicas de otro tipo. ¿Cuál es la cosa físicamente más agresiva que usted sufrió durante los últimos dos años causada por alguna persona que tenía una relación romántica estrecha con usted (como esposo, esposa, novio, novia)? [lista: empujar, empujar con fuerza, asir, manotear, golpear con puño cerrado, golpiza, arrojarle algo, golpearlo con un objeto, amenazarlo, amenazarlo con un arma, utilizar un arma, otros]. **NO INCLUYE ABUSO SEXUAL O VIOLACIÓN, QUE SE PREGUNTA en P.50A.**

(ESCRIBA LA RESPUESTA AQUÍ) _____

SI SE OFRECE LA RESPUESTA: SI EL ENCUESTADO DICE QUE NUNCA LE SUCEDIÓ NADA PARECIDO, PASE A LA P..XX.

43. En una escala del 1 al 10, donde 1 es agresión menor y 10 es agresión con amenaza de vida, ¿cómo calificaría el nivel de este acto agresivo?



44. ¿Buscó atención médica de un doctor, enfermera, paramédico u otro profesional de la salud, al momento en que la persona la hizo esto, o al día siguiente?

Sí	1
No	2

N45A. ¿La otra persona había bebido al momento del incidente?

Sí	1
No	2
No sé	9

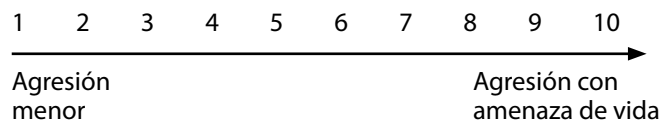
N45B. ¿Usted había bebido al momento del incidente?

Sí	1
No	2

N1. Como mencioné en las preguntas anteriores sobre agresión física con una pareja, las personas pueden ser físicamente agresivas de muchas formas, por ejemplo empujando, golpeando, abofeteando o agresiones físicas de otro tipo. ¿Cuál es la cosa FÍSICAMENTE MÁS AGRESIVA que se le hizo a usted durante los ÚLTIMOS DOS AÑOS por alguien que NO tenía una relación romántica con usted? *NO INCLUYE ATAQUE SEXUAL O VIOLACIÓN, QUE SE PREGUNTA en P.50A.*

(ESCRIBA LA RESPUESTA AQUÍ) _____

N2. En una escala del 1 al 10, donde 1 es agresión menor y 10 es agresión que amenazó la vida, ¿cómo calificaría el nivel de este acto agresivo?



N3. Esta persona ¿era hombre o mujer?

N4. ¿Buscó atención médica de un doctor, enfermera, paramédico u otro profesional de la salud, al momento en que la persona la hizo esto, o al día siguiente?

Sí	1
No	2

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

N5. ¿La otra persona había bebido al momento del incidente?

Sí	1
No	2
No sé	9

N6. ¿Usted había bebido al momento del incidente?

Sí	1
No	2

N8. ¿Cuántas personas más estuvieron implicadas en el incidente, además de usted y la otra persona?

____ (anote un número)

SALUD Y ESTILO DE VIDA

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre la salud de su familia y usted.

51. ¿Cuál es su estatura?

|_|_|_| cm O |_| pies |_|_| pulgadas

52. ¿Cuánto pesa?

|_|_|_| kg O |_|_|_| libras

H1. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses estuvo implicado en un accidente de tránsito, ya sea en un coche, motocicleta o como peatón?

Nunca	1
Una vez	2
Más de una vez	3

H2. ¿Buscó atención médica de un doctor/a, enfermero/a, paramédico/a u otro profesional de la salud debido a este accidente de tránsito?

Sí	1
No	2

H3. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses estuvo usted implicado en una caída?

Nunca	1
Una vez	2
Más de una vez	3

H4. ¿Buscó atención médica de un doctor/a, enfermero/a, paramédico/a u otro profesional de la salud debido a la caída?

Sí	1
No	2

H5. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses estuvo usted implicado en un accidente laboral?

Nunca	1
Una vez	2
Más de una vez	3
No he trabajado en los últimos 12 meses	4

H6. ¿Buscó atención médica de un doctor/a, enfermero/a, paramédico/a u otro profesional de la salud debido a un accidente laboral?

Sí	1
No	2

Enfermedad cardiaca coronaria y angina de pecho

H7. ¿Alguna vez le dijo un médico o profesional de la salud que usted tuvo enfermedad cardiaca?

Sí	1
No	2

H8. ¿Alguna vez sintió dolor o incomodidad en el pecho?

Sí	1
No	2

H9. Cuando usted camina a paso normal en terreno plano, ¿esto le produce dolor?

Sí	1
No	2
No puede caminar	3

H10. Cuando camina cuesta arriba o de prisa, ¿le produce dolor?

Sí	1
No	2
No puede caminar Cuesta arriba o de prisa	3

Accidente cerebrovascular

H11. ¿Alguna vez le dijo un médico/a o profesional de la salud que usted tuvo un accidente cerebro vascular?

Sí	1
No	2

Mortalidad

Ahora piense en su papá.

H12. ¿En qué año nació?

ENTREVISTADOR, POR FAVOR ANOTAR LO PRIMERO QUE RESPONDA LA PERSONA. SI EL ENTREVISTADO NO PUEDE DARLE LA FECHA EXACTA, PREGÚNTELE UN INTERVALO DE TIEMPO.

Nacido en: 19__
 O: entre 19__ y 19__, si la persona no puede recordar el año

49. Antes de tener 16 años de edad (15 años o menos), ¿alguien distinto de su familia trató de hacerle hacer cosas sexuales o ver hacer cosas sexuales?

Con mucha frecuencia	5
Frecuentemente	4
A veces	3
Pocas veces	2
Nunca	1

50A. Desde los 16 años de edad (16 años o más), ¿hubo algún momento en que alguien lo forzó a tener actividad sexual que usted realmente no quería? Esto pudo haber sido relación u otras formas de actividad sexual y pudo haber sucedido con cónyuges, novios o amigos, así como con personas más distantes y extraños.

Sí	1 (PREGUNTE P. 50B)
No	2 (PASE A P. 51)

50B. ¿Fue esto con un cónyuge, pareja o alguien con quien tenía una relación romántica estrecha?

Sí	1
No	2

53. En general, ¿cómo ha sido su salud física en los últimos 12 meses?

Excelente	5
Muy buena	4
Buena	3
Regular	2
Mala	1

54. En general, ¿cómo ha sido su salud emocional/mental en los últimos 12 meses?

Excelente	5
Muy buena	4
Buena	3
Regular	2
Mala	1

55. En los últimos 12 meses, ¿buscó ayuda médica o profesional de otro tipo en lo que se refiere a su salud física?

SÍ	1
NO	2

56. En los últimos 12 meses, ¿buscó ayuda médica o profesional de otro tipo en lo que se refiere a su salud emocional/mental?

SÍ	1
NO	2

57A. ¿Alguna vez consideró buscar ayuda por su forma de beber o problemas relacionados con el alcohol?

SÍ	1 (PREGUNTE P. 57B)
NO	2 (PASE A P. 58)

REPORTE FINAL DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OPS

57B. Si respondió "sí", recibió ayuda en los últimos 12 meses?

SÍ	1
NO	2

T1. ¿Alguna vez fumó más de 20 cigarrillos en su vida?

SÍ	1
NO	2

T2. Si respondió "sí", ¿fuma actualmente?

SÍ	1
NO	2

T3. Si respondió "sí" ¿cuántos cigarrillos acostumbra fumar al día?

Número de cigarrillos y una categoría: sólo ocasionalmente

59. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha usado marihuana (hierba o hashish)?

SÍ	1
NO	2

60. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha utilizado alguna otra droga como cocaína o crack, heroína, estimulantes (como metanfetaminas o "hielo", alucinógenos (como LCD), o drogas recreativas (como ecstasy)?

SÍ	1
NO	2

Apéndice 2: Descripción general de la encuesta GENACIS

País	Investigador principal	N	N Ponderada
Argentina	Dra. Myriam Munne mymu@hotmail.com	N = 1000 M = 402 (40.2%) W = 598 (59.8%)	N = 1000 M = 445.6 (44.56%) W = 554.4 (55.44%)
Belice	Dra. Claudina Cayetano elincaye@btl.net	N = 3985 M = 2074 (47.9%) W = 1911 (52.1%)	N = 4778 M = 2282 (47.8%) W = 2496 (52.2%)
Brasil I	Dra. Florence Kerr Correa correaf@fmb.unesp.br	N = 2083 M = 867 (41.62%) W = 1216 (58.438%)	N = 2083 M = 867 (41.62%) W = 1216 (58.438%)
Brasil II	Dr. Ronaldo Laranjeira laranjeira@dpsiq.epm.br	N = 2346 M = 950 (40.5%) W = 1396 (59.5%)	N = 121980000 M = 58078015 (47.6%) W = 63905926 (52.4%)
Canadá	Dra. Kathryn Graham kgraham@uwo.ca	N = 14063 M = 6009 (42.73%) W = 8054 (57.27%)	N = 14063 M = 5990.6 (42.60%) W = 8072.4 (57.40%)
Costa Rica	Dr. Juliano Bejarano julio.bejarano@gmail.com	N = 1273 M = 416 (32.68%) W = 857 (67.32%)	N = 1274 M = 630 (49.45%) W = 644 (50.55%)
EE.UU.	Dr. Thomas K. Greenfield tgreenfield@arg.org	N = 4920 M = 2219 (45.10%) W = 2702 (54.90%)	N = 4923 M = 2366 (48.06%) W = 2557 (51.94%)
Méjico	Dra. Martha Romero Mendoza romerom@imp.edu.mx	N = 5711 M = 2382 (41.71%) W = 3329 (58.29%)	N = 5711 M = 2375 (41.60%) W = 3335 (58.40%)
Nicaragua	Dr. Trinidad Caldera trinidad.caldera@psychiat.umu.se	N = 2030 M = 614 (30.25%) W = 1416 (69.75%)	N = 2030 M = 614 (30.25%) W = 1416 (69.75%)
Perú	Dra. Marina Piazza Ferrand mpiazza@upch.edu.pe	N = 1531 M = 516 (33.70%) W = 1015 (66.30%)	N = 319373 M = 107444 (33.6%) W = 211929 (66.4%)
Uruguay	Dra. Raquel Magri magri.raquel@gmail.com	N = 1000 M = 376 (37.60%) W = 624 (62.40%)	N = 1000 M = 376 (37.60%) W = 624 (62.40%)